



สารบัญ	หน้าที่	Contents
	Page	
บทบรรณาธิการ		Editorial
ประเทศไทยกับระบบอาหารที่ยั่งยืน วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	389	Thailand and Sustainable Food System <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
มุมสถิติ		Statistics Corner
การรายงานและการบรรยายค่าร้อยละในบทความวิจัย อรุณ จีรวัดน์กุล	391	Reporting and Describing Percentage in Research Article <i>Aroon Chirawatkul</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย สุทธิภัทร แก้วเทพ และคณะ	393	Prevalence and Factors Associated with HIV Infection Among Ethnic Minority Male Sex Worker in Chiang Mai Province, Thailand <i>Sutthiphath Kaewtep, et al.</i>
การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน กัทธ ดานา	406	Development of the Roles for Psychiatric Patients Care among Family Caregivers and Partnership Networks in the Community <i>Kamthorn Dana</i>
การพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยม ตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน ปิยฉัตร ดีสุวรรณ และคณะ	415	Development of Highly Popular local Food for Enhancing Health of Aging People in Upper Northern Thailand <i>Piyachat Deesuwan, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การพัฒนาเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้ เพื่อคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองคลองหลวง 7 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี <i>จตุวรรณ นวลจันทร์คง และคณะ</i>	427	Developing Nutritious Snack Menu from Vegetable and Fruits for the Pre-School in Klong Luang Child Development Center 7, Klong Luang District, Pathumthani Province <i>Jutawan Nuanchankong, et al.</i>
พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <i>อุทัย สูดสุข และคณะ</i>	438	Development of Good Health Promotion Model that Integrated with Buddhist Ways for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases <i>Uthai Sudsukh, et al.</i>
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวน อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน <i>ทิพย์รัตน์ กันทะ</i>	451	Development of Elderly Dependency Care Pattern in Suad Sub-District Health Promoting Hospital, Banluang District, Nan Province <i>Thippayarat Kantha</i>
นวัตกรรมเขียงเลื่อนสำหรับผู้พิการ <i>พิสิษฐ์ สมงาม</i> <i>ณิรนุช วงศ์เจริญ</i>	460	Innovative Sliding Board for People with Disability <i>Phisit Somngam</i> <i>Neeranuch Wongcharoen</i>
การพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน <i>ธนอม นามวงศ์ และคณะ</i>	468	Verbal Screening Development of the Risk Behavior of Hepatitis B Virus among People in Community <i>Thanom Namwong, et al.</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ย่านยาวโมเดล: โมเดลระบบเฝ้าระวังดัชนี ลูกน้ำยุงลายเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก อย่างยั่งยืนระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <i>ประยูทธ สีตุ๊กา และคณะ</i>	477	Yan Yaw Model: A Model of Larval Indices Surveillance System for Sustainable Dengue Solution in Sub-District Health Promotion Hospital Level <i>Prayut Seetuka, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา <i>ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล สันติ ทวยมีฤทธิ์</i>	490	Development of an Operating Models of Village Health Volunteers in the Control and Prevention of Coronavirus 2019, Nakhon Ratchasima Province <i>Phattharapol Jungsomjatpaisat Sunti Tuaymeerit</i>
ผลการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับ การดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน <i>ณิรันุช วงศ์เจริญ ทัศนมินทร์ รัชตาทนรัชต์</i>	500	Effect of Development of Community Participatory Model for Femur Fracture with Home Skin Traction <i>Neeranuch Wongcharoen Tasanamin Ratchatathanarat</i>
การพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมและดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น <i>ศิราณี คำอู กาญจนา วิเชียร</i>	509	Development of Preparation and Continuity of Care Model for Open Heart Surgery Patients in Khon Khaen Hospital <i>Siranee Khumou Kanchana Sriwichien</i>
การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ งตและลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>ธัญมัย ปุรินัย และคณะ</i>	521	Development of a Guideline for Preparing Patients to Reduce the Postponement of Surgery in Sisaket Hospital <i>Thanyamai Purinai, et al.</i>



สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงาน- ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ วิเชียร เทียนจารุวัฒนา กิตติพร เนาว์สุวรรณ	531	Development of the Public Health Workforce of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health to Support Health Region <i>Wichian Thianjuruwatthana</i> <i>Kittiporn Nawsuwan</i>
การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ธิดิภัทร คูหา จिरาพร อิทธิชัยวัฒนา	547	Development and Policy-driven to the Ministry of Public Health Goal “Happier Health Care Workers” <i>Thitipat Kuha</i> <i>Jiraporn Itthichaiwattana</i>
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จุฬาร กระจเทศ และคณะ	561	Factors Influencing Work Retention of Profes- sional Nurse under the Ministry of Public Health <i>Juraporn Krates, et al.</i>
การศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำของอัตราส่วน อัลบูมินต่อครีเอตินิน และอัตราส่วนโปรตีนต่อ ครีเอตินิน ในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วใน ปัสสาวะในสตรีที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษ เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ และคณะ	574	Diagnostic Accuracy of Spot Urine Albumin to Creatinine Ratio versus Urine Protein to Creatinine Ratio for the Diagnosis of Proteinuria in Suspect- ed Preeclamptic Women <i>Ueamporn Summart, et al.</i>

วารสารวิชาการสาธารณสุข

วารสารวิชาการสาธารณสุข จัดทำขึ้นโดยสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยตีพิมพ์ติดต่อกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพกับภาคีองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
5. เพื่อประชาสัมพันธ์ผลงานของสำนักวิชาการ-สาธารณสุข

รูปแบบของวารสาร

1. รูปลักษณะวารสารวิชาการทั่วไป แต่สอดแทรกรูปภาพบ้างในส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาวิชาการโดยตรง
2. จัดทำปีละ 6 ฉบับเป็นราย 2 เดือน โดยมีกำหนดออกคือปลายเดือนกุมภาพันธ์ เมษายน มิถุนายน สิงหาคม ตุลาคม และธันวาคม
3. มีขนาดเล่ม 21.0 x 28.7 ซม. ความหนา 200 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารวิชาการสาธารณสุขเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งนี้ การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักวิชาการฯ ได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers 2 คนเพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสานกับเจ้าของบทความเพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ <https://digitaljournals.moph.go.th/tdj/index.php/JHS>

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่าง ๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่า สำนักวิชาการสาธารณสุขและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย

Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Journal of Health Science are those of authors of the papers, and do not represent those of the Journal of Health Science and the management team.



คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษา	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ)
	อธิบดีกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข
	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ
นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองบรรณาธิการ
ดร.กฤษดา แสงวงศ์
สำนักวิชาการสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ดร.จุฬาร กระทบ	นพ.ถาวร สกุกพานิชย์	ศ.ดร.พญ.ทิพวรรณ เลียบสี้อตระกูล	พ.ญ.ทิววรรณ ปิยกุลมลา
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.ธีรพร สติธอังกูร	ภก.บรรเจิด เตชาศิลาชัยกุล	ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	ดร.นพ.ปิยะ หาญรวงศ์ชัย
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์	ผศ.ดร.นพ.ภูติพิ เตชาดิวัฒน์
สำนักวิชาการสาธารณสุข	สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ภูษิต ประคองสาย	ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล	ศ.ดร.นพ.วิชัย เอกพลากร	นพ.วิเชียร เทียนจารูวัฒนา
สำนักวิชาการสาธารณสุข	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล-	สำนักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มหาวิทยาลัยมหิดล	รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์	นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม	ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย	ดร.สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท
สำนักงานอธิการบดี	มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความ-	สมาคมเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยรังสิต		เป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก	แห่งประเทศไทย
รศ.ดร.สุนธรา คงศีล	ศ.ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	ศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส	รศ.อรุณ จิรววัฒน์กุล
คณะสาธารณสุขศาสตร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ฝ่ายจัดการวารสาร สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พญ.สุริยาพร ตั้งศรีสกุล ดร.จุฬาร กระทบ นางสมาลี คักดิ์ผิวผาด นางสุภาพร ศศิจันทร์ นางชวิตา สุขนิรันดร์
ดร.เบญจทิรา รัชตพันธ์นากร นางสาวทัดดาว ศรีบุรณ์ นางสาวดวงตะวัน ปานมิ่ง นางสาววิพาดา เชื้อผักชี

ประเทศไทยกับระบบอาหารที่ยั่งยืน

การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือ โควิด-19 ได้สร้างหายนะให้กับประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบไปแทบทุกหย่อมหญ้า ชาวโลกต่างก็เดือดร้อนกันไปทั่วหน้า และทำให้เริ่มเห็นว่า พลโลกบางส่วนต้องถึงกับอดอยากเพราะตกงาน ขาดรายได้มาซื้อหาปัจจัยที่จำเป็น โดยเฉพาะอาหารเพื่อประทังชีวิต ทำให้มองเห็นว่า การที่ประเทศต่างๆ จะบรรลุถึงเป้าหมายการพัฒนาาระบบอาหารอย่างยั่งยืนเป็นเรื่องที่ยู้งยากเสียแล้ว

คนในวงการสาธารณสุขจะคุ้นเคยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือเรียกกันสั้นๆ ว่า SDGs (ย่อมาจาก Sustainable Development Goals) เพราะถูกเตือนย้ำอยู่เสมอว่า ประเทศมีเป้าหมายในการเข้าถึง SDG ด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็น SDG หมายเลข 3 (SDG3) แต่มักจะไม่รู้หรือไม่สังเกตว่า ใน SDGs ทั้ง 17 ข้อ นั้น มีเรื่องของอาหารรวมอยู่ด้วย คือ SDG หมายเลข 2 ซึ่งระบุว่าทุกประเทศต้อง “ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และสนับสนุนเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน”

ตอนที่ผู้นำของประเทศประชุมกันเพื่อให้ความเห็นชอบกับเป้าหมาย SDGs เมื่อปี พ.ศ. 2558 นั้น มีการมุ่งเป้าไปที่ระบบอาหารอยู่แล้ว ก็แสดงว่า ในขณะนั้นเรื่องอาหารก็กำลังเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของโลก ยิ่งมาตอนนี้ ตอนที่โลกกำลังถูกคุกคามอย่างหนักด้วยโรคโควิด-19 ปัญหาของระบบอาหารถูกกระทบรุนแรงขึ้นมาก ทำให้การเข้าถึงเป้า SDG2 เป็นไปได้ยากเสียแล้ว และด้วยเหตุที่อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งทางสังคมในการกำหนดสุขภาพของมนุษย์ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็น

social determinant of health ความรุนแรงของปัญหานี้ย่อมกระทบต่อการมีสุขภาพของคนในประเทศต่างๆ อย่างเลี่ยงไม่ได้

หัวใจสำคัญของ SDG2 ก็คือการมีระบบอาหารที่ยั่งยืน กล่าวคือ ต้องมีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องทำให้ประชากรในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนที่ยากจน เปราะบางและด้อยโอกาส ในขณะเดียวกัน ก็ต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางอาหารและโภชนาการ (food literacy) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นอกจากจะลดความหิวโหยแล้ว ต้องส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ดี ลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (หรือ NCDs) ที่เป็นภาระทางสุขภาพ เป็นสาเหตุความสูญเสียสุขภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลำดับต้นๆ ของประชากรไทย ต้องไม่ลืมว่า การบริโภคอาหารที่ไร้สุขภาพเป็น 1 ใน 4 สาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตจากโรค NCDs (นอกเหนือไปจากการดื่มสุรา การบริโภคยาสูบ และการไม่มีกิจกรรมทางกาย)

ระบบอาหารที่ยั่งยืนหมายถึงระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในทุกมิติ สร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ สร้างประโยชน์ในวงกว้างสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน (ความมั่นคงทางสุขภาพ) การมีสังคมสุขภาพ (ความยั่งยืนทางสังคม) การสร้างรายได้ (ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ) และไม่เป็นอันตรายต่อสภาพแวดล้อม (ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม)

ปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในประเทศไทยมีหลากหลาย เช่น คนไทยบางส่วนกินไม่ครบ 3 มื้อ กินอาหารรสหวานจัด เค็มจัด ทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมาตลอด และผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค ส่วนที่รู้ตัวก็ควบคุมภาวะการป่วยไม่ได้ ขณะเดียวกัน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรกมีอัตราต่ำมาก และมีแนวโน้มลดลง เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีภาวะน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากปัญหาทางโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะอ้วน ซึ่งคนไทยกว่า 1 ใน 3 มีดัชนีมวลกายบ่งชี้ถึงภาวะน้ำหนักเกิน และจากการประเมินโดยการวัดเส้นรอบเอวพบว่า ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นมาตลอด และพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน

เนื่องจากปัญหาทางอาหารและโภชนาการค่อนข้างซับซ้อน เกี่ยวโยงถึงบริบทต่างๆ ที่หลากหลายตั้งแต่ต้นน้ำ คือการผลิต กลางน้ำ คือการกระจาย การตลาด การซื้อหา ไปจนถึงปลายน้ำ คือการบริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำเรื่องนี้มานาน โดยส่งเสริมการดำเนินงานของภาคีต่างๆ ตลอดห่วงโซ่ ที่ผ่านมานับว่ามีความก้าวหน้าพอสมควร โดยเป้าหมายสำคัญมี 3 ด้าน คือ การสร้างความมั่นคงทางอาหาร การส่งเสริมอาหารปลอดภัย และการบริโภคอาหารอย่างมีสุขภาพและมีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ งานหนักอีกประการหนึ่งคือการเสริมสร้างความรอบรู้ของประชาชนในด้านอาหาร ซึ่งปัจจุบันจะเห็นว่า มีความตื่นตัวในสังคมพอสมควร เช่น การเลือกซื้อผักปลอดสารพิษ การสั่งเครื่องดื่มหวานน้อย การไม่เติมผงชูรสในอาหาร เป็นต้น แต่ก็ยังมีคนไทยจำนวนมากขาดความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการ

งานด้านอาหารและโภชนาการทั้ง 3 ด้านมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน การแบนสาร

พิษทางการเกษตร การส่งเสริมเกษตรชุมชน การทำสวนเกษตรในสถานศึกษาและในโรงพยาบาล การส่งเสริมการเข้าถึงอาหารในประชากรทุกกลุ่ม การลดบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การส่งเสริมนมแม่ ฯลฯ ซึ่งแต่ละด้านต้องประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ มากมายมาบูรณาการกันจนเป็นระบบที่ยั่งยืนซับซ้อน จึงต้องการภาคีหลากหลายภาคส่วนมาช่วยกันดำเนินการ

ขณะนี้ ภาคีอาหารกำลังช่วยการจัดทำแผนอาหารเพื่อสุขภาพโดยกำหนดเป้าหมายหลักคือ “ประชาชนไทยมีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ภายใต้อาหารที่ยั่งยืน” และมีเป้าหมายสำคัญในระยะ 10 ปี คือ “ประชาชนไทยมีสุขภาพทางอาหารและลดการเจ็บป่วยจากโรค NCDs” โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ เกิดพลเมืองอาหารและชุมชนอาหาร (2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างสภาพแวดล้อมอาหารที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชนและเครือข่ายคุ้มครองทางสังคม และ (4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมาย

โดยกำหนดกลไกสนับสนุนคือ ส่งเสริมการบูรณาการงาน การพัฒนาความร่วมมือ การจัดการข้อมูลติดตามความก้าวหน้าและสื่อสารความเสี่ยง การจัดการความรู้ เป็นต้น

คงต้องมาติดตามกันว่า การ “ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และสนับสนุนเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน” ของประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน SDG ในปี พ.ศ. 2573 ได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในภาวะที่ประเทศกำลังได้รับผลกระทบอย่างหนักจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และความยุ่งยากจากการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจและสังคมหลังการระบาดของโรคนี้

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การรายงานและการบรรยายค่าร้อยละในบทความวิจัย

อรุณ จิรวัดณ์กุล วท.บ. (อาชีวอนามัย), วท.ม. (ชีวสถิติ), M.Sc. (Clinical Epidemiology)

ค่าร้อยละเป็นค่าสถิติที่ใช้สรุปภาพรวมของตัวแปรกลุ่ม (categorical variable) มีการใช้ทั้งในรายงานวิจัย รายงานการสำรวจ และรายงานสรุปการดำเนินงานจากระเบียบรายงาน

ร้อยละที่ใช้ในงานวิจัย หรืองานสำรวจ นอกจากใช้การสรุปภาพรวมของตัวอย่างแล้ว ผู้อ่านรายงานยังอนุมานร้อยละของตัวอย่างไปเป็นค่าร้อยละของประชากร ถ้าตัวอย่างขนาดเล็กไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของประชากร จะทำให้ข้อสรุปจากค่าร้อยละคลาดเคลื่อนจากความจริง เช่น นำเสนอว่ามีผู้เห็นด้วยกับให้กฎหมายรับรองการสมรสของผู้ที่มีเพศเดียวกันร้อยละ 60 ถ้าข้อมูลสรุปที่ได้มาจากผู้ตอบเพียง 5 คน ผู้อ่านจะไม่แน่ใจว่าในประชากรมีผู้เห็นด้วยร้อยละ 60 หรือไม่ เพราะความเห็นของคนๆ เดียวทำให้ค่าร้อยละเปลี่ยนไป 20 ดังนั้นค่าร้อยละ 60 ที่คำนวณมาจากตัวอย่าง 10 คน (6/10) 120 คน (72/120) หรือ 400 คน (240/400) ความน่าเชื่อถือในประชากรเป็นร้อยละ 60 จริงจะต่างกัน

ดังนั้นในงานวิจัยจึงควรมีวิธีการนำเสนอ และการบรรยายค่าร้อยละ ที่ไม่สร้างความเข้าใจคลาดเคลื่อนให้กับผู้อ่านบทความวิจัย

1. การนำเสนอค่าร้อยละในบทความวิจัยควรมีรูปแบบอย่างไร และมีจำนวนทศนิยมเท่าไร

มีข้อกำหนดการนำเสนอจำนวนจุดทศนิยมในการตีพิมพ์วารสารหลายคำแนะนำ เช่น ของ AMA (American

Medical Association) กำหนดจุดทศนิยมตามค่าจำนวนคนของฐานที่ใช้คำนวณค่าร้อยละดังนี้

ถ้า $n < 100$ ไม่ต้องมีจุดทศนิยม

ถ้า $n 100-999$ มีทศนิยมได้ 1 ตำแหน่ง

ถ้า $n \geq 1000$ มีทศนิยมได้ 2 ตำแหน่ง

(AMA 2.13.9, 17.3.1, และ 17.3.2.)

บางวารสารอาจกำหนดให้เป็นแบบอื่นเช่น

- ถ้า $n > 200$ มีทศนิยมได้ 1 ตำแหน่ง

- ถ้า $n \leq 20$ ให้นำเสนอเป็นจำนวนอย่างเดียว

ดังนั้นก่อนที่นักวิจัยจะเขียนบทความลงตีพิมพ์ในวารสารใดควรอ่านดูข้อกำหนดรูปแบบการนำเสนอข้อมูลในวารสารนั้น

ในกรณีที่วารสารไม่มีข้อกำหนดรูปแบบการนำเสนอค่าร้อยละ ผู้วิจัยควรนำเสนอค่าร้อยละทั้งในตาราง และคำบรรยายโดยให้มีทศนิยมไม่เกินหนึ่งตำแหน่ง เพราะจำนวนทศนิมน้อยจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย และต้องนำเสนอทั้งจำนวนและค่าร้อยละ ไม่ว่าขนาดตัวอย่างจะเล็กหรือใหญ่

สำหรับการเขียนบรรยายค่าร้อยละ สามารถใช้ได้ทั้งคำว่าร้อยละ และสัญลักษณ์ % ถ้าใช้สัญลักษณ์ต้องเขียนเครื่องหมาย % ติดกับค่าตัวเลขเช่น 10%

เพื่อป้องกันการแปลผลร้อยละคลาดเคลื่อนจากความจริงการนำเสนอและการบรรยายค่าร้อยละของตัวแปรที่มีตัวอย่างขนาดเล็กกว่า 20 (บางวารสารกำหนด เล็กกว่า 30) ควรนำเสนอทั้งจำนวน และร้อยละ ส่วนคำบรรยาย

ควรเน้นที่จำนวนเป็นหลัก เช่น “จากตาราง ... ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนในทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 25 ราย พบว่า คลอดก่อนกำหนด 7 (28%) ราย ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด 3 (12%) ราย ...”

2. คำร้อยละในตารางควรเป็นร้อยละในแถวหรือในสดมภ์

2.1 ถ้าต้องการเปรียบเทียบว่าแต่ละกลุ่มของตัวแปร มีปริมาณเท่าไรต้องคิดร้อยละในแนวสดมภ์ เช่น

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	59	48.8
หญิง	62	51.2
รวม	121	100

2.2 ถ้าเป็นตารางแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องการเปรียบเทียบร้อยละของลักษณะตัวแปรในสดมภ์ของแต่ละกลุ่มของตัวแปรในแถวให้คิดร้อยละในแนวแถว เช่น

สถานะภาพ สมรส	เห็นด้วยกับกฎหมายทำแท้ง					
	ใช่		ไม่		รวม	
	n	%	n	%	n	%
โสด	25	50	25	50	50	100
สมรส	55	39	85	61	140	100
หย่า	6	75	2	25	8	100

การกำหนดคำร้อยละที่จะใส่ลงในตารางควรกำหนดให้สอดคล้องกับการอ่านผล

3. ตารางแสดงความสัมพันธ์ที่ต้องการเปรียบเทียบร้อยละลักษณะตัวแปรในแต่ละกลุ่มที่มีจำนวน

ตัวอย่างในบางกลุ่มเล็กต้องระมัดระวังในการบรรยายผล

การเปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มภายในตัวแปร ถ้าบางกลุ่มมีตัวอย่างเล็กอาจมีปัญหาเรื่องความคลาดเคลื่อนของการบรรยายผล เช่น ข้อมูลจากตารางเห็นด้วยกับกฎหมายทำแท้งจำแนกตามสถานภาพสมรสข้างบน ถ้าบรรยายว่า “ผู้ที่หย่าเห็นด้วยกับกฎหมายทำแท้งมากที่สุด 75% รองลงมาเป็นคนโสด 50% ส่วนผู้ที่สมรสเห็นด้วย 39% ...” คำบรรยายดังกล่าวไม่ถูกต้องเพราะนำร้อยละของคนหย่าที่มีเพียง 7 คนไปเปรียบเทียบกับร้อยละของผู้สมรสที่มี 150 คน ในกรณีนี้ควรเลือกเปรียบเทียบกันเฉพาะบางกลุ่ม เช่น คนโสดกับสมรสที่มีจำนวนจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมากพอ

4. การตัดค่า missing ออกจากการคำนวณค่าร้อยละอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของคำร้อยละ

ตัวแปรที่มีค่า missing (มีผู้ไม่ตอบคำถามนี้) ถ้าตัดออกจากการคิดร้อยละจะทำให้ความหมายของร้อยละผิด โดยเฉพาะตัวอย่างขนาดเล็ก เช่น ผลสำรวจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานจากนักศึกษา 50 คน ตอบว่าเห็นด้วย 30 คน ไม่เห็นด้วย 10 คน ไม่ตอบ (missing) 10 คน ถ้าตัดค่า missing ก่อนคำนวณค่าร้อยละ จะพบว่ามีผู้เห็นด้วยร้อยละ 75 (30/40) แต่ไม่ตัดค่า missing มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 60 (30/50) ซึ่งการตัดออกค่า missing ทำให้คำร้อยละสูงกว่าความเป็นจริง ในกรณีนี้จึงไม่ควรตัดค่า missing แต่ควรกำหนดให้ ไม่ตอบ (missing) เป็นคำตอบอีกกลุ่มหนึ่ง

สรุป

การรายงาน และบรรยายคำร้อยละในบทความวิจัย ควรควรมีจุดทศนิยมน้อยที่สุดไม่ควรเกินหนึ่ง ในกรณีที่ตัวอย่างในการศึกษาขนาดเล็ก ผู้วิจัยต้องมีความระมัดระวังในการบรรยายผลที่จะไม่ส่งเสริมไม่ให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากการบรรยายคำร้อยละ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

สุทธิภัทร แก้วเทพ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

ธวัชชัย อภิเดชกุล ส.ด. (ระบาดวิทยา)

วิภพ สุทธนะ วท.ด. (วิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์)

กรกช จันทร์เสวีวิทยา ปร.ด. (เภสัชศาสตร์)

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

วันรับ:	7 พ.ย. 2561
วันแก้ไข:	12 มิ.ย. 2563
วันตอบรับ:	22 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในประเทศไทยเนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อประเมินความชุกและปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบกลุ่ม โดยเลือกชายขายบริการทางเพศที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับชาย จากแหล่งสถานบริการทางเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากจำนวน 11 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพแล้ว และการตรวจตัวอย่างเลือด การประเมินความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติ Chi-square และ Logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ Alpha 0.05 ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 250 คน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ร้อยละ 55.60 อายุ 19-24 ปี ร้อยละ 58.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.20 อัตราความชุกการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 3.60 พฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่สวมถุงยางอนามัย กับลูกค้ำเป็นบางครั้งมีโอกาสติดเชื้อเอดส์มากกว่ากลุ่มที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง 15.64 เท่า ($OR_{adj} = 15.46, 95\%CI = 1.79-133.58$) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการให้บริการของกลุ่มชายขายบริการทางเพศในกลุ่มเยาวชนชาติพันธุ์ มีความสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ชายขายบริการทางเพศ; ชนชาติพันธุ์; การติดเชื้อเอชไอวี; เอดส์; การเข้าถึงบริการสุขภาพ

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนมากในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบทวีปแอฟริกา

และทวีปเอเชีย⁽¹⁾ การระบาดของโรคเอดส์นอกจากมีผลต่อสุขภาพและชีวิตแล้ว ยังทำให้มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจด้วย⁽²⁾ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียของทรัพยากรมนุษย์ เสียชีวิตจากการติดเชื้อ ส่วนความสูญเสียของเศรษฐกิจ พบมีความสูญเสียค่าใช้จ่ายและงบประมาณ

ต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยผ่านระบบสุขภาพต่างๆ ของประเทศ^(3,4) ดังนั้น โรคเอดส์จึงไม่ใช่ปัญหาเฉพาะทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาทางสังคมอื่นๆ ด้วย รวมถึงปัญหาจากรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมและการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾

ในปี ค.ศ. 2016 โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสม 36.70 ล้าน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 1 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วประมาณ 19.50 ล้านคนเท่านั้น⁽⁶⁾ และจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิต โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,268 คน แยกเป็นเพศหญิง 1,845 คน เพศชาย 4,423 คน ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ ร้อยละ 90.00 เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน แบ่งเป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 50.00 จากการมีเพศสัมพันธ์ในคูที่ไม่ทราบว่าเป็นคูชายรักชาย ร้อยละ 25.00 จากการมีเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการทางเพศ ร้อยละ 10.00⁽⁷⁾

กลุ่มชายรักชายเป็นประชากรชายกลุ่มหนึ่งที่มีรสนิยมทางเพศที่ชอบและมีเพศสัมพันธ์กับคนเพศเดียวกัน โดยมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น เช่น จำนวนคู่นอน⁽⁶⁾ รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ การใช้สารเสพติด⁽⁹⁾ และการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁰⁾

ในกลุ่มชายรักชายดังกล่าว บางส่วนได้ประกอบอาชีพเป็นผู้ให้บริการทางเพศด้วย โดยพบมากในพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว เช่น กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ภูเก็ต เชียงใหม่ เชียงราย เป็นต้น ซึ่งพื้นที่เหล่านี้มีจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากและส่วนหนึ่งของนักท่องเที่ยวมีรสนิยมในการซื้อบริการทางเพศในกลุ่มชายขายบริการทางเพศด้วย⁽¹¹⁾ ทำให้พบ

จำนวนผู้ขายชายบริการทางเพศเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชายแดน เช่น จังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพชายขายบริการทางเพศในพื้นที่นี้เป็น กลุ่มประชากรพม่าและชนกลุ่มน้อย⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา การประกอบอาชีพ รวมถึงแรงผลักดันอื่นๆ ทำให้ก้าวเข้ามาประกอบอาชีพชายขายบริการทางเพศ⁽¹²⁾

กลุ่มประชากรชายขายบริการทางเพศที่เป็นชาวต่างชาติหรือชนกลุ่มน้อย เมื่อเข้าสู่การประกอบอาชีพนี้แล้ว จะมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽¹³⁾ เนื่องจากสถานะทางสังคม อาชีพที่ประกอบ คักยภาพการใช้ภาษาไทย รวมถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอื่นๆ ที่ไม่มีหรือไม่เท่าเทียมกับประชาชนไทยที่มีบัตรประจำตัวประชาชน⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะสิทธิในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และรวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี⁽¹⁵⁾ ข้อมูลจากสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติทั่วโลกมีประมาณ 740 ล้านคน กำลังเผชิญหน้ากับความไม่เท่าเทียมของระบบสุขภาพในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย โดยประมาณการที่ 3.70 ล้านคนของแรงงานชาวต่างชาติกำลังเผชิญปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี⁽¹⁶⁾ แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังขยายความครอบคลุมการดูแลรักษาถึงประชากรกลุ่มนี้ให้มากขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีกลุ่มแรงงานข้ามชาติอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการเข้าถึงสิทธิ โดยเฉพาะในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ ส่งผลต่อการติดเชื้อรายใหม่และแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศและกลุ่มประชากรอื่นๆ ตามมา

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก โดยเป็นนักท่องเที่ยวทั้งจากในประเทศและจากต่างประเทศ ในขณะที่จำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้นนั้น ส่งผลให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นรวมถึงอุตสาหกรรมบริการ โดยเฉพาะการบริการทางเพศ การขายบริการทางเพศของผู้ชายจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นและส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการทางเพศชายเป็นกลุ่มประชากร

ที่เข้ามาจากประเทศพม่า รวมถึงชนกลุ่มน้อยอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงขนาดของปัญหาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศเหล่านี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาขนาดของปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศเหล่านี้ที่จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปพัฒนาโครงการทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรพิเศษเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และประเมินปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อประเมินความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ คือ กลุ่มชายชายบริการทางเพศทั้งตรงและแฝง ที่ทำงานในแหล่งสถานบริการเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 11 พื้นที่ ประกอบด้วย หัสดีเสวี ท่าแพ บำรุงราษฎร์ อารักษ์ นิมมานเหมินทร์ ช้างคลาน ไชตนา เชียงใหม่แลนด์ เจริญประเทศ ช้างเผือก และสมโภชน์เชียงใหม่ จำนวน 250 คน ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2560

กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยเลือกแหล่งสถานบริการทางเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 11 แห่ง ข้อมูลแหล่งสถานบริการทาง

เพศและรายชื่อชายชายบริการทางเพศได้มาจากการสำรวจแหล่งสถานบริการทางเพศของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 (ข้อมูลนับตั้งแต่เดือน 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558) พบว่า ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีแหล่งบริการทางเพศที่ให้บริการสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวนทั้งหมด 11 พื้นที่ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน จากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายชายบริการทางเพศ จนได้ครบตามที่ต้องการ คุณสมบัติการคัดเลือกเป็นไปตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. กลุ่มชายที่ทำงานในแหล่งบริการทางเพศในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 11 พื้นที่
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง
- การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างของ Krejcie RV & Morgan DW⁽¹⁷⁾

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 NP}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha_2 PQ}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 228.10 คน ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างไปอีก ร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถาม และการเก็บตัวอย่างเลือด

แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2557 ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย จำนวน 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน อาชีพหลัก รายได้หลัก และการอาศัยอยู่กับครอบครัว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วยข้อคำถาม รสนิยมทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 4 สภาวะสุขภาพและการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม อาการผิดปกติเนื่องจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม ศักยภาพการใช้ภาษาไทย สถานที่ ช่วงเวลา ความถี่ของการเข้ารับบริการ และสิทธิการรักษา

การเก็บตัวอย่างเลือด จำนวน 0.50 มิลลิลิตร เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยการตรวจตามกระบวนการของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ มีการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย อ่านคำชี้แจงรายละเอียดและลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กรอกข้อมูลโดยใช้รหัส HN แทนชื่อ-นามสกุล

ขั้นตอนที่ 2 เจาะเลือดจากต้นแขนด้านซ้ายหรือขวา จำนวน 0.50 มิลลิลิตร ใส่หลอดปราศจากเชื้อที่มีสารกันเลือดแข็ง Edta หรือ Citrate ผสมตัวอย่างเลือดให้เข้ากับสารกันเลือดแข็งโดยกลับหลอดไปมา

ขั้นตอนที่ 3 เก็บตัวอย่างเลือดที่เป็น Whole Blood บรรจุกล่องโฟมหรือกระติกที่มีน้ำแข็ง ที่มีอุณหภูมิ 2-8°C และส่งห้องปฏิบัติการ (พร้อมกรอกรายละเอียดการส่งตัวอย่างตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน)

ขั้นตอนที่ 4 นำตัวอย่างเลือด ส่งศูนย์กามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต 1 เชียงใหม่ เพื่อตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว same day result ซึ่งเป็นหลักการตามแนวทางการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ระดับชาติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556-2557 สำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อรายบุคคล ใช้การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี แบบ Rapid test โดยชุดตรวจคัดกรองทั้งหมดมีความไวร้อยละ 99.50 และมีความจำเพาะร้อยละ 99.00 ตามลำดับแอนติเจนต่างชนิดกัน

โดยใช้เครื่อง machine based assay หรือ MBA ในการแปลผล เพื่อให้สามารถออกผลการทดสอบได้ภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง จึงได้นำใช้ชุดทดสอบที่ให้ผลไวมาใช้ในการดำเนินการแทน และแจ้งผลแก่อาสาสมัครรับทราบเป็นรายบุคคลและเป็นความลับ ส่วนผู้ทำการเจาะเลือด คือ นักเทคนิคการแพทย์ จากศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต 1 เชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 20.0 ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำเสนอข้อมูลและสรุปผลวิจัย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง ดังรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้สถิติ T-test, Chi-square test, logistic regression, multiple logistic regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและยินยอมเข้าร่วม

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

การวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกล่วงหน้าและไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนจะสิ้นสุดกระบวนการ จะไม่ส่งผลเสียใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การปกป้องความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล หรือข้อมูลอื่นที่อาจสืบค้นไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย หรือบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ มีการใช้หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ REH-59132 ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ซึ่งเป็นกลุ่มชายขายบริการทางเพศในเขตพื้นที่ต่าง ๆ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มีเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ไทยใหญ่ รองลงมาสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ไม่มีการแต่งงานหรือมีบุตร และรองลงมา คือ มีแฟนแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน อายุเฉลี่ย 23.3 ปี หรืออายุระหว่าง 19-24 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 25-30 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพที่เคยทำมาก่อนมาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ คือ รับจ้าง/ลูกจ้าง และว่างงาน ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานน้อยกว่า 1 ปี รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน ช่วงเวลาที่หารายได้มากที่สุด คือ ช่วงเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนไทย การสื่อสารภาษาไทย

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีรสนิยมทางเพศเป็นฝ่ายรุก เลือกลูกค้าที่เป็นฝ่ายรับมากกว่า โดยเป็นกลุ่มชายที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง ช่วงอายุการเริ่มขายบริการทางเพศ ระหว่าง 17-21 ปี

เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ คือ งานสบายได้เงินง่าย รองลงมาฐานะครอบครัวยากจน บุคคลที่ชักชวน/เชิญชวนให้ขายบริการทางเพศ ได้แก่ เพื่อน มาสมัครด้วยตัวเอง และคนรู้จักแนะนำมา จำนวนลูกค้าที่ให้บริการต่อสัปดาห์น้อยกว่า 5 คน และจำนวนลูกค้าที่ให้บริการต่อเดือน น้อยกว่า 20 คน ประเภทของลูกค้าที่ให้บริการ เป็นชาย (เกย์/สาวประเภทสอง) ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่มีการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ร้อยละ 91.20 การสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า ร้อยละ 68.40 และการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน ร้อยละ 52.20 การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 54.00 สาเหตุการไม่สวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพราะไว้ใจซึ่งกันและกัน หารู้อย่างอนามัยไม่ทัน และคุ้นเคยกับคู่นอน ไม่อยากใช้ นอกจากนี้ยังพบว่ามี การดื่มสุรา/เบียร์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.00 และประวัติการเคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.60

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราและเบียร์สูง มีบางคนเคยเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) กัญชา ยาอี และยาไอซ์

ประวัติการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่เคยมีประวัติอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ มีแผลที่อวัยวะเพศ และการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพสถานที่ที่ไปรักษาหลัก ได้แก่ โรงพยาบาล/คลินิกของรัฐบาล โรงพยาบาล/คลินิกของเอกชน ประวัติการซื้อยากินเอง สิทธิการจ่ายค่าบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล/คลินิก ส่วนใหญ่จะจ่ายเงินเอง และใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 24.00 เหตุผลที่ไม่ไปรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะรอนาน ระบบซับซ้อน ระยะทางไกล ช่วงเวลาที่สะดวกเข้ารับบริการในโรงพยาบาล คือ ช่วง 08.00-16.00 น. และช่วง 17.00-20.00 น. และไม่มีช่วงเวลาใดเลย ร้อยละ 14.4 ความถี่ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ไม่เคยเลย ร้อยละ

84.40 ความพึงพอใจในการรับบริการจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ เพื่อน แอปพลิเคชัน เช่น เฟสบุ๊ก/ไลน์ และเว็บไซต์

การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส พบความชุกของการ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่ารายได้ต่อ เดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท อายุที่เริ่มต้นการขาย บริการทางเพศ อายุที่มากกว่า 19 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความถี่ของการสวมถุงยาง- อนามัยกับลูกค้าประจำ การไม่สวมถุงยางอนามัยหรือสวม บางครั้งกับลูกค้าประจำ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

ผล	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้อเอชไอวี		
ผลลบ	241	96.40
ผลบวก	9	3.60
การติดเชื้อซิฟิลิส		
ผลลบ	216	86.40
ผลบวก	34	13.60

มากกว่าการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง 15.46 เท่า (ตาราง ที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คุณลักษณะ	ผลบวก		ผลลบ		OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ						
อายุ (ปี)										
≤18	2	22.2	19	7.9	1	0.06-1.54	0.150		NA	
≥19	7	77.8	222	92.1	0.3					
รายได้ต่อเดือน (บาท)										
≤5,000	1	11.1	1	0.4	1				NA	
5,001 - 10,000	6	66.7	158	65.6	0.04	0.00-0.68	0.026*			
≥10,001	2	22.2	82	34.0	0.02	0.00-0.54	0.019*			
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	33.3	65	27.0	1				NA	
ประถมศึกษา	2	22.2	94	39.0	0.46	0.07-2.84	0.404			
สูงกว่าประถมศึกษา	4	44.4	82	34.0	1.06	0.23-4.89	0.944			
อายุที่เริ่มต้นการขายบริการทางเพศ										
≤18	2	22.2	6	2.5	1				NA	
≥19	7	77.8	235	97.5	0.09	0.01-0.52	0.007*			
เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ										
ฐานะครอบครัวยากจน	1	11.1	31	12.9	1				NA	
ไม่มีทางเลือก	3	33.3	21	8.7	4.43	0.43-45.52	0.211			
อื่นๆ	5	55.6	189	78.4	0.83	0.09-7.26	0.859			
การสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ										
สวมบางครั้ง	2	22.2	226	93.8	1			1	1.79-133.58	0.010*
ไม่สวมเลย	7	77.8	15	6.2	52.73	10.07-276.25	<0.001*	15.46		

หมายเหตุ * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

NA = ไม่มีข้อมูล

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยประเมินตัวแปรต้นและตัวแปรตามในเวลาเดียวกัน แยกเป็นประเด็นในการศึกษา โดยมีข้อจำกัดดังนี้

ประเด็นที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ส่วนกลุ่มที่มีการขายบริการทางเพศแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในสถานบริการ จึงไม่มีโอกาสเข้าร่วมการวิจัย

ประเด็นที่ 2 อคติจากการไม่สามารถทราบระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่แน่ชัดในของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ประเด็นที่ 3 อคติจากการจดจำเหตุการณ์ไม่ได้ (recall bias) เนื่องจากการศึกษาเชิงภาคตัดขวางจะเป็นการวัดตัวแปรต้นและตัวแปรตามในเวลาเดียวกัน แต่มีตัวแปรหลายตัว ซึ่งเป็นตัวแปรหรือเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ทำให้บางคนในกลุ่มประชากรศึกษาระลึกเหตุการณ์ไม่ได้ หรือระลึกได้ไม่สมบูรณ์ เป็นต้น อาจส่งผลถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลในลำดับต่อมา

ส่วนข้อดีในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2557 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ ทำให้ความเข้าใจและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยให้กลุ่มประชากรศึกษาทราบอย่างมีประสิทธิภาพ และในการวิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใช้กระบวนการตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสของกลุ่มตัวอย่าง พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 ในกลุ่มไม่ใช่คนไทย ชาติพันธุ์ชาวรัฐฉาน ประเทศพม่า หรือชาวไทยใหญ่ ที่เข้ามาอาศัยและทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.⁽¹⁵⁾ พบอัตราความชุกร้อยละ 4.9 ในกลุ่มที่หย่าร้าง

หรือเลิกอยู่กับคู่นอน และอาศัยอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง พบว่าจำนวนคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไป มาจากห้องน้ำสาธารณะหรือชานา มี การซื้อขายบริการทางเพศ และการศึกษาของ Pereira H, et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบอัตราความชุกร้อยละ 8.4 พบว่ามีการดูยางอนามัยกับคู่นอนไม่สม่ำเสมอ ผ่านทางช่องคลอด ทวารหนัก และทางปาก และการศึกษาของ Verhaegh-Haasnoot A, et al.⁽¹⁸⁾ พบอัตราความชุก ร้อยละ 8.0 พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีคู่นอนเป็นผู้หญิงและมีการซื้อขายบริการทางเพศร่วมด้วย แต่ต่างจากผลการศึกษาของ Fournet N, et al.⁽¹⁹⁾ พบการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี ในกลุ่มเกย์ไป ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guadamuz TE, et al.⁽²⁰⁾ พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนไทยมากกว่ากลุ่มไม่ใช่คนไทย โดยระบบการเฝ้าระวังโรค-เอดส์ระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข

การติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 19-24 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขาดความตระหนักในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Griensven F, et al.⁽²¹⁾ ที่พบการติดเชื้อเอชไอวีมากในกลุ่มที่มีอายุน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของ Spotosse T, et al.⁽²²⁾ พบว่าชายขายบริการทางเพศมีการติดเชื้อสูง ในช่วงอายุมากกว่า 24 ปี ส่วนการศึกษาของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาภาพรวมสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2559 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอายุ 25-59 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.40 สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 17.40) ผลการศึกษาของ Makmai P⁽²³⁾ พบว่าสาเหตุที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยเข้ารับการตรวจการติดเชื้อมีจำนวนไม่มาก เพราะคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อฯ และผลการศึกษาของ Baral SD, et al.⁽²⁴⁾ มีความเป็นไปได้ที่จะพบการติดเชื้อสูงในกลุ่มเยาวชนอายุ

น้อย เพราะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าและการมี
เครือข่ายสังคมที่มากกว่า

สถานภาพสมรส พบว่าชายที่มีสถานภาพโสดมีการ
ติดเชื้อมากที่สุด และรองลงมา คือ ชายที่มีแฟนและอยู่
ด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.⁽¹⁵⁾ และ
การศึกษาของ Sargin F, et al.⁽²⁵⁾ ที่พบการติดเชื้อเอช-
ไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มชายที่ไม่ได้แต่งงานหรือโสดมีความ
เกี่ยวข้องกับการขายบริการทางเพศ และมีการใช้ถุงยาง
อนามัยไม่สม่ำเสมอแต่ต่างกับการศึกษาของ Mannava
P, et al.⁽²⁶⁾, Vu L, et al.⁽²⁷⁾, และ Vu VD, et al.⁽²⁸⁾ ที่
พบการติดเชื้อสูงในกลุ่มชายที่แต่งงานแล้ว มีบุตร มี
ภรรยาที่อยู่ร่วมกัน

ระดับการศึกษาการไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบใน
ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นมีการติดเชื้อ
สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Castañeda H⁽²⁹⁾ พบ
ว่าชายขายบริการทางเพศส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับ
ชั้นมัธยมศึกษาและการมีระดับความรู้ต่ำ

ระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 1 ปี ระดับรายได้อยู่
ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และรายได้
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน พบการติดเชื้อมากที่สุด
สอดคล้องกับการศึกษาของ Baral SD, et al.⁽²⁴⁾ และการศึกษา
ของ Lorimer K, et al.⁽³⁰⁾ ที่พบว่าระยะเวลาการ
ทำงานและรายได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี
เนื่องจากชายขายบริการทางเพศส่วนใหญ่ต้องการรายได้
การขายบริการทางเพศจึงเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ การ
ศึกษาของ Verhaegh-Haasnoot A, et al.⁽¹⁸⁾ และ Deer-
ing KN, et al.⁽³¹⁾ รายได้มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจใน
การต่อรองกับลูกค้า ลูกค้าบางคนอาจมีข้อเสนอหรือเสนอ
รายได้มากกว่าที่ไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ และการ
ศึกษาของ Masvawure TB, et al.⁽³²⁾ และ Minichiello
V, et al.⁽³³⁾ การไม่มีรายได้และความยากจน พบว่า มีผล
ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่มีรสนิยมทางเพศเป็น
ฝ่ายรุกมากกว่าฝ่ายรับ มีการเลือกลูกค้าที่เป็นฝ่ายรับ
เนื่องจากชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายแท้ที่สามารถมีเพศ

สัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง บางคนมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิง
โดยการศึกษาพบการติดเชื้อในกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุกมากกว่า
ฝ่ายรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bayer C, et al.⁽³⁴⁾
และการศึกษาของ Wu Z, et al.⁽¹⁵⁾ แต่ต่างกับการศึกษา
ของ Narayanan P, et al.⁽³⁵⁾ ที่พบการติดเชื้อสูงในกลุ่ม
ที่เป็นฝ่ายรับและการมีคู่นอนหลายคน ส่วนการศึกษาของ
Sheehy M, et al.⁽³⁶⁾ ที่พบการติดเชื้อสูงในกลุ่มเกย์ไบ
หรือชายที่มีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิง ต่างจากผลการ
ศึกษาของ Masvawure TB, et al.⁽³²⁾ และ Minichiello
V, et al.⁽³³⁾ ที่พบว่าการศึกษาของการมีเพศสัมพันธ์
มากขึ้นและการมีคู่นอนหลายคนมีความสัมพันธ์กับการ
ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนการสวมถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่
สม่ำเสมอทั้งกับลูกค้า แฟนคนรักหรือคู่นอนด้วยกัน
เพราะไว้ใจซึ่งกันและกัน พบการติดเชื้อมากที่สุด
สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบ
การติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่สม่ำเสมอ
และการไม่ทราบสถานภาพการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศ
สัมพันธ์กับชาย และการศึกษาอื่น ๆ (Minichiello V,
et al.⁽³³⁾, Van Griensven F, et al.⁽²¹⁾, Pereira H,
et al.⁽¹⁶⁾) ส่วนการศึกษาของ Masvawure TB, et al.⁽³²⁾
พบว่าชายขายบริการทางเพศที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง
และแรงงานข้ามชาติ ยังขาดการได้รับถุงยางอนามัย สาร
หล่อลื่น และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและขาดอำนาจ
การต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้า ส่วน
พฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดการศึกษา
พบว่าชายขายบริการทางเพศส่วนใหญ่มีการใช้
แอลกอฮอล์และประวัติเคยใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตา
มินหรือยาบ้า กัญชา ยาอี ยาไอซ์ สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Minichiello V, et al.⁽³³⁾ และการศึกษาของ Yu G,
et al.⁽³⁷⁾ พบว่าการใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ มี
ความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันและ
การปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัย

การเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศที่มีผลต่อการติด
เชื้อเอชไอวี โดยพบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ

ที่เริ่มต้นขายบริการทางเพศ เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า และความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่อายุยืนกันด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.⁽¹⁶⁾ อายุของการเริ่มต้นขายบริการทางเพศผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี พบการติดเชื้อเอชไอวี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 ผู้ที่มีอายุระหว่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี พบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 77.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของ Spotose T⁽²²⁾ พบว่า ชายขายบริการทางเพศมีการติดเชื้อสูง ในช่วงอายุมากกว่า 24 ปี ซึ่งไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันด้านเชื้อชาติ สัดส่วนประชากร เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ พบว่า เหตุผลทางเศรษฐกิจ พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 เหตุผลไม่มีทางเลือก พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ชอบสนุก งานสบายได้เงินง่าย พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่อายุยืนกันด้วยกัน ผู้ที่สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁽⁵⁾ ที่พบว่า การไม่สวมถุงยางอนามัย ใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ถุงอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่นอน โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหญิงและชาย ชายที่แต่งงานแล้ว หรือมีระดับการศึกษาต่ำ พบอัตราความชุกสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท อายุที่เริ่มตนการขายบริการทางเพศ อายุที่มากกว่า 19 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการไม่สวมถุงยางอนามัยหรือสวมบางครั้งกับลูกค้าประจำ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ เป็น 15.46 เท่า มากกว่ากลุ่มชายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.⁽¹⁶⁾ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหญิงและชายการสวมถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับจำนวนคู่นอนรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ และประวัติการไม่เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย ประชากรศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มประชากรชายขายบริการทางเพศที่ทำงานในเขตพื้นที่แหล่งบริการทางเพศ ในจังหวัดเชียงใหม่ 11 พื้นที่ พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง โดยส่วนใหญ่มีแฟน/คนรักที่อยู่ด้วยกันและบางคนมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิง อายุระหว่าง 19-24 ปี ที่มีรสนิยมทางเพศเป็นฝ่ายรุกมากกว่าฝ่ายรับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำพบว่ากลุ่มชายขายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอหรือบางครั้งมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็น 15.46 เท่ามากกว่ากลุ่มชายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง (95%CI =1.79-133.58)

ข้อเสนอแนะ

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ที่ไม่ใช่คนไทยหรือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ควรได้การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เทียบเท่าคนไทย เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะเริ่มแรก เพื่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปยังผู้อื่น และการได้รับความรู้และการเข้าถึง

อุปกรณ์การป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อสร้างความตระหนักในการสวมถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับเจ้าของสถานประกอบการ

เจ้าของสถานประกอบการ ควรมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ ให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ กับกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ได้รับความรู้ สวัสดิการตระหนักในการดูแลรักษาตัวเอง และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสานหน่วยงานให้เข้ามาดูแลรักษา และส่งต่อการรับบริการทางด้านสุขภาพ

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง เพิ่มช่องทางในการเฝ้าระวังจากระบบเดิม โดยอาศัยเจ้าหน้าที่หรือ องค์กรอิสระหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้สุขศึกษาเพื่อนำไปใช้ในทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

สำหรับผู้กำหนดนโยบาย

ผู้วิจัยเห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องมีขั้นตอนและกระบวนการเพื่อช่วยในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาคเหนือของประเทศไทย อย่างไรก็ตามมาตรการต่างๆ ควรจะเพิ่มอย่างเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แตกต่างกัน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁴⁾ ประเด็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนในพื้นที่ที่มีความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการแผนปฏิบัติงานและเผยแพร่

ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายในระดับนานาชาติและระดับชาติเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และขจัดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้หมดไป

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปในรูปแบบ prospective cohort study โดยการศึกษาเชิงลึกเพื่อศึกษาเกี่ยวกับชายขายบริการทางเพศในแต่ละพื้นที่ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมถึงความครอบคลุมการเข้าถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัส การตรวจหาการติดเชื้อ และการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงโดยได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปี 2560 และขอขอบคุณกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ให้ข้อมูลในการพัฒนางานวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากมูลนิธิเอ็มพลัส เชียงใหม่ ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำหรับอนุเคราะห์สนับสนุนถุงยางอนามัย สำหรับแจกให้กับกลุ่มประชากรศึกษา รวมถึงกลุ่มประชากรศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการเก็บตัวอย่างเลือด และตอบแบบสอบถามวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Beyrer C, Karim, QA. The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2013; 8(4):306-10.
2. Perelman J, Alves J, Miranda AC, Mateus C, Mansinho K, Antunes F, et al. Direct treatment costs of HIV/AIDS in Portugal. *Revista de Saude Publica* 2013;47(5):865-72.
3. Boubouchairopoulou N, Athanasakis K, Chini M, Mangafas N, Lazanas MK, Kyriopoulos JE. Estimation of the

- direct cost of HIV-infected patients in Greece on an annual basis. *Value in Health Regional Issues* 2014;4:82-86.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2560.
 5. Centers of Disease Control and Prevention. HIV risk among persons who exchange sex for money or nonmonetary items [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/group/sex-workers.html>
 6. Cai R, Zhao J, Cai W, Chen L, Richardus JH, de Vlas SJ, et al. Determinants of recent HIV testing among male sex workers and other men who have sex with men in Shenzhen, China: a cross-sectional study. *BMC infectious diseases* 2014;14(S2):19.
 7. Giang LM, Clatts MC, Goldsamt LA, Yu G. High rates of oral STIs among male sex workers in Vietnam. *Sex Transm Infect* 2014;90(7):528.
 8. Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM, Yu G. Sexual practices, partner concurrency and high rates of sexually transmissible infections among male sex workers in three cities in Vietnam. *Sexual Health* 2015;12(1):39-47.
 9. Duan C, Wei L, Cai Y, Chen L, Yang Z, Tan W, et al. Recreational drug use and risk of HIV infection among men who have sex with men: A cross-sectional study in Shenzhen, China. *Drug & Alcohol Dependence* 2017; 181:30-36.
 10. Mitchell JW, Horvath KJ. Factors associated with regular HIV testing among a sample of US MSM with HIV-negative main partners. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 2013;64(4):417-23.
 11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
 12. Decaney N. Between HIV and “male sex workers” identity: young Shan men and the presentation of enviable life in Chiang Mai. *International Conference on Burma/Myanmar Studies* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: [http://www.burmalibrary.org/docs21/Health/Nikos-Dacanay-2015-Between_HIV_and_%27Male_Sex_Workers%](http://www.burmalibrary.org/docs21/Health/Nikos-Dacanay-2015-Between_HIV_and_%27Male_Sex_Workers%27)
 13. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 5 จังหวัด ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
 14. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
 15. Wu Z, Xu J, Liu E, Mao Y, Xiao Y, Sun X, et al. HIV and syphilis prevalence among men who have sex with men: a cross-sectional survey of 61 cities in China. *Clinical Infectious Diseases* 2013;57(2):298-309.
 16. Pereira H, Gonçalves I, Borges I, Cerqueira N, Saraiva ME. Male sex workers in Lisbon, Portugal: a pilot study of demographics, sexual behavior, and HIV prevalence. *Journal of AIDS and Clinical Research* 2014;5(9):342.
 17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
 18. Verhaegh-Haasnoot A, Dukers-Muijers NH, Hoebe CJ. High burden of STI and HIV in male sex workers working as internet escorts for men in an observational study: a hidden key population compared with female sex workers and other men who have sex with men. *BMC infectious diseases* 2015;15(1):291.
 19. Fournet N, Koedijk FDH, van Leeuwen AP, van Rooijen MS, van der Sande MAB, van Veen MG. Young male sex workers are at high risk for sexually transmitted infections, a cross-sectional study from Dutch STI clinics, the Netherlands, 2006-2012. *BMC infectious diseases* 2015;16(1):63.
 20. Guadamuz TE, Friedman MS, Marshal MP, Herrick AL, Lim SH, Wei C, et al. Health, sexual health, and syndemics: toward a better approach to STI and HIV preventive interventions for men who have sex with men (MSM) in the United States. In: Aral SO, Fenton KA,

- Lipshutz JA, editors. The new public health and STD/HIV prevention. New York: Springer; 2013. p. 251–72.
21. Van Griensven F, Thienkrua W, McNicholl J, Wimonasate W, Chaikummao S, Chonwattana W, et al. Evidence of an explosive epidemic of HIV infection in a cohort of men who have sex with men in Thailand. *AIDS* 2013; 27(5):825–32.
22. Spoto T. Vulnerability of male commercial sex workers to HIV/AIDS. *HIV & AIDS Review* 2013;12(1): 1–3.
23. Makmai P. Effectiveness of an HIV/AIDS prevention program for male sex workers in Chiang Mai province [Doctoral dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University, 2012.
24. Baral SD, Grosso A, Holland C, Papworth E. The epidemiology of HIV among men who have sex with men in countries with generalized HIV epidemics. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2014;9(2):156–67.
25. Sargin F, Yildiz D, Aydin OA, Mete B, Gunduz A, Karaosmanoglu HK, et al. Changes in HIV demographic patterns in a low prevalence population: no evidence of a shift towards men who have sex with men. *International Journal of Infectious Diseases* 2016;48:52–6.
26. Mannava P, Geibel S, King'ola N, Temmerman M, Luchters S. Male sex workers who sell sex to men also engage in anal intercourse with women: evidence from Mombasa, Kenya. *PLoS One* 2013;8(1):e52547.
27. Vu L, Andrinopoulos K, Tun W, Adebajo S. High levels of unprotected anal intercourse and never testing for HIV among men who have sex with men in Nigeria: evidence from a cross-sectional survey for the need for innovative approaches to HIV prevention. *Sex Transm Infect* 2013; 89(8):659–65.
28. Vu VD, Le GM, Nguyen SM, Clatts MC, Goldsamt LA. High Prevalence of Gonorrhoea and HPV Among Male Sex Workers in Three Cities of Vietnam: Challenges in Addressing HIV Epidemic Among MSM Populations. *Sex Transm Infect* 2013;89(Suppl 1):A182.
29. Castañeda H. Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. *Social Science & Medicine* 2013;84:94–101.
30. Lorimer K, Kidd L, Lawrence M, McPherson K, Cayless S, Cornish F. Systematic review of reviews of behavioral HIV prevention interventions among men who have sex with men. *AIDS Care* 2013;25(2):133–50.
31. Deering KN, Lyons T, Feng CX, Nosyk B, Strathdee SA, Montaner JS, et al. Client demands for unsafe sex: the socio-economic risk environment for HIV among street and off-street sex workers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2013;63(4):522–31.
32. Masvawure TB, Mantell JE, Tocco JU, Gichangi P, Restar A, Chabeda SV, et al. Intentional and unintentional condom breakage and slippage in the sexual interactions of female and male sex workers and clients in Mombasa, Kenya. *AIDS Behav* 2011;22(2):637–48.
33. Minichiello V, Scott J, Callander D. New pleasures and old dangers: reinventing male sex work. *Journal of Sex Research* 2013;50(3–4):263–75.
34. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. W. An action agenda for HIV and sex workers. *Lancet* 2015;385(9964):287–301.
35. Narayanan P, Das A, Morineau G, Prabhakar P, Deshpande GR, Gangakhedkar R, et al. An exploration of elevated HIV and STI risk among male sex workers from India. *BMC Public Health* 2013;13(1):1059.
36. Sheehy M, Tun W, Vu L, Adebajo S, Obianwu O, Karlyn A. High levels of bisexual behavior and factors associated with bisexual behavior among men having sex with men (MSM) in Nigeria. *AIDS care* 2014;26(1):116–22.
37. Yu G, Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM. Substance use among male sex workers in Vietnam: prevalence, onset, and interactions with sexual risk. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26(5):516–21.

Abstract: Prevalence and Factors Associated with HIV Infection Among Ethnic Minority Male Sex Worker in Chiang Mai Province, Thailand

Sutthiphat Kaewtep, M.Sc. (Public Health); Tawatchai Apidechkul, (Dr.P.H. (Epidemiology); Wipob Suttana, Ph.D. (Biomedical Science); Korakot Chansareewittaya, Ph.D. (Pharmacy)

* Thai CaseMix Centre; ** Central Office for Healthcare Information; *** Health Information Standards and P School of Health Science, Mae Fah Luang University, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(3):393-405.

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is still a major public health and medicine problems particularly in Thailand. A number of new infected cases have increased particularly among men who have sex with men (MSW). This study aimed to assess the prevalence and to determine factors associated with HIV infection among the ethnic minority male sex workers in Chiang Mai Province. An analytic cross-sectional study was conducted. A cluster random sampling method was used to select the samples who worked as male sex workers, aged ≥ 18 years, and had experienced in sexual intercourse with men from 11 sites in Muang district, Chiang Mai province, between 2016 and 2017. A validated questionnaire and blood specimen were used for data collection. Chi-square and logistic regression were used for detection the associations between variables at the significant level of $\alpha=0.05$. Altogether 250 participants were recruited into the study. As for the finding, 55.60% of the samples were Shan, 58.00% were aged 19-24 years, and 95.20% were Buddhist. The overall prevalence of HIV infection was 3.60%. In the multivariate analysis, condom use was found to be statistically associated with the prevalence of HIV infection ($OR_{adj} = 15.64$; 95%CI=1.79-133.58). Encouraging young ethnic minority male sex workers to regularly use condom with their clients is very significant to address HIV/AIDS problems in these populations.

Keywords: male sex worker; ethnic minority; HIV; AIDS; access to health care service

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

กัทธ ดานา พย.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วันรับ: 10 พ.ค. 2561

วันแก้ไข: 29 มิ.ย. 2563

วันตอบรับ: 9 ก.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556– ตุลาคม 2558 เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 3 คน ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 13 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้และแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงจากชุมชน หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.67 ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.32

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช; ผู้ดูแลในครอบครัว; ภาคีเครือข่ายในชุมชน

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตต่อการดำเนินชีวิตมากขึ้น เป็นเหตุทำให้คนในสังคมเกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวเผชิญและจัดการแก้ไขได้ จะส่งผลบั่นทอนสมรรถภาพทางจิตใจให้เสื่อมถอยจนเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ในที่สุด โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.00–1.50 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5 – 5.0 ต่อ 1,000 คนต่อปี⁽¹⁾ จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนสูงอย่าง

ต่อเนื่อง คือ 1,109,183 รายในปี 2556 เป็น 1,082,407 ราย และ 1,070,206 ราย ในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ตามลำดับ⁽²⁾ และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในขณะที่จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน⁽³⁾

ผู้ป่วยจิตเวช คือผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึคนึกคิด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างคุณค่าหรือหาความหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน

พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวชซึ่งส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชน เนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้ อาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรค มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มี 3 ระยะ คือระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)⁽⁴⁾ เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเวชแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาตัวต่อที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุดโดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การมีกิจกรรมร่วมกันและคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับ เกิดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ก็มักส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและผลกระทบต่อความเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย⁽⁶⁾ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกตนเอง

มีความสำคัญ สามารถจะแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ดี⁽⁷⁾

พื้นที่ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน ประมาณ 10 ราย แยกเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 67.7 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 22.1 และโรควิตกกังวล ร้อยละ 10.2 ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยาหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยละเลย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

หมู่บ้านกู่และบ้านกู่น้อย ม.1 และ ม.9 เป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่สุดในตำบล มีจำนวน 250 หลังคาเรือน และประชากรประมาณ 682 คน และเป็นชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ 2 ครอบครัว ที่มีปัญหาทั้งปัญหาในระดับครอบครัวและปัญหาที่เพื่อนบ้าน ดังนั้นเพื่อเป็นการลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือผลกระทบจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาบทบาทของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2556 - ตุลาคม 2558 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (planning) มีการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน จากครอบครัวผู้ป่วย อสม. อบต. ทีมผู้นำและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นมีการสนทนากลุ่มและลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในขั้นตอนนี้ ดำเนินการเพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาความ

ต้องการ รวมทั้งการแต่งตั้งทีมดำเนินงาน เพื่อติดต่อประสานงาน

2. การปฏิบัติ (acting) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง 1 วัน ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากระยะวางแผน และออกแบบกิจกรรมสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หลักการเข้ากลุ่ม มีดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว จะเน้นองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา สถานที่ที่ไปรักษา เน้นวิธีการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้จ่าย การจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

2.2 กลุ่มภาคีเครือข่าย เน้นการช่วยเหลือด้านสังคม การจัดการสิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย/ครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ดุด่าผู้ป่วย ช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลโดยหมุนเวียนเข้าเยี่ยมให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

ติดตามเยี่ยมบ้านโดยประเมินสภาพปัญหา วางแผนแก้ไขร่วมกับภาคีเครือข่ายและใช้กระบวนการพยาบาลศึกษาครอบครัว รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลที่เหมาะสม ภาคีเครือข่ายมีองค์ความรู้และทักษะร่วมกันดูแล ขั้นตอนนี้เชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและเคยผ่านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาแล้วประสบการณ์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ช่วยเสริมพลังของทีม เสนอกรณีตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จในการดูแล การใช้ระบบปรึกษาได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ ไลน์ หรือการประสานงานโดยตรง มีพยาบาลออกติดตามร่วมดูแลและประเมินผลร่วมกับทีม เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทีม จัดหาสนับสนุนแหล่งความรู้ เอกสารวิชาการเพื่อเสริมองค์ความรู้ให้กับทีมอย่างต่อเนื่อง

3. การสังเกต (observing) โดยสังเกตข้อค้นพบเพื่อนำสู่การปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการ

4. การประเมินผลสะท้อนกลับ (reflecting) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้และ

ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย (1) ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 3 คน (2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน 13 คน (อสม. 5 คน ผู้นำชุมชน 6 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน) และ (3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดี และสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มี 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1 (ตอบถูก) และ 0 (ตอบผิด) คะแนนรวม 15 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนระดับ 1-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนระดับ 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนระดับ 13-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การประเมินและสังเกตอาการ การเตือน การบอกสิ่งที่เป็นจริง การกระทำกิจกรรมแทน การสอนกำกับ การถอยห่าง การต่อรองไกลเกลี่ย การจัดการเรื่องยา การจัดการสิ่งแวดล้อม การขอความช่วยเหลือและการป้องกันตนเอง ลักษณะการตอบ คือ ทำได้ (1 คะแนน) ทำไม่ได้ (0 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน แปลผลโดย คะแนนมากกว่าร้อยละ 70.00 ถือว่ามีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ 0.89

4) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลในครอบครัว ภาคีในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมที่จะร่วมโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการวิจัยไม่มีกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัยและก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย ทีมผู้วิจัยจะมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่มีอคติกับตัวบุคคล

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี จบระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.75 ปี (SD 2.31) กลุ่มเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีจำนวนทั้งเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนมากมีอายุช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 38.47 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.15 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 76.92 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาสถานการณ์และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบประเด็น คือ (1) ด้านผู้ดูแลมีสภาพร่างกายไม่พร้อมเนื่องจากความชราและมีโรคประจำตัว เครียดจากการดูแลเป็นระยะเวลานาน และขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและขาดยา ได้รับการดูแลไม่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงจากชุมชน ทั้ง

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว			กลุ่มเครือข่ายในชุมชน		
เพศ			เพศ		
ชาย	1	33.33	ชาย	7	53.85
หญิง	2	66.67	หญิง	6	46.15
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)		
40-50	0	0.00	30-41	2	15.38
51-60	2	66.67	41-50	4	30.77
60 ขึ้นไป	1	33.33	51-60	5	38.47
ระดับการศึกษา			60 ขึ้นไป	2	15.38
ประถมศึกษา	2	66.67	ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	1	33.33	ประถมศึกษา	6	46.15
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			มัธยมศึกษา	5	38.47
บิดา/มารดา	2	66.67	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	15.38
พี่น้อง/เครือญาติ	1	33.33	ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
เพื่อนบ้าน	0	0.00	มี	10	76.92
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล เฉลี่ย 6.75 ปี (SD = 2.31)			ไม่มี	3	23.08

ผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายในชุมชน เสนอแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สรุปเป็น 3 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 กิจกรรมเชื่อมโยงสายใย ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มด้วยการทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากผู้วิจัยคุ้นเคยและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วยและทีมงานในชุมชน การอาศัยความคุ้นเคยที่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน และกิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้ทุกคนได้รู้จักและเข้าใจตนเองเห็นจุดดีและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่อย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคลเรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดี ๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชมร่วมให้กำลังใจ แก้ไขจุดบกพร่องยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

วงจรที่ 2 กิจกรรมร้อยใจร่วมกัน มีกิจกรรมต่อเนื่อง ดังนี้

1) ให้ทุกคนได้สำรวจปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพ ความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น (1) ให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้น (2) บรรยายให้ทราบข้อมูลโรคและการรักษา ตอบปัญหาข้อข้องใจในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชน เช่น อบต. เข้ามาช่วยเรื่องอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีงานทำ เพิ่มความภาคภูมิใจแก่ตนเอง ในกรณีนี้ทีมผู้วิจัยได้ประสานกับ นายก อบต. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ไปเป็นวิทยากรร่วมเพื่ออบรมเยาวชนในพื้นที่ ในการอบรมเชิงปฏิบัติการการหล่อรูปปั้นจิตรกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความถนัด

2) ให้กลุ่มสำรวจสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

และเน้นย้ำเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นที่ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3. กิจกรรมความคาดหวังต่อผู้ป่วยจิตเวช ชุมชนได้รับความรู้ความคาดหวังต่อการดูแลผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้สร้างจิตนาการเกี่ยวกับความมุ่งหวังของคนที่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยช่วยให้กลุ่มเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในการช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาในชุมชน

วงจรที่ 3 กิจกรรมผูกพันต้องใจ โดยการค้นหาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร่วมวางแผนและผลักดันเพื่อแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแล เช่น (1) กิจกรรมร่วมคิดร่วมทำวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (2) กิจกรรมงานของเรา มอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนและช่องทางการติดต่อประสานงานเพื่อความสะดวกในการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รายละเอียดดังตารางที่ 2

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.23 หลังจากดำเนินการกิจกรรม ผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับสูงทุกราย และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ร้อยละ 84.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ ภาคีเครือข่ายในชุมชนส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลในระดับต่ำ ร้อยละ 76.92 หลังจากดำเนินการกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มสูงขึ้นระดับสูง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 84.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ตารางที่ 2 บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาท
ผู้ดูแลในครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลผู้ป่วย/จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาทั้งทางกายและใจ - ลดสิ่งกระตุ้นในครอบครัว - ส่งต่อข้อมูลกับเครือข่ายในชุมชน/รพ.สต.
ภาคีเครือข่ายในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างทีมร่วมกับติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว - ให้ความรู้/เฝ้าระวัง/รายงาน อาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - ลดสิ่งกระตุ้นในชุมชน - ติดตามเยี่ยมครอบครัว เดือนละ 1 ครั้ง

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	3	100.00	0	0.00
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	0	0.00	1	33.33
สูง (13-15 คะแนน)	0	0.00	2	66.67
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
ต่ำ (1-7 คะแนน)	9	69.23	0	0.00
ปานกลาง (8-12 คะแนน)	4	30.77	2	15.38
สูง (13-15 คะแนน)	0	0.00	11	84.62

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลในครอบครัว				
คะแนน 1-12 (<70%)	3	100.00	0	0.00
คะแนน \geq 13 (70% ขึ้นไป)	0	0.00	3	100.00
ภาคีเครือข่ายในชุมชน				
คะแนน 1-12 (<70%)	10	76.92	1	0.08
คะแนน \geq 13 (70% ขึ้นไป)	3	23.08	12	92.32

วิจารณ์

บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เกิดจากการร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการศึกษาข้อมูลทีละเอียด และเข้าถึงครอบครัวกับชุมชนได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ชุมชนให้การยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ⁽⁸⁾ เช่น ด้านความรู้สึกรู้สึกคิดและพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งกิจกรรมเพื่อนพบเพื่อน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน และเตรียมความพร้อมของกลุ่มในการร่วมกิจกรรม โดยการกระตุ้นให้กลุ่มได้ค้นหาความดีของคนอื่น เป็นการสร้างความรู้สึกดีนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมความพร้อมในการทำงานร่วมกัน การสร้างความสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีสามารถส่งเสริมความพร้อมในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ธีระสมบุญ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพทางการพยาบาลเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมากเพราะทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น เกิดความรู้สึกร่วมกันในกิจกรรมการดูแล มีเป้าหมายร่วมกันและเกิดความพร้อมในการดูแล และการศึกษาของ Mahone IH และคณะ⁽¹⁰⁾ พุดถึงมุมมองของผู้ให้การดูแลสุขภาพที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมความพร้อมในการดูแลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างสงบสุข

กิจกรรมมองต่างมุม เพื่อให้กลุ่มได้รู้จักและเข้าใจตนเอง เห็นจุดเด่นและจุดบกพร่องของตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ในขณะเดียวกันการที่บุคคลได้รู้จักและเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เรียนรู้การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มองสิ่งดีของกันและกัน เข้าใจในส่วนบกพร่องที่เกิดขึ้นกับบุคคล เรียนรู้การเลือกสิ่งที่ดียอมรับสิ่งดี ๆ ของบุคคลอื่นมาชื่นชม ร่วมให้กำลังใจแก้ไข

จุดบกพร่อง ยอมรับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น เนื่องจากการที่บุคคลจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขนั้น บุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสามัคคีในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวช และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เหมะรัต และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่องการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งหลังดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ผู้นำชุมชนเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น มีเครือข่ายบริการสุขภาพเกิดขึ้นและชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดีเพื่อให้ความช่วยเหลือกันมากขึ้น เกิดความสามัคคีอันนำไปสู่การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

หลังดำเนินการทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มภาคี-เครือข่ายในชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบัวลอย แสนละมุล และปัตพงษ์ เกษสมบุญ⁽¹²⁾ ที่ทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการทดลองพบคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่าก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.40 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.10 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกระบวนการที่ให้กลุ่มร่วมกันสร้างจินตนาการความมุ่งหวังต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ตนเองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาของแก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ⁽¹³⁾ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันกันทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาของพรประไพ แยกเต้ และคณะ⁽³⁾ เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัคร-
สาธารณสุขจะเป็นพลังที่สำคัญยิ่งและมีความสำคัญที่จะ
ต้องร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติ ผลการศึกษา
พบว่า ครอบครัวและชุมชนมีความรู้กับการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดย
การเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมาก
และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน
เกิดความภาคภูมิใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย
จิตเวชและครอบครัวได้

อย่างไรก็ตามควรนำวิธีการสร้างบทบาทในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้มีส่วนร่วมใน
ระดับชุมชน ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มี
ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้า-
หมายอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนพึงพิง
หรือผู้พิการในชุมชน หรือนำวิธีการพัฒนาบทบาทนำสู่
การทดลองในชุมชน เพื่อเป็นการยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
ให้ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวมีบทบาทให้การดูแล
ผู้ป่วย จัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ จัดการสิ่ง-
แวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและ
การส่งต่อข้อมูลกับชุมชนหรือโรงพยาบาล ภาคีเครือข่าย
ในชุมชนร่วมสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและ
ครอบครัว เฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
และติดตามเยี่ยมบ้าน หลังดำเนินกิจกรรมทั้งผู้ดูแลและ
ภาคีในชุมชนมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
สูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีส่วน
ร่วมในชุมชนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เปรมฤดี ดำรงค์, อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง. การมีส่วน
ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอ
หนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารสมาคมนักวิจัย 2557;
19(2):92-103.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยนอกที่มา
รับบริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2550 -2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21
มี.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [https://www.dmh.go.th/re-
port/opatient/](https://www.dmh.go.th/report/opatient/)
3. พรประไพ แยกเต้า, สุวดี วงษ์พนม, จารี ทิพย์พินิจ, ททัย
รัตน์ นพมิตร. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัคร
สาธารณสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
2554;25(2):117-29.
4. มาโนช หล่อตะกุล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ.
จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
5. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
6. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของ
สังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล 2558;
42(3):159-67.
7. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนใน
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง.
วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:239-47.
8. มนตรี จันทา, สุมัทนา กลางคาร, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ.
รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการ
เคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วม ตำบลหนองบัว อำเภอศรีนครภูมิ
จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2554;7(1):
48-56.

9. จันทรา อีระสมบูรณ์. แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุราษฎร์ธานี: สุวรรณ-อักษร; 2543.
10. Mahone IH, Maphis CF, Snow DE. Effective strategies for nurses empowering clients with schizophrenia: medication use as a tool in recovery. *Issues in Mental Health Nursing* 2016;37(5):372-9.
11. กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทรกร, สุชาดา หุณฑสาร. การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26(2):1-15.
12. บัวลอย แสนละมุล, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2557;2(3):273-84.
13. แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26(1):35-49.

Abstract: Development of the Roles for Psychiatric Patients Care among Family Caregivers and Partnership Networks in the Community

Kamthorn Dana, M.N.S.

Ban Nonrung Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):406-14..

This action research aimed to develop the role of psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. Data were collected during September 2013 to October 2015. The participants consisted of 3 family caregivers, 13 persons from partnership networks in the community, and 5 health care providers. All participants were purposively selected based on their availability and willingness to participate in the study. The study tools were questionnaires on demographics data questionnaire, psychiatric patients care knowledge, and psychiatric patients care skills. The quality of tools was reviewed by three experts. The results showed that: (1) the family caregivers were the physically deficit due to elder age and personnel disease, (2) the psychiatric patients took medicine intermittently or not taking the medicine. The family caregiver had high level of knowledge (66.67%), and the partnership network in the community had also a high level of knowledge (84.62%). The family caregivers had a high level of skills of patient care (100.00%), and the high level of skills (92.32%) was observed in the partnership networks in the community as well.

Keywords: psychiatric patients; family caregivers; partnership networks in the community

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยม ตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน

ปิยฉัตร ดีสุวรรณ พ.บ.*

น้ำทิพย์ จงศิริ วท.ม.**

สุรางค์รัตน์ พ้องพาน Ph.D. (Clinical Epidemiology)***

พัชรินทร์ คำนวล Ph.D. (Clinical Epidemiology)****

ภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์ Ph.D. (Clinical Epidemiology)*****

นวัชโรจน์ อินเต็ม พธ.บ., กศ.ม.*****

* กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

** กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลแพร่

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปาง

**** กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลพะเยา

***** วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

***** มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่

วันรับ:	2 มี.ค. 2563
วันแก้ไข:	11 ก.ย. 2563
วันตอบรับ:	21 ก.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมให้มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประเมินประสิทธิผลของเมนูอาหารที่พัฒนา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการทดลองในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและการดูแลผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาสาสมัครร่วมประกอบอาหาร และการสังเกตวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการก่อนและหลังการพัฒนาสูตรอาหาร ผลที่ได้คือ คู่มือ “10 อย่างอาหารเหนือ เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ” ส่วนการทดลองในชุมชน ดำเนินการในจังหวัดแพร่ พะเยา ลำปาง และเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงหรืออ้วน จำนวนทั้งหมด 319 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 163 คน และกลุ่มควบคุม 156 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับสุขศึกษาเช่นเดียวกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มืออาหารและนำไปปฏิบัติ หลังเข้ากิจกรรม 1 เดือน จะมีการติดตาม ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด โคเลสเตอรอลในเลือดและดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลของเพศและการออกกำลังกาย พบว่า การรับประทานอาหารตามคู่มืออาหาร มีผลลดความดันโลหิตตัวบน 3.3 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สรุปว่า การนำ เมนูอาหารยอดนิยมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ส่งผลต่อการคุมภาวะโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงหรืออ้วน

คำสำคัญ: ภาคเหนือตอนบน; อาหารพื้นบ้าน; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; สภาวะทางสุขภาพ

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁽¹⁾ พบว่า สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุไทยควรได้รับการส่งเสริม ให้มีสุขภาพดี พึ่งพาตนเองได้ วัยสูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ โรคอ้วนสูงกว่าวัยอื่น ๆ และโรคเรื้อรังดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสาเหตุความพิการและการเสียชีวิตของประชากรไทย ความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 19.4 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.8 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 24.8 และโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 35.6⁽²⁾ ซึ่งโรคเรื้อรังในวัยสูงอายุ เกิดจากความเสื่อมของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ⁽³⁻⁵⁾ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ของกรมอนามัย⁽⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 26 ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสม อาหารพื้นบ้านภาคเหนือเป็นตัวอย่างหนึ่งของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เนื่องจาก มีผัก สมุนไพร เครื่องปรุงต่างๆ ที่มีสรรพคุณและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนยารักษาโรค เช่น ชิง⁽⁷⁾ ย่านาง⁽⁸⁾ สามารถลดระดับไขมัน พลูควา⁽⁹⁾ มะรุม⁽¹⁰⁾ สามารถลดความดันโลหิต มะระขี้นก⁽¹¹⁾ ตำลึง⁽¹²⁾ เขียงดา⁽¹³⁾ ชะพลู⁽¹⁴⁾ สามารถลดน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามการปรุงอาหารพื้นบ้านภาคเหนือจะมีรสเค็มเด่น มีการใช้เครื่องปรุงหลากหลาย เช่น ปลาร้า กะปิ น้ำปู ประกอบกับผู้สูงอายุมีต่อมรับรสที่เสื่อมลง มีโอกาสรับประทานอาหารรสเค็มเกินพอดี คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยและพัฒนาสูตรอาหารพื้นบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสภาวะที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มประชากรสูงอายุในเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสูงสุดในประเทศ คือ 22% และมีความชุกของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่า

ภาคอื่น ๆ⁽¹⁵⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบนมาพัฒนาสูตรอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประเมินประสิทธิผลของสูตรอาหารพื้นบ้านต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed method) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และการวิจัยเชิงทดลองในชุมชน (community trial) ในส่วนวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการนำเมนูอาหารยอดนิยมจาก ผลการศึกษาในโครงการย่อยที่ 1⁽¹⁶⁾ ในแผนงานกระบวนการจัดการอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน⁽¹⁷⁾ มาส่งตรวจวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประชุมกลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 16 ท่าน เพื่อพัฒนาสูตรอาหาร โดยมีการปรับสูตรอาหารเพื่อให้ได้คุณค่าโภชนาการ กำหนดส่วนผสมในอาหารให้ไม่เกินร้อยละ 80.0 ของ Thai recommended daily intake (Thai RDI)⁽¹⁸⁾ หรือไม่เกินร้อยละ 80.0 ของค่าที่แนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ⁽¹⁹⁾ และมีการทดลองประกอบอาหารและชิมอาหาร โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 10 ท่าน ประเมินความพึงพอใจด้านรสชาติและความยากง่ายในการประกอบอาหาร โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ส่วนการวิจัยเชิงทดลองในชุมชน เป็นขั้นตอนนำคู่มืออาหารจากกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ มาใช้กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือเมนูอาหารดังกล่าว เพื่อนำไปปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับคู่มือเมนูอาหารดังกล่าว แต่ทั้งสองกลุ่มจะได้รับสุขศึกษา เรื่องการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดสูบบุหรี่และสุรา) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ในเลือด และดัชนีมวลกาย หลังเข้ากิจกรรมครั้งแรก เป็นเวลา 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดแพร่ พะเยา ลำปาง และเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่า 100-125 มก./ดล.) กลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (มีระดับความดันโลหิตตัวบน ตั้งแต่ 130-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง (มีผลตรวจระดับ total cholesterol ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 200 มก./ดล.) หรือน้ำหนักเกิน (มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป) ข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งข้อ ที่อาศัยในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณขนาดศึกษา โดยใช้ two-sample comparison of means จากโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยของค่าความดัน systolic จากการทำ pilot study ในกลุ่มทดลอง 126.9 ± 19.5 mmHg และกลุ่มควบคุม 134.4 ± 18.4 mmHg โดยกำหนด ratio of sample sizes ของกลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1:1 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ 90% two-sided test ได้ขนาดศึกษา กลุ่มละ 135 ราย รวมทั้งหมด 270 ราย

กลุ่มทดลอง คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรม สม่่าเสมอ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์ ไทรฟัก ตำบลทุ่งกวาว อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โรงเรียน

ผู้สูงอายุ แม่กาโทกหวาก ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา ศูนย์พัฒนาผู้สูงอายุเขลางค์นคร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และโรงเรียนผู้สูงอายุ บ้านหนองฮ่าง ตำบลห้วยม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวนจังหวัดละ 40 คน รวมเป็น 160 คน

กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกันได้แก่ ผู้สูงอายุจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลช่อแฮ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยเคียน ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา โรงเรียนผู้สูงอายุเขลางค์นคร แต่สมาชิกคนละหมู่บ้าน และจากบ้านสันหลวง หมู่ 7 ตำบลห้วยม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวนจังหวัดละ 40 คน รวมเป็น 160 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการประชมกลุ่มย่อย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลสภาวะสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิต ตัวบนและตัวล่าง ระดับไขมันในเลือด คู่มือเมนูอาหารและการทำกิจกรรมภาคปฏิบัติในพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จากแบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ตอบเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผลเลือดการตรวจร่างกายต่าง ๆ โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการติดตามสภาวะสุขภาพ เมื่อติดตามหลังเข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน

ติดตามความร่วมมือจากแบบบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหารประจำวัน และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ได้รับมอบหมาย เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตาม โดยผู้สูงอายุที่ร่วมมือรับประทานตามที่กำหนดอย่างน้อย 1 มื้อต่อวันจะได้รับการรวบรวมเพื่อวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำผลการวิเคราะห์คุณค่า ทางโภชนาการและการนำองค์ความรู้ ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยสูงอายุ โภชนาการในผู้สูงอายุและโภชนาการสำหรับกลุ่มเสี่ยงหรือป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน มาพิจารณาร่วมกับการนำประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย จากผู้เชี่ยวชาญมาสร้างเป็นข้อสรุปและสร้างเป็นคู่มือ “10 อย่างอาหารเหนือ เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ”

ข้อมูลเชิงปริมาณ

- อธิบายข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการเข้ากิจกรรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ exact mcnemar test, paired t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ Spearman's correlation และวิเคราะห์พหุคูณถอย โดยใช้ Gaussian regression analysis

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ พร 0032.010/4484 วันที่ 8 กรกฎาคม 2562

ผลการศึกษา

1. การวิจัยและพัฒนาอาหารพื้นบ้านยอดนิยมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน 10 รายการ ได้แก่ แกงแค น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกอ่อน ตำมะเขือยาว ลาบ แกงผักรวม แกงหน่อไม้ ยำหน่อไม้ น้ำพริกน้ำปู และขนมจีนน้ำเงี้ยว ผลการตรวจคุณค่าทางโภชนาการครั้งที่ 1 จากศูนย์ห้องปฏิบัติการและ

วิจัยทางการแพทย์และการเกษตรแห่งเอเชีย พบว่า เมนูอาหารพื้นเมืองยอดนิยมของผู้สูงอายุ ภาคเหนือตอนบน มีปริมาณน้ำตาลต่ำ โยอาหารเพียงพอ ปริมาณโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย ในขณะที่โปรตีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การปรับสูตรอาหารในการศึกษาครั้งนี้มีหลักการ คือ ปรับส่วนประกอบอาหารที่เป็นเครื่องปรุง ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ปลาร้า กะปิ ในเมนูอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย และปรับเพิ่มโปรตีน โดยเพิ่มปริมาณเนื้อสัตว์ในเมนูหรือเพิ่มเมนูเคียง เป็นโปรตีนจากปลาและไข่ในเมนูอาหารที่มีโปรตีน

ผลจากการตรวจวิเคราะห์ครั้งที่สอง พบว่า การปรับลดเครื่องปรุง ที่ให้ความเค็มทำให้ปริมาณโซเดียมในอาหารลดลง ส่วนการปรับปริมาณโปรตีน โดยการเพิ่มปริมาณเนื้อสัตว์ในเมนู ส่งผลให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มเมนูเคียงที่เป็นไข่ต้ม สามารถเพิ่มโปรตีนโดยไม่ทำให้ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในอาหารเกินค่าที่กำหนด ดังนั้น การปรับสูตรอาหาร ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกสูตรอาหาร ที่ให้ปริมาณโซเดียมไม่เกินค่าที่กำหนด ให้ปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้นกว่าสูตรปกติ ในขณะที่ไขมันไม่เพิ่มเกินค่าที่กำหนด และจัดทำคู่มือ “10 อย่างอาหารเหนือ เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ”

ในด้านรสชาติ ผู้สูงอายุส่วนมากให้ความเห็นว่า รสชาติอาหารค่อนข้างอ่อนกว่าที่เคยรับประทาน แต่มีรสชาติกลมกล่อม

2. ประสิทธิภาพของอาหารพื้นบ้าน 10 เมนู ตามหลักโภชนาการต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตภาคเหนือตอนบน 4 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 323 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 163 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 160 คน ในกลุ่มควบคุมมีตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องจำนวน 4 คน จึงเหลือกลุ่มควบคุม ในการศึกษาจำนวน 156 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาจำนวน 319 คน

การพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และร้อยละ 53.9 ของกลุ่มควบคุมเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.4 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 16.7 ของกลุ่มควบคุม เป็นโรคเบาหวาน ในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนิยมบริโภคข้าวเหนียว มากที่สุด ส่วนพฤติกรรมการปรุงรส พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมปรุงรสด้วยเกลือและกะปิ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

	ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=163)		กลุ่มควบคุม(n=156)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	19	11.7	37	23.7	0.005
	หญิง	144	88.3	119	76.3	
อายุ (ปี)	60-69	88	54.0	72	46.2	0.097
	70-79	63	38.7	65	41.7	
	80-89	12	7.3	19	12.2	
	เฉลี่ย (SD)	69.4	(6.3)	70.6	(6.8)	
สถานภาพสมรส	โสด	14	8.6	7	4.5	0.278
	คู่	75	46.0	81	51.9	
	หม้าย/หย่า/แยก	74	45.4	68	43.6	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	10	6.1	11	7.1	0.046
	ประถมศึกษา	39	23.9	48	30.8	
	มัธยมศึกษาตอนต้น	90	55.2	80	51.3	
	ม.ปลาย/อนุปริญญา/ปวส.	24	14.7	17	10.9	
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	61	37.4	70	44.9	0.493
	รับจ้างทั่วไป	82	50.3	68	43.6	
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	5.5	6	3.8	
	เกษตรกรรม/กสิกรรม	11	6.8	12	7.7	
โรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาประจำ	เบาหวาน	30	18.4	26	16.7	0.769
	ความดันโลหิตสูง	88	54.0	84	53.9	
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ข้าวเหนียว	116	71.6	124	79.5	0.046
	ข้าวสวย (ข้าวขาว)	86	52.8	80	51.3	0.909
	ข้าวสวย (ข้าวกล้อง)	49	30.1	30	19.2	0.067
	ใช้น้ำปลา/ซีอิ๊ว/ผงชูรส/ซอสปรุงรส	104	63.8	105	67.3	0.338
	ใช้ปลาร้าในการประกอบอาหาร	122	74.8	111	71.2	0.796
	ใช้เกลือในการประกอบอาหาร	98	60.1	119	76.3	<0.001
	ใช้กะปิในการประกอบอาหาร	89	54.6	102	65.4	0.020

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ต่อ)

	ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=163)		กลุ่มควบคุม(n=156)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การดื่มสุรา	ไม่ดื่ม/เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	151	92.6	147	94.2	0.101
	ดื่ม	12	7.4	9	5.8	
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ/ เคยสูบแต่เลิกแล้ว	155	95.1	148	94.9	0.344
	สูบประจำ	8	4.9	8	5.1	
การออกกำลังกาย	ไม่ได้ออกกำลังกาย/ไม่สม่ำเสมอ	104	63.8	100	64.1	0.825
	ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	59	36.2	56	35.9	
การจัดหาอาหาร	ประกอบอาหารเอง	132	81.0	129	89.0	0.101
	มีผู้ประกอบอาหารให้	24	14.7	19	13.1	
	ซื้ออาหารรับประทาน	3	1.8	7	4.9	

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

2.2 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010, < 0.001, 0.048, 0.003$ ตามลำดับ) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.057$) สำหรับกลุ่มควบคุมพบ

ว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบน และดัชนีมวลกายลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.146, 0.101, 0.657, 0.161$ ตามลำดับ) ส่วนระดับความดันโลหิตตัวล่างมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

2.3 จำนวนผู้ที่คุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และดัชนีมวลกายได้ตามเกณฑ์เป้าหมายในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน จากการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่คุมได้ ($BP < 140/80$ มิลลิเมตร

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาล (FBS) ระดับไขมัน (TC) ความดันโลหิตตัวบน(BPs) ความดันโลหิตตัวล่าง (BPd) และดัชนีมวลกาย(BMI) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
FBS (mg/dL)	103.7±24.6	100.6±27.5	0.057	99.9±28.4	96.8±27.4	0.146
TC (mg/dL)	203.1±40.2	198.3±34.2	0.010	192.6±39.8	189.8±38.2	0.101
BPs (mmHg)	136.9±18.6	132.6±15.9	<0.001	131.1±16.6	130.6±15.5	0.657
BPd (mmHg)	77.6±9.6	76.0±9.2	0.048	78.9±12.3	75.5±10.7	<0.001
BMI (กก/ม ²)	23.8±3.4	23.6±3.3	0.003	22.7±3.8	22.5±3.8	0.161

การพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน

ปรอท) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 53.4 ($p=0.007$) สัดส่วนของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่เกิน 130 mg/dL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.9 เป็นร้อยละ 89.6 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลไม่เกิน 199 mg/dL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.1 เป็นร้อยละ 52.8 และสัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 23 กก./ม² มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 43.6 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านกับชนิดของข้าวกับสภาวะสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านและชนิดของข้าว กับสภาวะสุขภาพ พบว่า การรับประทานเมนูอาหารที่พัฒนาขึ้นกับข้าวเหนียว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ 0.19 และ 0.09 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016, 0.274$ ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และค่าดัชนีมวลกาย โดยมีขนาดความสัมพันธ์ -0.15, -0.05 และ -0.04 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.054, 0.506, 0.579$ ตามลำดับ) ส่วน

การรับประทานเมนูอาหารที่พัฒนาขึ้นกับข้าวสวย พบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ -0.07 และ -0.05 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.385, 0.493$ ตามลำดับ) และพบความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่างและค่าดัชนีมวลกาย โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ 0.08, 0.10 และ 0.13 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.290, 0.192, 0.107$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

2.5 ผลของการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และดัชนีมวลกาย เมื่อควบคุมอิทธิพลของเพศและการออกกำลังกาย

ผลของการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และดัชนีมวลกาย เมื่อควบคุมอิทธิพลของเพศและการออกกำลังกาย ด้วยการวิเคราะห์พหุคูณแบบ Gaussian ภายหลังติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่าการรับประทานอาหารเมนูพื้นบ้าน มีผลลดระดับความดันโลหิตตัวบน

ตารางที่ 3 เป้าหมายการคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน

	ค่าเป้าหมาย	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	<130	140	85.9	146	89.6	0.083
	>130	23	14.1	17	10.4	
ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)	<200 mg/dL	80	49.1	86	52.8	0.221
	>200	83	50.9	77	47.2	
ระดับความดันโลหิต (mmHg)	<140/80	67	41.1	87	53.4	0.007
	>140/80	96	58.9	76	46.6	
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	18.5-22.9	64	39.3	71	43.6	0.052
	>23	99	60.7	92	56.4	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านกับชนิดของข้าวกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และดัชนีมวลกาย

การเปลี่ยนแปลงของลักษณะที่ศึกษา	ข้าวเหนียว		ข้าวสวย	
	Rho	p-value	Rho	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	0.19	0.016	-0.07	0.385
ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)	0.09	0.274	-0.05	0.493
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg.)	-0.15	0.054	0.08	0.290
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	-0.05	0.506	0.10	0.192
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	-0.04	0.579	0.13	0.107

3.3 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.048) และมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือด 1.31 mg/dL, ลดระดับไขมันในเลือด 2.5 mg/dL ลดระดับความดันโลหิตตัวล่าง 2 มิลลิเมตรปรอท และลดระดับดัชนีมวลกาย 0.1 กก./ม² แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.615, 0.324, 0.085, 0.761) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

คู่มืออาหารพื้นบ้านยอดนิยมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเมนูอาหารที่ผู้สูงอายุทานประจำ สามารถหาวัตถุดิบได้ง่ายในท้องถิ่น มีจุดเด่นทางโภชนาการ คือ พลังงานต่ำ ไม่มีน้ำตาลหรือมีน้ำตาลน้อยมาก มีปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารต่ำ และอุดมด้วยใยอาหารจากพืชผัก แต่เมนูส่วนใหญ่จะมีปริมาณ

โซเดียมสูงกว่าความต้องการของร่างกาย จากเครื่องปรุงที่ใส่ เครื่องปรุงในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ปลาจ๋า (ปลาจ๋าตลาด 1 กรัม มีโซเดียม 63 มิลลิกรัม, ปลาจ๋าปลากระตี่ 1 กรัม มีโซเดียม 43 มิลลิกรัม) กะปิ (กะปิตราเรือใบ 1 กรัม มีโซเดียม 40 มิลลิกรัม) เกลือ (เกลือป่น รสทิพย์ 1 กรัม มีโซเดียม 400 มิลลิกรัม) น้ำปู (น้ำปูจากเกษตรกรบ้านร่องถ่าน อำเภอสอง จังหวัดแพร่ 1 กรัม มีโซเดียม 31 มิลลิกรัม) ปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงต่างๆ เหล่านี้มีปริมาณโซเดียมเฉลี่ยใกล้เคียงกับข้อมูลจากฐานข้อมูลวัตถุดิบอาหารและเครื่องปรุงรสอาหารท้องถิ่นภาคเหนือและภาคใต้ โดยสถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2558⁽²⁰⁾ สำหรับการกำหนดค่าอ้างอิงปริมาณโซเดียมในอาหารในการศึกษานี้ กำหนดไว้ร้อยละ 80.0 ของค่ามาตรฐานของ Thai recommended

ตารางที่ 5 ผลของการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านต่อการเปลี่ยนแปลง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างและดัชนีมวลกาย ภายหลังควบคุมอิทธิพลของเพศและการออกกำลังกาย ด้วยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยแบบ Gaussian

ผลของการรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้าน	Difference*	95%Confidence interval	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	-1.31	-6.4 – 3.8	0.615
ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)	- 2.5	-2.5 – 7.6	0.324
ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	-3.3	-6.6 – -1.3	0.048
ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)	-2.0	-4.4 – 0.3	0.085
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	-0.1	-0.4 – 0.3	0.761

daily intakes (Thai RDI)⁽¹⁸⁾ และแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ⁽¹⁹⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีโอกาสได้รับโซเดียมจากอาหารอื่นๆ อีก เช่น เครื่องเคียงเมนูอาหารหลัก อาจจะมีปลาย่าง ซึ่งปรุงรสด้วยเครื่องปรุงที่มีส่วนประกอบของโซเดียม เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในการพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอดนิยมในครั้งนี้ คือ การเลือกเมนูเคียง เพื่อเติมเต็มให้กับเมนูหลัก ซึ่งตามปกติแล้ว การบริโภคเครื่องเคียงเป็นวัฒนธรรมการบริโภคของชาวเหนือ ที่นิยม ได้แก่ ใส่อั่ว แคบหมู จิ้นแดง และข้าวแคบ รวมทั้งอาหารหมักดอง คือ ผักกาดดอง ซึ่งเครื่องเคียงดังกล่าวมักมีปริมาณโซเดียมสูง และมีปริมาณไขมันในอาหารมาก ดังนั้น จากการศึกษาได้เพิ่มเมนูเคียงที่เป็นโปรตีนจากปลาและไข่เป็นหลัก รับประทานคู่กับอาหารพื้นบ้านบางเมนูที่มีปริมาณโปรตีนต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย เช่น น้ำพริกน้ำปูหรือน้ำพริกหนุ่ม รับประทานคู่กับไข่ต้ม 1 ฟอง หรือปลาย่าง 2 ซ้อน โตะ แกงผักรวมรับประทานกับเครื่องเคียงคือ ปลาย่าง 2 ซ้อน โตะ ยำหน่อไม้รับประทานคู่กับปลาย่างหรือไข่ต้ม

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมและการนำคู่มืออาหาร “10 อย่างอาหารเหนือ เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ” ไปใช้ประกอบอาหารเป็นเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือด อาจขึ้นกับปริมาณอาหารที่รับประทานด้วย ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมปริมาณที่รับประทาน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารคล้ายคลึงกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดน่าจะมีแนวโน้มลดลงซึ่งควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป

หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบน ลดลง 4-7 mmHg และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลง 1-2 mmHg และเมื่อวิเคราะห์ความ

สัมพันธ์ระหว่างการรับประทานตามคู่มืออาหารที่พัฒนาขึ้นกับระดับความดันโลหิต โดยควบคุมอิทธิพลของเพศ และการออกกำลังกาย พบว่า ความดันโลหิตตัวบนลดลง 3.3 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตตัวล่างลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Yang GH และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า การลดปริมาณโซเดียมในอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบน และ การศึกษาของ Graudal NA และคณะ⁽²²⁾ พบว่า การรับประทานอาหารโซเดียมสูง เป็นตัวทำนายการเกิดภาวะ Systolic hypertension ในผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อมีการควบคุมตัวแปรเพศและการออกกำลังกาย พบว่า การรับประทานอาหารตามเมนูพื้นบ้านที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง 0.1 กก./ม² แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการลดลงของน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุ อาจจะมีตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การใช้เวลาว่าง หรือลักษณะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁽²³⁾ และการติดตามเพียง 1 เดือน อาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

การตรวจวัดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด แต่ครั้งอาจจะมีผลคลาดเคลื่อนจากเครื่องมือและวิธีการวัด ดังนั้นการศึกษานี้ จึงวิเคราะห์ผลของโปรแกรมต่อการควบคุมสภาวะโรคดังกล่าว โดยใช้เกณฑ์เป้าหมายจากแนวทางปฏิบัติการรักษาความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประเทศไทย ปี 2560 ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบนในผู้สูงอายุหรืออายุ 65 ปีขึ้นไป ควรอยู่ระดับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท ความดันตัวล่าง ควรอยู่ระดับ 70-79 มิลลิเมตรปรอท⁽²⁴⁾ น้ำตาลในเลือดไม่ควรเกิน 130 มก./ดล. และดัชนีมวลกายควรต่ำกว่า 23 กก./ม²⁽²⁵⁾ เมื่อกลุ่มทดลองได้นำคู่มือ “10 อย่างอาหารเหนือ สร้างสุขภาพผู้สูงอายุ” ไปใช้ประกอบอาหารในชีวิตประจำวัน เป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่มีระดับความดันโลหิตสูงหรือคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมในการศึกษา เปลี่ยนเป็นอยู่ในกลุ่มที่ความดันโลหิตคุมได้

ตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้สรุปว่า เมนูอาหารยอดนิยมที่วิจัยและพัฒนา ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงหรืออ้วน ลดลง เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 1 เดือน

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยนี้ คือ ไม่สามารถควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพที่ต้องการวัด เช่น การใช้กิจกรรมทางกาย อาหารว่าง ชนิดของข้าว และการศึกษาเป็น การติดตามความ ร่วมมือของการรับประทานเมนูอาหาร ในแง่ของความถี่ของการรับประทาน ไม่ได้ติดตามในแง่ปริมาณ ซึ่งปริมาณที่รับประทานอาจจะมีผลต่อสภาวะสุขภาพที่ต้องการวัด ด้วยเช่นกัน และมีข้อจำกัด ด้านการรับรู้และนำไปปฏิบัติ ในชุมชน ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละท่าน อีกประการหนึ่ง คือ การวิจัยนี้มีการติดตามผลของการนำเมนูอาหารไปปฏิบัติในระยะเวลาสั้นเพียง 1 เดือน อาจจะทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และถ้าจะให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยาวนาน ควร มีการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างนำเมนูอาหารไปใช้ต่อ เนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป⁽²⁶⁾

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่ให้การ สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2559.
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
3. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: a consensus

report. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 15];60(12):2342–56. Available from: <https://care.diabetesjournals.org/content/35/12/2650>

4. Cetin DC, Nasr G. Obesity in the elderly: more complicated than you think. Cleve Clin J Med [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 15];81(1):51–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24391107/>
5. Franklin SS. Elderly Hypertensives: How Are They Different? J Clin Hypertens [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 15];14(11):779–86. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1751-7176.2012.00703.x>
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2556.
7. Ali BH, Blunden G, Tanira MO, Nemmar A. Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe): a review of recent research. Food Chem Toxicol [Internet]. 2008 [cited 2019 Feb 5];46(2):409–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17950516/>
8. Duangjai A, Saokaew S. Inhibitory effects of *Tiliacora triandra* (Colebr.) Diels on cholesterol absorption. J Complement Integr Medicine [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 5];16(1): doi: 10.1515/jcim-2017-0169. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30312160/>
9. Kumar M, Prasad SK, Hemalatha S. A current update on the phytopharmacological aspects of *Houttuynia cordata* Thunb. Pharmacogn Rev [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 5];8(15):22–35. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931198/>
10. Sun MC, Ruhomally ZB, Boojhawon R, Neergheen-Bhujun VS. Consumption of *Moringa oleifera* Lam Leaves Lowers Postprandial Blood Pressure. J Am Coll Nutr [Internet]. 2020 [cited 2019 Feb 5];39(1):54–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31063434/>

11. วีระพล ภิมาลย์, ปวีตรา พูลบุตร. ผลของมะระขี้นกในรักษาโรคเบาหวาน: กลไกการออกฤทธิ์และประสิทธิภาพทางคลินิก. มหาสารคาม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย-มหาสารคาม; 2559.
12. Munasinghe MAAK, Abeysena C, Yaddhige I, Vidanapathirana T, Piyumal KPB. Blood sugar lowering effect of *Coccinia grandis* (L.) J Voigt: path for a new drug for diabetes mellitus. *Exp Diabetes Res* [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 5];2011(3):978762. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142553/>
13. Chiabchalard A, Santiyanont R, Tencommao T. Effect of *Gymnema inodorum* on postprandial peak plasma glucose levels in healthy human. *African Journal Of Biotechnology* [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 8];9(7):1079-1085. Available from <https://www.ajol.info/index.php/ajb/article/view/78284>
14. สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล. ชะพลู [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://il.mahidol.ac.th/e-media/plants/webcontent3/interactive_key/key/describ/chaplu.htm
15. อีรัชัย ยงชัยตระกูล. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักการแพทย์เขต 1 กรมการแพทย์; 2561.
16. ธาดา เจริญกุล, กาญจนา ต่าจตุ, พระมหาประพันธ์ สิริปัญญา, เฉษฎาภรณ์ อิกำเนต, ปริมล หงส์ศรี. องค์ความรู้และคุณค่าอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัย-มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่ 2562;5(2): 222-39.
17. พระครูสังฆรักษ์บุญเสริม กิตติวงโม, วิโรจน์ ศรีคำภา, กาญจนา ต่าจตุ, คุณญา แก้วทันคำ. แผนงานกระบวนการจัดการอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน. แพร่: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2562.
18. กระทรวงสาธารณสุข. สารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [สืบค้นเมื่อ 12 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.fda.moph.go.th/sites/food/Permission/4.4.2-ThaiRDI.pdf>
19. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางเวช-ปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดัน-โลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ชุมนุสมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/ss-20395150?from_m_app=ios
20. อุไรพร จิตแจ้ง. การสร้างฐานข้อมูลวัตถุดิบอาหารและเครื่องปรุงรสอาหารท้องถิ่นภาคเหนือและภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.lowsaltthai.com/download-งานวิจัย-52587.page>
21. Yang GH, Zhou X, Ji WJ, Liu JX, Sun J, Shi R, et al. Effects of a low salt diet on isolated systolic hypertension A community-based population study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 4]; 97(14): e0342. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902269/>
22. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. The effect of a low salt diet on blood pressure and some hormones and lipids in people with normal and elevated blood pressure [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 23]; Available from: <https://www.cochrane.org/CD004022/HTNeffect-low-salt-diet-blood-pressure-and-some-hormones-and-lipids-people-normal-and-elevated-blood>
23. Little M, Humphries S, Patel K, Dewey C. Factors associated with BMI, underweight, overweight, and obesity among adults in a population of rural south India: a cross-sectional study. *BMC Obes* [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 23];3:3-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26904203/>
24. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2562.
25. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2560.
26. ScienceDirect. Transtheoretical Model [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 23]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/transtheoretical-model>

Abstract: Development of Highly Popular local Food for Enhancing Health of Aging People in Upper Northern Thailand

Piyachat Deesuwan M.D.*; Namthip Jongsiri M.Sc (Nutrition); Surangrat Pongpan Ph.D. (Clinical Epidemiology)***; Patcharin Kamnuan Ph.D. (Clinical Epidemiology)****; Pamonsri Sriwongpan Ph.D. (Clinical Epidemiology)*****; Nawatrot Intem M.Ed. (Educational Administration)*******

** Department of Occupational and Environmental Medicine, Phrae Hospital; ** Department of Nutrition, Phrae Hospital; *** Faculty of Public Health, Thammasat University Lampang Campus; **** Research Center, Payao Hospital; ***** School of health science. Mae Fah Loung University; ***** Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phrae Campus, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):415–26.

The objectives of this research were to develop a highly popular local food recipe meeting nutritious value suitable for aging populations who were defined as risk groups or diagnosed chronic non-communicable disease and to evaluate the effectiveness of the developed recipe to health outcomes. The study was combined qualitative process and community trial. Focus group discussion and in depth interview were performed in order to develop the recipe and assess its satisfaction. The result of the qualitative process was the manual of “top 10 highly popular local food recipe for promoting health in elderly persons”. A community experiment was then operated in 4 provinces located in the upper north of Thailand: Phrae, Payao, Lampang and Chiangrai. The study included 319 elderly persons who were at risk or known of diabetes, hypertension, dyslipidemia and overweight. The samples were purposively divided into 2 groups: 163 and 156 persons in experiment group and control group, respectively. Both groups received health education but only the experimental group was assigned to follow the manual of “top 10 highly popular local food recipe for promoting health in elderly persons” in daily life. After one month of the intervention, blood pressure, fasting blood glucose, total cholesterol and body mass index were recorded and compared. The results of the study presented that total cholesterol, systolic blood pressure, diastolic blood pressure and body mass index were significantly decrease in experimental group ($p < 0.05$). After multivariate analysis by controlling age and exercise, the systolic blood pressure in the intervention group trended to decrease to 3.3 mmHg ($p < 0.05$). In conclusion, the developed recipe could be beneficial for promoting health in elderly persons who were at risk or known of diabetes, hypertension, dyslipidemia and overweight.

Keywords: upper north Thailand; local food; non-communicable disease; health outcomes

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้ เพื่อคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองคลองหลวง 7 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

จุฑาวรรณ นวลจันทร์คง วท.ม. (โภชนศาสตร์)*

สุจาริณี สังข์วรรณะ วท.ม. (โภชนศาสตร์)*

ศกุนตลา มานะกล้า วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนวิทยา*

ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์ วท.ม. (เกษตรเคมีและพฤกษเคมี)*

*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วันรับ:	2 ก.ค. 2563
วันแก้ไข:	1 ต.ค. 2563
วันตอบรับ:	15 ต.ค. 2563

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนให้มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมและประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสต่อเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองคลองหลวง 7 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อายุระหว่าง 2-5 ปี จำนวน 43 คน จากการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อพัฒนาเมนูอาหารว่าง ซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลความพึงพอใจด้านคุณลักษณะประสาทสัมผัสด้านรสชาติ สี เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวมจากแบบประเมิน 3-point hedonic scale สำหรับเด็กร่วมกับการสังเกตปริมาณที่บริโภคขณะทำการทดสอบต่อเมนูอาหารว่างที่พัฒนาทั้ง 8 เมนู ครั้งละ 15 คน ซึ่งมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหมุนเวียนรวม 8 ครั้งทำการทดสอบเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนใหญ่ไม่บริโภคผักแต่บริโภคผลไม้ได้มากกว่า โดยชนิดของผักและผลไม้ที่ได้รับความนิยมในการบริโภค ได้แก่ แครอท แตงกวา พักทอง บรอกโคลี แตงโม กัลฉ่าย ส้ม และมะม่วงสุก ซึ่งคณะผู้วิจัยนำข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้รวมถึงชนิดของอาหารว่างมาพัฒนาเป็นเมนูอาหารว่าง 8 เมนู โดยแบ่งเป็น ขนม 6 เมนู และเครื่องดื่ม 2 เมนู ให้มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อเป็นตัวอย่างเมนูหมุนเวียนสำหรับ 1 สัปดาห์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยอาหารว่างที่พัฒนามีพลังงานเฉลี่ย 102.50 ± 26.20 กิโลแคลอรี ซึ่งไม่เกินร้อยละ 10.0 ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งวัน และมีสารอาหารเฉลี่ยประเภทโปรตีน (2.50 กรัม) ใยอาหาร (1.40 กรัม) และวิตามินซี (10.50 มิลลิกรัม) ในปริมาณสูง ผลการประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสต่อเมนูอาหารว่าง พบว่า เมนูผักทองพายเป็นเมนูที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ดังนั้น การพัฒนาเมนูอาหารว่างจึงเป็นทางเลือกสำหรับการจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ทางอ้อมในเด็กก่อนวัยเรียน

คำสำคัญ: เด็กก่อนวัยเรียน; อาหารว่าง; ผักและผลไม้; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียนเป็นช่วงอายุที่ต้องได้รับการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้แก่ ทางร่างกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม และทางสติปัญญา รวมถึงการบริโภคอาหารที่ดีและถูกต้องตามหลักโภชนาการ เพราะเป็นวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและพร้อมที่จะเรียนรู้ เป็นวัยที่ถือว่าเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบุคคลให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁽¹⁾ เด็กก่อนวัยเรียนมีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของพ่อแม่ผู้ปกครองช่วงอายุแรกเกิดจนถึงอายุ 1 ปี และเข้ารับการศึกษาขั้นต้นได้ตั้งแต่อายุ 2 ปี จนถึงอายุ 4 ปี ณ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) เป็นผู้รับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูตามมาตรฐานการศึกษาปฐมวัย 2-5 ปี⁽²⁾

ปัญหาการเบื่ออาหารและการเลือกบริโภคอาหารมักพบในเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กไม่ยอมลองบริโภคอาหารชนิดใหม่ๆ รวมถึงไม่ชอบบริโภคผักและผลไม้โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่เด็กไม่บริโภคผักผลไม้เกิดจากธรรมชาติของพฤติกรรมเด็กที่มีรสชาติอาหารที่รสหวานไม่ขม มีกลิ่นหอม ไม่เหม็นฉุน⁽¹⁾ เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 150 กรัม ซึ่งปริมาณต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด โดยปริมาณผักและผลไม้ที่ควรบริโภคที่แนะนำวันละ 300-400 กรัม พฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอติดต่อกันระยะเวลานานเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพในอนาคต เช่น โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหารในวัยผู้ใหญ่ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾

ในปัจจุบันกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนมักมีการบริโภคอาหารว่างที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ลูกอม ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม อาหารเหล่านี้ให้พลังงานสูงมีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมัน หากมีการบริโภคเป็นประจำโดยไม่ควบคุมทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกินร่วมกับการไม่ออกกำลังกายนำไปสู่ภาวะอ้วนในอนาคตได้⁽⁴⁾

อาหารว่างเป็นอาหารรองท้องประทังความหิวหรือเป็นอาหารก่อนที่จะถึงอาหารมื้อหลักและระหว่างมื้อ จึงเป็นมื้อที่ต้องให้ความสำคัญในเด็กก่อนวัยเรียน⁽⁵⁾ และ

ควรได้รับพลังงานจากอาหารว่าง 100-150 กิโลแคลอรี โดยอาหารว่างที่ดีสำหรับเด็กปฐมวัยควรมาจากผักและผลไม้ ซึ่งเป็นแหล่งสารอาหารที่สำคัญต่อร่างกายได้แก่ วิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร และสารพฤกษเคมี (phytochemicals) ประโยชน์ของผักและผลไม้ช่วยในเรื่องของระบบขับถ่าย บำรุงประสาทและสายตา สร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ให้เป็นไปตามวัย⁽⁶⁾

จากการลงพื้นที่โดยการสังเกตชุมชนคลองหนึ่ง แก้ว-นิมิตร พบว่า ในชุมชนมีการขายอาหารในช่วงเช้าและเย็นทุกวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองไปรับและส่งลูกเข้าโรงเรียน จากวิธีการสังเกตหลังเลิกเรียนตรงกับเวลาอาหารว่างบ่าย ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะซื้ออาหารว่างให้เด็กเล็กบริโภค ซึ่งเมนูหลักที่พบเห็น ได้แก่ เฟรนช์ฟรายส์ ไก่ทอด น้ำอัดลม และน้ำหวาน โดยส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทพลังงาน ไขมัน และน้ำตาลสูง

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารว่างของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมือง-คลองหลวง 7 ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี Nuanchankong J และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ร้อยละ 53.5 ของเด็กก่อนวัยเรียน บริโภคอาหารว่าง 2 มื้อต่อวัน ได้แก่ มื้อว่างเช้า และมื้อว่างบ่าย โดยมื้อว่างบ่าย (มื้อว่างก่อนมื้อเย็นหรือหลังเลิกเรียน) เป็นช่วงเวลาที่เด็กก่อนวัยเรียนหิวบ่อย ผู้ปกครองส่วนใหญ่เตรียมอาหารว่างมาจากการซื้อร้อยละ 74.4 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอาหารว่างที่เตรียมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โดยครูผู้ดูแลการเตรียมอาหารว่างประจำศูนย์พัฒนา-เด็กเล็กฯ พบว่า ทางศูนย์ฯ จัดเตรียมอาหารว่างพร้อมกับอาหารมื้อกลางวัน ซึ่งเป็นผลไม้สด 4 วันต่อสัปดาห์ และอีก 1 วันต่อสัปดาห์ จัดเป็นขนมเค้กเบเกอรี่หรือขนมปังกรอบทานเนยหมุนเวียนในแต่ละสัปดาห์ สำหรับอาหารว่างมื้อบ่ายหลังตื่นนอน เป็นอาหารว่างที่ผู้ปกครองเตรียมมาให้จากบ้าน เช่น ขนมขบเคี้ยว ขนมปัง ครูผู้ดูแลใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารว่างของเด็กที่ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ เป็นผู้จัดเตรียมให้ พบว่า

อาหารว่างที่ได้รับความนิยมในการบริโภคคือ ขนมเค้กหรือเค้กโรล และความคาดหวังของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กๆ อยากให้มีเมนูทางเลือกของอาหารว่างซึ่งมีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างเหมาะสมและทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กๆ สามารถเตรียมได้

การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเริ่มต้นปรับพฤติกรรมสุขภาพในวัยเด็กที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนในวัยผู้ใหญ่เพราะวัยเด็กเป็นวัยของการเรียนรู้ หากเด็กสามารถบริโภคผักและผลไม้ได้เพียงพอ เพื่อได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายและมีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมตามวัย อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนให้โรงเรียนและครอบครัวจัดอาหารว่างที่มาจากผักและผลไม้เพื่อเป็นการส่งเสริมการบริโภคไปในทิศทางเดียวกันจะทำให้เด็กก่อนวัยเรียนบรรลุเป้าหมายในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ดีและส่งเสริมภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง มีภาวะโภชนาการที่ดี และช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพโภชนาการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนให้มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม และประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสต่อเมนูอาหารว่างในเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลเมืองคลองหลวง 7 ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยนักเรียนทั้งหมดเป็นมุสลิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ โดยเลือกแบบเจาะจง อายุระหว่าง 2-5 ปี จำนวน 43 คน เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ จำนวน 15 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่มาเรียน ณ วันทำการประเมินความพึงพอใจทางด้านคุณลักษณะประสาทสัมผัสต่อเมนูอาหารว่าง 8 เมนู ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ หมุนเวียนรวม 8 ครั้ง โดยเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ จะต้องไม่แพ้ส่วนประกอบหรือวัตถุดิบในเมนูอาหารว่างที่ใช้ ทำการทดสอบเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนาม ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ชนิดผักและผลไม้ที่ชอบและไม่ชอบบริโภคโดยจัดลำดับตามความถี่และข้อมูลการแพ้อาหารซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจด้านคุณลักษณะประสาทสัมผัสด้านรสชาติ สี เนื้อสัมผัส และความชอบโดยรวม 3-point hedonic scale สำหรับเด็กโดยมีความชอบ 3 ระดับ ได้แก่ ชอบมาก ชอบปานกลาง และไม่ชอบ ร่วมกับการสังเกตปริมาณที่บริโภค 3 ระดับ ได้แก่ บริโภคหมด บริโภค 1/2 ส่วน และบริโภค 1/4 ส่วน เพื่อประเมินความสอดคล้องของความชอบต่อคุณลักษณะประสาทสัมผัสกับปริมาณที่บริโภคจริงขณะทำการทดสอบทั้ง 8 เมนู สัปดาห์ละ 2 เมนู ตรงกับเวลามื้ออาหารว่างบ่ายเพื่อตัดปัจจัยรบกวนจากความอึดอาหารมื้อเที่ยงที่เด็กบริโภค ทดสอบครั้งละ 15 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญในกลุ่มตัวอย่างที่มาเรียนตรงกับวันที่ทำการทดสอบ เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยสำรวจพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กก่อนวัยเรียนจากแบบสอบถามโดยผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูลและนำข้อมูลมาเรียงลำดับความชอบและไม่ชอบชนิดผักและผลไม้ตามความถี่เพื่อพัฒนาเป็นเมนูอาหารว่าง 8 เมนูและวิเคราะห์พลังงานและสารอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นไปตามเกณฑ์อ้างอิงที่ควรได้รับ

ประจำวันตามมาตรฐานอาหารว่างสำหรับเด็กไทย

เมนูอาหารว่างที่พัฒนาได้รับการตรวจสอบและพิจารณาจากผู้ดูแลการเตรียมอาหารว่างประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ตามความเหมาะสมเพื่อนำไปประเมินคุณลักษณะประสาทสัมผัสในเด็กก่อนวัยเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์พลังงานและสารอาหารของเมนูอาหารว่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป INMUCAL-Nutrients V.4.0 สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁸⁾ ให้มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารว่างสำหรับเด็กตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁹⁾ และคำแนะนำของเกณฑ์ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (dietary reference intake, DRI)⁽¹⁰⁾

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยเลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

ผลการศึกษา

เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ มีการบริโภคผัก 14 ชนิด และผลไม้ 17 ชนิด จัดเรียงลำดับความชอบตามความถี่ 5 ลำดับแรกของผักที่ชอบบริโภค ได้แก่ แครอท แตงกวา กะหล่ำปลี พักทอง และบรอกโคลี ตามลำดับ ส่วนลำดับความชอบของผลไม้ ได้แก่ แอปเปิ้ล กล้วย และส้ม เงาะ สตรอว์เบอร์รี่ มะม่วงและองุ่น ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนเกือบครึ่งหนึ่งไม่บริโภคผักเลย ร้อยละ 44.2 และไม่พบเด็กที่มีพฤติกรรมชอบบริโภคผักทุกชนิด ซึ่งต่างจากพฤติกรรมการไม่บริโภคผลไม้พบส่วนน้อยที่คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของเด็กทั้งหมด แต่ที่น่าสนใจในกลุ่มของเด็กที่บริโภคผลไม้ พบว่า ร้อยละ 20.5 บริโภคผลไม้ได้ทุกชนิด

ลำดับความชอบตามความถี่ 5 ลำดับแรกของชนิดผักและผลไม้ที่เด็กก่อนวัยเรียนไม่ชอบบริโภค ได้แก่ ผักชี มะเขือเทศ ผักบุ้ง ต้นหอม คื่นช่ายและผักกาดขาว ตามลำดับ ชนิดผลไม้ เช่น ทูเรียน แก้วมังกร สับปะรด ลำไย และมังคุด ลองกอง จัดเป็นผลไม้ที่เด็กเล็กไม่ชอบบริโภคตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ จำนวน 43 คน

พฤติกรรมการบริโภค	พฤติกรรมการบริโภคผัก		พฤติกรรมการบริโภคผลไม้	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ไม่บริโภค	19	44.2	4	9.3
บริโภค	24	55.8	39	90.7
เรียงลำดับความชอบบริโภค ตามความถี่ 5 ลำดับแรก	1. แครอท		1. แอปเปิ้ล	
	2. แตงกวา		2. กล้วย ส้ม	
	3. กะหล่ำปลี		3. เงาะ	
	4. พักทอง		4. สตรอว์เบอร์รี่	
	5. บรอกโคลี		5. มะม่วง กล้วย	
เรียงลำดับไม่ชอบบริโภค ตามความถี่ 5 ลำดับแรก	1. ผักชี		1. ทูเรียน	
	2. มะเขือเทศ		2. แก้วมังกร	
	3. ผักบุ้ง		3. สับปะรด	
	4. ต้นหอม		4. ลำไย มังคุด	
	5. คื่นช่าย ผักกาดขาว		5. ลองกอง	
บริโภคได้ทุกชนิด	-		8	20.5

จากข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ นำไปสู่กระบวนการพัฒนาเมนูอาหารว่าง เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างของเด็กก่อนวัยเรียนและเป็นการส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้ทางอ้อมเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่รับประทานผัก คณะผู้วิจัยพัฒนาเมนูอาหารว่าง จำนวน 8 เมนู ซึ่งเป็นประเภท ขนม 6 เมนู และเครื่องดื่ม 2 เมนู ให้มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม โดยนำชนิดผักและผลไม้ที่เด็กก่อนวัยเรียนชอบบริโภคมาเป็นส่วนประกอบเมนูอาหารว่างที่พัฒนาได้แก่ ฟักทอง เป็นส่วนประกอบหลักของเมนูฟักทองพาย แดงกวาและบรอกโคลีเป็นส่วนประกอบหลักของเมนูแซนวิชไส้กรีนสเปรด แดงโมเป็นส่วนประกอบหลักของเมนูพุดดิ้งแดงโม กล้วยหอมเป็นส่วนประกอบหลักของเมนูเค้กกล้วยหอมแครอท สมูทตี้ และเชอร์เบต ส่วนแครอทเป็นส่วนประกอบหลักของเมนู โตะเกี้ยวไส้แครอท และน้ำผักผลไม้ปั่น

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำชนิดผักและผลไม้ที่เด็กก่อนวัยเรียนไม่ชอบบริโภคมาเป็นส่วนประกอบเมนูอาหารว่าง ได้แก่ สัปะรด เป็นส่วนประกอบเมนูน้ำผักผลไม้ปั่น และหอมหัวใหญ่ เป็นส่วนประกอบเมนูแซนวิชไส้กรีนสเปรด

ปริมาณพลังงานและสารอาหารของเมนูอาหารว่างที่พัฒนาต่อ 1 หน่วยบริโภคทั้ง 8 เมนูพบว่า พลังงานเฉลี่ยของอาหารว่าง 102.50 ± 26.20 กิโลแคลอรี โดยเค้กกล้วยหอมแครอทให้พลังงาน 136 กิโลแคลอรี ซึ่งเป็นเมนูที่ให้พลังงานสูงสุดของเมนูประเภทขนม ขณะที่อาหารว่างประเภทเครื่องดื่ม เมนู สมูทตี้ ให้พลังงานสูงสุด 97 กิโลแคลอรี

เมนูแซนวิชไส้กรีนสเปรดจัดเป็นเมนูที่ให้โปรตีนสูงสุด (4 กรัม) จากเมนูทั้งหมด ขณะที่เมนูน้ำผักผลไม้ปั่นให้โปรตีนต่ำสุดแต่มีปริมาณไขมัน 0.20 กรัม ซึ่งเป็นเมนูที่มีไขมันต่ำสุด ด้านปริมาณใยอาหารของอาหารว่างที่พัฒนาทุกชนิดเฉลี่ย 1.40 ± 0.60 กรัม ซึ่งเมนูพุดดิ้งแดงโม มีใยอาหารสูงสุด 2.10 กรัม ดังตารางที่ 2

ประเมินความพึงพอใจทางด้านคุณลักษณะประสาท-

สัมผัสต่อเมนูอาหารว่างสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน 8 เมนู จำนวน 15 คน ซึ่งมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหมุนเวียนกันรวม 8 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชอบด้านรสชาติและเนื้อสัมผัสมากที่สุด คือ เมนูฟักทองพาย 2.87 ± 0.35 คะแนน

เมนูเชอร์เบตและแซนวิชไส้กรีนสเปรด มีคะแนนความชอบด้านสีสัมผัสมากที่สุด 2.80 ± 0.41 คะแนน ด้านความชอบโดยรวม ฟักทองพายจัดเป็นเมนูที่กลุ่มตัวอย่างชอบมากที่สุด และผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตการพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดสอบเพื่อประเมินร่วมกันพบว่า เมนูฟักทองพายเป็นเมนูที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานหมดของปริมาณที่ทำการจัดเตรียมให้ในวันทดสอบ

ส่วนเมนูเครื่องดื่มที่พัฒนาทั้ง 2 เมนู ได้แก่ สมูทตี้ และน้ำผักผลไม้ปั่น มีคะแนนความชอบด้านรสชาติและปริมาณที่บริโภคในระดับปานกลาง โดยเฉพาะน้ำผักผลไม้ปั่น ซึ่งเป็นเมนูที่ได้รับความพึงพอใจทางด้านประสาทสัมผัสน้อยที่สุดในทุกด้าน ทั้งปริมาณที่บริโภคเพียงครึ่งหนึ่งจากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างขณะทดสอบ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ เกือบครึ่งหนึ่งไม่รับประทานผัก ร้อยละ 44.2 และไม่บริโภคผลไม้ ร้อยละ 9.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญชอบ และคณะ ทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 1-5 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรีพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนไม่รับประทานผักและผลไม้เลย ร้อยละ 14.8 และร้อยละ 22.3 ตามลำดับ⁽¹⁾

จากการศึกษาพบว่าความชอบของผักและผลไม้ที่เด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ นิยมบริโภคได้แก่ แครอท แดงกวา ฟักทอง บรอกโคลี แดงโม กล้วย ส้ม และมะม่วงสุก เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากความชอบของรสชาติที่มีรสหวานอมเปรี้ยว มีสีสัมผัสชวนรับประทาน โดยเฉพาะผักและผลไม้ที่มีรงควัตถุสีเด่นชัดจะได้รับความสนใจจากเด็กเล็ก เช่น ผักผลไม้ที่มีสารแคโรทีนอยด์

ตารางที่ 2 ปริมาณพลังงานและสารอาหารของเมนูอาหารว่างที่พัฒนาจากผักและผลไม้ตามเกณฑ์อ้างอิง

เมนูอาหารว่าง	หนึ่งหน่วยบริโภค (กรัม / มล.)											
	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	น้ำตาล (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	ใยอาหาร (กรัม)	แคลเซียม (มก.)	โซเดียม (มก.)	ธาตุเหล็ก (มก.)	วิตามินเอ (ไมโครกรัม-อาร์เออี)	วิตามินซี (มก.)	
ปริมาณพลังงานและสารอาหารของอาหารว่างที่ควรได้รับใน 1 มื้อ	100-130	16-20	1-12	1.8-2.2	2.5	0.7-1.0	50-80	60	0.63	45	4	
อาหารว่างที่พัฒนามาจากผักและผลไม้												
โตเกียวไส้แครอท	60	112	20	11	3.2	2	1	57	72	0.4	88	3
น้ำผักผลไม้ปั่น	100	58	13	8	1	0.2	2	16	26	0.5	95.5	38
เค้กกล้วยหอมแครอท	45	136	17	7	2.3	6.7	0.6	73	133	0.4	35	4
เซอร์เบต	80	89	16.5	9	2	1.8	2	30	66	0.4	6.3	12
สมูทตี้	100	97	17	12	3	2	0.6	88	34	0.4	27	11
พริกทองพาย	40	133	17	3	1.3	7	1.5	13	108	0.5	44	3
พุดดิ้งแดงโม	110	83	12	10	3	3	2.1	81	37	0.2	43	3
แซนวิชไส้กรีนสปรอต	42	112	15	1	4	4	1	9.3	119	0.4	10	10
ค่าเฉลี่ยของทุกเมนู												
ค่าเฉลี่ย	102.5	15.9	7.6	2.5	3.3	1.4	45.9	74.4	0.4	43.6	10.5	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	26.2	2.5	3.9	1.0	2.4	0.6	32.6	41.4	0.1	32.8	11.8	

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อคุณลักษณะทางด้านประสาทสัมผัสเมนูอาหารว่างที่พัฒนามาจากผักและผลไม้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 คน

เมนูอาหารว่างที่พัฒนาจากผักและผลไม้	คุณลักษณะ				
	รสชาติ	สี	เนื้อสัมผัส	ความชอบโดยรวม	สังเกตปริมาณการบริโภค
โตเกียวไส้แครอท	2.67±0.64 (2-3)	2.40±0.46 (1-3)	2.53±0.53 (2-3)	2.47±0.46 (1-3)	2.47 ± 0.74 (1-3)
น้ำผักผลไม้ปั่น	1.80± 0.68 (1-3)	2.00±0.65 (1-3)	1.40±0.51 (1-2)	1.67±0.62 (1-3)	1.40±0.63 (1-3)
เค้กกล้วยหอมแครอท	2.73±0.46 (2-3)	2.53±0.52 (2-3)	2.47±0.52 (2-3)	2.53±0.52 (2-3)	2.47±0.52 (1-3)
เซอร์เบต	2.53±0.52 (2-3)	2.80±0.41 (2-3)	2.73±0.46 (2-3)	2.67±0.49 (2-3)	2.33±0.72 (1-3)
สมูทตี้	1.87±0.64 (1-3)	2.07±0.46 (1-3)	2.00±0.53 (1-3)	2.07±0.46 (1-3)	1.80±0.68 (1-3)

การพัฒนาเมนูอาหารว่างจากผักและผลไม้เพื่อคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อคุณลักษณะทางด้านประสาทสัมผัสเมนูอาหารว่างที่พัฒนามาจากผักและผลไม้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 คน (ต่อ)

เมนูอาหารว่างที่พัฒนา จากผักและผลไม้	คุณลักษณะ				
	รสชาติ	สี	เนื้อสัมผัส	ความชอบโดยรวม	สังเกตปริมาณการบริโภค
ฟักทองพาย	2.87±0.35 (2-3)	2.73±0.46 (2-3)	2.87±0.35 (2-3)	2.93±0.26 (2-3)	2.60±0.63 (1-3)
พุดดิ้งแตงโม	2.33±0.49 (2-3)	2.47±0.52 (2-3)	2.13±0.64 (1-3)	2.00±0.38 (1-3)	1.53±0.52 (1-3)
แซนวิชไส้กรอกสเปรด	2.40±0.63 (1-3)	2.80±0.41 (2-3)	2.53±0.52 (2-3)	2.40±0.51 (2-3)	2.20±0.77 (1-3)

หมายเหตุ: คะแนนความพึงพอใจ: ชอบมากเท่ากับ 2.1-3.0 ชอบปานกลางเท่ากับ 1.1-2.0 คะแนน และไม่ชอบเท่ากับ 0.0-1.0 คะแนน
คะแนนสังเกตปริมาณการบริโภค: บริโภคอาหารว่างหมด เท่ากับ 2.1-3.0 คะแนน บริโภคอาหารว่าง 1/2 ส่วน เท่ากับ 1.1-2.0 คะแนน และบริโภคอาหารว่าง 1/4 ส่วน เท่ากับ 0.0-1.0 คะแนน

(carotenoid) เป็นสารสีส้มเหลืองที่พบใน แครอท ฟักทอง มะม่วงสุก ในขณะที่ ผักชี ผักตระกูลหอม ทูเรียน ลำไย จัดเป็นผักและผลไม้ที่มีกลิ่นเฉพาะ นุนหรือเหมีน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Brug J และคณะ พบว่า รสชาติและกลิ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการบริโภคผัก และผลไม้ในเด็กวัยเรียน⁽¹²⁾

ประเภทอาหารว่างที่เด็กก่อนวัยเรียนชอบรับประทาน ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว ขนมเบเกอรี่ ขนมปัง ผลไม้ เยลลี่ และไอศกรีม^(7,13-15) อาหารว่างที่ดีควรมาจากผักและผลไม้

ผู้วิจัยนำชนิดผักและผลไม้ที่เด็กก่อนวัยเรียนชอบและไม่ชอบบริโภคมาพัฒนาเป็นเมนูอาหารว่าง แต่เนื่องจาก เด็กส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ได้มากกว่าผัก ดังนั้นส่วน ประกอบของเมนูอาหารว่างที่พัฒนาจึงมีผลไม้เป็นส่วน ประกอบหลัก เพื่อเพิ่มรสชาติและกลบกลิ่นของผักให้เด็ก ก่อนวัยเรียนรับประทานได้ง่ายขึ้นและไม่เสียรสชาติ และ จากการศึกษาของบุญชอบ และคณะ⁽¹¹⁾ ได้รายงานว่เด็ก ปฐมวัยอายุ 1-5 ปี ได้รับสารอาหารน้อยกว่าปริมาณที่ ควรได้รับคือ แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินเอ และวิตามินซี คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาเมนูอาหารว่าง เพื่อได้รับสารอาหาร ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดย

ทำการพัฒนาเมนูอาหารว่างจำนวน 8 เมนู ซึ่งเป็นประเภท ขนม 6 เมนู และเครื่องดื่ม 2 เมนู พบว่า พลังงานเฉลี่ย ของอาหารว่างที่พัฒนาทุกชนิด 102.50±26.20 (58-136) กิโลแคลอรี โดยเมนูที่ให้พลังงานสูงสุดคือ เค้กกล้วยหอมแครอท 136 กิโลแคลอรี อย่างไรก็ตามยังคงให้พลังงานที่น้อยกว่าเค้กกล้วยหอมในท้องตลาด 172 กิโลแคลอรี ซึ่งอาหารว่างที่ดีสำหรับเด็กอายุ 2-15 ปี ควร มีพลังงานอยู่ในช่วง 100-150 กิโลแคลอรี และควรมี สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น โปรตีน เหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 หรือใยอาหาร ไม่น้อยกว่า 2 ชนิดมีปริมาณต่ำกว่าร้อยละ 10.0 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน⁽⁹⁾ ซึ่งเมนูอาหารว่าง ที่พัฒนามีสารอาหารอยู่เกณฑ์ใกล้เคียงเกณฑ์อ้างอิงที่ควร ได้รับประจำวัน^(9,10)

อาหารว่างมีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ย 7.60±3.90 กรัม มี ปริมาณไม่เกิน 24 กรัมต่อวัน⁽⁹⁾ และปริมาณน้ำตาลทราย ที่เติม (added sugar) เพื่อให้ความหวานในการปรุง รสชาตินอกจากน้ำตาลในธรรมชาติไม่เกิน 10 กรัม หรือ 2 ช้อนชา

เมนูอาหารว่างที่พัฒนามาจากผักและผลไม้ทุกเมนู มี ค่าเฉลี่ยโซเดียม 74.40±41.40 (26-133) มิลลิกรัม

ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย โดยเค้กกล้วยหอมแครอท ให้โซเดียม 133 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นเมนูที่มีโซเดียมสูงสุดของเมนูอาหารว่างที่พัฒนา อย่างไรก็ตามยังคงให้ปริมาณโซเดียมที่น้อยกว่าเค้กกล้วยหอมในท้องตลาด ซึ่งให้โซเดียม 147 มิลลิกรัม หากเลือกเมนูกล้วยหอมแครอทเป็นอาหารว่างสำหรับเด็ก ให้ระมัดระวังปริมาณโซเดียมในการจัดอาหารอาหารมื้อหลักหรืออาหารว่างในมื้ออื่นเพื่อจำกัดปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับต่อวันอย่างเหมาะสม

ความสำคัญของการพัฒนาอาหารว่างสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนควรมีการจำกัดปริมาณของโซเดียมให้เหมาะสมและไม่สูงเกินไปโดยปริมาณโซเดียมในเมนูอาหารว่างเฉลี่ยเกินเกณฑ์^(9,10) เพียงเล็กน้อย 14.40 มิลลิกรัม

ด้านปริมาณสารอาหารสูงและมีคุณประโยชน์ต่อสุขภาพจากอาหารว่างที่พัฒนาพบว่า สารอาหารเฉลี่ยประเภทโปรตีน (2.50 กรัม) วิตามินซี (10.50 มิลลิกรัม) และใยอาหาร (1.40 กรัม) มีปริมาณสูง ซึ่งเป็นผลต่อการปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กเล็กที่ต้องการสารอาหารประเภทโปรตีนในการเจริญเติบโตและการสร้างกล้ามเนื้อ รวมถึงยังต้องการประโยชน์จากวิตามินซีช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก ป้องกันภาวะโลหิตจางและยังเป็นสารต้านอนุมูลอิสระในร่างกาย ที่สำคัญเด็กเล็กได้รับปริมาณใยอาหารไม่เพียงพอต่อวันเนื่องจากใยอาหารส่วนใหญ่พบในผักผลไม้และธัญพืช

เมนูอาหารว่างที่พัฒนาซึ่งมีปริมาณใยอาหารสูงเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเสริมระบบขับถ่ายและมีส่วนช่วยป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง^(16,17)

เมื่อพิจารณาคุณค่าทางโภชนาการของเมนูอาหารว่างที่พัฒนาตามเกณฑ์การคัดเลือกอาหารว่างตามมาตรฐานโภชนาการ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁸⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ยทั้ง 8 เมนูด้านพลังงาน

ไขมัน โปรตีน น้ำตาล ใยอาหาร โซเดียม ธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินบี 1 จำนวนหนึ่งหน่วยบริโภค โดยมีคะแนน 16 คะแนน หรือ เกรด A ซึ่งจัดว่าอาหารว่างที่ ผู้วิจัยพัฒนามีคุณภาพดีผ่านมาตรฐานอาหารว่าง และสามารถจัดเป็นเมนูสำหรับบริการในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ผลคะแนนความพึงพอใจทางด้านคุณลักษณะประสาทสัมผัสในการพัฒนาเมนูอาหารว่างสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ทางด้านรสชาติเมนูที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ ฟักทองพาย จากการศึกษาของวนิสา องอาจ และคณะ ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า โดยธรรมชาติของเด็กจะชอบการรับประทานขนม ที่มีรสชาติดหวาน เคี้ยวง่าย⁽¹³⁾ ซึ่งเมนูฟักทองพายที่มีรสชาติดหวาน เป็นหลักและความหวานได้มาจากรสชาติของฟักทอง ความชอบทางด้านสีส้ม เมนูที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ เซอร์เบต มีสีชมพู และแซนวิชไส้กรีนสเปรตมีสีขาว สลับเขียวเป็นชั้น (layer) ซึ่งสาเหตุของการเลือกซื้อขนมบริโภคมาจากสีที่สดใส และธรรมชาติของเด็กทุกคนจะชอบสีส้มที่ดูโดดเด่นสะดุดตา⁽¹⁴⁾ ทางด้านเนื้อสัมผัสที่ได้รับความนิยมมากที่สุดพบว่าเป็นเมนู ฟักทองพาย ซึ่งฐานพายมีส่วนประกอบทำมาจากแครกเกอร์โดยเนื้อสัมผัสของแครกเกอร์มีความกรอบใกล้เคียงกับขนมกรุบกรอบที่เด็กก่อนวัยเรียนชอบบริโภค

แม้ว่าเด็กก่อนวัยเรียนเป็นอิสลามทั้งหมดซึ่งเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการศึกษานี้ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้พัฒนาเมนูอาหารว่างที่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมการบริโภคได้สำเร็จแล้วนั้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าอาหารว่างที่พัฒนาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อในวงกว้างได้ต่อไป

การประเมินคุณลักษณะประสาทสัมผัสในเด็กเล็กไม่ควรจะมีระดับคะแนนที่มากกว่า 3 ขึ้นไปและควรมีการประเมินปริมาณที่บริโภคจากการสังเกตเพื่อสนับสนุนคะแนนความชอบโดยรวมในทิศทางเดียวกัน

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาประเมินคุณลักษณะประสาท-

สัมผัสในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กซึ่งในงานวิจัยถัดไปผู้วิจัยแนะนำให้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

สรุป

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้รวมถึงชนิดของอาหารว่างมาพัฒนาเป็นเมนูอาหารว่างให้มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โดยอาหารว่างมีพลังงานเฉลี่ย 102.50 ± 26.20 กิโลแคลอรี ไม่เกินร้อยละ 10.0 ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งวัน และมีสารอาหารเฉลี่ยประเภทโปรตีน (2.50 กรัม) ใยอาหาร (1.40 กรัม) วิตามินซี (10.50 มิลลิกรัม) ในปริมาณสูง ผลประเมินความพึงพอใจด้านคุณลักษณะทางประสาทสัมผัสต่อเมนูอาหารว่าง พบว่า เมนูผักทองพวยเป็นเมนูที่ได้รับความนิยมมากที่สุด การพัฒนาเมนูอาหารว่างจึงเป็นทางเลือกสำหรับการจัดอาหารว่างที่มีประโยชน์มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ทางอ้อมในเด็กก่อนวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองคลองหลวง 7 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่อำนวยความสะดวกสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปันณ์พัฒน์ จันทร์สว่าง. ลูกไม่รับประทานผัก [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://taamkru.com/th/ลูกไม่รับประทานผัก/>
2. สุวรรณ พินิตานนท์. ความแตกต่างระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับโรงเรียนอนุบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thailocalmeet.com/index.php?topic=60944.0>
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
4. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. เลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้อ้วน. นครปฐม: สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
5. สถาบันอาหารตวงทิพย์. อาหารไทย. กรุงเทพมหานคร: ยูไนเต็บบุคส์; 2533.
6. อรรธรณ เอี่ยมโอภาส. การเลือกอาหารว่างสำหรับเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 25 พ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/Content/27500-การเลือกอาหารว่างสำหรับเด็ก.html>
7. Nuanchankong J, Jaroennon P, Sangwanna S, Manakla S, Thongprasert C. Snack consumption behaviors in pre-school children in Khlong Luang Child Development Center 7, Khlong Nueng Sub-District, Khlong Luang District, Pathum Thani Province. In: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Burapha University. NAPA 2019. The 10th International Conference on Nutrition and Physical Activity in Aging, Obesity and Cancer: full proceeding. Chonburi, Thailand. Chonburi: Burapa University; 2019. p. 21-6.
8. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. โปรแกรมคำนวณคุณค่าสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V.4.0 ฐานข้อมูลชุด NB4. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
9. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. ขนมและอาหารว่างสำหรับเด็ก 2 ปีขึ้นไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หนังสือตีวัน; 2549.
10. คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
11. บุญชอบ เกษโกวิท, ทรงพล ตั้งศรีไพร. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์-

- อนามัยที่ 4 สระบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(6): 130-3.
12. Brug J, Tak NI, te Velde SJ, Bere E, de Bourdeaudhuij I. Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies. *British Journal of Nutrition*. Cambridge University Press; 2008;99(S1):S7-S14.
13. วนิสา อองอาจ, สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ* 2559;17(2):13-24.
14. นันธินีย์ วังนันท์, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารสภาการพยาบาล* 2560;32(4):55-66.
15. จักรกฤษณ์ วังราชภูร์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่พ่อแม่ไปขายแรงงานต่างถิ่น. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 2554;9(3):321-2.
16. ถนอมพงษ์ เสถียรลัคณา. ประโยชน์ของวิตามินซีในทางการแพทย์. *คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*; 2561.
17. สุภารัตน์ จันท์เหลือง, ภูเบศร์ นิลาทะวงศ์. คุณประโยชน์ของส่วนประกอบในเส้นใยอาหาร. *อุบลราชธานี: หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*; 2561.
18. โครงการพัฒนาเครือข่ายจังหวัดต้นแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย. *การจำแนกอาหาร ขนม นม และเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการ (ฉบับทดลองใช้ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.

Abstract: Developing Nutritious Snack Menu from Vegetable and Fruits for the Pre-School in Klong Luang Child Development Center 7, Klong Luang District, Pathumthani Province

Jutawan Nuanchankong, M.Sc. (Nutrition); Sujarinee Sangwanna, M.Sc. (Nutrition); Sakunta Manakla, M.Sc. (Public Health) Program in Nutrition; Pattamaporn Jaroennon, M.Sc. (Pharmaceutical Chemistry and Phytochemistry)

Faculty of Science and Technology, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Klong Luang District, Pathumthani Province, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):427-37.

This research was aimed at developing nutritious snack menu from vegetable and fruits (VF) based on their nutrient requirements and sensory evaluation in pre-school children of Klong Luang Child Development Center 7, Klong Luang District, Pathumthani Province. Forty three pre-school children aged 2-5 year old were purposively selected for VF consumption data provided by parent or care givers and 15 of them were selected through accidental sampling for sensory evaluation including taste, color, texture and overall acceptance using 3-point hedonic scale instrument for children with amount of intake 8 nutritious snack menu for 4 weeks. The results shown that preschoolers prefers vegetable to fruit. Their favorites VF were carrot, cucumber, pumpkin, orange, banana and ripe mango. The researchers developed snack based on behaviors of VF and snack consumption. A list of 8 menus including 6 desserts and 2 beverages prepared from VF were prepared as snacks for used in a week in the Child Development Center. The average energy of snack from VF was 102.50 ± 26.20 kcal (less than 10% of energy requirement). The average of nutrient had high levels were protein (2.50 g), fiber (1.40 g) and Vitamin C (10.50 mg) in the snack. The pre-school children had highest preference of pumpkin pies in the sensory evaluation. Therefore, the development of a nutritious snack menu from VF should become a choice for promoting indirect VF intakes in preschoolers.

Keywords: pre-school children; snack; vegetable and fruit; child development center

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อุทัย สุดสุข พบ.,สม.,สด.(กิตติมศักดิ์) พธ.ด.(กิตติมศักดิ์)*

ธีรพร สติธองกุล ส.ด. (การบริหารสาธารณสุข)**

พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ พย.ม (การพยาบาลเด็ก)***

บุษบา ใจกล้า วทม. (การสาธารณสุข)*

* มุลนิธิอุทัย สุดสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*** กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	2 ก.พ. 2564
วันแก้ไข:	20 เม.ย. 2564
วันตอบรับ:	30 เม.ย. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ออกแบบการวิจัยสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำนวน 99 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบ 50 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ 49 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผสารวิธีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. หรือโปรแกรม 3ส.3อ.1น. หมายถึง สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์-วิถีพุทธ และนาฬิกาชีวิต-วิถีพุทธ (2) แบบประเมินภาวะสุขภาพ (3) สมุดคู่มือการรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามรูปแบบ (4) แบบวัดความรู้ (5) แบบวัดความสุข (6) แบบประเมินความพึงพอใจของการปฏิบัติตนตามรูปแบบ และ (7) แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลรูปแบบ เครื่องมือทุกชนิดตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI>0.5 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วย KR 20 ได้ 0.8 แบบวัดความสุขและแบบประเมินความพึงพอใจ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.85 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test, Independent t-test และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (1) โปรแกรม 3ส.3อ.1น. (2) การรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม และ (3) การติดตามสนับสนุน ส่งเสริมและเสริมพลังโดยทีมสุขภาพ ด้านประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำตาล ไขมัน วัชชีวะมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความรู้ สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีความพึงพอใจในรูปแบบระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบ มีค่าน้ำตาล ไขมัน วัชชีวะมวลกาย ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงควรขยายผลรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ; สุขภาพดีวิถีพุทธ; การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บทนำ

ปัจจุบันภาวะสุขภาพของคนไทยมักป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน อ้วน และคาดประมาณว่าจำนวนการตายของคนไทยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหานี้ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ โดยมีเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ และควบคุมการลุกลามของโรค ลดอัตราตายกรณีผู้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾

จากสถิติในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดี มีเพียงร้อยละ 26.9 และ 28.3 ตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี มีเพียงร้อยละ 44.3 และ 46.2 ตามลำดับ⁽³⁾ ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมโรคได้ดีจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2558-2562 ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 31.4⁽⁴⁾ ทั้งนี้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว นับว่าเป็นการพัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศ⁽²⁾ โดยมีการร่วมแรงร่วมใจกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน อีกทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเลือกมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกันและควบคุมโรค ผ่านนวัตกรรม เครื่องมือต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตีวิถีพุทธ ตามหลักการ 3ส. 3อ. 1น. หรือโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น. (3ส. 3อ. 1น. หมายถึง สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์-วิถีพุทธ และนาฬิกาชีวิต-วิถีพุทธ)

เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยอุทัย สุตสุข⁽⁵⁾ มีการนำโปรแกรมไปใช้เป็นเครื่องมือในโครงการสร้างเสริมสุขภาพตีวิถีพุทธ ในปี พ.ศ. 2553 จนถึงปี พ.ศ. 2558 และต่อมาปรับเป็นโครงการวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในปี พ.ศ. 2559 และพัฒนาเป็นโครงการสุขภาพตีวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในปี 2562 และได้รับอนุสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา⁽⁶⁾ จนถึง 1 ธันวาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบเป็นนโยบาย สุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งนโยบายดังกล่าว มีการบูรณาการเข้ากับระบบโครงสร้างและเครือข่ายบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายหมู่บ้าน (บ.) วัด (ว.) โรงเรียน (ร.) สถานบริการสาธารณสุข (ส.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.) รวมย่อว่า บวร.สอ. ให้สามารถเป็นกลไกขับเคลื่อนองค์ความรู้และการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น.สู่ประชากรเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง ประชากรเป้าหมายของโครงการดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคเอดส์ อีกทั้งใช้ในกลุ่มผู้มีภาวะสุขภาพปกติ ได้แก่ กลุ่มนักเรียนและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ มีการดำเนินการในพื้นที่ 33 จังหวัด จากการประเมินผลโครงการตามรูปแบบ CIPP Model พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการที่ปฏิบัติตามโปรแกรมมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ได้แก่ มีน้ำหนักตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 70.0-80.0 และมีระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น. เพิ่มขึ้นร้อยละ 85.0 อีกทั้งเกิดพื้นที่ต้นแบบ⁽⁷⁾ ใดๆก็ตามโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น. ไม่ได้ใช้ในโครงการวิจัยอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้ผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ไม่สามารถนำมาใช้อ้างอิงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือได้ อีกทั้งไม่ได้ใช้โปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่

สามารถควบคุมได้ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนยุ่งยาก เป็นความท้าทายอย่างยิ่งของคณะผู้วิจัยที่จะทำการศึกษาวิจัย และจะขยายผลในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ และประชากรทุกกลุ่มวัยได้กว้างขวางและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการสนับสนุนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนนโยบายแห่งชาติสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในโอกาสต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ได้ใช้รูปแบบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้รูปแบบกับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งดำเนินการตามแนวทางพัฒนารูปแบบของ Dey KP และ Hariharan S⁽⁶⁾ มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรม 3ส.3อ.1น. และจากการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ของผู้วิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2562 มาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

- 1) ทบทวนการปฏิบัติตนตาม โปรแกรม 3ส.3อ.1น. ของกลุ่มเป้าหมาย
- 2) วิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ได้
- 3) ศึกษาค้นคว้าและปรับปรุงโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ให้มีความเหมาะสมตามหลักทฤษฎีและการนำสู่การปฏิบัติ

4) สร้างโปรแกรม 3ส.3อ.1น. (ฉบับย่อ) ที่มีรายละเอียดวิธีปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม

5) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านโปรแกรม 3ส.3อ.1น. โดยตรง

6) สรุปรายละเอียดวิธีปฏิบัติตนในแต่ละกิจกรรมของ โปรแกรม 3ส.3อ.1น. เพื่อนำไปทดลองใช้

7) พัฒนาสมุดคู่มือการรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายใช้คู่กับโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบใช้ในกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เลือกแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตามสูตรการวิจัยทางคลินิก⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้รูปแบบและไม่ใช้รูปแบบ จำนวนกลุ่มละ 50 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านละว้า หรือ รพ.สต. บ้านแหลมไม้ย้อย

2) ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมได้ โดยมีค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย มากกว่า 7 mg% และ/หรือ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมได้ โดยค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) มากกว่า 140/90 มม.ปรอท.

3) ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่รักษาด้วยวิธีการอื่นในระหว่างการวิจัย (เพื่อควบคุม confounding factors)

4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1) เป็นโรคร้ายแรง หรือ อยู่ระหว่างตั้งครรภ์

2) ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการศึกษา

จากการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างจากรพ.สต. 2 แห่ง

ดังกล่าว แห่งละ 50 คน จับฉลากเลือกกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้รูปแบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจากรพ.สต. บ้านละว้า จำนวน 50 คนเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และกลุ่มตัวอย่างจากรพ.สต. บ้านแหลมไม้ย้อย จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการดังนี้

1) เตรียมความพร้อมกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และทีมสุขภาพของรพ.สต. บ้านละว้า โดยจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น.ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้เวลาอบรม 3 วัน 2 คืน แบ่งเป็น 4 ฐานความรู้ ได้แก่ (1) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติสร้างสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงวิถีพุทธ (2) เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) (3) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ 3อ. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์-วิถีพุทธ) และ (4) เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ 1น. (นาฬิกาชีวิต-วิถีพุทธ) และคณะผู้วิจัยแนะนำการลงข้อมูลในสมุดคู่มือการรายงานตนเองในการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น.

2) เตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพของรพ.สต. บ้านละว้า และรพ.สต.บ้านแหลมไม้ย้อย โดยประชุมชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ และการสนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ

3) ประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) ระดับความดันโลหิต และสำหรับกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ประเมินความรู้ ประเมินความสุข และประเมินความพึงพอใจของการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น.

4) กลุ่มที่ใช้รูปแบบ ปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น. และบันทึกการปฏิบัติตนในสมุดคู่มือการรายงานตนเองทุกวัน เป็นระยะเวลา 6 เดือน สำหรับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ให้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทีมสุขภาพตามปกติ

5) ติดตามการปฏิบัติตน และประเมินผลภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ทุก

เดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติตามปกติ และสำหรับกลุ่มที่ใช้รูปแบบ สนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังในการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. จากการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าจากกลุ่มผู้ใช้รูปแบบจำนวน 50 คน มีคนที่ปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 23 คน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบ ดังนี้

ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเชิงปริมาณ โดยประเมิน 4 ด้าน ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสุข และความพึงพอใจ ด้านภาวะสุขภาพประเมินในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) ทุกเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน เปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังทดลองรูปแบบของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังทดลองรูปแบบระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ด้านความรู้ และด้านความสุขในการปฏิบัติตามรูปแบบ ประเมินในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังทดลองรูปแบบ ด้านความพึงพอใจประเมินในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ หลังทดลองรูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มที่ใช้รูปแบบและทีมสุขภาพของรพ.สต. บ้านละว้า

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. (โปรแกรม 3ส.3อ.1น.) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ เป็นรายการประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) สมุดคู่มือการรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 2 โปรแกรม 3ส.3อ.1น. (ฉบับย่อ) และส่วนที่ 3 แบบ

บันทึกการรายงานตนเอง มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุดเพียงหนึ่งคำตอบ

3) แบบวัดความรู้ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ตามหลักการ 3ส.3อ.1น. มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน

4) แบบวัดความสุขของการปฏิบัติตามรูปแบบที่ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁰⁾ มีข้อความทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ มีเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมากที่สุด มาก เล็ก น้อย และไม่เลย ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

5) แบบประเมินความพึงพอใจของการปฏิบัติตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ใช้เกณฑ์การพิจารณา เช่นเดียวกับข้อ 4)

6) แนวทางการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลรูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมด 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการ 3ส.3อ.1น. ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้าน 3ส.3อ.1น. โดยตรง นำคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขรูปแบบ

2. สมุดคู่มือการรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. แบบประเมินภาวะสุขภาพการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบบวัดความรู้และความสุขด้านการปฏิบัติตามรูปแบบ และแบบประเมินความพึงพอใจของการปฏิบัติตนตามรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบความตรง

ด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า CVI > 0.5 และมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (index of item objectives congruence: IOC) ของแต่ละข้อความอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ซึ่งถือว่านำไปใช้ได้ นอกจากนี้ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 20 คน โดยแบบวัดความรู้ด้วย KR 20 ได้ 0.8 แบบวัดความสุขและแบบประเมินความพึงพอใจ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.85, 0.84 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน 2563 – กุมภาพันธ์ 2564

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก และผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. (โปรแกรม 3ส.3อ.1น.) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขวิธีปฏิบัติตนในแต่ละกิจกรรมของ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาการ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์-วิถีพุทธ และ นานิภาชีวิต-วิถีพุทธ รายละเอียดดังตารางที่ 1 (2) การรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. เป็นการรายงานตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม บันทึกลงในสมุดคู่มือการรายงานตนเองทุกวัน และ (3) การติดตามสนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังโดยทีมสุขภาพระหว่างการเข้าร่วม

พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดี วิถีพุทธ ตามหลักการ 3ส.3อ.1น. (ฉบับย่อ)

องค์ประกอบ	วิถีปฏิบัติตน		
3ส.3อ.1น.			
1. สวดมนต์	สวดมนต์อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละอย่างน้อย 1 ครั้ง เวลาเช้าหรือเวลาเย็น ครั้งละไม่น้อยกว่า 15 นาที ตามกำหนดเวลาในนาฬิกาชีวิต-วิถีพุทธ คือ เวลาเช้าระหว่าง 05.00-07.00 น. และเวลาเย็นระหว่างเวลา 20.00น.-23.00น.		
2. สมาธิ	เจริญสมาธิอย่างน้อย ครั้งละ 15 นาที หลังจากสวดมนต์		
3. สันทนาธรรม	สันทนาธรรม อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 15 นาที และบันทึกไว้ในสมุดประจำตัว		
4. อาหารวิถีพุทธ	นำหลักพุทธธรรมมาพิจารณากำกับจิตใจให้รับประทานอาหารพออิ่มและถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพอาหาร เช่น ทานผักผลไม้ 2 ส่วน โปรตีน 1 ส่วน ข้าว 1 ส่วน (สัดส่วน 2:1:1) ลดหวาน มัน เค็ม โดยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน		
5. ออกกำลังกาย วิถีพุทธ	ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เวลาเช้าหรือเวลาเย็น ตามช่วงเวลาในนาฬิกาชีวิต-วิถีพุทธ คือ เวลาเช้าระหว่างเวลา 05.00-07.00 น. หรือเวลาเย็นระหว่างเวลา 16.00-17.00 น.		
6. อารมณวิถีพุทธ	เจริญสติสัมปชัญญะและสมาธิ ให้รู้เท่าทันอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกัน ควบคุมและแก้ไขให้ทันสถานการณ์		
7. นาฬิกาชีวิต วิถีพุทธ	นาฬิกาชีวิตโดยปรับตามบริบท*	กิจวัตรประจำวัน	สัมพันธ์กับการทำงานของอวัยวะ
	05.00 – 07.00 น.	ตื่นนอน สูดลมหายใจ 3 ครั้ง ล้างหน้า แปรงฟัน ดื่มน้ำ 2 – 3 แก้ว สวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ แผ่เมตตา ออกกำลังกาย ขยับถ่าย	ปอด หัวใจ ลำไส้ใหญ่
	07.00 – 08.00 น.	อาบน้ำ ทานอาหารเช้า (มื้อหนัก)	กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ม้าม
	08.00 – 12.00 น.	ปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวัน	สมอง ม้าม
	12.00 – 13.00 น.	ทานอาหารกลางวัน (มื้อรอง)	หัวใจ กระเพาะอาหาร
	13.00 – 16.00 น.	ปฏิบัติภารกิจชีวิตประจำวัน	สมอง ลำไส้เล็ก
	16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย	ไต กระเพาะปัสสาวะ
	17.00 – 18.00 น.	พักผ่อน อาบน้ำ สังสรรค์ในครอบครัว	ไต กระเพาะปัสสาวะ
	18.00 – 19.00 น.	ทานอาหารเย็น หรืออาหารว่าง (มื้อเบา)	ไต (กระเพาะอาหาร ลำไส้ทำงานเบา)
	19.00 – 20.00 น.	สันทนาธรรม ผ่อนคลาย สบายอารมณ์ สังสรรค์ในครอบครัว	เยื่อหุ้มหัวใจ
	20.00 – 23.00 น.	สวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ แผ่เมตตา ฟังหรืออ่าน หรือสันทนาธรรม กับผู้รู้ อาจมีงานมงคล หรืออวมงคลในสังคม	เยื่อหุ้มหัวใจ
	22.00/23.00-01.00 น.	แปรงฟัน ดื่มน้ำ 1 แก้ว ปัสสาวะ เข้านอน	ถุงน้ำดี
	01.00 – 03.00 น.	นอนหลับสนิท	ตับ ตับอ่อน
	03.00 – 05.00 น.	นอนหลับ	ปอด

หมายเหตุ * สามารถปรับเปลี่ยนเวลานาฬิกาชีวิตตามบริบทของแต่ละบุคคล

โปรแกรม ทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการ- สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน และส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตนตามโปรแกรม

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบและไม่ใช้รูปแบบ

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบและไม่ใช้รูปแบบพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบจำนวน 50 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ จากจำนวน 50 คน เสียชีวิต 1 คนระหว่างการศึกษา จึงเหลือจำนวน 49 คน

ภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ เปรียบเทียบก่อน

และหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า จากกลุ่มผู้ใช้รูปแบบจำนวน 50 คน มีคนที่ปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 23 คน ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า มีค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลง จากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบ และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ หลังสิ้นสุดการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและไม่ใช้รูปแบบ พบว่า มีค่าเฉลี่ย น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=23)

กลุ่มผู้ป่วยและการประเมินภาวะสุขภาพ	Mean	S.D.	t	df	p-value	
1. น้ำหนัก (kg)	ก่อนการทดลอง	67.11	12.32	6.646	22	0.013*
	หลังการทดลอง	54.90	5.70			
2. รอบเอว (cm)	ก่อนการทดลอง	91.69	8.66	5.046	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	85.43	7.77			
3. ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	ก่อนการทดลอง	27.50	4.10	5.493	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	23.46	1.33			
4. ค่าความดันโลหิต ค่า systolic (mmHg)	ก่อนการทดลอง	138.21	10.71	6.391	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	125.00	6.28			
5. ค่าความดันโลหิต ค่า diastolic (mmHg)	ก่อนการทดลอง	77.34	6.04	5.022	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	72.39	5.65			
6. DTX (mg/dL)	ก่อนการทดลอง	143.43	28.08	5.628	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	114.60	12.35			
7. HbA1c (mg%)	ก่อนการทดลอง	8.25	1.82	4.539	22	<0.001*
	หลังการทดลอง	6.66	0.43			

*p<0.05

พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิธีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบ (n=23) และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ (n=49) หลังการทดลอง

การประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย	n	Mean	SD	t	df	p-value
1. น้ำหนัก (kg)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	54.90	5.70	-2.413	70	0.018*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	61.64	12.76			
2. รอบเอว (cm)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	85.43	7.77	-2.273	70	0.026*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	90.67	9.6			
3. ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	23.46	1.33	-2.241	70	0.028*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	25.59	4.45			
4. ค่าความดันโลหิต ค่า systolic (mmHg)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	125.00	6.28	-3.474	70	0.001*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	135.08	13.19			
5. ค่าความดันโลหิต ค่า diastolic (mmHg)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	72.39	5.65	-1.463	70	0.048*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	75.36	8.93			
6. DTX (mg/dL)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	114.60	12.35	-1.765	70	0.028*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	112.38	36.34			
7. HbA1c (mg%)						
กลุ่มที่ใช้รูปแบบ	23	6.66	0.43	-2.929	70	<0.01*
กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ	49	7.47	1.30			

*p<0.05

ความรู้ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ยด้านการปฏิบัติตามรูปแบบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 10.61 และ 12.53 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ความสุขของการปฏิบัติตามรูปแบบของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองคะแนนความสุขเฉลี่ยของการปฏิบัติตามรูปแบบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยมีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยก่อนและหลัง

เท่ากับ 3.02 (อยู่ในระดับมาก) และ 3.66 (อยู่ในระดับมากที่สุด) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ความพึงพอใจของการปฏิบัติตามรูปแบบของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของการปฏิบัติตนตามรูปแบบ ภายหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72

วิจารณ์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิธีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบและความสุขของการปฏิบัติตามรูปแบบ ก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ (n=50)

การประเมิน	Mean	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านการปฏิบัติตามรูปแบบ					
ก่อนการทดลอง	10.61	3.31	22.406	48	<0.001*
หลังการทดลอง	12.53	2.21			
ความสุขของการปฏิบัติตามรูปแบบ					
ก่อนการทดลอง	3.02	0.68	29.743	46	<0.001*
หลังการทดลอง	3.66	0.44			

*p<0.05

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ได้พัฒนางานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าได้บรรลุวัตถุประสงค์มาโดยตลอด⁽⁷⁾ การวิจัยครั้งนี้เป็นครั้งแรกและเป็นการท้าทายที่ผู้วิจัยได้ศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. (โปรแกรม 3ส.3อ.1น.) (2) การรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น และ (3) การติดตามสนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังโดยทีมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 1 โปรแกรม 3ส.3อ.1น. ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 มีการพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการยอมรับ และมีผู้นำไปขยายผล เช่น ลัดดา ปิยะเศรษฐ์⁽¹¹⁾ ได้นำโปรแกรม 3ส. 3อ. 1น. เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังของชุมชน ซึ่งประชาชนมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น อีกทั้งโปรแกรมนี้ได้รับการยอมรับจนได้รับอนุสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา⁽⁶⁾ แสดงถึงโปรแกรมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ

สำหรับองค์ประกอบที่ 2 การรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. นั้น เป็นข้อตกลง

ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะปฏิบัติตามโปรแกรม และมีการบันทึกรายงานตนเองทุกวัน องค์ประกอบนี้มีส่วนสำคัญ ส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer T⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การตั้งเป้าหมาย การบันทึกและการประเมินข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์เพ็ญ หวานคำ และคณะ⁽¹³⁾ ที่กำหนดให้การรายงานตนเองของผู้ป่วยเป็นกลไกหนึ่งของการศึกษาวิจัย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดีขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 การติดตามสนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังโดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ ในการประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำและเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา ปิยะเศรษฐ์⁽¹¹⁾ ที่ขับเคลื่อนรูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีพุทธ จากการมีส่วนร่วมในการติดตาม สนับสนุน ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ของบุคคลในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข พระสงฆ์ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน หมอдинอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม

ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถี

พุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ารูปแบบมีประสิทธิผลในการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดย

กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ วัฒนะ และดรรรชนี สินธุวงศานนท์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีพุทธสำหรับผู้ให้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง แต่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ⁽¹⁵⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ยลดลงและการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของลัดดา ปิยเศรษฐ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถคุมอาการของโรคได้ดี จำนวนเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิธีพุทธ ก็จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณ์ กันยะตีบ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาหลักพุทธธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและยังสอดคล้องกับผลการประเมินโครงการของผู้วิจัย⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นภายหลังการปฏิบัติตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น.

ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ก่อนการทดลองนั้น พบว่ามีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX, HbA1c) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปได้ที่ผู้วิจัยเลือกกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบที่มีลักษณะคล้ายกัน สำหรับการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่

ไม่ใช้รูปแบบ พบว่า ภาวะสุขภาพดังกล่าวมีความแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบลดลงกว่าของกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปได้ที่กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีการปฏิบัติตนตามโปรแกรม 3ส.3อ.1น. อีกทั้งมีการประเมินตนเองในการปฏิบัติตน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการปฏิบัติตนตามโปรแกรมทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มที่ใช้รูปแบบดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย สุดสุข⁽⁷⁾ ลัดดา ปิยเศรษฐ์⁽¹¹⁾ สมบัติ วัฒนะ และดรรรชนี สินธุวงศานนท์⁽¹⁴⁾ ที่ได้นำหลักการทางวิธีพุทธมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ ด้านความรู้ในการปฏิบัติตน พบว่า หลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (12.53 คะแนน) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (10.61 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ หวานคำและคณะ⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom BS⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึงการเรียนรู้ว่าเป็นกระบวนการที่มาจาก การฝึกฝนและประสบการณ์ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในด้านความสุขของการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิธีพุทธ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความสุข (3.66 คะแนน) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (3.02 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (4.25 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรณ์ กันยะตีบ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาหลักพุทธธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและมีเป้าหมายสูงสุดในการดำรงชีวิตตามหลักพุทธธรรม มีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่ทำให้ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสุข และความ

พึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีภาวะโรคที่ตีขึ้น มีความเหมาะสมที่จะผลักดันให้รูปแบบนี้เป็นนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันและการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป⁽²⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วย โปรแกรม 3ส.3อ.1น. มีผลลัพธ์ที่ดีควรมีการขยายผลโปรแกรมนี้อย่างเป็นระบบ โดยกำหนดเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงในโอกาสต่อไป รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเพิ่มสัดส่วนงบประมาณรายหัว สนับสนุนบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการ

1. จากผลลัพธ์การปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตาม 3ส.3อ.1น. (โปรแกรม 3ส.3อ.1น.) ครอบคลุมกิจกรรมมีเพียง 23 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน อาจเนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 หากนำแนวคิด การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่าย บวร.สอ. และอสม. ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และช่วยชี้แนะ (coaching) ผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยเพื่อเสริมพลังให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้มแข็งขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จมากขึ้น

2. การขยายผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วย โปรแกรม 3ส.3อ.1น. ในการดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง และโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น

3. ควรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำผล

การวิจัยนี้ไปขยายผลในพื้นที่โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล หรือแหล่งเงินทุนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและขยายผลต่อไป

4. ควรพัฒนาโปรแกรมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่บูรณาการสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ก็จะสามารถนำโปรแกรมนี้ไปบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ด้านจิตใจด้านชีวิตความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโปรแกรม 3ส.3อ.1น. นี้ในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มสตรี กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ เป็นต้น และในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาของประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก สาธารณสุขอำเภอบ้านนา บุคลากร และผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละว้า และบ้านแหลมไม้ย้อยที่มีส่วนร่วมในการศึกษาที่สำคัญ และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report 2002 [Internet]. 2016 (cited 2020 Feb 11). Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ic-ccglobalreport.pdf>.47.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผน-

- ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Health Data Center (HDC) Ministry of Public Health. Ministry of Public Health indicators report for the year 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 19]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2020
4. Health focus. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [สืบค้นเมื่อ 29 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: [www/hfocus.org](http://www.hfocus.org)
5. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มูลนิธิอุทกภัย สุตสุข. แนวทางการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. เพื่อสร้างสุขภาพองค์กรรวม. เอกสารการสัมมนาถอดบทเรียนการดำเนินงานสร้างสุขภาพและรักษาพยาบาลวิถีพุทธ; นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2556.
6. อุทัย สุตสุข. คู่มือการใช้งานวิถีชีวิต วิถีพุทธ เพื่อสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: มูลนิธิอุทกภัย สุตสุข; 2562.
7. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, มูลนิธิอุทกภัย สุตสุข. สรุปผลการสัมมนาพัฒนารูปแบบและขยายการดำเนินงานสร้างสุขภาพและรักษาพยาบาล วิถีพุทธ ปี2555. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2555.
8. Dey KP, Hariharan S. Integrated approach to healthcare quality management: a case study. TQM Magazine 2006;18(6):583–605.
9. จรณิต แก้วกั้งวาล, ประตาป สิงห์คิวนนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก ในตำราการวิจัยทางคลินิก คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย Version 2007. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
11. ลัดดา ปิยเศรษฐ์. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาหมู่บ้านคุดยป่าร้าง ตำบลวังควง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสุศึกษา 2559; 39(132):23–34.
12. Creer T. Self-management. In: M. Bockaert PRP, & M. Zeidner, ed. Handbook of self-regulation. San Diego; California: Academic Press. 2000. p. 601–29.
13. จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ, ศิริพร ชัมภลชิต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2515; 42(1):49–60.
14. สมบัติ วัฒนะ, ดรธรณี สินธุวงศานนท์. ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิถีพุทธสำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงอายุ35 ปีขึ้นไปต่อโรคเบาหวาน กรณีศึกษาตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2562;13(30):76–91.
15. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. การประเมินความเสี่ยงเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [สืบค้นเมื่อ 19 ม.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmthai.org>
16. สุภาพรณ กัญยะดิบ. หลักพุทธธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา สถานปฏิบัติธรรมแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
17. Bloom, Benjamin S. editor. Taxonomy of educational objectives. New York: David McKay; 1956.

Abstract: Development of Good Health Promotion Model that Integrated with Buddhist Ways for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases

Uthai Sudsukh, M.D., M.P.H., Dr.P.H. (Hon.), D.T.P.H., D.T.M.&H.*; Teeraporn Sathira-Angkura, Dr.P.H. (Public Health Administration)**; Patcharee Kladjomphong, M.N.S. (Pediatric Nursing)***; Bussaba Jaigla, M.S. (Public Health)*

* Uthai Sudsukh Foundation, Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health; ** Health Technical Office, Ministry of Public Health; *** Nursing Division, Ministry of Public Health, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(3):438-50.

The objectives of this research was to develop and assess the effectiveness of a health promotion model that integrated with Buddhist ways to prevent and control of non-communicable diseases. It was conducted as a two group pretest-posttest design. The samples were 99 patients with uncontrolled diabetes and/or hypertension, divided into two groups: the study group (50 patients) managed by the model, and the control (49 patients) who were managed by routine care. Data were collected using mixed method, both quantitative and qualitative approaches. The research tools were: (1) the good health promotion program integrated with Buddhist ways named in Thai as 3 Sor, 3 Orr, 1 Nor from which was comprised of pray, meditation, Buddhist dialogue, nutrition, exercise, emotion, and biological clockwise daily activities with Buddhist integration; (2) health assessment form; (3) self-report manual; (4) the knowledge test; (5) the happiness test; (6) the satisfaction questionnaire; and (7) group discussion and in-depth interview guidelines. The KR20 of the data collecting tools no. 4 was 0.8. The Cronbach's alpha coefficients of the data collecting tools no. 5 and 6 were 0.85 and 0.84, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test; and the qualitative data by using content analysis. The results revealed that the model consisted of 3 components: (1) the good health promotion program integrated with Buddhist ways, (2) self-reporting towards the program, and (3) monitoring, supporting, and empowering by the health team; and it was found that the study group had lower average in weight, waist circumference, BMI, blood pressure and blood sugar levels compared to those before the study. The knowledge and happiness scores were significantly increased ($p < 0.05$). Moreover, the study group had highest level of satisfaction on the model. To compare between the 2 groups, the study group had lower average in weight, waist circumference, BMI, blood pressure and blood sugar levels than those of the control group ($p < 0.05$). Thus, the model should be expanded to other areas and be used for the treatment and care of patients with other chronic NCDs.

Keywords: model development; Buddhist ways; prevention and control; non-communicable diseases

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ทิพย์รัตน์ กันทะ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

วันรับ:	19 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	30 ม.ค. 2563
วันตอบรับ:	16 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และศึกษาความพึงพอใจในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบล ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล ญาติผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 68 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do) ระยะที่ 3 ขั้นกำกับ ติดตามและประเมินผล (Check) และระยะที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (Action) การทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยทางไกลโรค สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสูงกว่า ก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมในแต่ละด้าน) พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ในแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.0 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ

20.0 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28.0 ในปี 2574 รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนแปลงไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นวัยอาศัยอยู่ด้วยกัน ขนาด

ครัวเรือนไทยได้เล็กลงจากเฉลี่ยประมาณ 5 คนต่อครัวเรือนเมื่อ 50 ปีก่อนเหลือเพียง 3 คนในปัจจุบัน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽¹⁾

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ปี 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุ 359 คน ปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุ 477 คน และปี 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุ 512 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁽²⁾ สถานการณ์สุขภาพปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรค-ประจำตัว จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 36.9 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 โรคความดันโลหิตสูงและโรคปอด-อุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 และจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living - ADL) ปี 2559 พบว่าเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 4 คน และปี 2560 พบว่าเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 8 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 4 คน จำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า อยู่กับครอบครัว จำนวน 8 คน อยู่ด้วยกัน 2 คน จำนวน 6 คน และอยู่คนเดียว จำนวน 2 คน⁽³⁾ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ มีปัญหาการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ต้องออกไปทำงานเช้า เย็นกลับ จึงไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตลอด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายเกิดแผลกดทับ ผื่นคัน และขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างชัดเจน จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หากไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างชัดเจนก็จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาส

เพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย เป็นปัญหาแก่ครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และศึกษาความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยประยุกต์ใช้วงจรการควบคุมคุณภาพ ทฤษฎีวงล้อเดมมิ่ง⁽⁶⁾ มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Do) ขั้นตอนกำกับ ติดตามและประเมินผล (Check) และขั้นปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (Action) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน จำนวน 8 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2561 โดยให้คำ-จำกัดความผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต และประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การประเมินเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน สามารถแปลผลการประเมินได้ดังนี้⁽⁴⁾

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป)
- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)
- 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (0-4 คะแนน)

การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลแบบองค์รวม มีระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจ

ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น พึ่งพาตนเองได้⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน จำนวน 9 คน ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรม จำนวน 20 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 8 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน ผู้นำชุมชน 8 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลสวด 8 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสวด 1 คน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสวด จำนวน 1 คน นักพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน นักจัดการงานทั่วไป 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด จำนวน 2 คน ทั้งหมดจำนวน 68 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง⁽⁷⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) คู่มือการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) แบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Aging Care Suad Model) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (รายใหม่) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัย แบบประเมิน TAI (typology of aged with illustration) แบบบันทึก care conference แผนการดูแล (care plan) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) รายไตรมาส กราฟแสดงคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เอกสารบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver)

4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่ม/หน่วยงาน โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลา

การเจ็บป่วยของโรคประจำตัวเฉลี่ย ระยะเวลาติดบ้าน-ติดเตียงเฉลี่ย การอยู่อาศัย และการได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1.ด้านเวลา 2.ด้านขั้นตอนการให้บริการ 3.ด้านบุคลากรที่ให้บริการ 4.ด้านการเจ็บป่วย 5.การมีส่วนร่วมของชุมชน 6. ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวม ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบวัดการประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ตามรูปแบบของ Likert's scale⁽⁸⁾ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยการเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ เท่านั้น จำนวน 16 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบคำถามแสดงความคิดเห็นได้ 1-3 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการทดสอบความรู้อก่อนและหลังการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคน-

พิการตำบลสวด ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกำหนดหน้าที่ร่วมกัน ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุลงพื้นที่ปฏิบัติงานตามแผนการดูแล ประชุมติดตามการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด ทุกเดือน ประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตและใช้แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละระยะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ค้นข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน เก็บข้อมูลความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวด โดยใช้แบบสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired sample t-test

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รหัส NAN REC 61-040

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด และประชุมวางแผนร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 5 คน (ร้อยละ 55.6) และเป็นเพศชาย 4 คน (ร้อยละ 44.4) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 67-73 ปี 5 คน (ร้อยละ 55.6) รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 74-80 ปี 3 คน (ร้อยละ 33.3) และมีอายุอยู่ในช่วง 81 ปีขึ้นไป 1 คน (ร้อยละ 11.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุดคือ 67 ปี มากที่สุดคือ 84 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.6 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.411 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว 4 คน (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย 3 คน (ร้อยละ 33.3) และสถานภาพโสด 2 คน (ร้อยละ 2.2) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน 7 คน (ร้อยละ 77.8)

และประถมศึกษา 2 คน (ร้อยละ 22.2) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 8 คน (ร้อยละ 89.9) และไม่มีโรคประจำตัว 1 คน (ร้อยละ 11.1) ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,401-1,500 บาท 5 คน (ร้อยละ 55.6) รองลงมาคือมีรายได้ในช่วง 1,301-1,400 บาท 2 คน (ร้อยละ 22.2) และมีรายได้ในช่วง 1,200-1,300 บาท กับ 1,501-28,000 บาทขึ้นไป 1 คน (ร้อยละ 11.1) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยที่สุด 1,200 บาท มากที่สุด 1,600 บาท รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 1,455.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 113.039 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรค 2-8 ปี 5 คน (ร้อยละ 55.6) รองลงมาคือมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรค 9-14 ปี 3 คน (ร้อยละ 33.3) และ 15-21 ปี 1 คน (ร้อยละ 11.1) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคน้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 20 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉลี่ยเท่ากับ 8.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.263 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดบ้านติดเตียง ต่ำกว่า 1 ปี กับ 3-4 ปี 3 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือมีระยะเวลาติดบ้านติดเตียง 1-2 ปี 2 คน (ร้อยละ 22.2) และมากกว่า 5 ปี 1 คน (ร้อยละ 11.1) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาติดบ้านติดเตียงน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 6 ปี ระยะเวลาติดบ้านติดเตียงเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.667 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว 4 คน (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคืออาศัยอยู่คนเดียว 3 คน (ร้อยละ 33.3) และอาศัยอยู่กับคู่สมรส 2 คน (ร้อยละ 22.2)

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do) มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัย ห่างไกลโรค จำนวน 20 คน จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลสวด 1 แห่ง พร้อมแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลสวด และกำหนดหน้าที่ร่วมกัน จำนวน 9 คน ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลสวด ผู้ดูแล ญาติผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ แล้วดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 9 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มติดเตียงจำนวน 4 คน และกลุ่มติดบ้าน จำนวน 5 คน โดยดำเนินงานตามผังงาน (flowchart) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คะแนนของแบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 54.05 (SD=8.351) และคะแนนของแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 65.80 (SD=2.587) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า ผลการทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.56 (SD=4.640) และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 10.22 (SD=8.197) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า ผลของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.026$)

ระยะที่ 3 ขึ้นกำกับ ติดตามและประเมินผล (Check) มีการประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกเดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตและใช้แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และติดตามการดำเนินงานจากการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Aging Care Suad Model) และการส่งรูปภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในวันที่ตามแผนปฏิบัติงาน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ 9 คน (ร้อยละ 100.0)

ระยะที่ 4 ขึ้นปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (Action) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ คิน

ตารางที่ 1 คะแนนการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค (n=20)

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการอบรม	20	54.05	8.351	6.244	<0.001*
หลังการอบรม	20	65.80	2.587		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการดูแล (n=9)

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนดำเนินการดูแล	9	6.56	4.64	2.668	0.026*
หลังดำเนินการดูแล	9	10.22	8.197		

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวดอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหา และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมในแต่ละด้าน) พบว่า ภาพรวม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 (ตารางที่ 3) ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านบุคลากรที่ให้บริการและด้านขั้นตอนการให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.49 4.42 และ 4.38 ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินให้ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.18

ในส่วนปัญหาและข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบคำถามแสดงความคิดเห็นว่ามีปัญหาและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัญหา ได้แก่

1. ขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือคนไข้ เช่น อุปกรณ์บำบัด

2. จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ ได้แก่

1. อยากให้มีการดำเนินกิจกรรมแบบนี้ต่อเนื่อง
2. อยากให้มีงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม
3. อยากให้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ของใช้ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น
4. อยากให้ผู้นำชุมชน ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน
5. อยากให้มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้น

วิจารณ์

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวดอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่านในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ ร้อยละ 100.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสวาท นิมพาลี⁽⁹⁾ ศึกษาการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า หลังพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผลการปฏิบัติงานด้านโครงสร้างการดำเนิน

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมในแต่ละด้าน) (n=68)

ความพึงพอใจแต่ละด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเวลา	4.17	0.551	มาก
ด้านขั้นตอนการให้บริการ	4.38	0.562	มาก
ด้านบุคลากรที่ให้บริการ	4.42	0.483	มาก
ด้านการเจ็บป่วย	4.25	0.655	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	4.18	0.486	มาก
ภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.49	0.56	มาก
รวม	4.31	0.396	มาก

งาน ด้านการสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติ ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ และผลการปฏิบัติงานโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง มีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่านในครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตหรา เดชบุรีรัมย์⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังการดำเนินการ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง มีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาคนอื่น ลดลง จากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 5.0 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ลดลง จากร้อยละ 90.0 เป็นร้อยละ 22.5 และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 เป็นร้อยละ 72.5 ($p = 0.323$) สรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แล้วนั้น ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพที่ดีขึ้น ผลคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.026$)

ด้านความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงตำบลสวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวดภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย ด้านเวลา ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการเจ็บป่วย ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เขี่ยมสมัย⁽¹¹⁾ ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.36 และ SD=0.63) และสอดคล้องกับวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวดภาพรวมในแต่ละด้าน หลังจากดำเนินงานแล้ว อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน มีขั้นตอนในการดำเนินงานทั้งหมด 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นไปตามวงจรการควบคุมคุณภาพ ทฤษฎีวงล้อเต็มมิ่ง PDCA⁽⁶⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตหรา เดชบุรีรัมย์⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวดภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย ด้านเวลา ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการเจ็บป่วย ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาพรวมของความพึงพอใจ

ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เขี่ยมสมัย⁽¹¹⁾ ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุก่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากองค์การบริหารส่วนตำบลสวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสวด และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561], แหล่งข้อมูล: <http://thaitgri.org/?p=37841>.
- ระบบงานข้อมูล 43 แฟ้ม สาธารณสุขจังหวัดน่าน. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561] แหล่งข้อมูล: https://nan.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&-cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6ed-c48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. น่าน: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด (HosXP_PCU); 2561.
- กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
- พิศสมัย บุญเลิศ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/files/08%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A8%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%A2.pdf>
- W.Edwards Deming. PDCA. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/PDCA>
- รัตนา ทรัพย์บำเรอ. การสูมตัวอย่าง. ใน: มหาวิทยาลัยพะเยา. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 326733 ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 5. พะเยา: สำนักพิมพ์-มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556. หน้า 60-7.
- Hazaa. คิดแปรผลแบบสอบถาม/แบบประเมิน. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.youtube.com/watch?v=pqn_J90DZVs&t=49s
- สวาท นิมพาลี. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/118824>
- จินตหรา เดชบุรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.162.13/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2556_Jintara.pdf
- สุมาลี เขี่ยมสมัย. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4755>
- วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27082>

Abstract: Development of Elderly Dependency Care Pattern in Suad Sub-District Health Promoting Hospital, Banluang District, Nan Province

Thippayarat Kantha, M.P.H. (Public Health)

Suad Sub-District Health Promoting Hospital, Banluang District, Nan Province, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):451-9.

The purposes of this action research were to develop elderly dependency care pattern in Suad sub-district health promoting hospital, Banluang district, Nan Province and to assess the satisfaction in providing dependable elderly care services. It was conducted during May 2016 to May 2018. The research samples were 9 dependent older persons and their relatives, 20 caregivers, 8 representatives of village health volunteers, 8 community leaders, 8 members of the Suad subdistrict administrative organization (SAO) from 8 Villages, the chief executive of the SAO, the chief administrator of the SAO, the community development specialist, the general administration officer and 2 public health officers of Suad Sub-District Health Promoting Hospital, selected by purposive sampling. The research instrument was a set of questionnaires. The data were analyzed by descriptive and paired sample t-test statistics. The research findings showed that the development of elderly dependency care pattern in Suad sub-district health promoting hospital, Banluang district, Nan province consisted of four phases including (1) Plan, (2) Do, (3) Check and (4) Act. The results revealed that knowledge of the elderly care givers after training was significantly higher than before the training ($p < 0.01$). The Barthel ADL index of older persons was higher ($p < 0.05$). In addition, the elderly caregivers had also high levels of health care behaviors. The results of this study could be used to promote the elderly dependency care pattern and should be incorporated into the action plan of sub-district health promoting hospitals.

Keywords: ageing; dependent elderly; continuing care

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

นวัตกรรมเชิงเลื่อนสำหรับผู้พิการ

พิสิษฐ์ สมงาม ส.ม.*

ณิรันุช วงศ์เจริญ ปร.ด.**

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องยั้ง จังหวัดพะเยา

** โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

วันรับ: 31 ต.ค. 2562

วันแก้ไข: 21 พ.ค. 2563

วันตอบรับ: 31 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม “เชิงเลื่อนสำหรับผู้พิการ” และศึกษาประสิทธิผลนวัตกรรมเชิงไม้ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของผู้พิการอัมพาตท่อนล่าง มีการพัฒนาจำนวน 3 รุ่น โดยใช้กระบวนการ PDCA แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่าง จำนวน 17 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Pair sample t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างทั้ง 17 ราย ไม่พบการเกิดแผลกดทับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งนวัตกรรมได้ช่วยเหลือให้เคลื่อนไหวในชีวิตประจำ ช่วยลดแผลกดทับ และมีความคิดเห็นว่าการนวัตกรรมมีความเหมาะสม ใช้งานได้สะดวก พกพาได้ง่าย เนื่องจากน้ำหนักเบา หมุนได้ 360 องศา จึงกล่าวได้ว่าเชิงเลื่อนสามารถนำไปใช้งานได้จริงและเหมาะสมกับผู้พิการอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้

คำสำคัญ: เชิงเลื่อน; ผู้พิการ; อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหว

บทนำ

สถานการณ์ของประเทศไทย ปี 2560 มีผู้พิการที่ได้รับความพิการจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 1,802,375 คน คิดเป็นร้อยละ 2.72 ของประชากรทั้งประเทศ มีผู้พิการเพศชาย จำนวน 951,199 (ร้อยละ 52.77) และเพศหญิง จำนวน 851,176 คน (ร้อยละ 47.23) แบ่งตามสาเหตุความพิการดังนี้ ความพิการที่เกิดภายหลังภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคข้อสันหลังอักเสบ โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน และโรคลมชัก เป็นต้น ร้อยละ 34.24 ความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 18.71

อุบัติเหตุ ร้อยละ 15.61 พันธกรรม ร้อยละ 0.45 และไม่ระบุสาเหตุความพิการ ร้อยละ 29.23 โดยแบ่งประเภทความพิการ ดังนี้ (1) พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 878,888 คน (ร้อยละ 48.76) (2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 329,437 คน (ร้อยละ 18.28) (3) ทางการมองเห็น จำนวน 188,050 คน (ร้อยละ 10.43) (4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 133,361 คน (ร้อยละ 7.40) (5) ทางสติปัญญา จำนวน 125,738 คน (ร้อยละ 6.98) (6) ทางการเรียนรู้ จำนวน 10,217 คน (ร้อยละ 0.57) และ (7) ออทิสติก จำนวน 8,345 คน (ร้อยละ 0.46)⁽¹⁾

ประชากรผู้พิการของจังหวัดพะเยาปี 2562 มีจำนวน 24,191 คน โดยเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกายถึง 13,319 คน⁽²⁾ ผู้พิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสามารถในการดูแลผู้พิการได้ ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ และมีความเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน มีความพิการรุนแรงขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง โดยเฉพาะผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่าง ทั้งนี้การเคลื่อนไหวปัญหาสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง การนอนนานจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ อาทิ การเกิดแผลกดทับ การเกิดปัญหาข้อติด การติดเชื้อ รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เป็นต้น⁽³⁾ ทั้งนี้การที่ผู้พิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นการเพิ่มภาระการดูแลให้ครอบครัวโดยตรง

ปัจจุบันในพื้นที่ผู้พิการท่อนล่างมีปัญหาในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีผู้พิการขาดผู้ดูแลร้อยละ 11.76 เกิดแผลกดทับร้อยละ 23.53 นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของของผู้พิการและครอบครัวตามมา ด้วย จากการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r=0.77, p<0.01$)⁽⁴⁾ ซึ่งหากผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวท่อนล่างมีอุปกรณ์ที่สามารถช่วยให้เคลื่อนที่ได้ดีขึ้นก็จะทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น ย่อมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมาอีกด้วย ทั้งนี้รณรงค์คนพิการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานต้องมีเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม มีขนาดพอดีในการรองรับร่างกาย มีความปลอดภัยและทนทาน สามารถจัดหาได้ง่าย ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ในราคาประหยัด และมีการดูแลรักษาง่าย⁽⁵⁾

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาอุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวของผู้พิการด้วยนวัตกรรมเชิงไม่ ซึ่งเชิง-

ไม่เป็นอุปกรณ์ทำครวีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด ในภาคเหนือ หาได้ง่าย ราคาถูก และมีความทนทานใช้งานง่าย อีกทั้งความหนาแน่นของเนื้อไม้ ยังทำให้แบคทีเรียฝังตัวเข้าไปได้ยาก นอกจากนี้เชียงใหม่ยังมีให้เลือกหลายขนาด สามารถระบุขนาดที่ต้องการให้เหมาะสมกับการนั่งของผู้พิการได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำเชียงใหม่มาดัดแปลงเป็นอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวแก่ผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว มีวิธีการใช้โดยให้ผู้พิการนั่งลงบนเชียงใหม่ในท่าลำตัวตั้งตรง เพื่อให้น้ำหนักของร่างกายกระจายทั่วตัวเชียงใหม่ ซึ่งจะช่วยทำให้การเคลื่อนที่ดีขึ้น และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในการควบคุมเคลื่อนที่ของนวัตกรรมเชิงเลื่อน ให้ผู้พิการใช้มือทั้งสองข้างช่วยในการพยุงและดันบริเวณพื้นเพื่อควบคุมเคลื่อนที่ทั้งการเดินหน้า การถอยหลังและการหยุดการเคลื่อนที่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม “เชียงใหม่สำหรับผู้พิการ” และประเมินประสิทธิผลของการใช้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ อัตราการเกิดแผลกดทับ และคุณภาพชีวิตของผู้พิการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและการพัฒนาเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยในการเคลื่อนไหวแก่ผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว โดยมีการปรับปรุงพัฒนานวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อนผู้พิการ จำนวน 3 รุ่น โดยใช้กระบวนการ PDCA⁽⁶⁾ เป็นกระบวนการที่ใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพของนวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อนผู้พิการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) Plan เป็นขั้นตอนการวางแผนเพื่อเลือกปัญหา ตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา (2) Do เป็นขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแนวทางที่วางไว้ (3) Check เป็นขั้นตอนการตรวจสอบและเปรียบเทียบผล และ (4) Action เป็นขั้นตอนการกำหนดเป็นมาตรฐานและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้พิการปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้ในพื้นที่ และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน จำนวน 17 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ (Barthel Activity of Daily Living Index: ADL)⁽⁷⁾

2. แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) โดยใช้ฉบับภาษาไทย⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

- 1) ด้านสุขภาพร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
- 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก

- เล็กน้อย หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก
- ปานกลาง หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
- มาก หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตดังนี้

- คะแนนความหมายทางบวก ไม่เลย = 1 เล็กน้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 มากที่สุด = 5
- คะแนนความหมายทางลบ ไม่เลย = 5 เล็กน้อย = 4 ปานกลาง = 3 มาก = 2 มากที่สุด = 1

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 26 - 60 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี
- 61 - 95 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
- 96 - 130 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตดี

คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยด้านต่าง ๆ ตามตารางที่ 1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Paired t- test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

ผลการศึกษา

1. กระบวนการพัฒนานวัตกรรม

นวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อนผู้พิการ ได้มีการพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลการใช้งานจริงกับผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวท่อนล่างโดยนวัตกรรมผ่านการพัฒนาทั้งหมดจำนวน 3 รุ่น (ภาพที่ 1) ตามรายละเอียดดังนี้

1) นวัตกรรมเชิงเลื่อนรุ่นที่ 1 ลักษณะเชิงไม้ ทำด้วยไม้เนื้อแข็ง ขนาดความสูง 4 นิ้ว ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 นิ้ว มีล้อเหล็ก ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 5 ล้อ มีน้ำหนักรวม 4.8 กิโลกรัม

จากการทดสอบประสิทธิผลการใช้งานจริง พบว่า ตัวเขียงมีน้ำหนักมากเกินไปทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ขนาดตัวเขียงสูงเกินไปทำให้การขึ้นลงของผู้พิการในการใช้งานลำบาก รวมถึงไม่สามารถใช้มือดันพื้นเพื่อใช้ในการเคลื่อนที่ ล้อที่ใช้ช่วยในการเคลื่อนที่มีจำนวน 5 ล้อ เมื่อมีล้อใดล้อหนึ่งตรึงจะทำให้การทำงานของล้อที่เหลือเคลื่อนที่ไม่ได้เท่าที่ควร และการใช้ล้อเหล็กทำให้พื้นบ้านเป็นรอย

2) นวัตกรรมเชิงเลื่อนรุ่นที่ 2 ลักษณะเชิงไม้ ทำด้วยไม้เนื้อแข็ง มีการปรับขนาดเขียงให้มีน้ำหนักและส่วนสูงลดลงจากเดิมโดยมีขนาดความสูง 2 นิ้ว ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 10 นิ้ว ใช้ล้อลูกยางแทนล้อเหล็ก ขนาด 1.5 นิ้ว ลดขนาดของล้อแต่เพิ่มจำนวนล้อขึ้นเป็น 6 ล้อ และเพิ่มการบุผ้าที่เขียงเพื่อให้นั่งสบายขึ้น มีน้ำหนักรวม 2.3 กิโลกรัม

การทดสอบประสิทธิผลการใช้งานจริง พบว่า ตัวเขียง

ยังสูงเกินไปทำให้ใช้งานลำบาก ผ้าที่ใช้บุบนตัวเขียงทำให้ผู้ปวยนั่งสบายขึ้น แต่มีข้อเสียคือ เปื้อนได้ง่าย เกิดปัญหาการเปียกชื้น และไม่เหมาะกับสำหรับการใช้งานในห้องน้ำ

3) นวัตกรรมเชิงเลื่อนรุ่นที่ 3 ลักษณะเชิงไม้ ทำด้วยไม้เนื้อแข็ง มีการปรับขนาดเขียงให้มีน้ำหนักและส่วนสูงลดลงจากรุ่นที่ 2 โดยมีขนาด 0.5 นิ้ว ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 12 นิ้ว มีล้อลูกยาง ขนาด 0.5 นิ้ว จำนวน 6 ล้อ และไม่มีกการบุผ้าที่ตัวเขียง มีน้ำหนักรวม 0.9 กิโลกรัม

การทดสอบประสิทธิผลการใช้งานจริง พบว่า นวัตกรรมเชิงเลื่อนรุ่นที่ 3 มีขนาดความสูงพอเหมาะกับ ผู้พิการสามารถใช้งานได้จริง ผู้พิการสามารถใช้ในการเคลื่อนที่ได้สะดวก มีน้ำหนักเบา และไม่พบปัญหาการเปียกชื้น สามารถนำไปใช้งานในห้องน้ำได้

2. การประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมเชิงเลื่อน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.94 เพศหญิง ร้อยละ 47.06 และมีอายุเฉลี่ย 74 ปี

2.2 อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้หลังจากมีการใช้นวัตกรรมเชิงเลื่อนช่วยในการเคลื่อนไหว พบว่า ผู้พิการมีอัตราการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ ร้อยละ 0

2.3 การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเชิงเลื่อน

ผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้ เมื่อใช้นวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อนผู้พิการมีคะแนนเฉลี่ย

ภาพที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมเชิงเลื่อน



ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 2)

2.4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้พิการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อน

ผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้เมื่อใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 3)

2.5 การประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมในภาพรวม

จากการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมเขียงเลื่อน พบว่ามีข้อดี ดังนี้ (1) เขียงเป็นวัสดุหาได้ง่ายในชุมชน (2) มีความทนทาน ความหนาแน่นของเนื้อไม้ทำให้แบคทีเรียฝังตัวเข้าไปได้ยาก (3) สามารถปรับเขียงไม่ให้มีขนาดที่หลากหลาย สามารถระบุขนาดที่ต้องการให้เหมาะสมกับผู้พิการแต่ละรายได้ (4) เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่

สามารถใช้งานได้สะดวก อุปกรณ์มีความเหมาะสมพกพาได้ง่าย (5) มีน้ำหนักเบา (6) สามารถหมุนได้ 360 องศา (7) เขียงเลื่อนสามารถนำไปใช้ช่วยในการเคลื่อนไหวของผู้พิการได้จริง (8) ด้านความปลอดภัย ไม่พบอุบัติเหตุการพลัดตกจากการใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อน (9) ราคาถูก มีราคา 500 บาทต่อชิ้นงาน และ (10) การบำรุงรักษากรณีชำรุดสามารถหาวัสดุและช่างซ่อมได้ในท้องถิ่น

ผลการประเมินประสิทธิผลโดยใช้วิธีการสอบถามผู้ใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อนเพื่อนผู้พิการ พบว่า ผู้พิการรายหนึ่งบอกว่าใช้แล้วทำให้สามารถเข้าห้องน้ำได้เอง ไม่ต้องรอบุตรมาช่วย อีกรายหนึ่งกล่าวว่า เมื่อใช้นวัตกรรมแล้วสามารถเคลื่อนที่ไปหยิบจับสิ่งของตามที่ต่างๆ ได้รวดเร็วและสะดวกขึ้น และอีกรายหนึ่งบอกว่า มีนวัตกรรมนี้ทำให้มีกำลังใจมากขึ้น อยากหาย พยายามเคลื่อนไหวด้วยตนเองและพยายามบริหารกล้ามเนื้อทุกวัน” นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้พิการคนหนึ่งบอกว่า มีนวัตกรรมนี้ช่วยให้ญาติสามารถออกไปทำงานได้

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อน (n= 17)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้พิการ (ราย)	คะแนนเฉลี่ย ADL		p-value
		ก่อนการใช้นวัตกรรม	หลังการใช้นวัตกรรม	
ผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้	17	8.76	10.47	0.010

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้พิการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเขียงเลื่อน (n=17)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการใช้นวัตกรรม			หลังการใช้นวัตกรรม			p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	
1. ด้านสุขภาพกาย	21.29	3.34	ปานกลาง	28.17	2.94	ดี	<0.05
2. ด้านจิตใจ	20.88	3.95	ปานกลาง	25.29	2.17	ดี	<0.05
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.12	1.69	ปานกลาง	12.18	1.85	ดี	<0.05
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	27.16	3.25	ปานกลาง	32.70	3.41	ดี	<0.05
รวม	20.01	1.44	ปานกลาง	24.59	1.34	ดี	<0.05

วิจารณ์

ผู้พิการมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยในการดำเนินเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานด้วยตนเองให้มากที่สุด ลดการพึ่งพาบุคคลอื่นให้น้อยที่สุด และเพื่อให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁹⁾ จากการพัฒนานวัตกรรมเชิงเลื่อนพบข้อดีของนวัตกรรม ได้แก่ เป็นวัสดุหาได้ง่ายในชุมชน มีความทนทาน ความหนาแน่นของเนื้อไม้ทำให้เบคที่เรียฝงตัวเข้าไปได้ยาก สามารถปรับเชิงให้เหมาะสมกับผู้พิการแต่ละรายได้ ใช้งานได้สะดวก พกพาได้ง่าย มีน้ำหนักเบา สามารถหมุนได้ 360 องศา ราคาถูก และการบำรุงรักษากรณีชำรุดสามารถทาสีและช่างซ่อมได้ในท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ให้นิยามว่า รถนั่งคนพิการเป็นอุปกรณ์เครื่องช่วยในการเคลื่อนที่ด้วยล้อและมีที่นั่งสำหรับบุคคลที่มีความยากลำบากในการเดินหรือการเคลื่อนที่ โดยลักษณะรถนั่งคนพิการที่เหมาะสมต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน ตลอดจนเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม มีขนาดพอดีและให้การรองรับร่างกาย มีความปลอดภัยและทนทาน สามารถจัดหาได้ในประเทศนั้นๆ สามารถเข้าถึงและการดูแลรักษา และมีบริการที่ยั่งยืนภายในประเทศ ในราคาประหยัดและสามารถซื้อได้⁽⁵⁾ ด้วยคุณสมบัติของนวัตกรรมเชิงเลื่อนจึงเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมกับการใช้งานของผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้

ปัญหาสำคัญผู้พิการที่มีปัญหาอัมพาตท่อนล่างที่ไม่สามารถเดินได้ พบว่า การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (mobility) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (transfer) ใช้ห้องน้ำ (toilet use) ซึ่งหากผู้พิการไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ก็จะส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวันอื่นลดลงตามไปด้วย เช่น การอาบน้ำ (bathing) รับประทานอาหาร (feeding) เป็นต้น ด้วยนวัตกรรมเชิงเลื่อนเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่ของผู้พิการ จึงทำให้ผู้พิการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น สามารถเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านได้ด้วยตนเอง และ

ด้วยลักษณะตัวเชิงเลื่อนใช้ไม้ที่มีความหนาแน่นของเนื้อไม้มากทำให้เบคที่เรียฝงตัวเข้าไปได้ยาก ทนทาน ผู้พิการสามารถนำไปใช้ในห้องน้ำ และอาบน้ำบนตัวนวัตกรรมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น จึงทำให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นตามไปด้วย จากผลการศึกษาปัญหาจากการใช้งานรถเข็นนั่งของผู้พิการพบว่า บริเวณที่อยู่อาศัยมีพื้นที่ต่างระดับ มีสิ่งกีดขวาง บริเวณที่อยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก ขนาดความกว้างของประตูแคบ ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็นนั่ง และภายในห้องน้ำไม่มีราวจับพยุงตัวสำหรับผู้พิการ⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ด้วยลักษณะนวัตกรรมเชิงเลื่อนส่งผลให้ผู้พิการมีความสะดวกในการใช้งาน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้วิธีการใช้นวัตกรรมในการขึ้นลงเชิงเลื่อนต้องมีการใช้มือพยุงข้างลำตัวซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการฝึกบริหารกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนแขนไปด้วย การที่ผู้พิการมีกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น มีการเปลี่ยนอิริยาบถตลอดเวลาช่วยทำให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับลดลงตามไปด้วย เนื่องด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ⁽¹¹⁾

จากการพัฒนานวัตกรรมเชิงเลื่อนเพื่อผู้พิการ พบว่า ผู้พิการที่ใช้เชิงเลื่อนเป็นอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต⁽¹²⁾ จากการศึกษา พบว่าด้านประสิทธิผลนวัตกรรมเชิงเลื่อนมีข้อดีที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องด้วยลักษณะเชิงมีน้ำหนักเบา มีล้อสามารถหมุนได้ 360 องศา จึงทำให้ผู้พิการสามารถใช้งานได้สะดวก เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้พิการที่มีปัญหาร่างกายท่อนล่างไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ซึ่งจากคำบอกเล่าของผู้ใช้รายที่ 1 บอกว่า หลังจากได้นวัตกรรมมาใช้ทำให้สามารถเข้าห้องน้ำได้เอง ไม่ต้องรอบุตรมาช่วย และผู้ใช้รายที่ 2 บอกว่า สามารถเคลื่อนที่ไปหยิบจับสิ่งของตามที่ต่างๆ ได้

รวดเร็วและสะดวกขึ้น แสดงให้เห็นว่าเขียงเลื่อนทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่นลง ซึ่งการที่ผู้พิการลดการพึ่งพาผู้อื่นน้อยลงยังส่งผลดีต่อผู้ดูแลที่สามารถมีเวลาไปประกอบอาชีพ หรือไปปฏิบัติกิจกรรมอื่นได้มากขึ้น ดังเช่นคำบอกเล่าของญาติผู้ดูแลที่บอกว่า “เมื่อก่อนไปไหนไม่ได้เลยเพราะต้องอยู่ช่วยเหลือผู้พิการ ตอนนี้ดีขึ้นสามารถออกไปทำงานได้ ช่วงกลางวันก็ค่อยแวะมาดู” ดังนั้น นวัตกรรมเขียงเลื่อนจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งผู้พิการ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวอีกด้วย

ด้วยข้อดีของนวัตกรรมเขียงเลื่อนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย (physical domain) การใช้เขียงเลื่อนส่งผลให้ผู้พิการมีความสามารถทางกายสูงขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และลดการพึ่งพาผู้อื่นลดลง ทั้งยังช่วยในการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย (2) ด้านจิตใจ (psychological domain) การที่ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นทำให้มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง ดังที่ผู้พิการบอกว่า “มีนวัตกรรมเขียงเลื่อนมาใช้ทำให้มีกำลังใจมากขึ้น อยากหาย พยายามเคลื่อนไหวด้วยตนเอง และบริหารกล้ามเนื้อทุกวัน” (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) การที่ได้รับการสนับสนุนเขียงเลื่อนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนทำให้ผู้พิการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสังคม และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ด้วยเขียงเลื่อนเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่ของผู้พิการส่วนล่างที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ผู้พิการและครอบครัวไม่ต้องปรับพื้นที่ หรือสิ่งแวดล้อมมาก ลดภาระทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนานวัตกรรมต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานเป็นสำคัญ ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการนำนวัตกรรมเขียงเลื่อนเพื่อนผู้พิการไปใช้งานจริง มีการประเมินผล ติดตามปัญหาจากการใช้งานของผู้ป่วย และนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้นวัตกรรมที่สร้างขึ้นสามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้งานจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://110.78.8.6/sites/default/files/files/news>.
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.buriram.m-society.go.th>
3. Bovim MR, Askim T, Lydersen S, Fjærtøft H, Indredavik B, Complications in the first week after stroke: a 10-year comparison. BMC Neurology 2016;16:133.
4. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2557;21(1):135-42.
5. Khasnabis C, Mines K, World Health Organization. Wheelchair service training package: basic level [Internet]. 2012 [cited 4 Jan 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78236>
6. Deming W. PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT; 1993.

7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2558.
8. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543;8(2): 110-21.
9. World Health Organization, USAID. Wheelchair service training of trainers package [Internet]. 2017 [cited 4 Jan 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258701>.
10. พรศิริ จงกล. การวัดและวิเคราะห์สัดส่วนร่างกายของผู้ใช้รถเข็นนั่ง โครงการวิจัยสาขาวิชาวิศวกรรมอุตสาหการสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561. 172 หน้า
11. ช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร ลินธ. ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554. 29(2); 113-23.
12. Debalina D, Pratyay PD, KunalKanti M. Relationship of activity of daily living with quality of life. British Biomedical Bulletin 2014; 2(4): 757-64.

Abstract: Innovative Sliding Board for People with Disability

Phisit Somngam, M.P.H.*; Neeranuch Wongcharoen, Ph.D.**

** Banrongyang Health Promoting Hospital, Phayao Province; ** Pong hospital, Phayao Province, Thailand
Journal of Health Science 2021;30(3):460-7.*

This study aimed to develop and assess the effectiveness of an innovative device for assisting people with disability on their routine movement. It was made of wood in the form of a sliding board. So far, 3 versions of the board were developed using PDCA process; and the latest version was tested in this study. The study samples were 17 persons with paralysis of the lower extremities. Data collection tools were a form for collecting Barthel activity of daily living index and a quality of life questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and pair sample t-test. The results showed that all 17 disability persons were able to use the device to assist their daily activities and reduce pressure sore. The Barthel activity of daily living index and quality of life scores show significant improvement ($p < 0.01$). The innovative device was easy to use and carry; and was easily rotatable up. It should be widely promoted as a sliding device for people with paralysis of the lower extremities.

Keywords: sliding board; people with disability; self-help movement

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน

ถนอม นามวงศ์ ส.ด.*

ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ปร.ด.(ความหลากหลายทางชีวภาพและชีววิทยาชาติพันธุ์)**

วรพจน์ พรหมสัตยพรต ปร.ด.(การพัฒนาระบบสุขภาพ)*

สุ่มัทนา กลางคาร ปร.ด. (การวิจัยทางการแพทย์)*

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันรับ:	4 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	14 ก.ย. 2563
วันตอบรับ:	24 ก.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน ให้มีความตรงและความเที่ยงที่ยอมรับได้ ตัวอย่างคือประชาชนในชุมชน อายุ 26 ปีขึ้นไป ในจังหวัดยโสธร ขั้นตอนการวิจัยเริ่มจากการรวบรวมแนวคิด กำหนดนิยาม และตัวบ่งชี้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และการสนทนากลุ่มแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ 4 คน นำแบบคัดกรองฉบับร่างไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ทดสอบความเข้าใจด้านภาษา แล้วนำไปทดลองเก็บข้อมูล ในตัวอย่าง 30 คน แล้วประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน จากนั้นนำไปคัดกรองในชุมชน 1,285 คน ผลการศึกษา ได้แบบคัดกรองมีคำถาม 12 ข้อ ค่า CVI รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1.00 ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.67 คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงของแบบคัดกรองได้จากตัวอย่างมีค่าระหว่าง 0-9 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความเสี่ยงสูง จุดตัดของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า พื้นที่ใต้โค้ง ROC (receiver operating characteristic) เท่ากับร้อยละ 79.20 (95%CI= 69.10-89.20) ที่จุดตัด 2 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 83.30 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.90 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 64.10 สรุปว่า แบบคัดกรองนี้ มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประเมินหรือคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชนในชุมชนได้ ทั้งนี้ ควรมีการนำแบบคัดกรองนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี; ประชาชน; การพัฒนาแบบคัดกรอง; ความตรง; ความเที่ยง

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเป็นมะเร็งในตับ ซึ่งมะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของชายไทย⁽¹⁾ ประเทศไทยเป็นถิ่นที่มีการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ประชากร 8-10 ล้านคนเป็นพาหะ

ของโรคนี้ ประชากรที่เกิดก่อนปี 2535 พบความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังถึงร้อยละ 5.2-5.4^(2,3) คาดว่าจะมีประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังอยู่ถึง 2.20 - 3 ล้านคน⁽³⁾ กลุ่มอายุที่พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุด คือ

อายุ 25 ปีขึ้นไป⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2559 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกขึ้น กรอบยุทธศาสตร์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคการพัฒนาาระบบข้อมูล การป้องกันควบคุมโรค การสื่อสารความเสี่ยง การค้นหา การดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรค การบริหารและการจัดการทรัพยากร โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เน้นการให้วัคซีนแก่เด็กทารกแรกเกิดมีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90.0 และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 50.0 ภายในปี พ.ศ. 2564^(3,5) ซึ่งจากการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี จะส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความชัดเจนและเห็นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน การดำเนินงานในระดับจังหวัดหรือในระดับพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยเฉพาะด้านการเฝ้าระวังโรค ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังส่วนใหญ่เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ (passive surveillance) ซึ่งเป็นการรายงานผู้ป่วย (case report) ที่ผ่านมา การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงดำเนินการเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเพียงปีละ 1 ครั้ง⁽⁶⁾ ทำให้ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริง ขาดข้อมูลที่สำคัญเพื่อการวางแผนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม และการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในชุมชนซึ่งยังไม่มีกรดำเนินการใดๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งงานวิจัยของไทยและต่างประเทศพบว่า แบบคัดกรองหรือเครื่องมือในการประเมินของงานวิจัยแต่ละชิ้นมีความ

แตกต่างกัน เช่น มีจำนวนข้อคำถามที่ใช้คัดกรองไม่เท่ากัน ประเด็นคำถามแตกต่างกัน ซึ่งไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน⁽⁷⁻⁹⁾ ในประเทศไทยมีแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิโรคตับ และกระทรวงสาธารณสุข^(10,11) แต่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าแบบคัดกรองได้มีการประเมินเกี่ยวกับมาตรฐานหรือคุณสมบัติของแบบคัดกรองดังกล่าว ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงต้องการสร้างแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชนในชุมชนให้มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยง แล้วส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการหรือวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้วางแผนเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม และการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทการพัฒนาเครื่องมือ กลุ่มเป้าหมายที่จะนำเครื่องมือไปใช้ได้แก่ ประชาชน อายุ 26 ปีขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา มีดังนี้

1. การรวบรวมคำถามและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบตรวจคัดกรอง

1) กำหนดนิยาม และรวบรวมคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และการสนทนากลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 คน อายุ 26- 59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วสรุปความ และสร้างข้อคำถาม กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน เสร็จจากขั้นตอนนี้ได้แบบ

คัดกรองฉบับร่างที่ 1

2) ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบคัดกรองฉบับร่างที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอย่างเป็นอิสระต่อกัน เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของคำถาม โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อความตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่สอดคล้อง สอดคล้องน้อย สอดคล้องค่อนข้างมาก และสอดคล้องมาก ให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในขั้นตอนนี้โดยผู้วิจัย แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index - CVI) ซึ่งค่า CVI ที่ที่ กรณีผู้เชี่ยวชาญ 6 คนขึ้นไป ควรมีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป⁽¹²⁾ ในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยขอคำแนะนำด้านความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย สิ้นสุดจากขั้นตอนนี้ได้แบบคัดกรองฉบับร่างที่ 2

2. การประเมินความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจในความหมายของคำถาม

นำแบบคัดกรองฉบับร่างที่ 2 ไปให้ประชาชนอายุ 26-59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจำนวน 8 คน ประเมินความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถาม เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษา เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามว่าในแต่ละคำถามเข้าใจหรือไม่เข้าใจอย่างไร แล้วนำมาปรับแก้ภาษา โดยยังคงใจความสำคัญของคำถามไว้ เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วจะได้แบบคัดกรองฉบับร่างที่ 3

3. การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

นำแบบคัดกรองฉบับร่างที่ 3 ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยได้ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดย

หาค่าแอลฟาด้วยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20⁽¹³⁾ เสร็จจากขั้นตอนนี้ได้แบบตรวจคัดกรองฉบับร่างที่ 4

4. การหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง

นำแบบคัดกรองฉบับร่างที่ 4 ไปคัดกรองในกลุ่มประชาชนพื้นที่ตำบลหนองคู อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ถูกสุ่มเลือกได้ การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษา ใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายกรณีทราบค่าประชากร ของ Cochran⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีประชากรอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน กำหนดสัดส่วนของประชากรที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5.0 ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 เท่ากับ 1.96 และความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,285 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อที่อยู่ในระบบทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่จริงต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาจุดตัดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนหรือทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristic [ROC] curve) ซึ่งเป็นการประเมินว่าแบบคัดกรองนี้ สามารถทำนายหรือสะท้อนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้หรือไม่

5. การจัดทำคำแนะนำการนำแบบคัดกรองไปใช้

จัดทำแบบคัดกรองฉบับสมบูรณ์ คู่มือการใช้ การหาคะแนนและการแปลผล ทั้งนี้ การเข้าถึงตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญใช้การประสานงานทางโทรศัพท์และหนังสือราชการ ส่วนตัวอย่างที่เป็นประชาชน ประสานงานผ่านบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติที่นำเสนอข้างต้นโดยใช้โปรแกรม SPSS version 18.0

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 058/2562 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2562

ผลการศึกษา

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และคำถามเบื้องต้นของแบบคัดกรอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และข้อสรุปจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สรุปความหมายของ “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี” ได้ว่าหมายถึง “พฤติกรรมเสี่ยงหรือความเสียหายที่มีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การรับเลือดหรือการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน และการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น ใบบิดโกน การใช้อุปกรณ์สักเจาะผิวหนังร่วมกัน หรือการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ไม่ใช่แฟนหรือคนรัก การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น” การรวบรวมตัวบ่งชี้ของตัววัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้จากหลายวิธี คือ การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่ม โดยสามารถรวบรวมคำถามเบื้องต้นได้ 12 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดตัวเลือกคำตอบสำหรับคำถามแต่ละข้อเป็นคำตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

2. ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ มีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1.00 โดยมีค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 ใน 12 ข้อนี้มีอยู่ 4 ข้อ ที่มีคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อความเล็กน้อยจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ข้อ 1 ข้อความเดิมคือ “เคยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม” ข้อความใหม่ คือ “เคยฟอกไต” ข้อ 3 ข้อความเดิมคือ “เคยได้รับเลือดหรือเคยศัลยกรรม หรือเคยปลูกถ่ายอวัยวะ” ข้อความใหม่คือ “เคยได้รับเลือดหรือเคยศัลยกรรม หรือเคยผ่าตัด” ข้อ 9 ข้อความเดิมคือ “เคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน” ข้อความใหม่คือ “เคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัด ด้วย

แพทย์พื้นบ้าน” และข้อ 10 ข้อความเดิมคือ “เคยมีประวัติถูกจับกุม คมขังในเรือนจำ” ข้อความใหม่คือ “เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ” จากนั้นผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อความตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เสร็จจากขั้นตอนนี้ได้แบบคัดกรองเพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนประเมินความเข้าใจด้านภาษาจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3. ความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจในความหมายของคำถาม

ผลการประเมินความเข้าใจด้านภาษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า คำถามที่ตัวอย่างเข้าใจและไม่มีการปรับปรุง มี 10 ข้อ ส่วนคำถามที่ตัวอย่างเข้าใจแต่มีการปรับปรุงข้อความเล็กน้อย มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 ข้อความเดิมคือ “เคยได้รับเลือด หรือเคยศัลยกรรม หรือเคยผ่าตัด” ข้อความใหม่คือ “เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด” และข้อ 10 ข้อความเดิมคือ “เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ” ข้อความใหม่คือ “เคยถูกคุมขังในเรือนจำ”

4. การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

จากแบบคัดกรองที่ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในพบค่าแอลฟาเท่ากับ 0.67 และเมื่อพิจารณาจากค่าแอลฟากรณีตัดคำถามออกทีละข้อ พบว่ามี 1 ข้อคือ ข้อ 9 “เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน” หากตัดออกจะทำให้ค่าแอลฟาของข้อคำถามรวมเพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีความสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้น จึงยังคงคำถามดังกล่าวไว้ (ตารางที่ 1)

5. การหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนนี้ นำแบบคัดกรองไปคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ถูกสุ่มได้จำนวน 1,258 ราย เพื่อคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง หลังจากนั้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะทำการเจาะเลือดด้วยปลายนิ้วเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ทั้งนี้ ในการหาจุดตัดของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อทำนายโอกาสในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้วิจัย

จำแนกตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg positive)” อีกกลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg negative)” ผลการวิเคราะห์พบว่า พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับร้อยละ 79.2 (95%CI=69.1-89.2) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่จุดตัด 2 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด คือเท่ากับร้อยละ 83.3 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.9 ส่วนค่าความถูกต้อง ร้อยละ 64.1 สำหรับคุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.2) อายุ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.2) สถานภาพโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 75.4 อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 68.1) และการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 76.2)

6. การจัดทำคำแนะนำการนำแบบคัดกรองไปใช้

เมื่อเสร็จสิ้นจากขั้นตอนทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยได้จัดทำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ คู่มือการใช้งาน การหาคะแนนและการแปลผล เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำไปใช้

ต่อไป โดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนของคำตอบถ้าตอบใช่ให้ “1” คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ให้ “0” คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง มีค่าระหว่าง 0-12 คะแนน คนที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าคนได้คะแนนต่ำ คะแนนที่ได้จากตัวอย่างในการศึกษานี้ มีค่าระหว่าง 0-9 ที่จุดตัด 2 จะจำแนกตัวอย่างออกตามการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คือ คนที่ได้ 2 คะแนนขึ้นไปจะอยู่ในกลุ่มที่ “เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี” แต่คนที่ได้คะแนนต่ำกว่า 2 จะอยู่ในกลุ่มที่ “ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี”

วิจารณ์

1. ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การ

ตารางที่ 1 ความตรงเชิงเนื้อหา ความสัมพันธ์ระหว่างคำถามรายข้อ และค่าแอลฟาของแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน

ข้อ	คำถาม	CVI	Item-total correlation	Alpha, if item delete
1	เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	1.00	0.48	0.65
2	เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1.00	0.41	0.66
3	เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด	1.00	0.34	0.67
4	เคยฟอกไต	1.00	0.34	0.67
5	เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	1.00	0.41	0.66
6	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	1.00	0.55	0.64
7	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับ	1.00	0.41	0.66
8	เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น	1.00	0.64	0.62
9	เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	1.00	0.37	0.69
10	เคยถูกคุมขังในเรือนจำ	1.00	0.48	0.65
11	เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง	1.00	0.55	0.64
12	เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	0.83	0.62	0.64
	รวม	0.99	-	0.67

สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความใกล้เคียงกัน และเมื่อนำข้อมูลจากทั้ง 3 แหล่งมาสรุปเป็นความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสำหรับการศึกษา พบว่ามีความหมายที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของศตวรรษ ทองสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ และนริสา ตันตชัย และคณะ⁽¹⁶⁾ ในประเด็นเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2. คำถามหรือตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในการศึกษานี้รวบรวมโดยใช้วิธีการหลัก 3 วิธี ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าคำถามหรือตัวบ่งชี้ที่รวบรวมได้มีหลายประเด็น ผู้วิจัยได้นำเอาประเด็นต่างๆ มาตั้งเป็นคำถาม ซึ่งแบบคัดกรองทั้งหมด 12 ข้อ ครอบคลุมและสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเป็นไปตามทฤษฎี^(11,15) ในการติดต่อโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงเป็นหลัก โดยเฉพาะพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การใช้ของมีคมร่วมกัน การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ รวมทั้ง การสัมผัสใกล้ชิดหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการศึกษาของ Torre GL & Saulle R⁽¹⁷⁾, Mittal G, et al.⁽¹⁸⁾ และ Bauer-Staeb C, et al.⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ดังนั้นแบบคัดกรองจึงมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ การรวบรวมคำถามหรือตัวบ่งชี้จากทั้ง 3 วิธี ทำให้ได้คำถามที่หลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทหรือพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น

3. คุณสมบัติของแบบคัดกรอง

1) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ตามวิธีการของ Lynn MR⁽²⁰⁾ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีคำถาม 12 ข้อ มีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง

1.00 โดยค่า CVI ของสเกลรวมเท่ากับ 0.99 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้⁽¹²⁾

2) จุดตัดของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เมื่อพิจารณาจากพื้นที่ใต้โค้ง ROC ซึ่งเท่ากับร้อยละ 79.20 (95%CI 69.10-89.20) สรุปว่าเครื่องมือนี้จำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ค่อนข้างดี⁽²¹⁾ น่าจะเป็นเพราะพฤติกรรมทั้ง 12 ข้อ สอดคล้องและครอบคลุมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จึงทำให้อ่านาจำแนกและค่าความไวของแบบคัดกรองที่ได้อยู่ในระดับค่อนข้างดี เหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือส่งต่อเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยคนที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อ หรือ 2 คะแนนขึ้นไปควรมีการตรวจยืนยันหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ การนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้คัดกรองกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะเกิดความคุ้มค่าต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข⁽¹⁶⁾

ข้อดีและข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ข้อดีของการศึกษาครั้งนี้คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนมาตรฐานของงานวิจัยประเภทสร้างเครื่องมือ และเครื่องมือที่ได้มีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ส่วนข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือนี้พัฒนาในกลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่อายุต่ำกว่า 26 ปี รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ นอกจากนี้ ข้อคำถามบางข้อมีความละเอียดอ่อน เช่น ถามประวัติเคยเป็นผู้ต้องขัง หรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้ตัวอย่างไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ถึงแม้กระบวนการเก็บข้อมูลจะระมัดระวังเรื่องการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ในการพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรให้ความสำคัญทั้งการประเมินคุณสมบัติด้านความตรง ความเที่ยง และความ

เข้าใจด้านภาษา โดยต้องมีการปรับข้อความในแต่ละข้อคำถามให้เหมาะสมกับกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแบบคัดกรองไปใช้

2) บุคลากรสาธารณสุขที่จะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ ต้องชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการคัดกรอง อธิบายขั้นตอนการตอบคำถามแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างละเอียด พร้อมทั้งเน้นย้ำเรื่องการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เพราะข้อคำถามบางข้อมีความละเอียดอ่อน

3) การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการทดลองใช้หรือพัฒนาแบบคัดกรองสำหรับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิง กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะที่ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณตัวแทนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่จังหวัดยโสธรทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: Assessing Cancers with the Highest Burdens. *Cancers* 2017;9(8):1-27.
2. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide *J Hepatol* 2006;45(4): 529-38.
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์; 2559.
4. Leroi C, Adam P, Khamduang W, Kawilapat S, Ngo-Giang-Huong N, Ongwadee S, et al. Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* 2016;51:36-43.
5. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์, ถนอม นามวงศ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557-2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2560;48(49):769-84.
7. Woo GA, Hill MA, Medina MD, Schiff ER. Screening for hepatitis B virus and hepatitis C virus at a community fair: a single-center experience. *Gastroenterology & Hepatology* 2013; 9(5): 294-9.
8. Fernandez M, Manzanares S, Jacques C, Cayla J, Rossi JCM, Thomson R, et al, Screening for chronic viral hepatitis in migrant populations. Report on four HEP screen pilot studies. The health programme of the European Union (EU-HEP-SCREEN, Project No 20101105). Rotterdam, Netherlands: Erasmus MC; 2014.
9. Chen JrMS, Fang DM, Stewart SL, Ly MY, Lee S, Dang JH, et al. Increasing hepatitis B screening for hmong adults: results from a randomized controlled community-based study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013;22(5):728-91.
10. สมาพันธ์โรคตับแห่งประเทศไทย. เอกสารวันตับอักเสบลโลก [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น; 2562 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaihepatitisalliance.com/mainpage>
11. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แบบคัดกรองด้วยวาจาก่อนการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี , แนวทางการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี สัปดาห์

- รณรงค์ตับอักเสบลอก ประจำปี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www.npo.moph.go.th/Eoffice/modules/e-filing/f_2561/25610502103709noSSJ1437file01.pdf
12. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University; 2008.
13. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937;2(3):151-60.
14. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. Biostatistics. New York: John Wiley & Son; 1977.
15. ศตวรรษ ทองสวัสดิ์, ทวีศักดิ์ แทนวันดี, ชินวัตร์ สุทธิวัฒนา, ทวีปวิทย์ วิถีรุ่งโรจน์, ศิวะพร ไชยอนุวัติ, ธิระ พีรัชวิสุทธิ, และคณะ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2558.
16. นริสา ตันทัย, พิศพรรณ วีระยิ่งยง, พัชรา ลิฟหรวงค์, ยศติระพัฒนานนท์. ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2556;7(4):440-51.
17. Torre GL, Saule R. Risk factors from HBV infection among blood donors: A systematic review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2016;6(4):344-9.
18. Mittal G, Gupta P, Gupta R, Ahuja V, Mittal M, Dhar M. Seroprevalence and risk factors of hepatitis B and hepatitis C virus infections in uttarakhand, india. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology* 2013;3(4):296-300.
19. Bauer-Staeb C, Jorgensen L, Lewis G, Dalman C, Osborn DPJ, Hayes JF. (2017). Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a total population study of Sweden. *Lancet Psychiatry* 2017;4(9):685-93.
20. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986;35(6): 382-5.
21. Greiner M, Pfeiffer D, Smith RD. Principles and practical application of the receiver-operating characteristic analysis for diagnostic tests. *Preventive Veterinary Medicine* 2000;45(1-2):23-41.

Abstract: Verbal Screening Development of the Risk Behavior of Hepatitis B Virus among People in Community

Thanom Namwong, Dr.P.H.*; Choosak Nithikathkul, Ph.D. (Biodiversity and Ethnobiology)**; Vorapoj Promsatayaprot, Ph.D. (Health systems development)*; Sumattana Glangkarn, Ph.D. (Nursing Studies)*

* Faculty of Public Health, Mahasarakham University; ** Faculty of Medicine, Mahasarakham University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):468-76.

This study aimed to develop a verbal screening of the risk behaviors of Hepatitis B Virus (HBV) among people in community. The study samples were people aged 26 years and over in Yasothorn province. The study process included gathering of conceptual framework, specifying definitions, identifying risk behaviors through a literature review, an in-depth interview of 3 experts, and a focus group discussion with 4 HBsAg positive persons. The preliminary screening form was evaluated for content validity by six experts using content validity index (CVI). An internal consistency of the verbal screening comprising of 12 items was tried out with 30 individuals, followed by actual screening among 1,285 samples in the community. It was found that the CVI of each item ranged from 0.83 to 1.00, and the total CVI score was 0.99 with the alpha score of 0.67. The resulting score ranged from 0 (lower risk) to 9 (higher risk). The area under ROC curve was 79.20 (95%CI 69.10-89.20). The cut-off point score was 2 with the 83.30% sensitivity, 63.90% specificity, and 64.10% accuracy. In conclusion, the verbal screening demonstrated acceptable psychometric properties of both validity and reliability. Thus, health professional should apply verbal screening of HBV risk among the people in their geographic areas. In addition, further study should be conducted to develop similar screening tool for other risk populations.

Keywords: risk behavior of HBV; people; screening development; validity; reliability

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ย่านยาวโมเดล: โมเดลระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประยุทธ สีดุกา ส.บ.*

พิชิตชัย นานาผล ส.บ.*

ชุมพร ผลประเสริฐ ส.บ.**

จรรยา สุวรรณบำรุง วท.ด.***

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านย่านยาว อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

*** ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันรับ: 20 ส.ค. 2561

วันแก้ไข: 12 มิ.ย. 2563

วันตอบรับ: 22 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายและพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านย่านยาว อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) เตรียมความพร้อม (2) ประเมินสถานการณ์ (3) วางแผนและพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย (4) ดำเนินการ และ (5) ประเมินผล เครื่องมือประเมินความรู้โรคไข้เลือดออกและความเข้าใจดัชนีลูกน้ำยุงลายมีความตรงด้านเนื้อหา 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบด้วยการสรุปแผนภูมิ เปรียบเทียบความรู้และความเข้าใจดัชนีก่อนหลังด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำก่อนและหลังการดำเนินการและอัตราการป่วยด้วยกราฟ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ “ย่านยาวโมเดล: ระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รับผิดชอบรวบรวมข้อมูล 10-15 ครัวเรือนด้วย “สมุดสีม่วง” “สมุดสีฟ้า” และ “สมุดสีเหลือง” (2) ศูนย์เฝ้าระวังฯ ประมวลข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายด้วยโปรแกรม <http://lim.wu.ac.th> (3) ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง และ (4) แกนนำ 6 หมู่บ้านดำเนินกิจกรรมตามบริบท พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และเข้าใจดัชนีลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและอัตราการป่วยลดลง โดยสรุป “ย่านยาวโมเดล” เป็นระบบที่ดี มีความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดย อสม. กระตุ้นเตือนเจ้าบ้านเกิดการมีส่วนร่วม ส่งไปยังกลุ่มศูนย์เฝ้าระวัง การรวบรวมวิเคราะห์ แผลผล รายงาน ให้กับกลุ่มผู้ใช้ข้อมูล ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน กระตุ้นเตือนให้กลุ่มปฏิบัติการแก้ปัญหาตามบริบทหมู่บ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความตื่นตัวของชุมชนทั้งการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ การพัฒนาความรู้ใช้เลือดออก และดัชนีลูกน้ำยุงลาย และการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ; โรคไข้เลือดออก; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

ภาคใต้ของประเทศไทยมีอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกสูงกว่าภาคอื่น ๆ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีฝนตกชุกและมีฝนตกมากในช่วงเดือน พ.ย. - ธ.ค. และ ช่วง พ.ค. - ก.ค. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุด เนื่องด้วยโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความหลากหลายของประเภททั้งไข้เดงกี ไข้เลือดออก และไข้เลือดออกที่มีอาการช็อก^(1,2) ซึ่งความรุนแรงของโรคอาจทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากไม่มียาที่รักษาเฉพาะ มีเพียงการรักษาตามอาการ เพราะว่าสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส และวัคซีนกำลังอยู่ในระยะการพัฒนา และการกำจัดยุงลายตัวแก่ด้วยสารเคมีที่ขาดประสิทธิภาพ ตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้นซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการวางไข่ของยุงที่สั้นลง⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทางด้านสังคม เช่น วิถีชีวิต ความหนาแน่นของประชากร และพฤติกรรมของคนก็มีผลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก⁽³⁾ ดังนั้น การป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อจึงเป็นทางเลือกเดียวในการลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก^(1,4) โดยความยั่งยืนถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการจัดการ ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อีกทั้งการพัฒนาสมรรถนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนก็มีความจำเป็นเช่นกัน⁽⁵⁾ จากกรอบแนวคิดของการสร้างสมรรถนะชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านมาผลลัพธ์ที่เป็นตัวชี้วัดของความยั่งยืน ได้แก่ ค่าดัชนีลูกน้ำ และอัตราการป่วยและอัตราการป่วยตาย⁽³⁾ ดัชนีลูกน้ำ หมายถึง ค่าบ่งชี้ถึงจำนวนภาชนะที่มีลูกน้ำต่อจำนวนภาชนะ และจำนวนบ้านที่สำรวจ มีค่าเป็นร้อยละ ค่าดัชนีลูกน้ำในการนำเชื้อไวรัสเดงกี คือดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ได้รับการนำไปปฏิบัติในพื้นที่มี 3 ค่า ได้แก่ ค่าบีไอ=BI (Breteau index) คือ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน โดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 50.0 ค่าเอชไอ = HI (House index) คือ ค่าร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำโดยค่ามาตรฐานไม่ควรเกินร้อยละ 10.0 ค่าซีไอ = CI (Container index) คือ ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำ โดยค่ามาตรฐานไม่ควร

เกินร้อยละ 1.0^(1,6) ทั้งนี้ดัชนีลูกน้ำถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ต้นเหตุรวมถึงเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไข้เลือดออกในขั้นต้น ด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำโดยครัวเรือนสามารถดำเนินการได้เอง ปฏิบัติได้ง่ายและสะดวก อีกทั้ง ต้นทุนต่ำ ค่าดัชนีลูกน้ำยังได้รับการยอมรับทางวิชาการในการบ่งชี้ว่าพื้นที่ใดมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก^(1,7) นอกจากนี้ยังสามารถประมาณอัตราความชุกของยุงตัวเมียต่อพื้นที่ตารางกิโลเมตร และใช้เป็นค่าดัชนีในการประเมินผลลัพธ์ของการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออกที่แสดงถึงความยั่งยืนจากการมีสมรรถนะในชุมชน⁽⁸⁾ และมีการใช้ค่าดัชนีลูกน้ำเป็นค่าดัชนีมาตรฐานของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁹⁾

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องไข้เลือดออกในชุมชนพื้นที่ภาคใต้⁽⁸⁾ ไม่ปรากฏระบบเฝ้าระวังดัชนีที่ครอบคลุมในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการช่วยสื่อสารข้อมูลในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการตามงานประจำหรือทำตามหน้าที่ เช่น การตรวจคัดแยกทรายแคว้นสารเคมี การพ่นสารเคมีตามฤดูกาล การดำเนินการตามคำสั่งจากส่วนกลาง หรือในวาระพิเศษต่าง ๆ กรณีมีการศึกษาวิจัยก็จะดำเนินการตามงบประมาณการวิจัยที่ได้รับ และมีงบประมาณจำกัดเนื่องจากถือว่าเป็นโรคประจำถิ่น⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับผลสังเกตและการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายนำร่องในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. แห่งหนึ่ง พบว่า การดำเนินการของชุมชนให้ความสำคัญต่อการสำรวจดัชนีลูกน้ำน้อยมาก หากไม่เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก การเตรียมความพร้อมเรื่องดัชนีลูกน้ำไม่เพียงพอ ขาดความรู้และทักษะในการคำนวณดัชนีลูกน้ำ แบบบันทึกที่ใช้สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องถ่ายสำเนาในแต่ละเดือน ไม่มีการวิเคราะห์ค่าดัชนีที่ได้จากการสำรวจไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมแก่ประชาชนในพื้นที่⁽¹¹⁾ จากที่กล่าวมาแสดง

ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบในการเฝ้าระวังโรคของชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง พื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านย่านยาว รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 7 และ 12 ของตำบลกำโลน อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนประชากรเฉลี่ย 4,662 คน ซึ่งมีปัญหาความรุนแรงและความเสี่ยงซ้ำซากในการระบาดของโรคไข้เลือดออก เมื่อพิจารณาอัตราการป่วยจำนวนรายต่อจำนวนประชากรแสนคนย้อนหลัง 5 ปี จาก พ.ศ. 2553 - 2557 พบ 192 - 408⁽¹²⁾ จะเห็นได้ว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีการเพิ่มและลดในแต่ละปี แต่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (50 รายต่อแสนประชากร) ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ ทั้งนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ ที่มีการประเมินสถานการณ์ การสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย การรวบรวม การวิเคราะห์ และการนำข้อมูลมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ตลอดถึงการสร้างนวัตกรรมโปรแกรมคำนวณดัชนีลูกน้ำด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผลที่ถูกต้องและรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่ รพ.สต. บ้านย่านยาว อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อประเมินผลการดำเนินการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่มีบทบาทในการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. การรวบรวม และนำผลวิเคราะห์จากโปรแกรมเพื่อเฝ้าระวังตามระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายในการขับเคลื่อน 4 องค์ประกอบของระบบอย่างต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการประยุกต์ใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation action research: CPAR) กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการเป็นกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับ รพ.สต. และหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งนี้กลุ่มแกนนำที่เป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมและอาสาเป็นแกนนำในการดำเนินการพื้นที่ รพ.สต.บ้านย่านยาว ซึ่งรับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน โดยกลุ่มแกนนำตัวแทนเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 คนและกลุ่ม อสม. ที่ดูแลครัวเรือนทุกคนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน จำนวน 98 คน

ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) การเตรียมความพร้อม ประชุมแกนนำของพื้นที่ เตรียมความพร้อมของชุมชนโดยทำการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในตำบลและ อสม. ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. เพื่อความเข้าใจกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (mobilize stakeholder) ให้เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการ

2) การประเมินสถานการณ์ ประสานแกนนำที่อาสาเข้าร่วมกิจกรรมทั้งเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 คน และ อสม. โดยดำเนินการในพื้นที่ รพ.สต. บ้านย่านยาว จากจำนวน 6 หมู่บ้าน รวม 98 คน ทำความเข้าใจบทบาทของแกนนำแต่ละหมู่บ้านโดยผู้วิจัยหลัก และดำเนินการประเมินความรู้และความเข้าใจในการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำของ อสม. ข้อมูลที่ได้ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายและเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ ซึ่งทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจของแกนนำที่จะขับเคลื่อน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดย อสม. กระตุ้นเตือนให้เจ้าบ้านเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยบันทึก “สมุดสีม่วง” “สมุดสีฟ้า” และ “สมุดสีเหลือง” ส่งไปยังศูนย์เฝ้าระวัง โดย รพ.สต. ป้อนข้อมูลเข้าโปรแกรม การรวบรวม วิเคราะห์ แปลผล

และรายงานผลไปยังกลุ่มผู้ใช้ข้อมูลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ (นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ) และระดับตำบล (อปท.) ในการวางแผนสนับสนุน กระตุ้นเตือนให้กลุ่มปฏิบัติการระดับหมู่บ้าน ระดับครัวเรือน แก้ปัญหาตามบริบท เกิดการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

3) การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย ประชุมคืนข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของแกนนำชุมชนของพื้นที่ รพ.สต.บ้านย่านยาว ร่วมวางแผนระบบเฝ้าระวังฯ โดยรับผิดชอบหมู่บ้านทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านวัดจันทร์ จำนวน 140 ครัวเรือน มี อสม. 12 คน แบ่ง 3 โซน หมู่ที่ 2 บ้านวัดโคกโพธิ์สถิตย์ จำนวน 175 ครัวเรือน มี อสม. 15 คน แบ่ง 3 โซน หมู่ที่ 3 บ้านย่านยาว จำนวน 210 ครัวเรือน มี อสม. 18 คน แบ่ง 4 โซน หมู่ที่ 4 บ้านวัดสมอ จำนวน 278 ครัวเรือน มี อสม. 22 คน แบ่ง 5 โซน หมู่ที่ 7 บ้านวังไทร จำนวน 147 ครัวเรือน มี อสม. 13 คน แบ่ง 3 โซน และหมู่ที่ 12 บ้านวังโหล จำนวน 207 ครัวเรือน มี อสม. 18 คน แบ่ง 4 โซน รวมทั้งหมด 6 หมู่บ้าน 22 โซน โดย อสม. 1 คนรับผิดชอบ 10-15 ครัวเรือน ในแต่ละโซนจะมีหัวหน้าโซนรับผิดชอบและใน 1 หมู่บ้านก็จะมี อสม. ประธานหมู่บ้านดูแลรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของหมู่บ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่ดูแล ติดตามอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพของแกนนำ และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

4) การดำเนินการตามระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ ทำการติดตั้งระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ โดย (1) เตรียมความพร้อม อสม. ที่เป็นผู้สำรวจลูกน้ำของแต่ละหมู่บ้าน โดยนำเสนอรูปแบบการจัดการดัชนีลูกน้ำด้วยอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ทุกคน ดำเนินการเฝ้าระวังฯ (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการวิธีการสำรวจลูกน้ำที่ถูกต้อง การนำผลการสำรวจไปใช้ในการสื่อสารแก่ชุมชน และ (3) ดำเนินการสำรวจตามรูปแบบที่กำหนด รวม 3 เดือน โดยมีการสำรวจดัชนีลูกน้ำของครัวเรือนในความรับผิดชอบ

ของ อสม.ในพื้นที่ รพ.สต.

5) การประเมินผลดำเนินการ ติดตามประเมินผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ การใช้ระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ การดำเนินประชุมแกนนำเพื่อประเมินระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำในภาพรวมของ 6 หมู่บ้าน ทุก 2 เดือน รวม 3 ครั้ง ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำหลังดำเนินการ และประเมินระดับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่ในแต่ละเดือน จากโปรแกรม <http://lim.wu.ac.th>

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลก่อนและหลังดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

- แบบสอบถามความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิธีการป้องกันโรคเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของครอบครัว ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และแหล่งการได้รับข้อมูลเรื่องไข้เลือดออก ส่วนที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเรื่องความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สาเหตุการเกิดโรค การดูแลเบื้องต้น ความตรงของแบบสอบถาม (CVI) 0.86 และความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 0.83 และไข้เลือดออกที่ได้ผล

- แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย เป็นคำถามตามกรอบคิดของระบบการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของครอบครัว ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก แหล่งได้รับข้อมูลเรื่องไข้เลือดออก การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ การคำนวณการดำเนินการเมื่อพบแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ความตรงของแบบสอบถาม (CVI) 0.80

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 2.1 คำถามปลายเปิด ให้เสนอวิธีป้องกันการเกิดโรค และ 2.2 คำถามปลายเปิด ให้ตอบเกี่ยวกับความสำคัญของการสำรวจดัชนีลูกน้ำ

เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ สมุดบันทึกดัชนีลูกน้ำยุงลายของ อสม. ประจำบ้าน สมุดรวบรวมข้อมูลของ อสม. หัวหน้า ไซนบ้าน และสมุดรวบรวมข้อมูลจาก หัวหน้าไซนของ อสม. ประธานหมู่บ้าน ซึ่งเป็นนวัตกรรมจากการศึกษา จากงานวิจัย และโปรแกรมคำนวณดัชนีลูกน้ำยุงลาย <http://lim.wu.ac.th> เป็นการพัฒนาขึ้นตามบริบทที่มี จำนวนหมู่บ้าน และตำบล ซึ่งดำเนินการในภาพรวมของ อำเภอ⁽¹⁰⁾

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามความเข้าใจการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำของ อสม. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนความถี่ (frequencies) และร้อยละ (percentage)

2) เปรียบเทียบก่อนหลังการดำเนินการพัฒนาระบบ ด้วยสถิติ Chi-square test

3) ข้อมูลสำรวจดัชนีลูกน้ำตามระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำ คำนวณโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ <http://lim.wu.ac.th> ตามมาตรฐานทางกีฏวิทยาที่มีการใช้ในการสำรวจดัชนีลูกน้ำ (HI, BI และ CI) ก่อนและหลังดำเนินการ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการสรุปความรู้ใหม่ที่ เกิดขึ้นโดยสรุปรูปแบบการพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนระดับ รพ.สต.

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกระดับ รพ.สต. “ย่านยาวโมเดล” สรุปการเชื่อมโยงการดำเนินการ 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 กลุ่มผู้ผลิตข้อมูล ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 อสม. ประจำบ้าน รับผิดชอบบ้าน 10-15ครัวเรือน ต่อ อสม. 1 คน ทำหน้าที่สำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยใช้สมุดรวบรวมข้อมูล (เล่มสีม่วง) ทุกวันที่ 25 ของเดือน ขณะสำรวจดัชนีต้องให้เจ้าของบ้านมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งในและนอกบ้าน กรณีพบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายต้องดำเนินการทำลายและชี้แจงความเสี่ยงให้เจ้าของบ้านทราบ เมื่อสำรวจและบันทึกเสร็จให้นำส่งหัวหน้าไซน

ชั้นที่ 2 อสม. หัวหน้ากลุ่มบ้าน รับผิดชอบดูแลสมาชิก อสม. ในแต่ละไซน และดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกทุกคน ทวนสอบข้อมูลเพื่อความถูกต้องลงในสมุดบันทึก (เล่มสีฟ้า) ก่อนนำส่ง อสม. ประธานหมู่บ้าน

ชั้นที่ 3 อสม. ประธานหมู่บ้าน รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลจากแต่ละกลุ่มบ้าน บันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกประจำหมู่บ้าน (เล่มสีเหลือง) พร้อมกับการทวนสอบข้อมูลก่อนนำส่งเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของ รพ.สต. บ้าน-ย่านยาว

ส่วนที่ 2 การประมวลผลดำเนินการโดย รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นศูนย์เฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายระดับตำบล ประกอบด้วย ชั้นที่ 1 พนักงานบันทึกข้อมูลของ รพ.สต. ทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายจากประธานหมู่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้านลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นโปรแกรมคำนวณดัชนีลูกน้ำยุงลายของศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ภาพรวมของอำเภอลานสกา โดยมี Password และ Username ประจำของแต่ละหน่วยงาน โปรแกรมสามารถคำนวณได้ทันทีโดยแสดงผลการประมวลเป็นกราฟเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้าน และเปรียบเทียบระหว่างเดือนของหมู่บ้าน ชั้นที่ 2 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบทำการเรียกเก็บสมุดบันทึกของทุกคนเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล และระบุบ้านที่มีแหล่งเพาะพันธุ์ กรณีมีความผิดพลาดจะเรียกพบเพื่ออธิบายทำความเข้าใจทุกราย

ส่วนที่ 3 การใช้ข้อมูลข่าวสารจากการเฝ้าระวัง ประกอบด้วย ชั้นที่ 1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกดำเนินคืนข้อมูลโดยแจ้งผลต่อ อสม. ในวันประชุมประจำเดือนในวันที่ 6 ของแต่ละเดือน ตลอดถึงการส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประธาน อสม. หมู่บ้านนำข้อมูลไปให้ผู้ใหญ่บ้าน และผู้อำนวยการโรงเรียน ขณะเดียวกันทาง รพ.สต. จะส่งข้อมูลเป็นบันทึกข้อความไปให้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ อบต. โรงเรียน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รายงานผลไปยังนายอำเภอทุกเดือน ชั้นที่ 2 เจ้าหน้าที่ดำเนินการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุกเดือนโดยกำหนดในวาระการประชุมประจำเดือนของ รพ.สต. ทุกเดือน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับดัชนีลูกน้ำยุงลาย การสอนโปรแกรมคำนวณ และการฝึกคิดคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในแบบบันทึก การสุ่มทวนสอบสมุดบันทึกทั้งในระดับ อสม. ประจำบ้าน อสม. หัวหน้ากลุ่มบ้าน และ อสม. ประธานกลุ่มบ้าน ตลอดถึงการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมย่อยเพื่อช่วยในการจัดการดัชนีลูกน้ำมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 4 มาตรการดำเนินการ (Action) จำแนกตามบริบทของหมู่บ้าน อสม. ทั้ง 6 หมู่บ้านได้ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในการดำเนินกิจกรรมโดยบูรณาการกับโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก

องค์การบริหารส่วนตำบลกำโลน โดยมีกิจกรรมย่อยทุกหมู่บ้านและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนเริ่มดำเนินการเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2557 กล่าวคือ

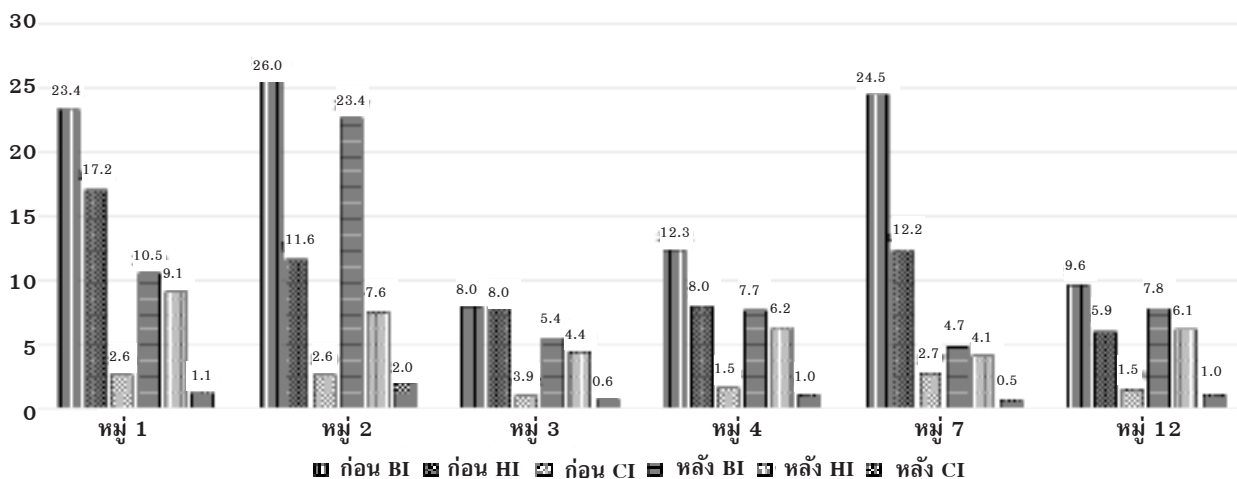
รพ.สต.บ้านย่านยาวได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย ดังต่อไปนี้ (1) ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (2) การตรวจเยี่ยมบ้านนำอยู่ ปลอดภัยลูกน้ำยุงลาย (3) การติดตั้งธนาคารปลากินลูกน้ำ (4) การปลูกสมุนไพรตะไคร้หอมไล่ยุงลาย (5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแกนนำ (6) การเข้าร่วมประชุมชี้แจงของผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ อสม. ในการคืนข้อมูลให้ประชาชนในแต่ละเดือน และ (7) ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายป้องกันไข้เลือดออก ดังภาพที่ 1

2. เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

จากการประเมินผลความรู้ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไป อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 79 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 77 คน (ร้อยละ 97.4) อายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 51.9) ช่วงอายุ 45-60 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 43.0) ตามลำดับ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 28 คน (ร้อยละ 35.4) ประสบการณ์ในการ

ภาพที่ 1 ดัชนีลูกน้ำยุงลายช่วงก่อนและหลังดำเนินการ จำแนกรายหมู่บ้าน



เจ็บป่วย (ร้อยละ 26.6) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 97.4) สำหรับข้อมูลอายุ ประสบการณ์ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และระยะเวลาการเป็น อสม. ของกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมกิจกรรม แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าช่วง พบว่า อสม. ก่อนและหลังดำเนินการ จำนวน 79 และ 69 คน ตามลำดับ มีจำนวนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยหลังดำเนินการลดลงโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้ ข้อมูลข่าวสารและการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากแหล่ง ต่างๆ ของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินการ ของ รพ.สต. บ้านย่านยาว จำนวน 79 และ 69 คน ตามลำดับ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของแหล่งข้อมูลไข้เลือดออก

2.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกฯ ก่อนและหลังดำเนินการ จากแบบ ประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการ ป้องกันควบคุมโรคทั้งหมด 15 ข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีความรู้ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน มีเพียงข้อคำถามที่ 6 “โรคไข้เลือดออกยังไม่มียารักษา ต้องรักษาตามอาการ เท่านั้น” ที่ อสม. มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีข้อคำถามที่ 12 “การกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงด้วยการเปลี่ยนชั้ดล้าง ภาชนะที่ใส่น้ำ ที่สามารถล้างได้ทุก 7 วัน” ข้อที่ 14 “สามารถป้องกันยุง กัด ด้วยการนอนกางมุ้ง” และข้อที่ 15 “การใช้สมุนไพร เพื่อไล่ยุงลาย เช่น ตะไคร้หอม” ตอบถูกทุกคนทั้งก่อน และหลังดำเนินการ เมื่อพิจารณาความรู้โดยรวมทั้ง 15 ข้อ ของ อสม. รพ.สต. บ้านย่านยาว ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 14.67 และหลังดำเนินการ 15.00 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{146} = -3.843, p < 0.01$) จะเห็นว่าความรู้หลังการดำเนินการมีความถูกต้องร้อยละ 100.0 แสดงให้เห็นว่าความรู้หลังการดำเนินการของ อสม. มีความถูกต้องยิ่งขึ้น

2.3 ความเข้าใจการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลายของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินการ ความเข้าใจการจัดการดัชนี ลูกน้ำยุงลายก่อนดำเนินการตอบข้อคำถามได้ถูกต้องมากที่สุด คือ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 93.7) ความสำคัญ

ของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ร้อยละ 83.5) และระบุความ หมายค่าดัชนีไม่ถูกต้องเลยจำนวน 3 ข้อ จากการตอบ แบบสอบถามทั้งหมด 79 คน และหลังดำเนินการพบว่า ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 97.1-100.0) โดยมีข้อคำถามที่ตอบถูกหมดทุกคน (ร้อยละ 100.0) จำนวน 4 ข้อ และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีเพียงข้อ “ระบุความสำคัญของการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ได้ถูกต้อง” และ “ระบุค่าดัชนีลูกน้ำที่สำคัญได้ถูกต้อง” ที่แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีการตอบถูก ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ ดังตารางที่ 1

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดัชนีลูกน้ำยุง- ลาย พบว่า (1) “มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ และแบบบันทึกในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย” มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการโดยมีความแตกต่าง อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีการดำเนินการอย่าง จริงจังในการสำรวจ (2) “มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับ การคำนวณผลหรือค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย” มีจำนวนลดลง โดยมีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ (3) “มีความต้องการการสนับสนุนในการสำรวจ ลูกน้ำยุงลาย” มีการเพิ่มขึ้นที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีปัญหาการไม่มีความรู้ในการ คำนวณ ขาดความเข้าใจในเรื่องของดัชนีลูกน้ำยุงลาย ดัง ตารางที่ 2

3. ระดับดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการดำเนิน การ โดยรวมก่อนดำเนินการ (สิงหาคม 2557) พบว่า เริ่มดำเนินการมีค่าดัชนีลูกน้ำ BI=15.99, HI=9.77 และ CI=1.9 และหลังการดำเนินการ (มกราคม 2558) พบว่า BI=9.21, HI=6.14 และ CI=1.08 เมื่อเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นแนวโน้มการลดลงของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เมื่อจำแนกรายหมู่บ้านพบว่าก่อนดำเนินการเดือน สิงหาคม 2557 พบว่า ค่า BI อยู่ในช่วงร้อยละ 7.96- 26.01 HI อยู่ในช่วงร้อยละ 5.94-17.02 และ CI อยู่ ในช่วงร้อยละ 0.92-2.63 หลังการดำเนินการเดือน มกราคมพบว่า ค่า BI อยู่ในช่วงร้อยละ 4.7-22.67 ค่า

ตารางที่ 1 ความรู้การจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลายของพื้นที่ รพ.สต. ก่อนและหลังดำเนินการ

แหล่งข้อมูล	ก่อน (n=79)		หลัง (n=69)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ระบุความสำคัญของการสำรวจลูกน้ำ ยุงลายได้ถูกต้อง	66	83.5	65	95.6	5.788
2. ระบุค่าดัชนีลูกน้ำที่สำคัญได้ถูกต้อง	74	93.7	66	97.1	1.308
3. ระบุความหมายของค่าดัชนี BI ถูกต้อง	0	0.0	68	100.0	147.000*
4. ระบุความหมายของค่าดัชนี HI ถูกต้อง	0	0.0	68	100.0	147.000*
5. ระบุความหมายของค่าดัชนี CI ถูกต้อง	0	0.0	68	100.0	147.000*
6. ระบุผลการคำนวณค่าดัชนี BI ถูกต้อง	42	53.2	64	94.1	31.203*
7. ระบุผลการคำนวณค่าดัชนี HI ถูกต้อง	58	73.4	67	98.5	18.372*
8. สามารถคำนวณค่าดัชนี CI ถูกต้อง	64	81.0	67	98.5	11.675*
9. ระบุการดำเนินการเมื่อสำรวจพบบ้านที่มีลูกน้ำยุงลายได้ถูกต้อง	5	6.3	68	100.0	128.265*
10. รพ.สต. แจ้งผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย	64	81.1	67	98.5	11.577*
11. ระบุการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ถูกต้อง	7	8.9	66	97.1	115.285*

*p<0.01

ตารางที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับอุปกรณ์ การคำนวณค่าดัชนี และความต้องการในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย

ข้อมูล	ก่อน (n=79)		หลัง (n=69)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ และแบบบันทึกในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย	2	2.5	12	17.6	10.280*
2. มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการคำนวณผลหรือค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย	36	45.6	5	7.4	38.607*
3. มีความต้องการการสนับสนุนในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย	33	41.8	34	50	2.904

*p<0.01

HI อยู่ในช่วงร้อยละ 4.03-9.09 และค่า CI อยู่ในช่วงร้อยละ 0.95-2.03 ดังภาพที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบช่วงเริ่มและสิ้นสุดพบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มการลดลงทุกหมู่บ้าน

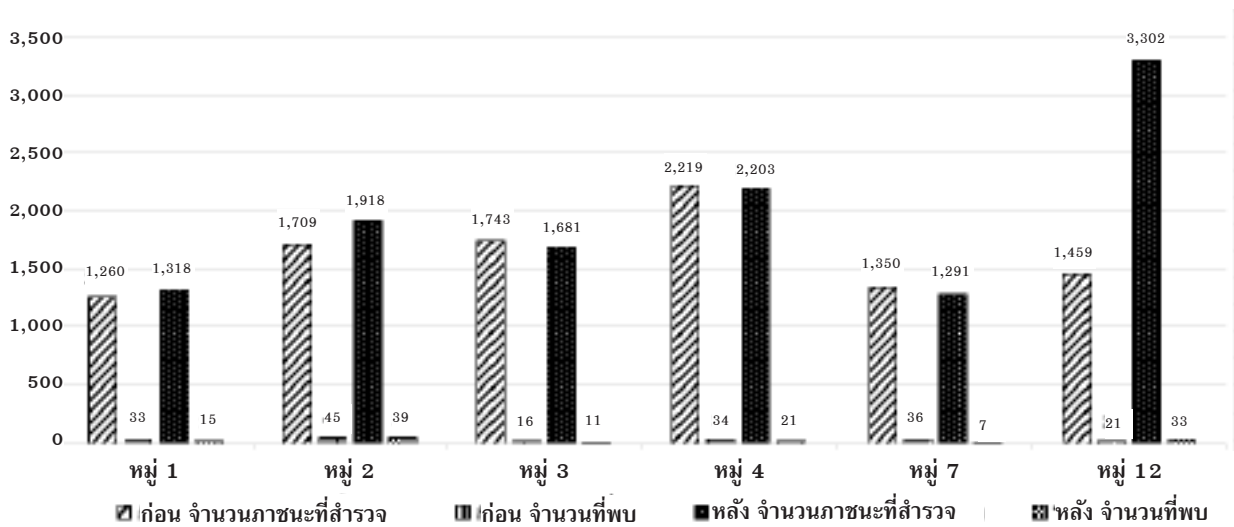
เมื่อพิจารณาจำนวนประชาชนที่สำรวจก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ก่อนดำเนินการ (เดือนสิงหาคม 2557) มีจำนวนประชาชนที่สำรวจอยู่ในช่วง 1,350-2,219 ชี้น และพบประชาชนที่มีลูกน้ำยุงลาย อยู่ในช่วง 16-45 ชี้น ขณะที่หลังการดำเนิน (เดือนมกราคม 2558) พบว่าจำนวนประชาชนที่สำรวจอยู่ในช่วง 1,291-3,302 ชี้น และ

พบประชาชนที่มีลูกน้ำยุงลาย อยู่ในช่วง 16-45 ชี้น และเมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนหลังดำเนินการ พบว่า หมู่บ้านส่วนใหญ่มีจำนวนประชาชนที่สำรวจและพบลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มการลดลง ยกเว้นหมู่ที่ 12 ดังภาพที่ 2

4. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังดำเนินการ

อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านย่านยาว หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 7 และ หมู่ที่ 12 เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีอัตราป่วยลดลงแต่มีบางหมู่บ้านที่พบ

ภาพที่ 2 จำนวนภาชนะที่สำรวจและภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังดำเนินการ จำแนกรายหมู่บ้าน



อัตราป่วยสูงกว่าค่ามาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข จากปี 2556 อัตราป่วย 408 ต่อแสนประชากร เป็น 286 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 แสดงให้เห็นว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

สถานการณ์ปัญหาของชุมชนในภาพรวมพบว่ามีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงมากด้วยบริบทชุมชนที่เป็นชุมชนชนบท อาชีพเกษตรกรรมแต่อยู่ใกล้ตัวเมืองมีการเข้าออกของประชาชนจากตัวเมืองและชุมชนตลอดเวลาด้วยคมนาคมของสังคมปัจจุบัน บ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวปลูกสร้างด้วยซีเมนต์กับไม้ ใช้น้ำประปา ตีมน้ำบ่อ และแต่ละครัวเรือนมีโอ่งหรือภาชนะใส่น้ำทั้งในบ้านและนอกบ้าน และมีจำนวนของภาชนะที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนอกบ้านและในบ้าน ทั้งนี้จำนวนภาชนะเก็บน้ำ และชยะนอกบ้าน มีโอกาสเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้ความสำคัญปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก⁽¹³⁾ ปัจจัยสาเหตุของโรคไข้เลือดออกของชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกจะหลากหลายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ชีวภาพ และพฤติกรรมของคนในชุมชน⁽¹⁴⁾

ทั้งนี้ด้วยงบประมาณที่มีจำกัดทำให้สอดคล้องกับความล้มเหลวของการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ตลอดถึงอุปสรรคในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ขาดบุคลากรและทักษะในการดำเนินการของบุคลากร การใช้สารเคมีไม่มีประสิทธิภาพ การดำเนินการของชุมชน (Community-based) ต้องมีการบูรณาการอื่นๆ ร่วมด้วย การดำเนินการเชิงโครงสร้างเชิงนโยบายรู้ว่าไข้เลือดออกเป็นปัญหาแต่ขาดการสนับสนุน การพัฒนาระบบสาธารณสุขปโภคพื้นฐานโดยเฉพาะระบบน้ำ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากร ไม่มีวิธีการที่ดีที่สุดต้องบูรณาการให้เหมาะสมกับพื้นที่⁽¹⁵⁾ ประเด็นที่น่าสนใจของการดำเนินการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่เน้นชุมชนเป็นฐานของพื้นที่คือกลุ่ม อสม. ซึ่งกลุ่มแกนนำหลักที่สำคัญแต่ประเด็นของสมรรถนะและทักษะในเรื่องความรู้และการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย ตลอดถึงทักษะในการจัดการข้อมูลผลการสำรวจไปใช้ประโยชน์ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวในการดำเนินการ⁽¹⁶⁾ ในการประเมินสถานการณ์ปัญหาครั้งนี้จึงเน้นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบประเด็นที่น่าสนใจถือว่า อสม. เกือบทุกคนมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่มีบางข้อที่ยังมี

การเข้าใจผิดซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องมีความรู้ใน แต่ละข้อ และมีความเข้าใจการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย น้อยมากส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ทราบ โดยไม่ทราบมาก่อน เลยว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายว่าเป็นค่าอะไร ขณะที่ อสม. ทำหน้าที่ในการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายทุกเดือน จึงเห็นได้ ว่าการให้ความรู้เป็นวิธีการที่สำคัญที่ต้องบูรณาการใน โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้-เลือดออกโดย เฉพาะกับกลุ่มแกนนำ (community actors)⁽⁹⁾ รูปแบบ การจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ได้ดำเนินการ “ย่านยาว- โมเดล” ดำเนินการที่เป็นการประเมินความรู้ และความ เข้าใจดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ อสม. ในพื้นที่ความรับผิดชอบ ทั้งนี้เป็นเพราะการเข้าร่วมประชุมของ อสม. ในการอบรม หรือรับความรู้จากทีมวิจัยในช่วงดำเนินการที่มีการเข้า ร่วมประชุมอย่างพร้อมเพรียงทุกเดือน ขณะเดียวกัน เจ้า- หน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจะให้ความสำคัญต่อการกระตุ้น การสนับสนุนให้มีกิจกรรม ได้มีการ ลงพื้นที่แต่ละหมู่บ้านในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของ อสม. เจ้าหน้าที่ และประชาชน ดังตัวอย่าง “หมู่ 3 บ้าน ย่านยาวโมเดล” ดังนั้นเมื่อมีการประเมินในด้านความรู้ และความเข้าใจดัชนีจึงมีระดับที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการดำเนินการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ การรวบรวม การบันทึกข้อมูล ดัชนี พบว่ามีค่าดัชนีลูกน้ำลดลงอย่างชัดเจน และมีการ ใช้โปรแกรมคำนวณดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในการติดตาม ความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก จะเห็นได้ ว่าการพัฒนากระบวนการจัดการดัชนีจำเป็นต้องให้เจ้า- หน้าที่ของ รพ.สต. ช่วยในการดำเนินการและ อสม. ที่มีความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ โปรแกรมที่เน้นชุมชนเป็นฐานจะมีผลต่อการป้องกัน โรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ที่ต้องให้ความสำคัญในการ ควบคุมลูกน้ำยุงลายซึ่งมีการปรับตัวในการวางไข่ การมี ส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนสนับสนุนของภาครัฐที่ให้การ เริ่มจากชุมชน แกนนำในชุมชนมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ⁽¹¹⁾

จุดเด่นของรูปแบบการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย คือ

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในความแปลกใหม่เป็นการมุ่งใจและ สร้างความตระหนักของแกนนำ อสม. ประกอบกับ กิจกรรมของแต่ละหมู่บ้านที่ อสม. มีส่วนร่วมของเจ้าของ บ้าน การติดตามสำรวจสิ่งแวดล้อมของแต่ละครัวเรือน การจัดทำแบบบันทึกที่มีความชัดเจนและมีความสะดวก ในการดำเนินการ การรายงานผลในการนำไปสื่อสารกับ ชุมชน ตลอดถึงการเปรียบเทียบผลการสำรวจของแต่ละ หมู่บ้านในแต่ละเดือน และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง ดัชนีลูกน้ำยุงลายในแต่ละเดือนของหมู่บ้าน ส่วนประเด็น การเสริมสมรรถนะด้านความรู้การจัดการดัชนีลูกน้ำยุง- ลายเป็นการสะท้อนให้ อสม. ตระหนักในการสำรวจ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและเมื่อประเมินผลหลังดำเนินการ พบว่า อสม. มีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน การสำรวจและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความครอบคลุมและ ต่อเนื่องตลอดช่วงการดำเนินโครงการ รูปแบบการจัดการ ดัชนีดังกล่าวมีรูปแบบบูรณาการกับประเด็นปัจจัยต่าง สอดรับกับแนวความคิดการดำเนินการในการแก้ปัญหาโรค- ไข้เลือดออกที่ต้องครอบคลุมปัจจัยด้านพฤติกรรมของ คนในชุมชน นิเวศวิทยา และปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽³⁾ และจำเป็นต้องบูรณาการวิธีการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้- เลือดออก⁽⁴⁾ ซึ่งจะเปรียบเป็นสะพานสู่ความสำเร็จในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ต้องการการปรับ พฤติกรรมของคนในชุมชน การใช้โปรแกรมการให้ความ รู้ และการเสริมแรงที่เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ พัฒนารูปแบบ⁽¹¹⁾ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง การดำเนินการพบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในการ จัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย ทั้งด้านความรู้เบื้องต้นในการ ป้องกันและควบคุมโรค และความรู้การจัดการดัชนีลูกน้ำ การเก็บรวบรวมข้อมูลและอัตราการป่วยที่ลดลงในช่วง 4 เดือนสุดท้ายของการดำเนินการ

ดังนั้น การใช้ผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายในการ ดำเนินการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกจาก

คำดัชนีลูกน้ำยุงลาย ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจ คาดว่าจะเป็นระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ นับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสอดคล้องกับแนวคิดองค์การอนามัยโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องจัดให้มีการควบคุมยุงที่มีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังที่ดำเนินการเชิงระบบพร้อมกัน ซึ่งหากมีการดำเนินการพร้อมเพียงกันจะช่วยให้การป้องกันโรคมมีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินการเพียงหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอเพียงพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ดังประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประเทศสิงคโปร์ที่ดำเนินการมาตลอด 35 ปี ได้เสนอบทเรียนที่สำคัญของการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ต้องการให้มีการดำเนินการพร้อมกันในประเทศต่าง ๆ ที่มีพื้นที่ใกล้เคียงเนื่องจากมีการไหลเวียนหรือเดินทางของประชากรไปมาของแต่ละประเทศ⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการถ่ายทอดเทคโนโลยีจึงมีความสำคัญกับการดำเนินการพร้อมกันของพื้นที่

สรุป

รูปแบบ “ย่านยาวโมเดล” มีความชัดเจนในการดำเนินงานตามบทบาทของเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปรับ รพ.สต. ให้เป็นศูนย์เฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ (1) กลุ่มผู้ผลิตหรือให้ข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบรวบรวมข้อมูล 10-15 ครั้ง/เดือน กระตุ้นเตือนเจ้าบ้านอย่างมีส่วนร่วม ด้วย “สมุดสีม่วง” “สมุดสีฟ้า” และ “สมุดสีเหลือง” (2) ศูนย์เฝ้าระวังฯ ประมวลข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลายด้วยโปรแกรม <http://lim.wu.ac.th> (3) กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลเป็นผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง จากครัวเรือนสู่อำเภอ และ (4) กลุ่มผู้ปฏิบัติการ แกนนำ 6 หมู่บ้าน และประชาชนดำเนินการกิจกรรมตามบริบทของพื้นที่ จุดเด่นคือ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาโรคไข้เลือดออก และผู้อำนวยการ รพ.สต. มีความมุ่งมั่นในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จัดกิจกรรมที่บูรณาการกับโครงการวิจัย สอนทักษะและความรู้ให้แก่

อสม. อย่างต่อเนื่องทุกเดือน ติดตามผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบผลการสำรวจข้อมูลเป็นรายคน รายกลุ่มหรือโซนบ้าน และรายหมู่บ้าน ใช้ข้อมูลผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายในการสื่อสารและสร้างความตระหนักให้เกิดการมีส่วนร่วมที่จะเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก พัฒนาในการใช้ข้อมูลต่อจากโปรแกรมคำนวณดัชนีลูกน้ำ จัดกิจกรรมในโครงการย่อยในแต่ละหมู่บ้าน ทั้ง 6 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยลงพื้นที่ทุกหมู่บ้าน จัดกิจกรรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการดำเนินงานโดยการประกวดบ้านน่าอยู่ มีการจัดคณะกรรมการจากตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน ตลอดถึงการประสานงานและงบประมาณจาก อบต. กำโลน และการดำเนินงานของ รพ.สต. บ้านย่านยาว ทำให้หมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบมีความเข้มแข็ง อสม. ทุกคนให้ความร่วมมือและตื่นตัวในการดำเนินงานโครงการย่อย มีกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในแต่ละหมู่บ้าน โดยผลการดำเนินงาน พบว่า อสม. มีความรู้และเข้าใจดัชนีลูกน้ำยุงลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลง และอัตราการป่วยลดลงแม้ว่าจะพบอัตราการป่วยที่สูงอยู่จากค่ามาตรฐาน อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความตื่นตัวของชุมชนคือการมีส่วนร่วมของทุกภาคอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชน บุคลากรทางสุขภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลลานสกา และในพื้นที่ตำบลกำโลน องค์การบริหารส่วนตำบลกำโลน ผู้นำท้องที่ของ 6 หมู่บ้าน และประชาชน ขอขอบคุณ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการในการดำเนินโครงการวิจัย ขอขอบคุณทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever: comprehensive guidelines. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 1999.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออกเฉียบพลันด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กราฟฟิคแอนดีไซน์; 2558.
- Suwanbamrung C. Children's basic Knowledge and activities for dengue problem solution: an Islamic religious school, Southern Thailand. *Asia Pacific Journal of Tropical Disease* 2012;2(6):456-64.
- World Health Organization. Strategic framework for dengue prevention and control in Asia-Pacific (2006-2010). Paper presented at the Meeting of partner on dengue prevention and control in Asia-Pacific Chiang Mai, Thailand. New Delhi. World Health Organization Regional Office for South East Asia; 2006.
- Spiegel J, Bennett S, Gatteraley L, Hayden MH, Kittapong P, Nalim S, et al. Barriers and bridges to prevention and control of dengue. The need for a social for a social-ecological approach. *Eco Health* 2005;2:273-90.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 2555. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2554.
- World Health Organization. Monograph on dengue/dengue haemorrhagic fever. New Delhi. World Health Organization Regional Office for South East Asia; 1993.
- Suwanbamrung C, Dumpan A, Thammapalo S, Sumrongtong R, Phedkeang P. A model of community capacity building for sustainable dengue problem solution in Southern Thailand. *Health* 2011;3(9):584-601.
- จรรยา สุวรรณบำรุง, อิศารัตน์ เอกศิรินิมิต, จันทร์จรรย์ ถือทอง, สุภาพร ทองจันทร์, สุทธิ ทองขาว. รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอลานสกาและอำเภอลิขิตจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2557.
- จรรยา สุวรรณบำรุง. “ลานสกาโมเดล” โมเดลระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนจากระดับครัวเรือนถึงอำเภอ: กรณีการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชน. นครศรีธรรมราช: ก.พลการพิมพ์; 2559.
- ศิริลักษณ์ มณีประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2560; 26(Suppl 2):S309-19.
- งานระบาดวิทยา รพ.สต. บ้านย่านยาว. สถิติการป่วยต่ำบลำโหล่นอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านย่านยาว; 2557.
- Gratz NG. Critical review of the vector status of *Aedes albopictus*. *Med Vet Entomol* 2004;18(3):215-27.
- อรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์, วันชัย ธรรมสังข์. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน: กรณีศึกษาหมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2552;27(1):81-8.
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ก้าวอย่างเข้มแข็ง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2556.
- Gubler DJ. Prevention and control of *Aedes aegypti*-borne disease: lesson learned from past successes and failure. *Asia-Pacific Journal of Molecular Biology and Biotechnology* 2011;19(3):111-4.
- Ooi EE, Goh KT, Gubler DJ. Dengue prevention and 35 years of vector control in Singapore. *Emerging Infectious Diseases* 2006;12(6):887-93.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมือง-การพิมพ์; 2550.

19. หน่วยวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่าดัชนี
ลูกน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2561]. แหล่ง
ข้อมูล: <https://www.wu.ac.th/limnakhonsi.wu.ac.th>

Abstract: Yan Yaw Model: A Model of Larval Indices Surveillance System for Sustainable Dengue Solution in Sub-District Health Promotion Hospital Level

Prayut Seetuka, B.P.H.*; Phichitchai Namnaphon, B.P.H.*; Chumphon Pholprasert, B.P.H.; Charuean Suwanbamrung, Ph.D.*****

** Yan Yaw Sub-district Health Promotion Hospital, Lansaka District, Nakhon Si Thammarat Province; ** Lansaka District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat Province; *** Center of Excellence for Dengue Research and Academic Service, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):477-89.

The objective objective of this study was to develop the larval indices surveillance system for sustainable dengue solution in responsibility areas of Yan Yaw sub-district health promotion hospital, Lansaka district, Nakhon si Thammarat province. The community participatory action research (CPAR) design was applied for this study. There were 5 steps in the process: (1) preparation, (2) situation assessment, (3) planning and developing surveillance model for dengue mosquito larvae, (4) implementation conducting phase followed the larval indices surveillance system, and (5) evaluation. The study tools were a questionnaires for evaluating knowledge on dengue and understanding on larval indices of which the content validity indices (CVI) were 0.86 and 0.80 respectively. Data analysis was conducted through the use of diagram; and the comparison of knowledge and understanding before and after the intervention was performed using chi-square test, and the larval indices level and morbidity rate with graphic presentation. The results found that: the “Yan Yaw model” consisted of four segments which included: (1) village health volunteers conducted survey 10-15 households per each volunteer and recode data with “violet book” “blue book” and “yellow book”, (2) surveillance center processed the data using an online program (<http://lim.wu.ac.th>), (3) utilization of data by responsible personnel, and (4) leaders from each of the 6 villages took necessary control actions. After the model implementation, village health volunteers had significantly better knowledge on dengue control and good understand on larval indices ($p < 0.01$); The level of larval indices decreased significantly leading to the decline in dengue morbidity. In conclusion, the participation of all stakeholders was the important factor to enhance community on the survey of larval indices, eliminate mosquito breeding sites, improve dengue knowledge and understanding on larval indices, and continue communication on the surveillance information.

Keywords: larval indices surveillance system; dengue disease; sub-district health promotion hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ออร์ปิดิกส์)*

สันติ ทวยมีฤทธิ์ ร.ป.ด.**

* สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วันรับ:	1 มี.ค. 2564
วันแก้ไข:	20 เม.ย. 2564
วันตอบรับ:	30 เม.ย. 2564

บทคัดย่อ การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 407 คน (2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล จำนวน 9 คน และ (3) บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 6 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล ผลการวิจัย พบว่า (1) ทั้ง 3 อำเภอมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ เพื่อกำกับ ติดตามการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในด้านความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=4.11, SD=0.63) ความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=4.37, SD=0.66) โดยมีการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA ดังนี้ มีการวางแผน ดำเนินการ ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผลข้อค้นพบ ปรับปรุงข้อค้นพบ (2) รูปแบบการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพตนเอง โดยการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็น การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการสร้างข้อตกลงของชุมชน วางแผน การดำเนินงาน เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (3) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานภายใต้ SCAN model สามารถใช้งานได้จริง มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงจังหวัดนครราชสีมาได้ ข้อเสนอแนะ คือ การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความเสถียรมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การควบคุมป้องกัน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ช่วงที่ผ่านมา ณ วันที่ 29 มกราคม 2563 ทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 6,030 รายที่ตรวจพบเชื้อแล้ว และยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกทุกวันในประเทศจีน มีรายป่วย 5,974 รายที่ตรวจพบเชื้อแล้ว ผู้ที่มีอาการและสงสัยว่าจะติดเชื้ออีกยังมีอีก 6,973 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 976 รายและถึงแก่กรรม 132 ราย (อัตราตายร้อยละ 2.2) ผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมโดยมากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคอื่นในกลุ่ม NCD ร่วมด้วย นอกประเทศจีน พบผู้ป่วย 56 รายที่ตรวจพบเชื้อแล้วและอยู่ใน 14 ประเทศ⁽¹⁾ และมีแนวโน้มจะขยายวงกว้าง จำนวนผู้ป่วยคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกนอกประเทศจีนที่ตรวจพบโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแสดงข้อมูลทางระบาดวิทยาและการควบคุมโรคนี้ จนถึงวันที่ 29 มกราคม มีผู้ป่วยทั้งหมด 14 รายที่ตรวจพบเชื้อชนิดนี้ เป็นคนไทย 1 ราย ที่เหลือเป็นคนจีน ยังไม่มีรายใดถึงแก่กรรม มีรายที่หายดีและบินกลับประเทศจีนแล้ว 5 ราย⁽¹⁾

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ได้สรุประบบการรายงานการระบอดออกเป็น 4 ประการ ดังนี้ (1) หากพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคให้พิจารณาแยกกักผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นตามแนวทางของกรมการแพทย์ (2) ให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทันที (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แจ้งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตที่รับผิดชอบ/สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ภายใน 3 ชั่วโมง หลังพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคตามแนวทางที่กำหนด (4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 ให้รหัสผู้ป่วยและบันทึก ข้อมูลใน

ระบบออนไลน์

หลังจากมีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ตรวจหาเชื้อ จำนวน 378 คน แบ่งเป็น พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 13 คน ไม่พบเชื้อ จำนวน 356 คน รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 9 คน และข้อมูลจากโปรแกรม COVID-19 Korat พบว่ามีผู้ที่เดินทางเข้าจังหวัดนครราชสีมา รายงานจาก 30 อำเภอ รวม 5,157 ราย เฝ้าระวังครบ 14 วัน จำนวน 145 ราย ปัจจุบันติดตามต่อเนื่อง จำนวน 5,012 ราย โดยพื้นที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 8 ราย อำเภอโชคชัย จำนวน 3 ราย อำเภอพิมาย จำนวน 1 ราย และอำเภอวังน้ำเขียว จำนวน 1 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2563 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

อย่างไรก็ดี แม้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากเป็นเชื้อโรคอุบัติใหม่ หลายหน่วยงานพยายามพัฒนาวัคซีน เพื่อให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกแนวทางหนึ่งสามารถทำได้โดยนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทในการดูแล ควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเบื้องต้น เนื่องจาก อสม. มีบทบาทและหน้าที่⁽⁴⁾ ดังต่อไปนี้ (1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (2) การรณรงค์และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน (3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น (5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน (6) ให้ความรู้ด้านการ

เข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ สาธารณสุขของประชาชน (7) ศึกษาพัฒนาตนเองและ เข้าร่วมประชุม (8) ดำเนินการตามมาตรฐาน สมรรถนะของ อสม. (9) ประสานการดำเนินงาน สาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของหน่วยงานของรัฐ และอื่น ๆ

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ แนวทางการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนอสม. เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน เนื่องจาก เป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ส่งผลให้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส- โคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ อสม. ในการ ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนา รูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประเมินผลรูปแบบ การดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติด- เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา และเพื่อให้ จังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมาสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยมีราย- ละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานอาสา- สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล และบุคลากร ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอเมืองนคร- ราชสีมา อำเภอปากช่อง และอำเภอพิมาย จำนวน 13,012 คน จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนคร- ราชสีมา เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) อสม. เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่าง แบบทราบจำนวนประชากร ของ Yamane T⁽⁵⁾ โดยกำหนด ค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ ได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ จากการคำนวณได้ขนาด ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คน และเพื่อความไม่ สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 19 คน ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย ครั้งนี้มีจำนวน 407 คน

2) ประธาน อสม. ระดับตำบล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา วิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจาก ทราบจำนวนที่แน่นอนและมีจำนวนไม่มากนัก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนา กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย คัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล การวิจัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก อำเภอละ 5 คน รวม จำนวน 15 คน ส่วนการสนทนากลุ่ม อำเภอละ 3 คน จำนวน 9 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

3) บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน และมี จำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนา กลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการ วิจัย อำเภอละ 2 คน รวมจำนวน 6 คน เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือการวิจัยแต่ละประเภท ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบวิเคราะห์ เนื้อหาที่ปรากฏรายละเอียดในคำสั่ง รายงานการประชุม คำสั่ง เอกสารประกอบการรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อ- ไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น โดยแบ่ง แบบวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเนื้อหา และส่วนที่ 3 ข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสอบถาม อสม. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อเสนอแนะ

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประธาน อสม. ระดับตำบล เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

2.4 แบบสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 ประเภทเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของ อสม. และผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยอาศัย การทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความ

เที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของ อสม. และผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไปและทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre-test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบอค (Cronbach's alpha) ที่ผู้วิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.79 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวคิดเกี่ยวกับระบาดวิทยา แนวคิดเกี่ยวกับ อสม. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทฤษฎีการประเมินผล และทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการพัฒนา โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณนา

4. การปกป้องสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส 2019-021 เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการทำกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเอง ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอปากช่อง และอำเภอพิมาย ได้มีการออกคำสั่งระดับอำเภอ เช่น เรื่องจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (คปก. อำเภอเมืองนครราชสีมา) เป็นต้น เพื่อกำกับ ดูแลตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ ทั้ง 3 อำเภอได้กำหนดให้ อสม. ออกปฏิบัติหน้าที่ตามแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการติดตามสังเกตอาการผู้ถูกกักกันบริเวณ ณ ที่พักอาศัย และยังกำหนดให้ อสม. รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ COVID-19 KORAT เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลของจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการแจกแบบสอบถาม อสม. จำนวน 407 คน เรื่องความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่ถูกต้อง เช่น สถานที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ตลาดสดเมืองอุ๋น ประเทศจีน มีผู้ตอบ

ถูก คิดเป็นร้อยละ 75.43 เป็นต้น และที่ตอบไม่ถูกต้อง เช่น การป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเรื่องของ อสม. ต้องช่วยกันป้องกัน มีผู้ตอบว่าถูกร้อยละ 76.41 ซึ่งเป็นคำตอบที่ผิด เพราะการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องช่วยกันป้องกันไม่ใช่เพียงแค่อสม. ในด้านความพึงพอใจต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (Mean=4.11; SD=0.63) และด้านความต้องการที่มีต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด (Mean=4.37; SD=0.66)

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม อสม. ระดับตำบล จำนวน 15 คน พบว่า ปัจจัยความสำเร็จจากการดำเนินงานสามารถสรุปเป็นนโยบายได้ 2 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับนโยบายคือ ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ตระหนักและให้ความสำคัญในการวางแผนควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการออกมาตรการต่างๆ อย่างเข้มข้น (2) ระดับปฏิบัติการ ดังนี้ (2.1) ความเข้มแข็งในการทำงานของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (emergency operation center: EOC) จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดพื้นที่กักตัวให้ประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงเพียงพอ เหมาะสม (2.2) มีเครือข่ายในการทำงานระดับพื้นที่จากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. และแกนนำชุมชน (2.3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสื่อสารแก่ประชาชนให้เข้าใจมาตรการ DMHTT ของจังหวัดและขอความร่วมมือปฏิบัติตามอย่างเข้มข้น (2.4) มีเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่นำไปใช้ได้ทันเวลา อาทิ COVID-19 KORAT program, Cohort ward program เป็นต้น

การวิเคราะห์การดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้หลัก 7s

Model พบว่า (1) Strategy มีแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่ความชัดเจน ครอบคลุม แต่ยังคงขาดการติดตาม/ประเมินผลแผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (2) Structure โครงสร้างองค์กรเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. แต่ยังคงขาดอำนาจในการตัดสินใจ (3) System อสม. ให้บริการในเขตบริการพื้นที่รับผิดชอบ (4) Style ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของ อสม. แต่ยังคงขาดการควบคุมกำกับแผน (5) Staff อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย แต่มีการฝึกอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (6) Skill อสม. มีทักษะ ความรู้และความชำนาญที่เหมาะสม แต่ยังคงขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (7) Shared value มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานของ อสม. ร่วมกัน แต่ยังไม่ครอบคลุม

ในด้านการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) Plan เช่น การวางแผนการค้นหารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (2) Do เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาวิธีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ (3) Check เช่น ตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น (4) Act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบเพื่อออกแบบและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

ผลการสนทนากลุ่มประธาน อสม. ระดับตำบลและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 15 คน พบว่า การดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา มีการพัฒนาศักยภาพตนเองของ อสม. ประกอบด้วย (1) การสร้างเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ต้องพัฒนาหลักสูตร

และให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนั้น อสม. นำความรู้ไปถ่ายทอดให้ชุมชนรับรู้และเข้าใจในทิศทางเดียวกัน (2) การฝึกทักษะการทำงานตามบทบาท โดยการพัฒนาทักษะการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง การรายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค (3) การสร้างและเรียนรู้เครื่องมือ ที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง และการรายงาน การสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังใช้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วทันเวลามีเสถียรภาพ ผ่านระบบ Covid-19 KORAT

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยได้รูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา โดยมี 4 องค์ประกอบ หรือ SCAN model ดังภาพที่ 1 โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ (1) Strength: ความเข้มแข็งในการทำงานของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมาและคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดพื้นที่กักตัวได้เพียงพอ เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่นำไปใช้ได้ทันเวลา อาทิ Covid-19 KORAT program, Cohort ward program เป็นต้น (2) Communication: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสื่อสารแก่ประชาชน ให้เข้าใจมาตรการ DMHTT ของจังหวัดและขอความร่วมมือปฏิบัติตามอย่างเข้มข้น (3) Awareness: ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาตระหนัก และให้ความสำคัญในการวางแผนควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการออกมาตรการต่างๆ อย่างเข้มข้น รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพตนเองของ อสม. (4) Network: มีเครือข่ายในการทำงานระดับพื้นที่จากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม. และแกนนำชุมชน

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า (1) ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง (2) เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ (3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่ถูกต้อง เช่น สถานที่ที่มีการแพร่ระบาดคือตลาดสด เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน มีผู้ตอบถูกร้อยละ 75.43 เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษากิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า อสม. ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่โดยติดตามความเคลื่อนไหวสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ อสม. จำเป็นต้องมีการ

ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) Plan เช่น การวางแผนการค้นหารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

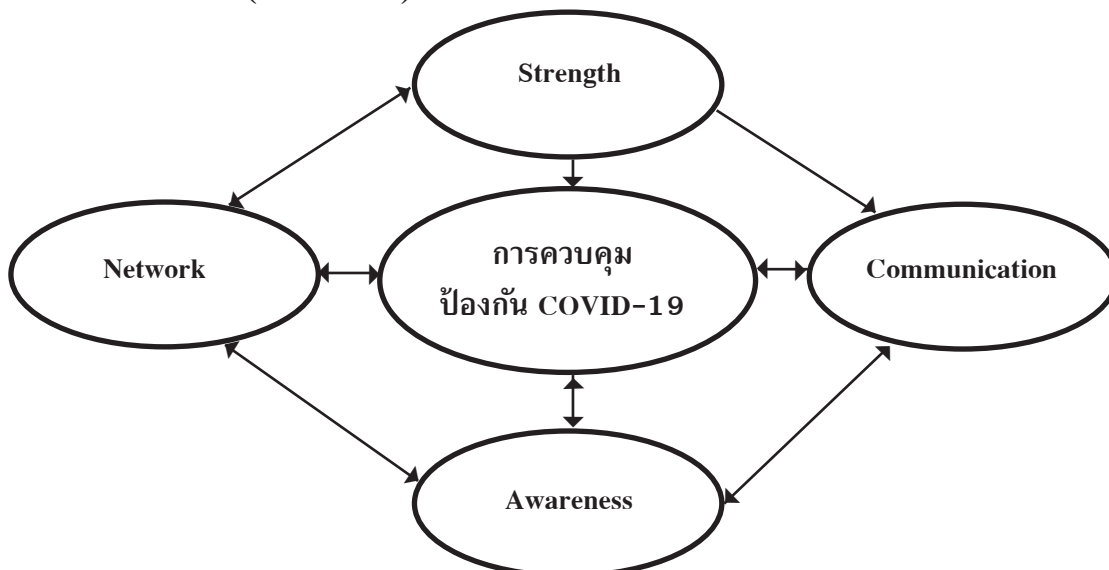
2) Do เช่น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาวีธีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ

3) Check เช่น ตรวจสอบรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

4) Act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบเพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ⁽⁷⁾ ที่ว่า กระบวนการวงจร PDCA ประกอบด้วย (1) Plan เป็นการวางแผนการ

ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา (SCAN Model)



ทำงานในส่วนต่าง ๆ ขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (2) Do เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน (3) Check เป็นการตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาทางตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (4) Action เป็นการกระทำภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอนตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว กล่าวคือ องค์กรประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มาจากการวางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกประธาน อสม. ระดับตำบลอย่างเป็นระบบ ดำเนินการตามแผนประมวลผลข้อค้นพบ และปรับปรุงข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำมาใช้ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. พบว่า การสร้างและเรียนรู้เครื่องมือที่จำเป็นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวัง และการรายงาน การสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังใช้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วทันเวลามีเสถียรภาพ ผ่านระบบ COVID-19 KORAT สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า อสม. ต้องติดตามสังเกตอาการ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือปฏิบัติงาน และการป้องกันตนเอง ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ อสม. นำระบบ COVID-19 KORAT เข้ามาช่วยในการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถกำกับ ติดตามข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ทันทั่วถึง และเป็นระบบยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นรูปแบบการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ผู้บริหารให้ความสำคัญในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ที่ตระหนักถึง

ความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดให้มีมาตรฐาน คำสั่ง ประกาศต่าง ๆ มากมาย เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา มีแนวทางในการยึดถือปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนต่างให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน คอยอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของ อสม. ให้สามารถดำเนินการลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับ อสม. ให้มีความเสถียรมากขึ้น
2. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ อสม. ที่จะนำไปสู่ประชาชนเพื่อลดการปกปิดข้อมูล การตีตราทางสังคม และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการของจังหวัด
3. ควรนำ SCAN model ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้สามารถควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. อมร ลีลาตรี. ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ สำหรับแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=4bl1!31!2!!634!nNI3v2cL>
2. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no7-100163.pdf>
3. ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดนครราชสีมา. รายงานสถานการณ์การตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- นครราชสีมา; 2563.
4. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย-
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554
[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. แหล่ง-
ข้อมูล: <http://www.esanphc.net/ihsd/wp-content/uploads/2018/05/ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน-2554.pdf>
 5. Yamane T. Statistic: an introductory analysis. 3rd ed.
New York: Harper and Row; 1973.
 6. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร ตำแสง-
สวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค
ต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร
2563; 14(2):25-36.
 7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. PDCA เครื่อง
มือในการจัดการคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ
4 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://psdg.mnre.go.th/ckeditor/upload/files/id147/KM/PDCA_28_29_ก_ย_2560_กพร_ทส.pdf
 8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาค
ประชาชน. แนวทางปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการติดตามสังเกตอาการผู้ถูกกักกันบริเวณ
ที่พักอาศัย (home quarantine). นนทบุรี: กรมสนับสนุน-
บริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2563.

Abstract: Development of an Operating Models of Village Health Volunteers in the Control and Prevention of Coronavirus 2019, Nakhon Ratchasima Province

Phattharapol Jungsomjatpaisat, M.D., Dip.Thai Board of Orthopedic Surgery*; **Sunti Tuaymeerit, D.P.A.****

** Health Technical Office, Ministry of Public Health; ** Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):490-9.

The objectives of this research were to develop and to evaluate an operating model on the roles of village health volunteers in the control and prevention of Coronavirus 2019. It was conducted in Nakhon Ratchasima Province. Samples were divided into 3 groups: (1) 407 village health volunteers, (2) 9 heads of village health volunteers at the sub-district level, and (3) 6 medical and public health officers. Research instruments included document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and group discussions. Quantitative data analysis with descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation; and the qualitative data analysis was performed by classifying and grouping data. The results found that: (1) All of 3 districts had established district-level disease control operation centers to control and prevention of Coronavirus 2019. Village health volunteers had knowledge about the control and prevention of Coronavirus 2019 both correct and incorrect in terms of satisfaction. The overall outcome was at a high level (Mean=4.11, SD=0.63). Overall demand was at a high level (Mean=4.37, SD=0.66) with the implementation of the PDCA cycle process as follows: planning, conducting relevant literature studies, process findings, improve findings. (2) The operating model of village health volunteers was divided into 2 aspects including (1) self-development through knowledge establishment, skill development, learning essential tools, and (2) participatory capacity building by creating community agreements, planning operations, monitoring, and continuous evaluation. (3) Evaluation of the operating model under the SCAN model that was practical and appropriate could be used in areas with the context similar to that of Nakhon Ratchasima Province. The authors recommended that a recording system be developed for the record of necessary programs for village health volunteers in order to become more stable.

Keywords: development of operating models; village health volunteers; control and prevention; coronavirus 2019 infectious disease

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับ การดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน

ณิรนุช วงศ์เจริญ ปร.ด.*

ทัศนมินทร์ รัชตารณรัชต์ ปร.ด.**

* โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

** ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบความมั่นคงและความปลอดภัยชายฝั่งเศรษฐกิจอ่าวไทยและอันดามัน

วันรับ: 16 ม.ค. 2563

วันแก้ไข: 19 มี.ย. 2563

วันตอบรับ: 23 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric และ sub-trochanteric ที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 จำนวน 14 และ 19 คน ตามลำดับ เครื่องมือวิจัยเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยบันทึกการเยี่ยมบ้านและแบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พัฒนารูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นำวงจร PAOR 4 ขั้นตอน มาใช้เป็นวงล้อในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ pair sample t-test ผลการศึกษา พบว่า ผลการดูแลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนพัฒนา (ปี 2559) และหลังพัฒนา (ปี 2560 และ 2561) มีอัตราการเกิดผลกดทับลดลง เท่ากับร้อยละ 66.67, 28.57 และ 11.11 ตามลำดับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.58, 80.25 และ 92.59 อัตราการเสียชีวิตในปีแรกลดลง เท่ากับร้อยละ 33.33, 7.14 และ 0.00 ตามลำดับ และคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะดัดถ่วงน้ำหนักก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงมีการส่งเสริมให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้านมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; กระดูกต้นขาหัก; การดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.20 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.10 ในปี 2583

ซึ่งคาดว่าในปี 2564 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society)⁽¹⁾ ภาวะกระดูกหัก (fracture) พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย⁽²⁾ ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมี

แนวโน้มกระดูกต้นขาหัก แดงและร้าว เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 40.00 และจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่าจะมีอัตราเสียชีวิตภายในปีแรกถึงร้อยละ 17.00-28.00 ภาวะกระดูกหักที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ กระดูกหักบริเวณคอกระดูกต้นขา สาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.00) เกิดจากการผลัดตกหกล้ม⁽³⁾ ภาวะกระดูกหักไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่มีพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณนั้น ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อเส้นเอ็น เส้นประสาท เยื่อหุ้มกระดูกมักได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย และมักพบว่ามี การอักเสบของหลอดเลือดเกิดก้อนเลือดขัง (hematoma) การอักเสบ (inflammation) ทำให้เกิดความปวด (pain)⁽⁴⁾ ทั้งนี้ภาวะกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุการรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีดัดถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (skin traction) อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงเกิดการเสียชีวิตมาก⁽⁵⁾ หรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า

การดัดถ่วงน้ำหนัก (traction) เป็นการรักษาโดยใช้แรงดึงที่บริเวณขาโดยใช้น้ำหนักถ่วงในทิศทางตรงกันข้ามกับแรงดึงของกล้ามเนื้อ เพื่อรักษาแนวกระดูกหักให้อยู่ในตำแหน่งเดิม หรือเป็นการคงสภาพกระดูกไว้ชั่วคราวจนกว่าจะผ่าตัด หรือใช้รักษาในผู้ที่มีกระดูกหักข้อเคลื่อน หรือภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งเป็นเวลานานๆ มักทำที่รยางค์ เช่น กระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (tibia) หรือใช้ดัดศีรษะในรายที่ผู้ป่วยกระดูกบริเวณคอแตกหรือร้าว⁽⁶⁾ การดัดถ่วงน้ำหนักเป็นการรักษาที่สามารถช่วยในอาการลดปวดในผู้ป่วยกระดูกหักได้ดี^(7,8) การดัดถ่วงน้ำหนักจำแนกตามประเภทของเครื่องดึงได้ 2 ประเภท โดยแบ่งตามอวัยวะที่ดึง ได้แก่ การดึงกระดูกผ่านผิวหนัง (skin traction) เป็นการดึงกระดูกโดยใช้แรงดึงที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) และการดึงผ่านกระดูก (skeletal traction) เป็นการดึงที่กระดูกโดยตรง จากการศึกษาพบว่าการรักษากระดูกต้นขาหักด้วยวิธีการดึงกระดูกผ่านผิวหนังจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการดึงผ่านกระดูก⁽⁹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการการดัดถ่วงน้ำหนักเพื่อ (1) ดึงขึ้นกระดูกที่

หักให้อยู่หนึ่ง และให้กระดูกส่วนที่หักเกาะกันค่อยๆ ยึดออก จัดกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนให้เข้าที่ (reduction) (2) บรรเทาความปวดจากการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หัก (relieve pain) โดยจัดให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่นิ่ง (immobilization) (3) บรรเทาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (relieve muscle spasm) และ (4) ป้องกันและแก้ไขรูปพิการ (prevent and correct deformities)⁽¹⁰⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักของโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2559-2561 เท่ากับ 9, 14 และ 19 ราย ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2559 พบว่า ร้อยละ 85.71 มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สูงขึ้น จากการศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักของงานเยี่ยมบ้านในปีงบประมาณ 2559 พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื้องที่บ้าน เครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนขณะดัดถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ มีอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 66.67 การปฏิบัติตัวและดูแลของญาติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 71.42 และมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรก ร้อยละ 33.33 จากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดถ่วงน้ำหนักที่บ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ (2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (3) การกำหนดแบบแผนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และ (4) กระบวนการส่งต่อการดูแลต่อเนื้องในทุกระยะของความเจ็บป่วย⁽¹¹⁾

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนื้องที่บ้านจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลร่วมกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพัฒนาระบบ PAOR ของ Kemmis S and McTaggart R⁽¹²⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นวงจรรูปเกลียว (spiral) ที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (ob-

ervation) และการสะท้อนกลับ (reflection) มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการวิเคราะห์ตามแผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone diagram or Ishikawa diagram)⁽¹³⁾ ในการหาสาเหตุและปัจจัย (factors) ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดง้างน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดง้างน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric และ subtrochanteric ทั้งหมดที่ได้รับการดัดง้างน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้านของงานเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลปง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 14 คน และระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 19 คน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R⁽¹²⁾ ประกอบด้วยการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (planning) เพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) (3) การสังเกตการณ์ (observation) และ (4) การสะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการวิเคราะห์ตามแผนภูมิแก๊งปลา⁽¹³⁾ (Fishbone diagram or Ishikawa diagram) ในการหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับ

การดัดง้างน้ำหนักต่อเนื้อที่ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และ (2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on-skin traction ลักษณะแบบประเมินเป็นชนิดเลือก 2 คำตอบคือ “ปฏิบัติถูกต้องหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง” แบบประเมินใช้เกณฑ์การประเมินตามหลักการดูแลผู้ป่วย on skin traction⁽¹⁰⁾ ได้แก่ (1) แนวของการดึง (line of pull) (2) ลดแรงเสียดทาน (prevent friction) (3) ทำให้มีแรงต้านกับตุ่มน้ำหนักหรือแรงถ่วง (counter traction) (4) ดัดง้างน้ำหนักตลอดเวลา (continuous traction) (5) รักษาแนวของลำตัวได้ถูกต้อง (correct body alignment) (6) การใช้ยา (medicine) และ (7) การรับประทานอาหาร (diet) แบบประเมินทั้งหมดมีจำนวน 11 ข้อ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสอบถาม และสังเกตการปฏิบัติตัวและการดูแลของญาติในขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) ได้แก่ Pair sample T-test กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปีงบประมาณ 2560) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถ

วิเคราะห์หาสาเหตุตามแผนภูมิแก๊งปลา (Fishbone diagram or Ishikawa diagram) พบสาเหตุดังนี้

1.1 บุคคล (man) ประกอบด้วย (1) ด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เปื่อไม่ยกนอนอยู่กับที่นาน ๆ ท้อแท้ รู้สึกปวดเอาออกแล้วดีขึ้นจึงไม่ใส่ต่อ และขาดผู้ดูแล (2) ด้านผู้ดูแล ขาดความตระหนัก ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ญาติคิดว่าผู้ป่วยแก่แล้วเดินไม่ได้ก็ไม่เป็นไร และตามใจผู้ป่วยไม่ยกฟ้งเสียงบ่น และ (3) ด้านเจ้าหน้าที่ มีบุคลากรไม่เพียงพอ ในพื้นที่มีความหลากหลายของวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน จึงขาดความรู้ความชำนาญ และทักษะการดูแลผู้ป่วย on skin traction

1.2 กระบวนการทำงาน (method) มีแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ไม่ระบุเวลาและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอโป่งในการเยี่ยมบ้าน และระบบการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง

1.3 วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในกระบวนการ (material) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า สถานที่ เตียง อุปกรณ์ที่บ้านไม่เหมาะสม ลักษณะการตั้งไม่ถูกต้อง และขณะ on skin traction อุปกรณ์มีการชำรุด และไม่มีอุปกรณ์สำรองในพื้นที่

1.4 อุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก (machine) เป็นจุดแข็งของการปฏิบัติงานโดยทาง โรงพยาบาลให้การสนับสนุนเรื่องยานพาหนะในการเยี่ยมบ้านเป็นอย่างดี

1.5 สิ่งแวดล้อม (environment) ลักษณะผู้ป่วยในชุมชนมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สภาพที่อยู่อาศัย สถานที่สำหรับดัดถ่วงน้ำหนัก วัสดุอุปกรณ์ และผู้ดูแล เป็นต้น

หลังการวิเคราะห์ปัญหา นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดแผนการดำเนินงานให้มีการฟื้นฟูความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง และวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)

เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction โดยการจัดประชุมฟื้นฟูและพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอโป่ง หลังจากนั้นมีการระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่องทางการขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า และกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1. ระยะ on skin traction มีการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เน้นการให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณี โดยมีการกำหนดให้มีการเยี่ยมทุกอาทิตย์ จนกว่าจะ off skin traction กรณีมีภาวะแทรกซ้อนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่พิจารณาเยี่ยมตามความจำเป็น

2. ระยะหลัง off skin traction มีการติดตามเยี่ยมหลัง off 1 สัปดาห์ เพื่อฟื้นฟู ฝึกการทรงตัว และฝึกเดิน กรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด นัดเข้ามารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโป่ง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการเก็บข้อมูลผลการดำเนินการ อุปสรรค และปัญหาที่พบ เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นการประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ในระยะที่ 1

ระยะที่ 2 (ปีงบประมาณ 2561) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งนอกจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวแล้ว ยังมี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องด้วยเป็นคนในพื้นที่ มีความใกล้ชิดสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ดังนั้นจึงจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รักษาโดยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) เป็นการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการอบรมให้ความรู้ทางทฤษฎีฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้วยการปฏิบัติจริง และมีการทดสอบความรู้ทางทฤษฎีก่อนและหลังการอบรม และการสอบภาคปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการส่งเสริมให้ อสม. และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ที่ได้รับการพัฒนาในระยะเวลาที่ 1 ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) ประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย on skin traction ในระยะเวลาที่ 2

ผลการศึกษา

หลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก ต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ผลการดูแลผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนพัฒนาเป็นข้อมูลในปีงบประมาณ 2559 และหลังพัฒนาในระยะเวลาที่ 1 เป็นช่วงปีงบประมาณ 2560 ส่วนระยะเวลาที่ 2 เป็นช่วงปีงบประมาณ 2561 มีอัตราการเกิดแผลกดทับลดลง เท่ากับร้อยละ 66.67, 28.57 และ 11.11 ตามลำดับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.58, 80.25 และ 92.59 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตในปีแรกลดลง เท่ากับร้อยละ 33.33, 7.14 และ 0.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on skin traction ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 พบว่า คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะ on skin traction ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดของการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน

ตัวชี้วัด	ร้อยละ		
	ก่อนการพัฒนา (ปีงบประมาณ 2559) (6 ราย)	ระยะเวลาที่ 1 (ปีงบประมาณ 2560) (4 ราย)	ระยะเวลาที่ 2 (ปีงบประมาณ 2561) (2 ราย)
อัตราการเกิดแผลกดทับ	66.67	28.57	11.11
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้อง	28.58	80.25	92.59
อัตราการเสียชีวิตในปีแรก	33.33	7.14	0.00

ตารางที่ 2 คะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังของผู้ป่วย on skin traction ในระยะเวลาที่ 1

คะแนนการประเมินการปฏิบัติตัว	n	Mean	SD	t	p
คะแนนก่อน	14	5.7857	2.88707	-4.795	>0.01
คะแนนหลัง	14	9.1429	0.66299		

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน

ตารางที่ 3 คะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังของผู้ป่วย on skin traction ในระยะที่ 2

คะแนนการประเมินการปฏิบัติตัว	n	Mean	SD	t	p
คะแนนก่อน	19	6.2105	2.43992	-10.470	>0.01
คะแนนหลัง	19	10.5263	1.64548		

วิจารณ์

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ตามรายละเอียดในตารางที่ 4

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดแผลกดทับลดลง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตลดลง ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญสำหรับทีมสุขภาพซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนที่ต้องดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผลการติดตามดูแล

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>1. ระยะได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน (on skin traction)</p> <p>1.1 ทีมการเยี่ยม การเยี่ยมบ้านโดยศูนย์ HHC ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด และพยาบาล</p> <p>1.2 ระยะเวลาในการเยี่ยม ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง หลังจากนั้นส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง</p> <p>2. ระยะหลังการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านออก (off skin traction)</p> <p>นัดติดตามกรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด โดยมีการนัดเข้ารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง</p>	<p>1. ระยะได้รับการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้าน (on skin traction)</p> <p>1.1 ทีมการเยี่ยม การเยี่ยมบ้านโดยศูนย์ HHC โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ บุคคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นรายกรณี</p> <p>1.2 ระยะเวลาในการเยี่ยม มีการกำหนดระยะเวลาการเยี่ยมในระยะ on skin traction โดยมีการเยี่ยมต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะ off skin traction</p> <p>2. ระยะหลังการดัดถ่วงน้ำหนักต่อเนืองที่บ้านออก (off skin traction)</p> <p>มีการติดตามเยี่ยมหลัง off skin traction ได้ 1 สัปดาห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีเดินได้ปกติจำหน่ายผู้ป่วยออกจากศูนย์ HHC ได้ และหลังจากนั้นส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง - กรณีมีปัญหาในเรื่องการเดิน/ข้อติด นัดเข้ารับบริการที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากนั้นให้นักกายภาพบำบัดประเมินซ้ำอีกครั้ง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC เดือนละ 1 ครั้ง จนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ หลังจากนั้นจึงส่งต่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนือง

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ (1) ด้านผู้ป่วย จากการทำที่มสุขภาพมีการติดตามเยี่ยมให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นความตั้งใจเอาใจใส่ของทีมสุขภาพ ทำให้มีกำลังใจในการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงมีการปฏิบัติตัวตามที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ (2) ด้านผู้ดูแล จากการที่ทีมสุขภาพเข้าไปดูแลให้ความรู้ และสอนทักษะการดูแลผู้ป่วย มีการติดตาม ช่วยเหลือ และแก้ปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล ส่งผลให้ญาติมีความตระหนัก มีความรู้และทักษะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น และ (3) ด้านเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น และเมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีช่องทางด่วนที่สามารถขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่าได้ทันที จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการศึกษา พบว่า ความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความต้องการความสุขสบายด้านร่างกาย (2) ความต้องการความสุขสบายด้านจิตใจ จิตวิญญาณ (3) ความต้องการความสุขสบายด้านสังคม และ (4) ความต้องการความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม⁽¹⁴⁾ ตลอดจนการสร้างช่องทางที่ผู้ป่วยและญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาขณะดึงถ่วงน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน พบว่าการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ (2) การ

มีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (3) การกำหนดแบบแผนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และ (4) กระบวนการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในทุกะยะของความเจ็บป่วย⁽¹¹⁾ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน เป็นรูปแบบที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาแรกคืออาการปวดซึ่งหากไม่สามารถบรรเทาหรือจัดการอาการปวดได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมเปลี่ยนท่านอน นอนท่าเดิมตลอดจะทำให้ภาวะเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาได้มากขึ้น ซึ่งการดึงถ่วงน้ำหนักเป็นการรักษาที่สามารถช่วยในอาการปวดในผู้ป่วยกระดูกหักได้ดี^(7,8) และส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขณะดึงถ่วงน้ำหนักมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาพบบทเรียนที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน โดยนางจร PAOR 4 ขั้นตอนมาใช้เป็นวงล้อในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (1) รูปแบบการดูแลกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้านต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยควรมีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทีมทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมของทีมจะทำให้การดำเนินการมีความต่อเนื่อง และมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น (2) ควรมีการนำเสนอข้อมูลย้อนกลับ ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีการติดตามผลประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาเพิ่มเติม หาแนวทางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน จึงจะเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน และ (3) ด้านตัวผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และเสริม

สร้างความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถกลับมาเดินได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดัดถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังอย่างต่อเนื่องครบตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการหรือสร้างนวัตกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย on skin traction
2. ควรมีการสร้างนวัตกรรมด้านอุปกรณ์สำหรับ on skin traction

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปาง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน-ครีเอชั่น; 2554.
3. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. อุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา 10 ปี และการพยากรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://health.kapook.com/view18033.html>
4. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักและสูญเสียอวัยวะ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.
5. ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวิญญู วรรณารัตน์,

- ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาหเจริญสมบัติ, สรศักดิ์ ศุภผล, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่. กรุงเทพมหานคร. โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 165-80.
6. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. การดัดถ่วงน้ำหนัก. ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวิญญู วรรณารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาหเจริญสมบัติ, สรศักดิ์ ศุภผล, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2550. หน้า 61-72.
7. Etxebarria-Foronda I, Caeiro-Rey JR. The usefulness of preoperative traction in hip fracture. Rev Osteoporos Metab Miner 2018;10(2):98-102.
8. Manafi RA, Amoozadeh F, Khani S, Kamrani RA, Sazegar A. The effect of skin traction on preoperative pain and need for analgesics in patients with intertrochanteric fractures: a randomized clinical trial. Arch Trauma Res 2015;4(2):1-4.
9. Dkhar P, Sengupta M, Iawim R. An explorative study to find out the prevalence of complication among orthopaedic patients with skin traction and skeletal traction, admitted in selected hospital, Guwahati, Assam. International Journal of Health Sciences and Research 2019; 9(10):131-5.
10. ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ लयนันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม, บรรณาธิการ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.
11. กมลศรี ไชยนาเมือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ใส่เครื่องดัดถ่วงน้ำหนักที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานีจังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556. 112 หน้า.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1992.
13. Ishikawa K. Introduction to quality control. Tokyo: 3A Corporation; 1990.

14. ชนิษฐา รัตนกัลยา, มรรยาท ณ นคร, สมพิศ การดำริห์, สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงอ่วงน้ำหนัก. พยาบาลสาร
พัฒนารรณ บุญฤกษ์, ทัศนีย์ ธนะศาล. ความต้องการความ 2557;41(ฉบับพิเศษ):112-22.
สุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความ-

Abstract: Effect of Development of Community Participatory Model for Femur Fracture with Home Skin Traction

Neeranuch Wongcharoen Ph.D.*; Tasanamin Ratchatathanarat D.P.A.**

** Pong Hospital, Phayao Province; ** The Research and Development Center of Security the Coast in Gulf and Andaman of Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):500-8.

The purposes of this action research were to develop and study the results of community participatory model for the care of femur fracture patients with home skin traction. The samples were patient with fracture at the neck of femur, intertrochanteric and sub-trochanteric areas with home skin traction in Pong Hospital, Chiangmai Province, selected by purposive sampling. The study was divided into two periods: fiscal year 2016 (14 patients) and fiscal year 2017 (19 patients). The research instruments were medical records, home visit records and self-report questionnaire. The care model was participated by multidisciplinary team and the Kemmis and McTagart's PAOR process (planning, action, observation, and reflection) was applied for continuous quality improvement. Data were analyzed by using descriptive statistics and the pair sample t-test. This study revealed that there were different between the results of care for patients between before and after the model development. The incidence of pressure sores decreased from 66.67 percent to 28.57 and 11.11 percent from 2015 to 2016 and 2017, respectively; and the percentage of good health practices while on skin traction increased from 28.58, 80.25 and 92.59 percent, respectively. The score of knowledge and self-care behaviors while on skin traction between before and after was statistically significant ($p < 0.01$). These findings indicated that community participatory model for femur fracture care with home skin traction has enhanced continuing care, knowledge and self-care behaviors of the patients and care givers. In addition, the development of multidisciplinary team and village health volunteers had further improved the quality of care for femur fracture patients with home skin traction.

Keywords: community participation; femur fracture; home skin traction

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น

ศิริราณี คำอุ พย.ม.

กาญจนา วิเชียร พย.ม.

ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น

วันรับ: 15 ม.ค. 2561

วันแก้ไข: 26 มิ.ย. 2563

วันตอบรับ: 6 ก.ค. 2563

บทคัดย่อ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนและความเสี่ยงสูง จากการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปี 2558 พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรอผ่าตัดร้อยละ 6.95 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 17.83 อัตราการกลับเขารักษาซ้ำหลังจำหน่ายร้อยละ 17.06 ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 18 วัน สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในการเตรียมความพร้อมและดูแล ต่อเนื่อง บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด กลัว การผ่าตัด ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 18 คน กลุ่มผู้ป่วย 111 ราย พัฒนาโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R ประกอบด้วย ขั้นตอนแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์โดยทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว ระดมความคิดเห็นจากบุคลากรในโรงพยาบาลเครือข่าย ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้แก่ (1) จัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่อง (2) จัดทำคู่มือ สื่อการสอน แนวทางการรับ ประึกษา (3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ กับผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดหัวใจในปี 2559 ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประเมินผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการพัฒนาพบว่า (1) ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ร่วม วางแผนการผ่าตัด วางแผนจำหน่าย ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับ โรงพยาบาลเครือข่าย (2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 80.62 เป็น 92.79 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจากร้อยละ 17.83 เป็น 2.62 อัตราการ เสียชีวิตขณะรอผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 6.95 เป็น 1.79 อัตราการกลับเขารักษาซ้ำหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน ลดลง จากร้อยละ 17.06 เป็น 6.30 ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย ลดลงจาก 18 วันเป็น 13 วัน ให้คำปรึกษาทาง โทรศัพทเฉลี่ยวันละ 7 ราย ประสานงานปรึกษาร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 9 ราย

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย; การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด; การเตรียมความพร้อม; การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคหัวใจ และเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจมากขึ้น สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558 มีจำนวน 11,248, 11,941, 11,983 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องทำให้หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นชั่วคราวเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดอย่างสะดวก โดยมีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม เป็นระบบไหลเวียนโลหิตภายนอกร่างกาย (cardiopulmonary bypass) เพื่อทำหน้าที่ทดแทนการทำงานของหัวใจและปอดของผู้ป่วยชั่วคราว ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตในระหว่างและหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 5-10⁽²⁾ อัตราการครองเตียงนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรอการผ่าตัดเมื่อรอนานทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้มากขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกหัวใจเต้นผิดจังหวะรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว⁽³⁾ ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงทีมที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ การดูแลขณะรอผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดการกลับเข้ารับการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดอัตราการตายขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัด

โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี 2555 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากปี 2555 ถึง ปี 2558 จำนวน 505 ราย ถึงแม้จะมีการผ่าตัดมาระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด ร้อยละ 6.88 พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมร้อยละ 17.83 การกลับเข้ารับรักษาหลังจำหน่าย ร้อยละ 17.06 อัตราการเสียชีวิตใน 30 วันหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร้อยละ 8.71จากการทบทวนสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์โดยศึกษาจากเวชระเบียน การระดม

สมองของทีมสุขภาพ เสี่ยงสะท้อนจากแพทย์/พยาบาล โรงพยาบาลเครือข่ายและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่รุนแรง และยังมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่อง บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่องจากการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด กลัวการผ่าตัด ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่า การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดผลกระทบหรือการรับรู้ข้อมูลแบบผิด ๆ ทำให้เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งก่อนและหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ สิ่งที่ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องการจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุขและพึ่งพาตัวเองได้ คือการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย⁽⁵⁾ โรงพยาบาลทรวงอกได้มีการศึกษาพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลทรวงอก โดยมีการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายโดยใช้การดูแลแบบทีมสหสาขาให้มีความต่อเนื่อง ได้มาตรฐานมีความคุ้มค่า คำนึง⁽⁶⁾ เมื่อมีการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่น ในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายหลังผ่าตัด ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านบริบท และกลุ่มผู้ป่วย ทำให้พบปัญหาอุปสรรคคือ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดยังไม่เชื่อมโยงไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้าน จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

แบบเปิดของโรงพยาบาลขอนแก่นขึ้น โดยให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานงานหลักในการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและครอบครัว เชื่อมโยงกับทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น ในเรื่องความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการ re-admit หลังจำหน่าย ระยะเวลานอนรักษาเฉลี่ยในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis S และ McTaggart R⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ (1) ขั้นวางแผน (planning) (2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) (3) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) และ (4) ขั้นสะท้อนผล (reflection) ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) ก่อนเริ่มดำเนินการผู้วิจัยได้สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งปัญหาที่พบในระหว่างรอผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด การเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม และปัญหาที่พบหลังผ่าตัดได้แก่ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำหลังจำหน่ายใน 28 วัน ระยะเวลานอนรักษาเฉลี่ยในโรงพยาบาลนานเพื่อให้ทีมผู้ดูแลได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีการเตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพ กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ทบทวนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาในการศึกษาร่วมกัน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan) (มิถุนายน - สิงหาคม 2558) วิเคราะห์สถานการณ์โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ

ครอบครัวที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเกิน 3 เดือน และกลับมาตรวจตามนัดที่ OPDCVT จำนวน 30 คนโดยการสุ่มจากคิวที่รอตรวจ เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ปัญหาและความต้องการ การดูแลทั้งในขณะรอผ่าตัดที่บ้าน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอบถามความต้องการและปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากแพทย์ พยาบาลโรงพยาบาลเครือข่าย ในจังหวัดขอนแก่นโดยให้แพทย์และพยาบาลทุกคนที่เข้าอบรมงานประชุมเชิงปฏิบัติการ ACS Rally เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2558 ตอบแบบสอบถามทุกคนจำนวน 57 คน ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกรายที่เสียชีวิต และ Re-admit ในปี 2557 จำนวน 35 ราย ระดมสมองทีมสหสาขาค้นหาสาเหตุของปัญหา

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) (กรกฎาคม - ธันวาคม 2558) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดดำเนินการ 3 กิจกรรม ดังนี้

1. ระดมสมองทีมสหสาขาจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจจนถึงจำหน่ายไปอยู่ในชุมชนโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลักพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยทีมสหสาขาการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ และการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเครือข่าย

2. จัดทำคู่มือสื่อการสอนภาพพลิก/โปสเตอร์ สำหรับทีมที่ดูแลในโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลเครือข่าย แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วย CVT สำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย แนวทางการรับปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จัดทำแผ่นพับให้ความรู้หลังผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วย

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการให้คำปรึกษาและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลในระยะวิกฤติหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การวางแผน

จำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง สำหรับพยาบาล และนักกายภาพบำบัด หลักสูตร 1 สัปดาห์ จำนวน 28 คน และจัดประชุมวิชาการ การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังผ่าตัดหลักสูตร 1 วัน สำหรับพยาบาลและนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 22 โรงพยาบาล

4. จัดประชุมชี้แจงการนำใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสำหรับ แพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อความเข้าใจและปฏิบัติในแนวทางที่กำหนด

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) (มกราคม-ธันวาคม 2559) นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้นใช้กับผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลักประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
2. การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง
3. การให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
4. การดูแลผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย

รวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด ติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทุก 1 เดือน

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) (มกราคม - มีนาคม 2560) วิเคราะห์ผลการนำใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในเรื่องตัวชี้วัดผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้แก่ (1) ร้อยละความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด (2) อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด (3) อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม (4) ค่าเฉลี่ยระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล และ (5) อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ประเมินการมีส่วนร่วมดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาลเครือข่าย ปรับปรุงแผน โดยการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติ ระดมสมองทีมสหสาขาเพื่อปรับปรุงแผนการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษา

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่นในปีงบประมาณ 2559 ทุกรายที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเฉพาะรายที่นัดมาผ่าตัดเท่านั้นโดยไม่จำกัดเพศ
2. อายุอยู่ในช่วง 20 - 80 ปี
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 80 ปี
2. ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน
3. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง โรคความผิดปกติทางสมอง
4. ผู้ป่วยที่ On tracheostomy tube

กลุ่มที่ 2 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 18 คน คัดเลือกจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วยศัลยแพทย์ทรวงอก 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 2 คน หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 3 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านศัลยกรรมทรวงอก 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านอายุรกรรมหัวใจ 1 คน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 2 คน พยาบาลศูนย์ส่งต่อ 1 คน พยาบาลห้องตรวจพิเศษทางหัวใจ 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทรวงอก 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนือง 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.83

ส่วนที่ 1 รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนืองผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการระดมสมองของทีมสหสาขา ได้แก่ (1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าต้องผ่าตัดไปจนถึงหลังผ่าตัด กลับไปอยู่ชุมชน (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด one stop service ของทีมสหสาขา (3) การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนืองร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้านผู้ป่วย (4) แนวทางการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย (6) สื่อการสอน โปสเตอร์ ภาพพลิก คู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แผ่นพับการดูแลหลังผ่าตัดหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลารอดคอยผ่าตัด

2. แบบบันทึกตัวชี้วัด ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด อัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล

3. แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยประเมินเรื่องการเตรียมช่องปาก การงดยาละลายลิ่มเลือด การอดบุหรี่

4. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ การได้รับการดูแลเมื่อเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และความคาดหวังที่มีต่อการดูแล

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

6. แบบสอบถามบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนืองผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ อัตราส่วน ร้อยละในเรื่องความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการ Re-admit หลังจำหน่าย ระยะเวลานอนรักษาเฉลี่ยในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย รายละเอียดในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับของงานวิจัย วิธีการขั้นตอน ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาารูปแบบ

1.1. ผลการสำรวจสถานการณ์ในระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย จากแบบสอบถามบุคลากร การระดมสมองของทีมสหสาขา เสียงสะท้อนจากแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดขอนแก่น สรุปแยกตามประเด็นดังนี้

1.1.1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีการนัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคัดสรร-

ทรวงอก ซึ่งเปิดให้บริการทุกวันศุกร์ แพทย์ให้คำปรึกษา เรื่องการผ่าตัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้คำแนะนำ เรื่องการผ่าตัดรายบุคคล ให้ใบนัดผ่าตัด โทรตามผู้ป่วย เมื่อถึงคิวผ่าตัด เมื่อมีอาการผิดปกติก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยไป รับการรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากการผ่าตัด หัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ห้อง ตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมทรวงอกที่มีผู้ป่วยมารับบริการ เฉลี่ยวันละ 70 รายไม่สามารถทำได้ครอบคลุมในเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การสอนการปฏิบัติตัว ขณะรอผ่าตัดที่บ้าน การฝึกบริหารปอด การเฝ้าระวัง อาการผิดปกติ ทำให้พบปัญหา เมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วย และครอบครัว วิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด กลัวเสียชีวิต ลังเลเรื่องการผ่าตัด เมื่อโทรตามให้มาผ่าตัดหัวใจตามคิว ร้อยละ 26.0 ไม่มาตามนัด ไม่พร้อมขอเลื่อนผ่าตัด ปฏิเสธการผ่าตัด และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการเตรียมตัว ก่อนผ่าตัด ไม่งดยาละลายลิ่มเลือด ไม่งดบุหรี่ มีผื่นผุไม่ได้ทำฟัน ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัด ในปี 2558 พบอัตราการ เลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมสูงถึงร้อยละ 17.83 บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะรอผ่าตัดจะให้การดูแลเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ยังไม่มีข้อ บังชี้อาการผู้ป่วยที่ต้องปรึกษาและส่งต่อด่วน ทำให้ผู้ป่วย อาการทรุดลงและเสียชีวิตขณะรอผ่าตัดในปี 2558 พบ อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัดทั้งเสียชีวิตที่บ้านและที่ โรงพยาบาล ร้อยละ 6.88

1.1.2. การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องหลัง ผ่าตัดหัวใจ มีการวางแผนจำหน่ายและให้คำแนะนำเรื่อง โรค การผ่าตัด ยา การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการ ผิดปกติ การปฏิบัติตัว และการมาติดตามอาการตามนัด เป็นการให้คำแนะนำทั่วไป ไม่ได้วางแผนจำหน่ายเน้นให้ เหมาะสมตามสภาวะโรค สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ขาดการประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล หลักก่อนกลับบ้าน และไม่ได้เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง ไปที่โรงพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้าน ทำให้โรงพยาบาลใกล้ บ้านไม่ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ

การรักษาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลง หรือ ทรุดลงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีอาการผิดปกติ ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นภาวะที่อาจเกิดได้หลังผ่าตัด หัวใจแบบเปิดหรือภาวะผิดปกติที่ต้องรีบรักษาเร่งด่วน ตัดสินใจมารับการรักษาซ้ำ ทำให้อาการทรุดลงและเสีย- ชีวิตหลังผ่าตัดได้ ในปี 2558 พบอัตราการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำหลังจำหน่าย ร้อยละ 17.06 อัตราการเสีย- ชีวิตหลังผ่าตัดใน 30 วันร้อยละ 8.71

1.2 ผลการศึกษาในระยะที่ 2 จากการประชุมระดม สมอง ได้สรุปร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมและ ดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1.2.1. มีการปรับรูปแบบการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากเตรียมความพร้อมที่ OPD CVT การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากการทำ Cardiac conference โทรประสานผู้ป่วยและครอบครัวให้ มารับการปรึกษาเรื่องการผ่าตัดทุกวันอังคารสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน จัดรูปแบบการให้คำปรึกษาเรื่องการ ผ่าตัดแบบ one stop service โดยทีมสหสาขา แพทย์ให้ ความรู้เรื่องการผ่าตัดและความเสี่ยงรายบุคคล ภายภ- บำบัดสอนและฝึกบริหารปอดขณะรอผ่าตัดที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินความเสี่ยงรายบุคคล วางแผนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยง ทำกิจกรรมกลุ่มให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและการผ่าตัด โดยใช้สื่อการสอน model หัวใจ ภาพพลิก สอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การ ปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความผิดปกติ บันทึกข้อความส่งผู้ป่วย พบทันตแพทย์ใกล้บ้าน กรณีสูบบุหรี่ส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ ให้เอกสารข้อมูลโรคผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมสุขภาพใกล้ บ้าน จัดคิวการผ่าตัดตามความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วย

1.2.2. แนวทางการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อ เนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยพยาบาลผู้จัดการราย กรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก ตรวจสอบความถูกต้องของ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น

ตั้งแต่จุดคัดกรองก่อนทำเรื่องเข้านอนโรงพยาบาล เริ่มวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D METHOD ตั้งแต่แรกรับ ทดสอบวัดความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่าย จนมีความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย ใกล้เคียงบ้านทำสมุดบันทึกการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการและป้องกันการขาดการติดตามการรักษา

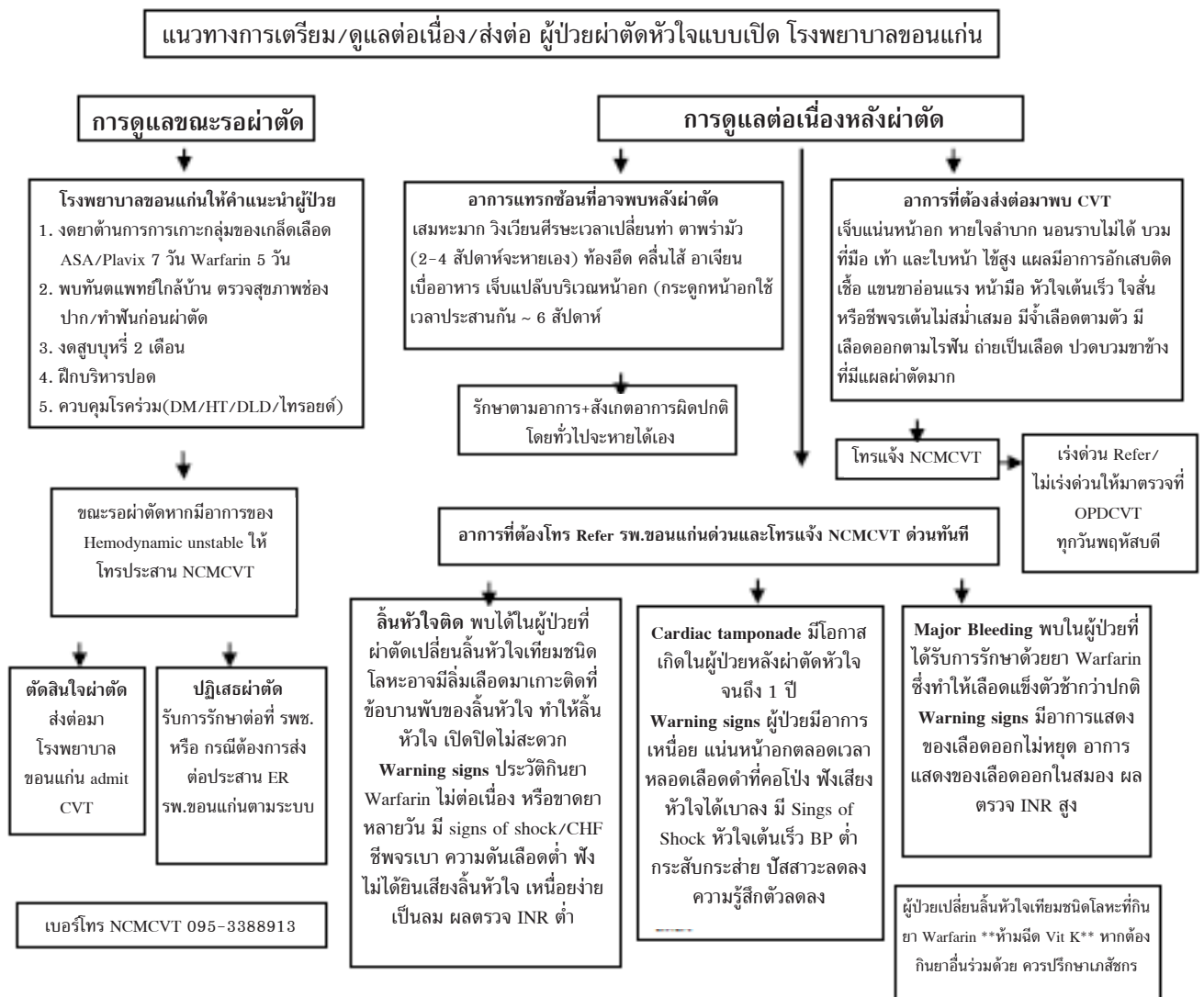
2.3.แนวทางการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโดยโทรติดตามเยี่ยมขณะรอผ่าตัด ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนถึงวันผ่าตัด 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 คืนวันก่อนนอนโรงพยาบาล ครั้งที่ 3

วันที่ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล เพื่อติดตามอาการ ตรวจสอบความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด โทรติดตามอาการ หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือนและทุก 6 เดือน ในรายที่อาการคงที่ ส่วนรายที่อาการไม่คงที่โทรติดตามอาการที่ขึ้น ตามอาการผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยเปิดโอกาสให้โทรหรือ Line มาสอบถามได้ตลอด

2.4. แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สำหรับโรงพยาบาลเครือข่ายในกรณีที่มีผลเลือดผิดปกติ ต้องเจาะเลือดติดตามอาการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงหรือมีอาการทรุดลงทั้งขณะรอและหลังผ่าตัด ดังภาพที่ 1

3. ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อม

ภาพที่ 1 แนวทางการเตรียมดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลขอนแก่นสำหรับโรงพยาบาลเครือข่าย



และดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนาครั้งนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนพัฒนาในปี 2558 จำนวน 129 คนและหลังพัฒนาในปี 2559 จำนวน 111 คน ภูมิลาเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น มีความคล้ายคลึงกันทั้ง 2 กลุ่ม อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40- 59 ปี เป็นเพศชาย มากกว่าหญิงสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากที่สุด รองลงมาเป็นทำผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ และผ่าตัดปิดผนังกันหัวใจรั่วแต่กำเนิด ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มก่อนพัฒนา 47±16 วัน หลังพัฒนา 32 ± 16 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

3.2 ความถูกต้องของการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด พบว่ากลุ่มก่อนพัฒนา ที่นัดมานอนโรงพยาบาลไม่ได้งดยา-

ละลายลิ่มเลือด ไม่ได้เลิกบุหรี่ ไม่ได้ดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่ากลุ่มหลังพัฒนา และกลุ่มหลังพัฒนาปฏิบัติตัวในการเตรียมผ่าตัดได้ถูกต้อง (ร้อยละ 92.79) สูงกว่ากลุ่มก่อนพัฒนา (ร้อยละ 80.06) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.3 ผลลัพธ์ของการพัฒนา พบว่า อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ในกลุ่มก่อนพัฒนา (ร้อยละ 17.83) สูงกว่ากลุ่มหลังพัฒนา (ร้อยละ 2.62) อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัดในกลุ่มก่อนพัฒนา (ร้อยละ 6.97) สูงกว่ากลุ่มหลังพัฒนา (ร้อยละ 1.79) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาหลังจำหน่ายในกลุ่มก่อนพัฒนา (ร้อยละ 17.06) สูงกว่ากลุ่มหลังพัฒนา (ร้อยละ 6.30) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (LOS) ในกลุ่มก่อนพัฒนา (18 ±17วัน) สูงกว่ากลุ่มหลังพัฒนา (13 ±15) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.4 การมีส่วนร่วมดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพโรง-

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา (n=129)		หลังพัฒนา (n=111)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	20--39	39	30.22	20	18.02
	40-59	63	53.49	64	57.66
	60-79	27	11.79	27	24.32
	Mean ± SD	47 ± 16.25		50 ± 11.98	
เพศ	ชาย	69	53.49	60	54.05
	หญิง	60	46.51	51	45.95
สถานภาพ	โสด	12	9.31	16	14.41
	สมรส	92	71.32	84	75.68
	หม้าย/หย่า	25	19.37	11	9.01
การศึกษา	ประถมศึกษา	93	7.09	82	73.87
	มัธยมศึกษา	21	16.3	18	16.22
	ปริญญาตรี	15	11.63	11	9.01
การผ่าตัด	เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	86	66.66	76	68.47
	CABG	32	24.81	27	24.32
	ปิดผนังกันหัวใจรั่ว	11	8.53	8	7.21
ระยะเวลารอคอยผ่าตัด(วัน)					
Mean ± SD		47 ± 16		32 ± 14	

การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 2 ความถูกต้องในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนาและหลังพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด	ก่อนพัฒนา (n=129)		หลังพัฒนา (n=111)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด	18	13.95	4	3.60
ไม่ได้เลิกบุหรี่ก่อนผ่าตัด	3	2.33	1	0.90
ไม่ได้ดูแลสุขภาพช่องปาก	5	3.86	2	2.70
ปฏิบัติตัวถูกต้อง	104	80.62	103	92.79

ตารางที่ 3 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด อัตราการกลับเข้ารับการรักษาหลังจำหน่าย ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (n=129)		หลังพัฒนา (n=111)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	23	17.83	3	2.62
เสียชีวิตขณะรอผ่าตัด	9	6.97	2	1.79
กลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจำหน่าย	22	17.06	7	6.30
ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน): Mean ± SD	18 ± 17		13 ± 15	

พยาบาลเครือข่าย ผู้ป่วยและครอบครัว หลังนำใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้น

ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ โทรศัพท์หรือใช้ Application Line ปรีกษามาที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโดยตรง เฉลี่ยวันละ 7 ราย

โรงพยาบาลเครือข่ายประสานการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีภาวะฉุกเฉินใช้ระบบช่องทางด่วนรับผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น รายที่ส่งสัยลิ้นหัวใจติด 1 ราย Cardiac tamponade 2 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจกินยา warfarin มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 5 ราย มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ราย และโรงพยาบาลเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มาตรวจที่โรงพยาบาลขอนแก่นแล้วค่า INR ผิดปกติ ต้องปรับยา

Warfarin หลังปรับยาระหว่างรอมตามนัดที่โรงพยาบาลขอนแก่น ให้ติดตามเจาะเลือดหาค่า INR และปรับยา Warfarin ที่โรงพยาบาลเครือข่ายร่วมกับศัลยแพทย์ทรวงอกโรงพยาบาลขอนแก่น ผ่านการประสานงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเฉลี่ย สัปดาห์ละ 9 ราย

วิจารณ์

รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของโรงพยาบาลขอนแก่นที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยจัดรูปแบบการให้คำปรึกษา ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด one stop service โดยทีมสหสาขา การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลัก การให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การมี

แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีอาการทรุดลงทั้งขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดหรือมีผลเลือดผิดปกติ ต้องเจาะเลือดติดตามอาการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับโรงพยาบาลเครือข่ายที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดถูกต้องเพิ่มขึ้น ทั้งในเรื่องการงดยาละลายลิ่มเลือด การเตรียมสุขภาพช่องปาก การอดบุหรี่ ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน และตรวจสอบการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด อัตราการกลับเข้ารับการรักษาหลังจำหน่าย และระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากก่อนพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยงและคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ระบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า (1) ด้านคลินิกพบว่าความเสี่ยงทางคลินิกผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคลดลง (2) ด้านโรงพยาบาล พบว่า อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหอบหืดในเด็กลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี คงปอด⁽⁹⁾ ที่พบว่าการนำไปโปรแกรมการจัดการรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ลดจำนวนวันนอนและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและของพยาบาลและการศึกษาของอรนุช ธรรมศร⁽¹⁰⁾ ที่นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบเบ็ดเสร็จ “เชิงคำ One stop service” มาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลเชิงคำ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดขอนแก่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะรอผ่าตัด และหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีแนวทางการประเมินอาการเร่งด่วนและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนมารับการรักษาได้ทันเวลา ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีการใช้เทคโนโลยี โทรศัพท์ และ Line application ปรึกษาและรายงานความก้าวหน้าของอาการกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไปใช้ ควรมีการปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ติดตามประเมินผลการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามกลุ่มโรค เพื่อให้การปฏิบัติทางการพยาบาลมีความชัดเจนมากขึ้น

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ขณะเข้ารับการรักษาหัวใจ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธหรือเข้ารับการรักษาหัวใจแบบเปิด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณ นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น พญ.รักฝัน สวัสดิ์พาณิชย์ หัวหน้าหน่วยศัลยกรรมทรวงอก พว.อัญชลี โสภณ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ดร.จงกลณี จันทร์ศิริ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ ประธานคณะกรรมการวิจัย และพัฒนา R2R พว.ผนิกแก้ว คลังคลา หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนา พว.ชั้นทอง มางจันดีอุดม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการตรวจรักษาพิเศษ ที่สนับสนุนเวลาในการศึกษาและพัฒนา ให้คำแนะนำ

เกี่ยวกับด้านระเบียบวิธี การช่วยประสานงานกับทีมสหสาขา จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยรวบรวมโดยสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212
2. สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือรักษาโรคหัวใจด้วยการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
3. Doering LV, McGuire AW, Rourke D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. Am J Crit Care [Internet]. 2002 [cited 2015 Dec 12];11(4):333–43. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.ejcnurse.2010.09.004>
4. พัชรี จิตเอื้ออังกูร, นภาพร วาณิชกุล, สุพร สุนัยดุขมิฎกุล, อีรพงศ์ โตเจริญโชค. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6-18 สัปดาห์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2560;35(3):106-19.
5. Karlsson AK, Mattsson B, Johansson M, Lidell E. Well-being in patients and relatives after open-heart surgery from the perspective of health care professionals. J Clin Nurs 2010;19(5-6):840–6.
6. พรรณี บัลลังก์, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล. การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2551; 19(1):2-14.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
8. ศิริวันต์ ยิ้มเลี้ยง, อารม ธรรมกวินวงศ์, ช้องมาศ จักรวิเชียร, นพรัตน์ เรืองศรี. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ระบบการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกองการพยาบาล 2554;38(1):52-66
9. พัชรี คงปลอด. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อจำนวนวันนอน ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549
10. อรนุช ธรรมศร. รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบเบ็ดเสร็จ “เชียงใหม่ One stop service” ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: [www.med.cmu.ac.th/hospital/his/downloads/wp/2.oranuch.update 18 Oct 2016.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/his/downloads/wp/2.oranuch.update%2018%20Oct%202016.pdf)

Abstract: Development of Preparation and Continuity of Care Model for Open Heart Surgery Patients in Khon Khaen Hospital

Siranee Khumou, M.S.N.*; Kanchana Sriwichien, M.S.N.*

Cardiac Center, Khon Khaen Hospital, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):509-20.

Open heart surgery is a major operation which is complicated and takes a high risk. According to open heart surgery patients care statistical data in 2015, the mortality rate while waiting for surgery, 6.95 %, day of surgery postponement rate in case patients do not behave properly as preoperative recommendations, 17.83%, readmission rate, 17.06%, average length of stay, 18 days. One of the causes is pathology of disease and there is not an obvious guideline for preparation and continuity of care. Related staffs are not confident in continuity of care. Moreover, patients and family are anxious about surgery, fear of surgery and do not behave properly both pre and postoperative. The purposes of this study were to develop a model of preparation and continuity of care for open heart surgery patients. This study was an action research. The samples were multidisciplinary team with the total of 18 people and patients with the total of 111 people. The research framework used in this study was PAOR – Kemmis & Mc Taggart process. It consists of: Plan: analyzing the situation by reviewing medical records, interviewing patients and family and brainstorming from related staff in hospital network; Action: (1) creating the guidelines for preparation and continuity of care for open heart surgery patients, (2) creating the manual, instructional media and guidelines for counseling, (3) holding a workshop for related staff; Observe: implementing and monitoring the developed guidelines to patients who have an appointment for open heart surgery in 2016; Reflection: evaluating outcomes, analyzing problems and obstacles and improving development plans. The tools used in this study were interview and group discussion form, data recording form and nursing outcome indicators recording form. Data were collected by observation and inquiry. Quantitative data were analyzed by statistics, frequency and percentage and qualitative data were analyzed by content analysis. The results of the study were as follows: (1) The model for preparation and continuity of care for open heart surgery patients was created and nurse case manager is one of staff who prepares patients before surgery, attend to surgery and discharge planning, take a role of counselor and using telephone to follow up postoperative patients and coordinate with hospital network in continuity of care. (2) The results of using this model found that the percentage of patients behaved properly as preoperative recommendations and guidelines increased from 80.62% to 92.79%, day of surgery postponement rate in case patients do not behave properly as preoperative recommendations decreased from 1.83% to 2.62%, mortality rate while waiting for surgery decreased from 6.95% to 1.79%, readmission rate within 28 days decreased from 17.06% to 6.30%, average length of stay decreased from 18 days to 13 days, the telephone counseling amount to 7 cases a day on average and coordinating with hospital network for adjusting a medication amount to 9 cases a week on average.

Keywords: care model for open heart surgery; preparation for open heart surgery; continuity of care

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกและลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ฉันทมัย ปุรินัย พย.บ.

แคทรียา เทนสิทธิ์ พ.บ.

ชวลิต โพธิ์งาม พ.บ.

โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วันรับ: 19 ส.ค. 2562

วันแก้ไข: 20 ก.ค. 2563

วันตอบรับ: 30 ก.ค. 2563

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อม และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) วิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (2) ศึกษา และพัฒนาการดูแลการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (3) จัดทำและปรับปรุงร่างแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (4) นำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้ปฏิบัติ และ (5) วิเคราะห์และติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษและต้องได้ยาระงับความรู้สึกในปีงบประมาณ 2562 และทีมที่ให้การดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยศัลยแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ ทั้งหมด 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทาง การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้แก่ (1) แบบกำหนดหน้าที่และการปฏิบัติในทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบไปด้วย การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับในเวลาราชการ และนอกเวลา ASA class แผนกผู้ป่วยที่รับบริการ สาเหตุที่ต้องฉีกและเลื่อนผ่าตัด (3) แบบรายงานอุบัติเหตุการฉีกและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วย ในระบบ healthcare risk management โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนปฏิบัติตามแนวทาง และพบว่าอุบัติเหตุการฉีกและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 0.20 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 0.10 ในปีงบประมาณ 2562 สรุป การใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลดอุบัติเหตุการฉีกและเลื่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดของโรงพยาบาลศรีสะเกษและโรงพยาบาลอื่นๆ ในเครือข่าย

คำสำคัญ: การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด; การเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วย; ทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทนำ

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยพึงพอใจตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety)

ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ จากการสำรวจเมื่อปี 2558 ที่ได้เกิดแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ในสาขาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และจากการรวบรวมวิเคราะห์สาเหตุในทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า ในโรง-

พยาบาลศรีสะเกษมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องงดและเลื่อนผ่าตัด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และจากการรวบรวมวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพขาดความรู้และความเข้าใจในหน้าที่ดูแลประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จากสภาพปัญหาปัจจุบันโรงพยาบาลศรีสะเกษงานบริการวิสัญญี มีหน้าที่ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย มีขอบเขตการให้บริการ ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดหรือทำหัตถการ เพื่อการรักษา และวินิจฉัยทุกประเภท ทั้งในและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง มีการนำส่งผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาลทุกราย ให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญี เฉลี่ยที่ 50-56 รายต่อวัน พบว่าอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาล ปี 2559 ปี 2560 และปี 2561 จำนวน 21, 11 และ 33 ราย ตามลำดับ และจัดระบบ risk matrix จัดเป็นอันดับ 2 ของหน่วยงานที่ต้องได้รับการพัฒนา เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น^(1,2) เมื่อแยกตามสาเหตุร่วมที่ต้องงดและเลื่อนผ่าตัดพบว่า แพทย์ประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วนก่อนการกำหนดผ่าตัด พยาบาลไม่แจ้งความผิดปกติอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ และปัญหาของผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด⁽²⁻⁵⁾

ปัญหาการงดและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในทุกภาคส่วน ทั้งศัลยแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ โดยหน่วยงานสำคัญในการประสานงานคืองานบริการวิสัญญีของโรงพยาบาล ซึ่งต้องรับหน้าที่ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทุกรายก่อนการผ่าตัด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อต้องการลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อม และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการคงอยู่ในคุณภาพการบริการ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในงานบริการวิสัญญีโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้กลุ่มคณะกรรมการห้องผ่าตัดรับทราบในการประชุมประจำเดือนเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

2) ทบทวนแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจากข้อมูลความเสี่ยง 3 ปี ย้อนหลัง ถึงสาเหตุ ปัจจัยต่างๆ ที่พบ โดยใช้แบบบันทึกในระบบงานความเสี่ยง และจากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3) สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและต้องได้รับยาระงับความรู้สึก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในช่วงเดือนตุลาคม 2561 โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในงานบริการวิสัญญี การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละรายขึ้นอยู่กับสภาพอาการ และข้อมูลที่ได้ครบตามแบบสัมภาษณ์

4) เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรคที่พบ และความต้องการในการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยศัลยแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ โดยการแจกแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5) จัดประชุมทีมพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ที่พบจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

ก) แก้ปัญหาด้านบุคลากรไม่เพียงพอ และสร้างความมั่นใจของบุคลากรในการประเมินเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ข) จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ชัดเจน และกำหนดกลไก

ภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษา และพัฒนาการดูแลภายในทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการจัดทำร่างแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และร่วมกันพิจารณาวางแผนการพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ ด้านการพัฒนาบุคลากร มีมติในที่ประชุมเน้นพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นทีมพยาบาลในเรื่องความรู้ ความตระหนัก ในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยให้มีการดำเนินการดังนี้

1) วางแผนให้ความรู้ตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2) กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนมากขึ้น และทำเป็นลายลักษณ์อักษร

3) มีการประสานงานของการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฉบับร่างไปทดลองใช้ และปรับปรุง ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และปรับปรุงรูปแบบตามบริบทของโรงพยาบาลศรีสะเกษ นำข้อมูลปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้เข้าที่ประชุมทีมสหสาขาได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้ปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง โดยได้กำหนดหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพไว้ ดังนี้

1) ศัลยแพทย์เจ้าของไข้มีหน้าที่ต้องทำการตรวจประเมิน และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

2) วิทยาลัยแพทย์และอายุรแพทย์ มีหน้าที่รับปรึกษากกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการรับบริการวิทยาลัย วางแผนการดูแลร่วมกัน

3) พยาบาลวิชาชีพที่ประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่ต้องทำการประเมินซักประวัติ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

4) ทีมวิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่ต้องทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เยี่ยมประเมินให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึกล่วงหน้า 1 วัน ใน case elective ทุกราย และประเมินซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด

5) พยาบาลห้องผ่าตัด มีหน้าที่ต้องทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรอที่ห้องผ่าตัด

6) ทีมเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ มีหน้าที่ต้องสามารถรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 30 นาที ตลอด 24 ชั่วโมง และมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ก. เมื่อผู้ป่วยประจำที่หอผู้ป่วย และได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องทำการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์เจ้าของไข้ต้องทำหน้าที่ทำการประเมินซักประวัติผู้ป่วยตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ข. พยาบาลวิชาชีพที่ประจำหอผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินซักประวัติ เตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่นัดผ่าตัด (elective case) แนะนำไม่ให้เดินทางไปในที่ชุมชนในช่วงที่รอผ่าตัดและให้คำแนะนำผู้ป่วยใส่ mask ก่อนมาระงับความรู้สึกทุกราย และในผู้ป่วยที่นัดเพื่อการผ่าตัด

ค. ทีมวิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เยี่ยมประเมินให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึกล่วงหน้า 1 วัน ใน elective case ซ้ำอีกครั้งที่หอผู้ป่วย

ง. เมื่อผู้ป่วยถึงหน้าห้องรอผ่าตัด ทีมวิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง ตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

จ. พยาบาลห้องผ่าตัดมีหน้าที่ร่วมทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรอที่ห้องผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง

ฉ. รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ และติดตามประเมินผล เป็นการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านผู้ป่วย อุบัติการณ์ด และการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยลดลง

2) ด้านผู้ให้บริการ ผลการปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในงานบริการวิสัญญีของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) ด้านองค์กร ได้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม และทำฉบับร่างขึ้นตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย วิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน ศัลยแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในด้านผู้รับบริการประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการประกอบไปด้วย การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ ในเวลาราชการ และนอกเวลา ASA class แผนกที่ผู้ป่วยรับบริการ สาเหตุร่วมที่ต้องงดและเลื่อนผ่าตัด

2.2) แบบรายงานอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยในระบบ healthcare risk management ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

3.1) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางของทีมสหสาขาวิชาชีพและแบบกำหนดหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

3.1.1) ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ตรวจประเมิน และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีโรคร่วม หรือมีภาวะที่คาดว่าอาจส่งผลกระทบต่อผลผ่าตัด ต้องประสานวิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์ ประเมินร่วมก่อนผ่าตัดทุกครั้ง

3.1.2) วิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์ รับผิดชอบกรณีผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงในการรับบริการวิสัญญี วางแผนการดูแลร่วมกัน

3.1.3) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ทำการประเมินซักประวัติเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง

3.1.4) ทีมวิสัญญีพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เยี่ยมประเมินให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึกล่วงหน้า 1 วัน ใน elective case ทุกราย และประเมินซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด

3.1.5) พยาบาลห้องผ่าตัดทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรอที่ห้องผ่าตัด

3.1.6) ทีมเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ สามารถรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายใน 30 นาที ตลอด 24 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ผ่านการหาคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน ศัลยแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน คำนวณความตรงด้านเนื้อหา คำถามที่ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 มี 9 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ ดัชนีความตรงด้านเนื้อหา $CVI = 9/10 = 0.9$

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย เสนอโครงการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการผ่านหัวหน้าพยาบาล เพื่อขอพิจารณาอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังได้รับพิจารณาอนุมัติ ตามหนังสือเลขที่ เลขที่ 027/2562 ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้างานห้องผ่าตัดและวิสัญญี โรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามแบบบันทึกข้อมูล

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ ผู้วิจัยศึกษาทบทวน แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจากข้อมูลความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลัง ถึงสาเหตุ ปัจจัย

ต่างๆ ที่พบ โดยใช้แบบบันทึกในระบบงานความเสี่ยง จากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสะเกษ จากการสังเกต และสอบถามผู้ให้บริการทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 10 ราย และการสัมภาษณ์ผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก จำนวน 10 ราย ศึกษาตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ผล ดังนี้

จากการสังเกตและสอบถามผู้ให้บริการ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เข้าใจในแนวทางที่กำหนดไว้ว่าจะต้องทำการประเมินการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบไหนหน้าที่ตนเองต้องทำแบบไหน ต้องการการกำหนดหน้าที่แบบชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค และแผนการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ฉบับร่างจากปัญหาที่พบโดยแบ่งประเด็นปัญหาออกเป็น 2 ด้าน คือด้านบุคลากร ด้านกระบวนการดูแล ดังนี้

1. ปัญหาด้านบุคลากร

1.1) บุคลากรไม่เพียงพอ ทีมพยาบาลมีภาระงานหนัก ส่งผลต่อการดูแลในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก

1.2) แพทย์ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาไม่เพียงพอ

2. ปัญหากระบวนการดูแลตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ชัดเจน

2.1) ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.2) ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แบบเชื่อมโยงปัญหาแบบเป็นองค์รวม

3. ไม่มีแบบบันทึกประเมินอาการ และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไปทดลองใช้และปรับปรุง ผลการทดลองใช้พบว่ายังคงพบปัญหา ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ

1.1) ปัญหาการใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทีมพยาบาลยังไม่เข้าใจการใช้แบบประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ยังขาดความรู้

1.2) พยาบาลขาดความตระหนักในความสำคัญของการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย

1.3) ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ทราบเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ชัดเจน มีความวิตกกังวล จากปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ปรึกษาทีมพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อทบทวนและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดยการจัดประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อเน้นความสำคัญให้ความรู้ตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวมถึงวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ผ่านการปรับปรุงไปใช้ปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไปใช้จริงในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาผลลัพธ์ ด้านผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ทำการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

2. ผลลัพธ์ด้านทีมผู้ดูแล พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 30 คน ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5-10 ปี จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.3 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดมาก่อน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านผลการใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลังการได้รับความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.6 และ 16.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของทีม-

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนผ่าตัดในปีที่ผ่านมา (n=10)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	5	50.0
- หญิง	5	50.0
2. อายุ (ปี)		
- อายุ 30-59	6	60.0
- อายุ ตั้งแต่ 60 ขึ้นไป	4	40.0
3. ชนิดการผ่าตัด		
- การผ่าตัดใหญ่	6	60.0
- การผ่าตัดเล็ก	4	40.0
4. เวลาผ่าตัด		
- ในเวลาราชการ	7	70.0
- นอกเวลา	3	30.0
5. ASA Status		
- ASA Status 2	7	70.0
- ASA Status 3	3	30.0
6. แผนกผู้ป่วย		
- แผนกหู คอ จมูก	3	30.0
- แผนกศัลยกรรมกระดูก	4	40.0
- แผนกศัลยกรรมทั่วไป	3	30.0
7. การประเมินผู้ป่วย		
- ประเมินล่วงหน้าก่อนผ่าตัด	6	60.0
- ประเมินที่หน้าห้องผ่าตัด	4	40.0
8. สาเหตุที่ต้องงดและเลื่อนผ่าตัด		
- จากกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีม	4	40
- จากสภาพและปัญหาของผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด	6	60

สหสาขาวิชาชีพหลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ ตารางที่ 2

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ และสรุปผลพบดังนี้

1) ได้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2) อุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดลดลง 0.10 ได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

(ร้อยละ 0.4) ดังตารางที่ 3

3. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมปีงบประมาณ 2562 จำนวน 29 ราย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4

สาเหตุและกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมจากบุคลากร และจากสภาพปัญหาของผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดโดยตัวผู้ป่วยเอง พบดังนี้

1) ตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยจากกระบวนการประเมินเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ 14 ราย ได้แก่ พบปัญหาจากอาการเกี่ยวกับปอด 5 ราย และความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจ 5 ราย ความดันโลหิตสูง 3 ราย และความผิดปกติของระดับฮอร์โมนไทรอยด์ 1 ราย

2) จากบุคลากร 5 ราย ได้แก่ แพทย์ทำการประเมินไม่ทัน 3 ราย แพทย์เปลี่ยนวิธีการรักษา 1 ราย และแพทย์ระบุความยุ่งยากในการประเมิน 1 ราย

3) จากสภาพ และปัญหาของผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด 10 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นจากภาวะการมีโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

4. แผนที่ต้องการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

1) กำหนดหน้าที่ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจน ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีผลกระทบ และทำการกำหนด KPI เฉพาะแต่ละสาขาวิชาชีพ ในระบบ healthcare risk management ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2) ถ้าแพทย์เจ้าของไข้มีการประเมินผู้ป่วย เพื่อการนัดผ่าตัดถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่มพยาบาลที่เกี่ยวข้องต้องแจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบทุกครั้ง และได้มีโครงการพัฒนาศักยภาพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ โดยทีมผู้วิจัยเข้าไปให้ความรู้ในหน่วยงานที่ยังพบอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ อัตราการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดแบบ elective ไม่พร้อมต่ำกว่าร้อยละ 10.0 และความพึงพอใจ

การพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ดและลดการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ด้านผลการใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพก่อนและหลังได้รับความรู้

ด้านความรู้	ก่อนให้ความรู้ (คะแนนเต็ม 17)		หลังให้ความรู้ (คะแนนเต็ม 17)	
	Mean	SD	Mean	SD
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ (คะแนน)	12.6	2.1	16.2	0.8

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์ดและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2561 และ 2562

เป้าหมายในการพัฒนา (0.4%)	ก่อนพัฒนา (ปีงบประมาณ 2561)		หลังพัฒนา (ปีงบประมาณ 2561)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์ดและเลื่อนผ่าตัด	33	0.2	29	0.1

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนผ่าตัด

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			6. แผนกผู้ป่วย		
- ชาย	14	48.3	- ศัลยกรรมทั่วไป	7	24.1
- หญิง	15	51.7	- ศัลยกรรมกระดูก	7	24.1
2. อายุ (ปี)			- หู คอ จมูก	4	13.8
- <30	5	17.2	- ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	3	10.3
- 30-59	12	41.4	- ศัลยกรรมระบบประสาท	3	10.3
- ≥60	12	41.4	- ศัลยกรรมตกแต่ง	2	6.9
3. ชนิดการผ่าตัด			- สูตินรีเวช	2	6.9
- ผ่าตัดใหญ่	20	69.0	- ตา	1	3.4
- ผ่าตัดเล็ก	9	31.0	7. การประเมินผู้ป่วย		
4. เวลาที่ทำการผ่าตัด			- การประเมินล่วงหน้าก่อนผ่าตัด	8	27.6
- ในเวลาราชการ	25	86.2	- การประเมินที่หน้าห้องผ่าตัด	21	72.4
- นอกเวลา	4	13.8	8. สาเหตุร่วมที่ต้องงดและเลื่อนผ่าตัด		
5. ASA Status			- จากกระบวนการเตรียมผู้ป่วย	14	48.3
- ASA Status 1	2	6.9	ก่อนผ่าตัดของทีม		
- ASA Status 2	17	58.6	- จากบุคลากร	5	17.2
- ASA Status 3	10	34.5	- จากสภาพและปัญหาของ	10	34.5
			ผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด		

ในการเตรียมผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพมากกว่าร้อยละ 70.0 ผลที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก

สรุป แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นั้น สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัด และนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบสหสาขาวิชาชีพในงานบริการผ่าตัดโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิจารณ์

จากการศึกษาพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานบริการ 5 ขั้นตอน มีข้อที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาคือ มีทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามบริบทของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย และนักเทคนิคการแพทย์ เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการพัฒนาระบบงานที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์โดยตรงจากการทำงานอย่างน้อย 5 ปี เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนางาน ทุกคนให้ความสำคัญ เห็นได้จากผลการศึกษาพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนจำนวน 30 คน และทุกคนปฏิบัติตามแนวทาง สอดคล้องกับการเปรียบเทียบคุณภาพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลปราสาท⁽⁷⁾ และงานวิจัยการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะวิกฤติในโรงพยาบาลระยอง⁽⁸⁾ พบว่าการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ และการให้ความรู้ที่มสุขภาพก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เพิ่มขึ้น

จากการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบปัญหาแนวทางไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดหน้าที่ไว้เป็นลายลักษณ์ไม่ชัดเจนในข้อมูลการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลที่ได้จากการ

พัฒนามีการกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจนและทำเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดเป็นนโยบายโดยผู้บริหารคณะกรรมการห้องผ่าตัดและวิสัญญีลงนาม ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง ที่มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการประเมินและการเตรียมความพร้อมทีมผู้ป่วยนอกต่ออุบัติการณ์เลื่อนการผ่าตัด และระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเลื่อนการผ่าตัดลดลง เน้นการให้ความรู้และการรับรู้ข้อมูลที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลักของโรงพยาบาลแพร่^(2,6) และจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ทำให้ทีมมีแผนการให้ความรู้ สร้างความตระหนักในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพภายหลังได้รับความรู้จากการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้น คะแนนความรู้ด้านผลการใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพก่อน และหลังการได้รับความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.6 และ 16.2 สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะวิกฤติ ในโรงพยาบาลระยอง พบว่า การให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ และการให้ความรู้ที่มสุขภาพก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾

ผลที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดลดลง ด้านผู้ป่วยสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยพึงพอใจด้านองค์กรได้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งเดิมแนวทางนี้ไม่เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน

ผลที่ได้จากการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสามารถลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน และนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (service plan) เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษขยายผลลงสู่โรงพยาบาลชุมชนที่มีการผ่าตัด เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด มีการประชุมให้ความรู้และทำความเข้าใจกับ

ทีมที่เกี่ยวข้องปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นเน้นความร่วมมือ จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดการประชุม และกำหนดนำนโยบายของโรงพยาบาลจากคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพสหสาขาวิชาชีพห้องผ่าตัดวิสัญญีจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลตามนโยบายระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. แบบสอบถามบุคลากรไม่ได้รวมศัลยแพทย์ทั้งหมดซึ่งมีส่วนสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จึงอาจประเมินส่วนของผู้ป่วยที่ได้อาจไม่ครอบคลุมทั้งหมดและอาจไม่ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดของแพทย์แต่ละคน

2. แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังไม่สามารถครอบคลุมไปถึงงานผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนรับเข้านอนโรงพยาบาล เพื่อให้มีการประเมินโรคประจำตัว และความพร้อมผ่าตัดเบื้องต้น รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องยาหรือการปฏิบัติตัวต่างๆ ที่อาจส่งผลให้ต้องเลื่อนผ่าตัดในภายหลัง เช่น คำแนะนำให้หยุดยาแอสไพรินก่อนผ่าตัด

3. ควรติดตามการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และประเมินความพึงพอใจของศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ ในการใช้แนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏจังหวัดศรีสะเกษ แพทย์หญิงเพิ่มศิริ เลอมานุวรรรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตให้ศึกษา และนำเสนอผลงานวิจัย ขอขอบคุณแพทย์หญิงแคทรียา เทนสิทธิ์ หัวหน้าวิสัญญีแพทย์ นายแพทย์ชวลิต โพธิ์งาม นายแพทย์ชำนาญการ สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ (หัวหน้างานความเสี่ยงด้านคลินิก) คุณเบญจพร พิเชฐโสภณ หัวหน้า

พยาบาล ทีมงานวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และนักเทคนิคการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลรัตน์ ฤกษ์ประกรกิจ. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2002;17(1):7-12.
2. พรพนิต ผุดเพชรแก้ว, อุษา โปรงใส, ภัทราพร แสนปัญญา. ผลการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2010;18(1):17-23.
3. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2011.
4. เบญจมาศ ปรีชาคุณ. ผลกระทบการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล ณ ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 1997.
5. van Klei WA, Moons KG, Rutten CLG, Schuurhuis A, Knape JTA, Kalkman CJ, et al. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. Anesth Analg 2002;94(3):644-9;
6. พรธิดา ชื่นบาน, จุฑามาต อุดลวัฒน์ศิริ, อติรัตน์ รัตนนิมลชัย. ผลกระทบของการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2005;14(1):70-9.
7. จิตรวี เล็กอุตากร. การเปรียบเทียบคุณภาพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลปราสาท. การนำเสนอผลงานคุณภาพประชุมวิชาการระดับจังหวัด โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์; 2552.
8. วันเพ็ญ แสงเพชรส่อง. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะวิกฤติในโรงพยาบาลระยอง. วารสารกองการพยาบาล 2012;39(1):32-45.

Abstract: Development of a Guideline for Preparing Patients to Reduce the Postponement of Surgery in Sisaket Hospital

Thanyamai Purinai, B.N.S.; Kaettareeya Tensit, M.D., Diploma of Anesthesiology; Chawalit Pongam, M.D., Diploma of the Thai Board of Orthopedics

** Thai CaseMix Centre; ** Central Office for Healthcare Information; *** Health Information Standards and Processing Administration; **** Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Thailand*
Journal of Health Science 2021;30(3):521-30.

This objective of this study was to develop a guideline for the preparation of pre-operation patients in order to reduce the incidents of surgical suspension and postponement of cases due to unreadiness of the patients' conditions for the surgery. It was a research and development study conducted in Sisaket Hospital comprising of 5 steps: (1) analysing the problems and the situation associated with the preoperative management and the postponement of cases, (2) developing a draft guideline for patient preparation, (3) initial testing and improving the guideline, (4) implementing the guideline in the hospital, and (5) evaluating the outcomes of the guideline implementation. The study participants were surgical patients requiring anesthetic care in in the fiscal year 2019 and the hospital's multidisciplinary team (30 of them, including surgeons, patient ward nurses, anesthesiologists, anesthetic nurses, and medical technologists). The study tools were (1) the form specifying roles and duty of each category of the multidisciplinary team members, (2) patient record form for collecting data on age, gender, type of operation, ASA class, treatment unit, and the reasons for postponement of surgery, and (3) the report on the details of postponement of cases in accordance with the healthcare risk management system, Sisaket Hospital. It was found that all members of the multidisciplinary team had utilized and followed the guideline. The incidence of postponement reduced from 0.2 percent in 2018 to 0.1 percent in 2019. The guideline was found to be useful in improving the quality of surgical services and reducing the postponement of surgery; and it should be widely used for the management of care in hospitals providing surgical services.

Keywords: preparation guidelines, postponement of surgery; multidisciplinary team

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงาน- ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

วิเชียร เทียนจารุวัฒนา พ.บ.*

กิตติพร เนาว์สุวรรณ** ศษ.ด.**

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ:	1 ก.พ. 2564
วันแก้ไข:	10 มี.ค. 2564
วันตอบรับ:	20 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ประกอบด้วย (1) วิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลทฤษฎีภูมิกำลังคนของ สป. มาวิเคราะห์แล้วกร่างเป็นแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข (2) วิจัยเชิงคุณภาพ โดยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยออกเป็นคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารส่วนกลาง ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสำนักงานเขตสุขภาพ รวม 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยตรงและทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของ สป. ในการสนับสนุนเขตสุขภาพ ได้แก่ ทบทวน Service plan, Service blueprint และ HR blueprint ให้ใช้ทรัพยากรร่วมกัน บริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จ ปรับสำนักงานเขตสุขภาพเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างตามกฎกระทรวง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. ทำหน้าที่กำหนดนโยบายทิศทางกำลังคนและสร้างความเข้มแข็งในทุกระดับ สร้างแรงจูงใจและธำรงรักษาคนดี ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์รูปแบบใหม่ที่คล่องตัวคล้ายเอกชน พัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงส่วนกลางกับภูมิภาคให้เป็นปัจจุบัน สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพทุกระดับเข้าใจและร่วมมือในทิศทางเดียวกัน กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ ออกแบบระบบสนับสนุนใหม่ที่เอื้อต่อการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ตลอดจนควบคุม ติดตามกำกับ และประเมินผลอย่างเข้มแข็งและจริงจัง

คำสำคัญ: เขตสุขภาพ; การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข; กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกและประเทศไทย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และสังคมที่ผ่านมา ส่งผลให้หน่วยงานต่างๆ ต้องปรับตัวเพื่อรองรับกับการ

เปลี่ยนแปลง ดังนั้น การสร้างองค์กรให้มีความคล่องตัวและยืดหยุ่น (Organizational Agility) สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดจากนี้ไป

อนาคต⁽¹⁾ ปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ การเกิดโรคระบาดใหม่โดยเฉพาะ COVID-19 และพฤติกรรมการดำรงชีวิต รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการบริหารให้มีการกระจายอำนาจการบริหารราชการ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นรายแห่งภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการในทุกระดับเข้าด้วยกันในปี พ.ศ. 2555 โดยจัดขนาดพื้นที่ที่เหมาะสมในลักษณะ “เขตสุขภาพ” ในรูปของเครือข่ายที่กำหนดใหม่นี้จะประกอบด้วยการทำงานในพื้นที่ 4-8 จังหวัด และจำนวนประชากรเฉลี่ยในความดูแลประมาณ 3-5 ล้านคน ซึ่งทำให้สามารถจัดเป็นเครือข่ายบริการจำนวน 12 เครือข่าย ไม่รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร และทำให้จำนวนประชากรเฉลี่ยในความดูแลของแต่ละพื้นที่มีขนาดที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งการใช้ทรัพยากรในแต่ละเขตเพื่อการบริหารและการให้บริการด้านสาธารณสุขมีการกระจายตัวที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ช่วยลดปัญหาการจัดสรรทรัพยากร และสามารถแก้ไขปัญหาด้านการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²⁾ มีขนาดที่เหมาะสม (economy of scale) ในการจัดระบบการบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ได้ตรงกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมุ่งหวังเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ รวมทั้งมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค⁽³⁾

ถึงแม้ว่าเขตสุขภาพจะมีระบบการทำงานที่เน้นการกระจายอำนาจ มีการสร้างความร่วมมือในการทำงานแต่ก็ยังมีพบปัญหาการขับเคลื่อนเขตสุขภาพ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของนโยบาย ทิศทาง และกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนระดับเขตสุขภาพ ขาดการจัดทำแผนปฏิบัติการราชการแบบบูรณาการ ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังยังไม่เบ็ดเสร็จภายในเขต โดยเฉพาะปัญหาการบริหารทรัพยากรบุคคลยังไม่สามารถบริหารจัดการเบ็ดเสร็จในระดับเขตได้เช่นกัน มีปัญหาเรื่องการมอบอำนาจ ไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ความก้าวหน้าในอาชีพไม่ชัดเจน และพนักงานราชการมีการลาออกจากงานสูง ทำให้ขาดความต่อเนื่องการพัฒนา^(4,5) สาเหตุสำคัญของการบริหารทรัพยากรบุคคลมาจากเขตสุขภาพไม่มีอำนาจทางกฎหมายในการปรับเกลี่ยอัตราค่าจ้างข้ามหน่วยบริการหรือข้ามจังหวัดตามความจำเป็นตามกรอบที่กำหนดต้องส่งเรื่องให้กระทรวง-สาธารณสุขพิจารณาอนุมัติ ซึ่งมีขั้นตอนทางธุรการมากมาย ทำให้เกิดความล่าช้าและเสียเวลามาก ประกอบกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) มีนโยบายลดตำแหน่งข้าราชการและควบคุมจำนวนอัตรากำลังให้สามารถสรรหาได้ไม่เกินกรอบอัตราโครงสร้าง ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญ คุณภาพบริการ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้เพิ่มภาระงาน จำนวนคนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน ส่งผลให้บุคลากรที่อยู่ในระบบลาออกจากงาน⁽⁵⁾ จากการคาดการณ์ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569 กำลังคนด้านสุขภาพประเภทแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์ จะมีความต้องการเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾

ปีงบประมาณ 2563 มีกำลังคนสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) จำนวน 359,983 คน ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาคในเขตสุขภาพที่ 1-12 ร้อยละ 99.6 จ้างด้วยเงินงบประมาณร้อยละ 66.0 ที่เหลือจ้างด้วยเงินนอกงบประมาณร้อยละ 34.0 มีค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของ สป.สธ. รวมทั้งสิ้น 8,750,032,385 บาท โดยใช้เงินงบประมาณร้อยละ 85.0 และที่เหลือใช้เงินนอกงบประมาณร้อยละ 15.0 ปีละ 1,313,834,610 บาท ซึ่งเป็นภาระที่หน่วยบริการต้องแบกรับ⁽⁷⁾ ปัญหาการกระจายของบุคลากรสาธารณสุขพบมีการกระจุกตัวในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรง-

พยาบาลทั่วไป (รพท.) หรืออยู่ในพื้นที่เจริญมีเศรษฐกิจดี มีค่าตอบแทนดี แต่ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่ชนบทห่างไกลความเจริญไม่มีใครต้องการไปอยู่ ปัจจุบันตำแหน่งข้าราชการถูกจำกัดและอำนาจยังอยู่ที่ส่วนกลาง ถึงแม้เริ่มมีการกระจายอำนาจบางส่วนให้เขตสุขภาพ สามารถบริหารจัดการและแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ แต่ยังไม่เบ็ดเสร็จชัดเจน ดังนั้นการบริหารตำแหน่งว่างและปรับเกลี่ยอัตรากำลังที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพจะมีประโยชน์มากในการบริหารจัดการกำลังคนสาธารณสุข ที่ผ่านมาสป.สธ. ได้พัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Strategy; HRS) การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning; HRP) การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management; HRM) และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development; HRD) ในเขตสุขภาพมาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ตรงกันหลายสาเหตุและปัจจัย

แนวทางการพัฒนาเขตสุขภาพต้องอาศัยนโยบายและทิศทางการพัฒนากำลังคน ซึ่งจะดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงฯ ได้แก่ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ร่วมกับตามความต้องการของหน่วยงาน ซึ่งต้องตรงตามสาขาที่ปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้จากการสำรวจความต้องการ (training need) และพิจารณาจากส่วนขาดของสมรรถนะส่วนทิศทางการพัฒนากำลังคนภายใต้การบริหารงานแบบเขตบริการสุขภาพเป็นไปตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดเขต มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบทางเอกสารราชการ และการประชุม ด้านการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคน พบว่า มีข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการพัฒนากำลังคนจากนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนากำลังคนระดับกระทรวง/ ระดับเขต⁽⁸⁾ ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ว่าด้วยการกรอบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ (Human Resources for Health Action Framework: HAF) ประกอบด้วย นโยบาย การจัดการด้านการเงิน ภาวะผู้นำ

หุ้นส่วน และการศึกษา ภายใต้การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การควบคุมและการประเมินผล โดยเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และมีคุณภาพ

จะเห็นว่า การขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพมีข้อจำกัดหลายประการ ในปีงบประมาณ 2564 นี้คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพอย่างจริงจังตามแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2564 ว่าด้วยความสอดคล้องของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติโดยจัดทำแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข 10 ประเด็น หนึ่งในนั้นคือ ประเด็นกำลังคนสุขภาพภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่นด้วยกลไกการทำงานในรูปแบบเขตสุขภาพมีหน้าที่และอำนาจในการบริหารแผน กำหนดเป้าหมาย กลยุทธ์ ผลสัมฤทธิ์ การจัดสรรทรัพยากร งบประมาณและกำลังคน ตลอดจนการกำกับติดตามให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์อย่างบูรณาการ⁽⁴⁾ โดยการขับเคลื่อนการพัฒนาและการรังสรรค์นวัตกรรมในรูปแบบใหม่ (sandbox) ด้านการบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพใน 4 เขตสุขภาพก่อน หากสำเร็จจะขยายต่อไปครบทุกเขตสุขภาพ การขับเคลื่อนเขตสุขภาพให้เป็นรูปธรรมจำเป็นต้องศึกษาแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข ในการสนับสนุนเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

วิธีการศึกษา

วิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ประกอบด้วย

วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากฐานข้อมูลกำลังคน กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นข้อมูลบุคลากรปฏิบัติงานจริง 4 สายงานหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล) ซึ่งบุคลากร 4 สายงานหลักมีจำนวน 149,797 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 ของบุคลากรทุกสายงาน 358,634 คนรวม 126 สายงาน ในเขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2563 เทียบกับกรอบอัตราที่ควรมี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564

3. นำข้อมูลทุติยภูมิมาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลสนับสนุนร่างแนวทางพัฒนาในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่กำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับงานกำลังคนสาธารณสุข 4 คน ผู้บริหารเขตสุขภาพ 24 คน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสำนักงานเขตสุขภาพที่รับผิดชอบงานกำลังคนสาธารณสุข 36 คน

ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้บริหารส่วนกลางและเขตสุขภาพ

ที่เชี่ยวชาญงานกำลังคนสาธารณสุขและยินดีให้สัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้บริหารส่วนกลาง 1 คน ผู้ตรวจราชการ 2 คน สาธารณสุขนิเทศก์ 3 คน รวม 6 คน และ (2) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสำนักงานเขตสุขภาพที่รับผิดชอบงานกำลังคนสาธารณสุขและยินดีให้สัมภาษณ์ ได้แก่ ประธานหรือรองประธาน CHRO 3 คน และผู้ปฏิบัติ 2 คน รวม 5 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างมี 2 ชุด โดยลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นแบบเดียวกันแต่ต่างมุมมองมีรายละเอียดเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม สร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁻¹²⁾ เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่ง-โครงสร้างมี 2 ชุด สำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ โดยลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นแบบเดียวกันแต่ต่างมุมมองมีรายละเอียดเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม สร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ การวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งแนวทางอื่นๆ และคำถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่กำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามได้รับการตรวจสอบ และให้ความเห็นโดยผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน แล้วจึงนำมาปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์ (Try out) กับกลุ่มทดสอบเป็นผู้ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้แนวคำถามสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อกับผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อขออนุญาต

สัมภาษณ์มีทั้งแบบการสัมภาษณ์โดยตรงและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แล้วแต่ความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเอง และอธิบายถึงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดที่ต้องการสัมภาษณ์ และการปกป้องสิทธิ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ สำหรับกรณีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หากยินยอมจะขอเพิ่มเพื่อนติดต่อทาง Application LINE และส่งเอกสารชี้แจงที่ระบุรายละเอียด ชื่องานวิจัย ผู้วิจัย เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ข้อมูลการวิจัยโดยย่อ วิธีการเก็บข้อมูล การปกป้องสิทธิ์ผู้ให้สัมภาษณ์ ส่งหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้ โดยขอความร่วมมือในการเซ็นชื่อและส่งกลับคืน หลังจากนั้นจะให้นัดวันและเวลาสัมภาษณ์ เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้สัมภาษณ์จะติดต่อไปยังผู้ให้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งขอความยินยอมด้วยวาจา ขออนุญาตบันทึกเทปในขณะที่สัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และดำเนินขั้นตอนตามวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในการการวิจัยเชิงคุณภาพ⁽¹³⁾ โดยใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษาทำโดยการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล และจากข้อมูลแหล่งอื่น นอกจากนี้ยังนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับผลการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อดูความสอดคล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ลดทอนข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อสกัดข้อมูลและจำแนกข้อมูล (typological analysis) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ แล้วจึงทำการสรุป และรายงานผลการวิจัย⁽¹⁴⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ให้สัมภาษณ์ในรายละเอียดของงาน

วิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และบอกสิทธิ์ในการถอนตัว หากยินยอมให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

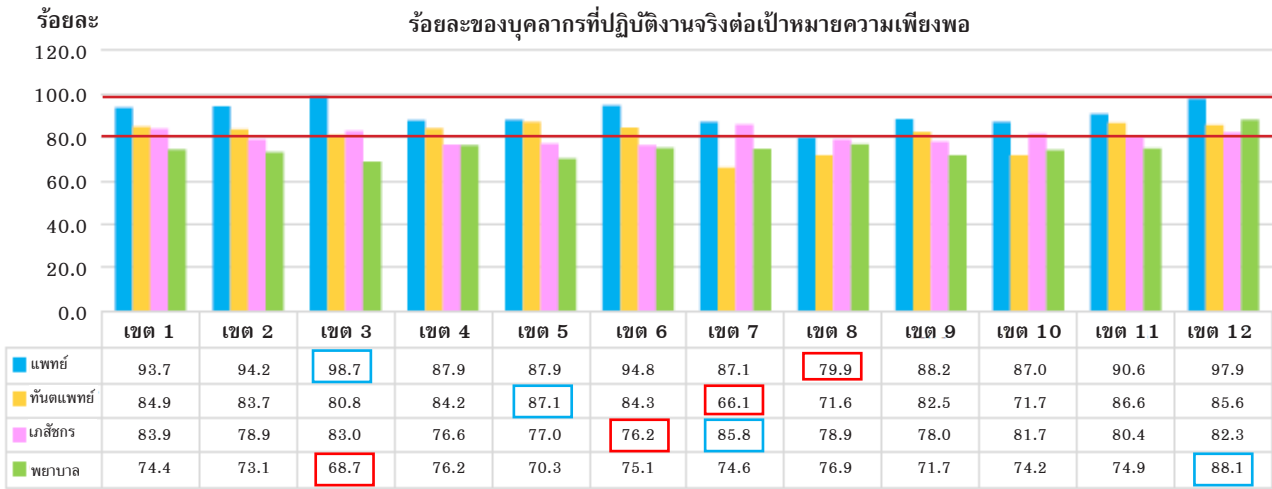
ผลการศึกษา

1. แนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

1.1 แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า อัตราากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนเขตสุขภาพ พบว่า ร้อยละบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจริง 4 สายงานหลัก เทียบกับเป้าหมายอัตรากำลังควรมี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-64 ตามแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ระยะ 5 ปีของคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ เกณฑ์ขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 และขั้นสูงไม่เกินกว่าร้อยละ 100.0 พบว่า สายงานแพทย์ มีบุคลากรเพียงพอตามเป้าหมายที่กำหนดเกือบทุกเขตสุขภาพ ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 8 ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ อยู่ที่ร้อยละ 79.9 ในขณะที่สายงานทันตแพทย์ เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีบุคลากรเพียงพอตามเกณฑ์ ยกเว้น 3 เขตสุขภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ เขตสุขภาพที่ 10, 8 และ 7 ตามลำดับ สำหรับสายงานเภสัชกร เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีบุคลากรเพียงพอตามเกณฑ์ ยกเว้น 5 เขตสุขภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ เขตสุขภาพที่ 8, 9, 5, 4 และ 6 ตามลำดับ ในส่วนของสายงานพยาบาลวิชาชีพ มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรมากที่สุดเกือบทุกเขตสุขภาพ มีเพียงเขตเดียวที่อยู่ในเกณฑ์ คือ เขตสุขภาพที่ 12 อยู่ที่ร้อยละ 88.1 และเขตสุขภาพที่มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 อยู่ที่ร้อยละ 68.7 ซึ่งถือว่าขาดรุนแรงมาก (ภาพที่ 1)

สำหรับร้อยละบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจริงใน 4 สายงานหลักจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล: โรงพยาบาลศูนย์

ภาพที่ 1 บุคลากรปฏิบัติงานจริงเทียบกรอบอัตรากำลังใน 4 สายงานหลัก (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล)



ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563

หมายเหตุ: แทน ค่าสูงสุดของผู้ปฏิบัติงานจริงในแต่ละสายงานรายเขตสุขภาพ

 แทน ค่าต่ำสุดของผู้ปฏิบัติงานจริงในแต่ละสายงานรายเขตสุขภาพ

(รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1-12 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 เมื่อพิจารณาตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า รพศ. มีอัตรากำลังที่ขาดใน 2 สายงาน คือ สายงานเภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ ส่วน รพท. และ รพช. มีอัตรากำลังใน 4 สายงานหลักเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้หากพิจารณาตามสายงาน พบว่า สายงานแพทย์ โรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภทมีจำนวนแพทย์เพียงพอตามเกณฑ์ โดยมีสูงสุดที่ รพศ. รพช. และ รพท. ตามลำดับ ดังนั้น หากจะเพิ่มเติมแพทย์ควรเติมที่ รพท. เป็นอันดับแรก สำหรับสายงานทันตแพทย์ รพท. และ รพศ. มีจำนวนทันตแพทย์เพียงพอตามเกณฑ์ มีเพียง รพช. ที่มีต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ดังนั้น หากจะเพิ่มเติมทันตแพทย์ควรเติมที่ รพช. เป็นอันดับแรก สำหรับสายงานเภสัชกร รพท. และ รพช. มีจำนวนเภสัชกรเพียงพอตามเกณฑ์ มีเพียง รพศ. ที่มีต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ดังนั้น หากจะเพิ่มเติมเภสัชกรควรเติมที่ รพศ. เป็นอันดับแรก ในขณะที่สายงานพยาบาลวิชาชีพ รพช. และ รพท. มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเพียงพอตามเกณฑ์ มีเพียง รพศ. ที่มีต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นหากจะเพิ่ม

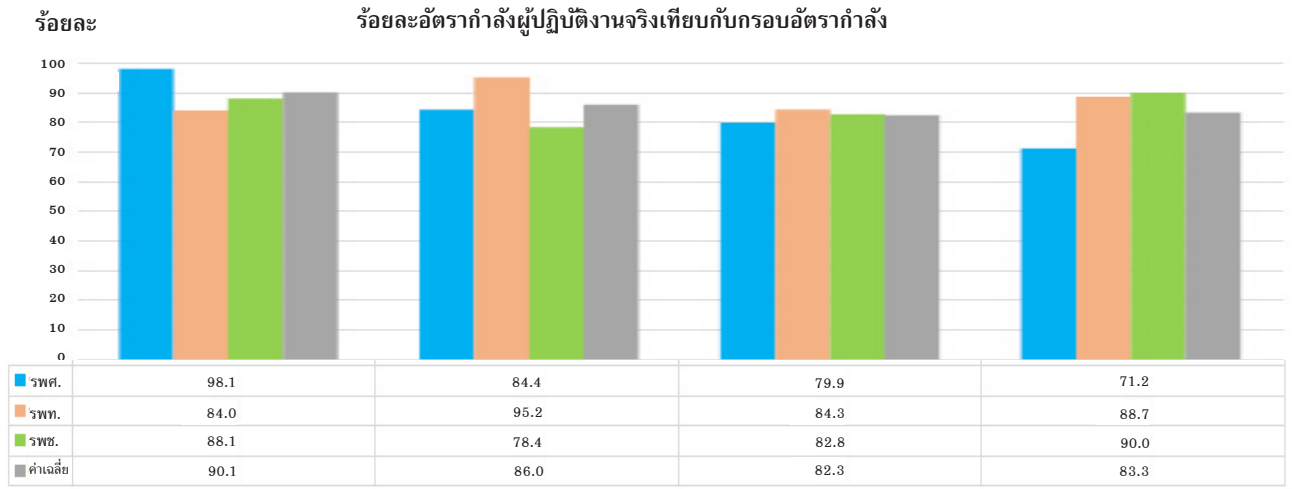
เติมพยาบาลวิชาชีพควรเติมที่ รพศ. เป็นอันดับแรก (ภาพที่ 2)

ดังนั้น ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปีงบประมาณ 2563 บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงใน 4 สายงานหลักเทียบกรอบอัตรากำลัง สายงานที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ สายงานพยาบาลวิชาชีพ มีความขาดแคลนเกือบทุกเขตสุขภาพ (ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 12) และขาดแคลนในระดับ รพศ. สำหรับสายงานแพทย์มีเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 ที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนสายงานทันตแพทย์และสายงานเภสัชกรมีบางเขตสุขภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นแนวทางการจัดสรรตำแหน่งว่างให้จัดสรรเติมในส่วนขาดตามความรุนแรงให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายขั้นต่ำร้อยละ 80.0 ให้ครบถ้วนก่อน เพื่อให้มีการกระจายทรัพยากรบุคคลที่เป็นธรรมในทุกเขตสุขภาพ

1.2 แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า

การพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ

ภาพที่ 2 อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานจริง เทียบกับกรอบอัตรากำลัง จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 11 คน ส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าหญิง (ชาย 7 คน หญิง 4 คน) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มระดับผู้บริหารส่วนกลางและเขตสุขภาพ มีระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านกำลังคนเฉลี่ย 4.8 ปี (Min=2.5 ปี, Max=10 ปี) ส่วนกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสำนักงานเขตสุขภาพ มีระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านกำลังคนเฉลี่ย 3.0 ปี (Min=2.0 ปี, Max=5 ปี)

1.2.2 แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ดังนี้

1) ทบทวน Service plan, Service blueprint และ HR blueprint ทั้งระบบใหม่ให้เป็นปัจจุบันและวางแผนเพื่ออนาคต โดยออกแบบให้ใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing) เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ใช่ออกแบบมาตรฐานเฉพาะแต่ละสาขาเท่านั้น ให้วิเคราะห์ภาระงานตาม Service blueprint ของแต่ละเขตสุขภาพ แสดงข้อมูลบุคลากรที่มีอยู่และความต้องการบุคลากร รวมทั้งข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงระบบ โดยมี CHRO ของเขตสุขภาพ เป็นผู้ขับเคลื่อนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2) บริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพก่อน (Optimization) ทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้ตำแหน่งว่างที่มีอยู่

ให้หมดก่อน และเชิงคุณภาพ ได้แก่ Up skill, Re skill ของบุคลากรที่มีอยู่

3) ทบทวนปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งเกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐที่มีรายละเอียดมากมาย ไม่ยืดหยุ่น เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการได้แบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ ลดขั้นตอนให้เกิดความคล่องตัว และปรับการจ้างการประเมินทุกประเภทการจ้างให้เป็นแนวทางเดียวกันโดยเฉพะสายงานเดียวกัน รวมทั้งให้อำนาจเขตสุขภาพสามารถปรับค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับภาระงานและตลาดแรงงานได้ หรือเพิ่มเติมค่าตอบแทนแก่สาขาที่ขาดแคลนในพื้นที่ที่มีปัญหาได้ รวมทั้งการจ้างงานรูปแบบใหม่ที่แข่งขันกับเอกชนได้

4) ปรับบทบาทหน้าที่ โดย ก.พ. ทำหน้าที่ควบคุมติดตามกำกับในภาพรวมประเทศและระหว่างกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจบริหารบุคลากรส่วนกลาง และควบคุมติดตามกำกับในภาพรวมประเทศและระหว่างเขตสุขภาพ ส่วนเขตสุขภาพมีอำนาจบริหารจัดการบุคลากรได้แบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ

5) กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังได้เบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ ให้อำนาจในการกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่

ระดับชำนาญการพิเศษ (C8) ลงไป ผ่าน อภพ. เขต-สุขภาพ โดยบริหารลักษณะเดียวกับ อภพ.กระทรวง ส่วนอำนาจบริหารจัดการยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง ได้แก่ การกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่ระดับเชี่ยวชาญ (C9) ขึ้นไป

6) กองบริหารทรัพยากรบุคคล (บค.) สป. ต้องเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาให้ทีมงาน HR ของสำนักงานเขตสุขภาพ รวมทั้งมีระบบควบคุม ติดตามกำกับและประเมินผลของแต่ละเขต เทียบเคียง (Benchmark) และสะท้อนผลการประเมิน (Feedback) ให้เขตสุขภาพทราบจุดอ่อนเพื่อนำไปปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

7) ปรับสำนักงานเขตสุขภาพให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้าง (Structure) ตามกฎกระทรวงรองรับ ให้ตำแหน่ง COO เป็นระดับบริหารต้น รวมทั้งให้ผู้บริหาร C ต่าง ๆ มีตำแหน่งรองรับ เพื่อให้ทำหน้าที่เต็มเวลา (Fulltime) และมีความก้าวหน้า (Career path) ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ให้มีนักทรัพยากรบุคคลมืออาชีพประจำและช่วยพัฒนาศักยภาพให้จังหวัดด้วย เพิ่มกรอบอำนาจกำลังให้ตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

8) สร้างแรงจูงใจในพื้นที่ที่ห่างไกลและขาดแคลน โดยเพิ่มค่าตอบแทนหรือเงินเดือนให้มากกว่าพื้นที่ปกติ หรือสร้างโอกาสเส้นทางความก้าวหน้า (Career path) ให้มากกว่าระบบปกติ

9) พัฒนาสูตรกลางในการคำนวณ FTE ให้ครบทุกสาขาหรือหน่วยงานของหน่วยบริการ เพื่อให้พื้นที่ใช้คำนวณของหน่วยบริการตนเองได้

10) ปรับการผลิตบุคลากรสาธารณสุข (Supply) ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ (Demand) โดยให้มีคณะกรรมการร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหารือร่วมกันแก้ไขเชิงระบบ และพัฒนาหลักสูตรอบรม HRD เพื่อสนองความต้องการในการอบรม (Training need) ของหน่วยงานและตามนโยบายของเขตได้ครบถ้วน ซึ่งสายงานที่มีความต้องการสูงในพื้นที่และควรมีตำแหน่งข้าราชการรองรับ ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ขาดแคลนในรพช. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกในศูนย์หัวใจ นัก

จิตวิทยา/ นักจิตวิทยาคลินิกใน รพช. และสายสนับสนุน (Back office) ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบราชการ เช่น ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป (หัวหน้าบริหาร) การเงินและพัสดุ

11) เชื่อมโยงระบบข้อมูลกำลังคนจากโปรแกรม HROPS ส่วนกลางกับเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ พัฒนาให้มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ออกแบบระบบรายงานที่เป็นมาตรฐาน (standard report) ในทุกระดับ มีการเปรียบเทียบกำลังคนในแต่ละระดับ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส ซึ่งผู้บริหารทุกระดับสามารถเข้ามาดูได้

12) พัฒนาฐานข้อมูลและโปรแกรมสำเร็จรูปในการรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลสำหรับใช้สืบค้น อ้างอิงได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยลดภาระงานและลดคนลง

นอกจากนี้แล้ว ยังมีแนวทางอื่น ๆ ในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของ สป.สธ. เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ดังนี้

1) ออกแบบระบบที่ดีและยั่งยืน โดยเริ่มจากการพัฒนาให้มี Mindset ที่ดี มีค่านิยมที่ดี ให้ความสำคัญกับนับถือและศรัทธาต่อคนที่มีความสามารถและทำประโยชน์ให้กับสังคม สร้างสิ่งแวดล้อมให้คนเก่งคนดีมีกำลังใจในการทำงานได้รับการยอมรับ ตั้งเป้าหมายให้ผลลัพธ์อยู่ที่ประชาชน ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2) การออกแบบการอรั้งรักษาคนดีคนเก่ง (Retention) ให้อยู่ในระบบอย่างยั่งยืน โดยกำหนดเส้นทางความก้าวหน้า (Career path) อย่างเป็นระบบ มีการเตรียมความพร้อมคนเข้าสู่ตำแหน่งทุกระดับผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติ เชื่อมโยงการประเมินสมรรถนะรายบุคคล (Performance evaluation) กับการประเมินความดีความชอบและมีความก้าวหน้า เพื่อสร้างระบบธรรมาภิบาลให้เข้มแข็งมากขึ้น

3) ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์รูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัวคล้ายเอกชนและสามารถเพิ่มค่า-

ตอบแทนได้สอดคล้องกับตลาดแรงงาน เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการที่มีสมรรถนะสูงของ ก.พ. ที่จ้างในอัตราเงินเดือนที่สูง และสามารถจ้างวิชาชีพที่ยืดหยุ่น ไม่ถาวร โดยกำหนดผลผลิตหรือผลสัมฤทธิ์ (Productivity) ของงานเป็นเป้าหมาย และควบคุมคุณภาพงานหรือแบ่งสัดส่วนรายได้

4) กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. เป็นจุดคานงัดสำคัญในการขับเคลื่อนกำลังคนสุขภาพของเขตให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ ต้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายทิศทางให้หน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ ทั้ง HRS, HRP, HRM, HRD ทุกมิติให้ครบวงจร และสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย HR ทุกระดับ รวมทั้งทำหน้าที่ควบคุมติดตามกำกับและประเมินผล โดยแบ่งกลุ่มเขตสุขภาพที่มีบริบทและสภาพปัญหาคล้ายกัน แสวงข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากันเอง

5) ปรับสำนักงานเขตสุขภาพให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้าง (Structure) ตามกฎกระทรวงรองรับ ให้ตำแหน่ง COO เป็นระดับบริหารต้น รวมทั้งให้ผู้บริหาร C ต่าง ๆ มีตำแหน่งรองรับ เพื่อให้ทำหน้าที่เต็มเวลาประจำและช่วยพัฒนาศักยภาพให้จังหวัดด้วย เพิ่มกรอบอัตรากำลังให้ตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากเดิม 24-28 ตำแหน่ง เพิ่มเป็นอย่างน้อย 30-35 ตำแหน่ง

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนา กำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) ผู้บริหารระดับสูง (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงผู้ตรวจราชการ) ให้ความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด (KPI) ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรให้เขตสุขภาพเป็นรูปธรรม

2) ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพทุกระดับ (เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ) มีความเข้าใจการบริหารกำลังคนในเขตสุขภาพ มุ่งมั่นให้ความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันให้บรรลุผลสัมฤทธิ์

3) การกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพมีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ภายในเขตสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ

4) จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคน (HR Strategy) ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพและ Service blueprint ของเขตสุขภาพ และมีการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งกำหนดผู้บริหารที่มีผลงานเด่นในแต่ละเรื่องเป็นประธานในการขับเคลื่อนในแต่ละคณะย่อย

5) พัฒนานักทรัพยากรบุคคลทุกระดับภายในเขตสุขภาพ (เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ) ให้เป็นมืออาชีพ และสร้างเครือข่ายนักทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพร่วมกันทำงานเป็นทีมเดียวกัน

6) ออกแบบระบบสนับสนุนใหม่ที่เอื้อต่อการพัฒนา กำลังคนของเขตสุขภาพ ได้แก่ ปรับปรุงข้อกำหนดเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการระดับเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มุ่งประมาณสนับสนุนให้มีความยั่งยืนทางการเงินการคลังของเขตสุขภาพ และมีระบบข้อมูลกำลังคนที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงทั้งส่วนกลางและของเขตสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุข (Supply) ไปถึงการใช้ประโยชน์ (Demand) ที่มีทิศทางเดียวกัน

7) การควบคุม ติดตามกำกับ และประเมินผลการขับเคลื่อนเขตสุขภาพต้องเข้มแข็งและจริงจัง

วิจารณ์

แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรเริ่มจากการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Strategy; HRS) ในระดับประเทศก่อนและใช้เป็นกรอบแนวทางการวางแผนยุทธศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ในระดับเขตสุขภาพ จากนั้นจึงวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning; HRP) โดยทบทวน Service plan, Service blueprint และ HR blueprint ทั้งระบบใหม่ให้เป็นปัจจุบันและวางแผนเพื่ออนาคตภายใต้การออกแบบ

ให้ใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing) เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ใช่การออกแบบมาตรฐานเฉพาะแต่ละสาขาเท่านั้น ต้องมีการวิเคราะห์ภาระงานตาม Service blueprint ของแต่ละเขตสุขภาพ โดยแสดงข้อมูลบุคลากรที่มีอยู่และความต้องการบุคลากร รวมทั้งข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงระบบ โดยมี CHRO ของเขตสุขภาพ เป็นผู้ขับเคลื่อนอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ตลอดจนการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดก่อน (Optimization) นอกจากนี้ส่วนกลางมีแนวทางให้เขตสุขภาพจัดทำแผนพัฒนากำลังคนระดับเขตสุขภาพ มีข้อมูลบุคลากรนำเข้าเกี่ยวข้องกับพัฒนากำลังคนที่ครอบคลุม มีกระบวนการจัดทำแผนโดยใช้การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกจังหวัดภายในเขตสุขภาพ มีระบบและกลไกการคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับเขตสุขภาพ รวมทั้งส่วนกลางควรพัฒนานโยบายการพัฒนากำลังคนทุกระดับอย่างเป็นระบบ มีระบบควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ส่วนการบริหารจัดการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ควรให้เขตสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนการพัฒนากำลังคนเพื่อให้พัฒนาคนตรงกับความต้องการของพื้นที่⁽¹⁵⁾

สำหรับแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management; HRM) ที่สำคัญคือการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังได้เบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพโดยให้อำนาจในการกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่ระดับชำนาญการพิเศษ (C8) ลงไป ผ่าน อภพ.เขตสุขภาพ โดยบริหารลักษณะเดียวกับ อภพ.กระทรวง ส่วนอำนาจบริหารจัดการยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง ได้แก่ การกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่ระดับเชี่ยวชาญ (C9) ขึ้นไป ด้วยการทบทวนปรับปรุงแก้ไขกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งเกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐที่มีรายละเอียดมากมาย ไม่ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการได้แบบเบ็ดเสร็จ

ภายในเขตสุขภาพ มีการปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์รูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัวคล้ายเอกชนและสามารถเพิ่มค่าตอบแทนได้สอดคล้องกับตลาดแรงงานเช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการที่มีสมรรถนะสูงของ ก.พ. ที่จ้างในอัตราเงินเดือนที่สูงด้วยเช่นกัน⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ควรรักษาเอาหลักการสำคัญของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management; NPM)⁽¹⁷⁾ มาใช้เช่นกัน เน้นการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ (Optimization) โดยเติมตำแหน่งว่างหรือปรับเกลี่ยให้กับสายงานและพื้นที่ที่มีความขาดแคลนมากที่สุดก่อน สำหรับการออกแบบระบบที่ดีและยั่งยืนนั้น จะต้องสร้างแรงจูงใจและธำรงรักษาคนดีคนเก่งให้อยู่ในระบบอย่างยั่งยืนเชื่อมโยงการประเมินสมรรถนะรายบุคคล (Performance evaluation) และการประเมินความดีความชอบรวมทั้งมีความก้าวหน้า เพื่อสร้างระบบธรรมาภิบาลให้เข้มแข็งมากขึ้น^(18,19) อีกทั้งต้องปรับการผลิตบุคลากรสาธารณสุข (Supply) ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ (Demand) โดยให้มีคณะกรรมการร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหารือร่วมกันแก้ไขเชิงระบบ จากสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพกลายเป็นหนึ่งในปัญหาที่ทำให้ส่งผลถึงการบรรลุถึงเป้าหมายทางด้านสุขภาพของประชาชน⁽²⁰⁾ ทำให้เกิดความไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมในการบริการสุขภาพที่จำเป็น ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพเช่นกันในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์⁽²¹⁾ ทันตแพทย์⁽²²⁾ เภสัชกร⁽²³⁾ และพยาบาล^(24,25,26,27,28) ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่บุคลากรทางด้านสุขภาพเท่านั้น พนักงานมหาวิทยาลัยสายวิชาการ⁽²⁹⁾ ก็ขาดแคลนเช่นกัน จะเห็นได้ว่าปัญหาในการสร้างแรงจูงใจและธำรงรักษาคนดีคนเก่งนั้นส่งผลกระทบทั้งการบริหารงานในระบบราชการและกึ่งราชการ ดังนั้นควรปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์รูปแบบใหม่ที่คล่องตัวคล้ายเอกชน เนื่องจากการจัดการทรัพยากรมนุษย์ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ⁽³⁰⁾ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforces) ถือได้

ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก⁽³¹⁾ ซึ่งมีความหมายรวมถึงความพอเพียง ความหลากหลายของสาขาวิชาชีพ การกระจายกำลังคนอย่างสมเหตุสมผล และผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของทุกประเทศ⁽³²⁾ ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ และนำไปสู่การจัดบริการให้ครอบคลุม เข้าถึงบริการได้ง่ายและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน⁽³³⁾

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development; HRD) ในเขตสุขภาพมีการพัฒนาหลักสูตรอบรม HRD เพื่อสนองความต้องการในการอบรม (Training need) ของหน่วยงานและตามนโยบายของเขตได้ครบถ้วน มีการสำรวจความต้องการ (training need) และพิจารณาจากส่วนขาดของสมรรถนะ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนากำลังคนภายใต้การบริหารงานแบบเขตบริการสุขภาพให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดเขตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ขาดระบบและแผนในการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนในการพัฒนาคนในเขตของตนเอง รวมทั้งขาดการวิเคราะห์ผ่านความต้องการที่แท้จริงในระดับหน่วยงานและองค์กร การบริหารจัดการไม่มีการทำ Training need ของบุคลากรหรือหน่วยงานแต่การพัฒนาจะล้อตาม Service plan⁽³⁴⁾

ทั้งนี้ กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง (สป.) ต้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายทิศทางกำลังคนให้หน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ ทั้ง HRS, HRP, HRM, HRD ทุกมิติให้ครบวงจร และสร้างความเข้มแข็งในทุกกระดับ พัฒนาสูตรกลางในการคำนวณ FTE ให้ครบทุกสาขาหรือหน่วยงานของหน่วยบริการ เพื่อให้พื้นที่ใช้คำนวณของหน่วยบริการตนเองได้ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกำลังคนจากโปรแกรม HROPS ของส่วนกลางกับเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส รวม

ทั้งพัฒนาฐานข้อมูลและโปรแกรมสำเร็จรูปในการรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลสำหรับใช้สืบค้น อ้างอิงได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยลดภาระงานและลดคนลง เช่นเดียวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุข⁽³⁵⁾ และที่สำคัญควรปรับสำนักงานเขตสุขภาพให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้าง ตามกฎกระทรวงรองรับ ให้ตำแหน่ง COO เป็นระดับบริหารต้น รวมทั้งให้ผู้บริหารมีตำแหน่งรองรับเพื่อให้ทำหน้าที่เต็มเวลาและมีความก้าวหน้า (career path) ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ให้มีนักทรัพยากรบุคคลมืออาชีพมาประจำและช่วยพัฒนาศักยภาพให้จังหวัดด้วยการเพิ่มกรอบอัตรากำลังให้ตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากเดิม 24-28 ตำแหน่ง เพิ่มเป็นอย่างน้อย 30-35 ตำแหน่ง ทั้งนี้ ต้องคำนวณค่างานและ FTE ใหม่ให้ชัดเจน

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข ของ สป.สธ. เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ สามารถแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

ปัจจัยภายใน ที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถบริหารจัดการเองได้ คือ ผู้บริหารระดับสูง (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงผู้ตรวจราชการ) ต้องให้ความสำคัญกำหนดเป็นนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด (KPI) ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรให้เขตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับผู้บริหารระดับเขตสุขภาพทุกระดับ ทั้งระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ ต้องมีความเข้าใจการบริหารกำลังคนในเขตสุขภาพ มุ่งมั่นให้ความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันเพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคน (HR Strategy) ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพและ Service blueprint ของเขตสุขภาพ มีการสื่อสารที่ดีเพื่อขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน กำหนดผู้บริหารที่มีผลงานเด่นในแต่ละเรื่องเป็นประธานในการขับเคลื่อนในแต่ละ

คณะย่อย พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับภายในเขตสุขภาพ (เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ) ให้เป็นมืออาชีพ และสร้างเครือข่ายนักทรัพยากรบุคคลของเขตสุขภาพร่วมกันทำงานเป็นทีมเดียวกัน ตลอดจนมีการควบคุม ติดตามกำกับ และประเมินผลการขับเคลื่อนเขตสุขภาพอย่างเข้มแข็ง จริงจัง ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นสิ่งสำคัญและสามารถทำได้อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพมีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ภายในเขตสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ และออกแบบระบบสนับสนุนใหม่ที่เอื้อต่อการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ ได้แก่ การปรับปรุงข้อกำหนดเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการระดับเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีงบประมาณสนับสนุนให้มีความยั่งยืนทางการเงินการคลังของเขตสุขภาพ และมีระบบข้อมูลกำลังคนที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงทั้งส่วนกลางและเขตสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุข (Supply) ไปถึงการใช้ประโยชน์ (Demand) ที่มีทิศทางเดียวกัน และกระทรวงสาธารณสุขควรที่จะให้ข้อเสนอแนะในกรณีที่บางสายวิชาชีพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นความต้องการในอนาคตเหมือนกับสายวิชาชีพทันตแพทย์⁽²²⁾ และเภสัชกร^(23,36) สำหรับปัจจัยภายนอกที่ยากที่สุดคือ การปรับปรุงข้อกำหนดให้เขตสุขภาพมีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ภายในเขตสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ เนื่องจากมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งแต่ละหน่วยงานก็มีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติเฉพาะเป็นฐานเช่นกัน รวมทั้งการแก้กฎหมายแต่ละฉบับมีกระบวนการ ขั้นตอนมากมายและใช้เวลานาน ทั้งนี้ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขพยายามขับเคลื่อนการพัฒนาและการรังสรรค์นวัตกรรมในรูปแบบใหม่ (Sandbox) ด้านการบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพใน 4 เขตสุขภาพก่อนขยายผลสู่เขตอื่น ซึ่งเป็นความท้าทายและความพยายามครั้งสำคัญในการเริ่มต้นขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการกรอบอัตรากำลังได้เบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ ให้มีอำนาจกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่ระดับชำนาญการพิเศษ (C8) ลงไป ผ่าน อภพ.เขตสุขภาพ บริหารในลักษณะเดียวกับ อภพ.กระทรวง ส่วนอำนาจบริหารจัดการที่ยังคงอยู่ส่วนกลาง ได้แก่ การกำหนดตำแหน่ง แต่งตั้ง โยกย้าย ตั้งแต่ระดับเชี่ยวชาญ (C9) ขึ้นไป และทบทวนปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐที่มีรายละเอียดมากมาย ไม่ยืดหยุ่น เพื่อให้เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการได้แบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนเชื่อมโยงข้อมูลส่วนกลางกับเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ออกแบบระบบรายงานกำลังคนที่เป็นมาตรฐาน (Standard report) ในทุกระดับ เปรียบเทียบกำลังคนในแต่ละระดับทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส ซึ่งผู้บริหารทุกระดับสามารถเข้ามาดูได้

พัฒนาฐานข้อมูลและโปรแกรมสำเร็จรูปในการรวบรวมกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลสำหรับใช้สืบค้น อ้างอิงได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยเพื่อลดภาระงานและลดคนลง รวมทั้งพัฒนาใช้ AI ทดแทนคนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์รูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัวคล้ายเอกชนและสามารถเพิ่มค่าตอบแทนได้สอดคล้องกับตลาดแรงงาน เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการที่มีสมรรถนะสูงของ ก.พ. ที่จ้างในอัตราเงินเดือนที่สูง และสามารถจ้างวิชาชีพที่ยืดหยุ่น ไม่ถาวร โดยกำหนดผลผลิตหรือผลสัมฤทธิ์ (Productivity) ของงานเป็นเป้าหมาย และควบคุมคุณภาพงานหรือแบ่งสัดส่วนรายได้

กองบริหารทรัพยากรบุคคล สป. เป็นจุดคนจัดสำคัญในการขับเคลื่อนกำลังคนสุขภาพของเขตให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ ต้องทำหน้าที่กำหนดนโยบายทิศทางให้หน่วยงานในสังกัดทั่วประเทศ ทั้ง HRS, HRP, HRM, HRD ทุกมิติให้ครบวงจร และสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย HR ทุกระดับ รวมทั้งทำหน้าที่ควบคุมติดตามกำกับและประเมินผล โดยแบ่งกลุ่มเขตสุขภาพที่มีบริบทและสภาพปัญหาคล้ายกัน แสดงข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาตนเอง

ปรับสำนักงานเขตสุขภาพให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้าง (Structure) ตามกฎกระทรวงรองรับ ให้ตำแหน่ง COO เป็นระดับบริหารต้น รวมทั้งให้ผู้บริหาร C ต่างๆ มีตำแหน่งรองรับ เพื่อให้ทำหน้าที่เต็มเวลา (Fulltime) และมีความก้าวหน้า (Career path) ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ให้มีนักรักษาพยาบาลมืออาชีพประจำและช่วยพัฒนาศักยภาพให้จังหวัดด้วย เพิ่มกรอบอัตรากำลังให้ตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนเขตสุขภาพ ในภาพรวมทั้งระบบทั้งเครือข่ายหน่วยบริการภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐอื่น เช่น เครือข่ายมหาวิทยาลัย (UHOSNET) เครือข่ายกลาโหม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน

2. ควรศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้อำนาจเขตสุขภาพสามารถจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ภายในเขตสุขภาพได้แบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ เพื่อลดขั้นตอนให้เกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งทบทวนปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กองบรรณาธิการ. ทำไม agility จึงสำคัญกับงานในอนาคต. วารสารข้าราชการ 2562;61(3):4-5.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง ภายใต้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โครงการวิจัยเรื่องข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (blueprint for bhange) การบริหารจัดการในเขตสุขภาพและแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
3. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/60_01_15_8475.pdf 2558
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนพิเศษ 44 ง (ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564).
5. สยามรัฐ. คกก. ปฏิรูปสาธารณสุข เร่งขับเคลื่อนนวัตกรรมใหม่ Sandbox 4 เขตสุขภาพนำร่องหวังเกิดกลไกบูรณาการบริหารระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://siamrath.co.th/n/210211>
6. พุดตาน พันธุ์เนตร, อุดุลย์ บำรุง, ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, นงลักษณ์ พะโกยะ, บุญเรือง ขาวนวล, ทิณกร โนรี. วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(2):205-20.
7. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกำลังคน. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. อนัญญา คูอาริยะกุล, ศศิธร ชิดนายิ, สืบตระกูล ต้นตลานุกูล, อลิษา ทรัพย์สังข์, ภราดร ล้อธรรมมา, อัครนิ วันชัย, และคณะ. สถานการณ์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในเขต

- บริการสุขภาพที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี-
อุตรดิตถ์ 2561;10(พิเศษ):32-45.
9. World Health Organization. Human resources for health
action framework: HAF. Massachusetts: Management
Sciences for Health; 2009.
 10. กัทร พจน์พานิช. รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาทรัพยากร
มนุษย์ภายใต้นโยบายประเทศไทย 4.0. กรุงเทพมหานคร:
วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
 11. ชัจจ์จันต์ ธรรมจินดา. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ แผน
กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการนำแผนฯ ไปสู่
การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันดำรงราชานุภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย; 2553.
 12. จำเนียร จวงตระกูล. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: ทฤษฎีและ
การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2563.
 13. Farooq MB, De Villiers C. Telephonic Qualitative Re-
search Interviews, when to consider them and how to do
them. *Meditari Accountancy Research* 2017;25(2):
291-316.
 14. Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. In: Denzin
NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative
research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
p. 340-52.
 15. จุรีรัตน์ กิจสมพร, วิไลพร รังควัต, พิชญ์สินี มงคลศิริ. ปัจจัย
สนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของ
เขตสุขภาพในประเทศไทย: มุมมองผู้กำหนดนโยบาย.
วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;3(2):
27-40.
 16. อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. รายงานการ
ศึกษา การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารกำลังคนคุณภาพ
เพื่อความต่อเนื่องในการบริหารราชการ. กรุงเทพมหานคร;
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
 17. บุรฉัตร จันท์แดง, ยูภาพร ยูภาศ. การจัดการทรัพยากร
มนุษย์ภายใต้กระบวนการจัดการภาครัฐแนวใหม่.
*วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม* 2560;4(1):29-44.
 18. นิตศน์ ศิริโชติรัตน์. หลักการบริหารทรัพยากรมนุษย์ใน
ศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย; 2560
 19. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการบริหาร
จัดการกำลังคนคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ศรีบุรินทร์-
คอมพิวเตอร์การพิมพ์; 2555.
 20. Kuehn MB. Global shortage of health workers, brain
drain stress developing countries. *JAMA* 2007;
298(16):1853-55.
 21. กฤษดา แสงดี, นาริรัตน์ ผุดผ่อง, ระพีพงศ์ สุพรรณ-
ไชยมาตย์, กัญญา ดิษยาคม, นิธิวัชร แสงเรือง, พัชรี
เพชรทองหยก และคณะ. การศึกษารูปแบบการจ้างงาน
แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาล ในภาครัฐของ
ประเทศไทยในระยะ 15 ปีข้างหน้า, รายงานการวิจัย.
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
 22. วรารัตน์ ใจชื่น. การคาดการณ์กำลังคนในกลุ่มทันตบุคลากร
ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2569, *วารสารวิจัยระบบ-
สาธารณสุข* 2561;12(2):221-31.
 23. นิลวรรณ อยู่ภักดี, พิศาลสิทธิ์ ธนวุฒิ. การคาดการณ์อัตรา
กำลังเกษักรสาขาเกษักรกรมโรงพยาบาลใน 20 ปี (พ.ศ.
2558-2578). *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2560;11(1):
77-90.
 24. กฤษดา แสงดี. สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพใน
ประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2553;2(1):
40-6.
 25. กฤษดา แสงดี, บรรณาธิการ. แผนปฏิรูปกำลังคนและ
ภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี:
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง-
สาธารณสุข; 2562.
 26. นกษา สิงห์วีรธรรม, ยูพาวดี. ชันทบัลลัง. สถานการณ์การ
ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อ
ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพ, *วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2560;4(3):
218-25.
 27. Yamvong C, Soivongse P, Santati S, Mahasidthivathm

- S, Prasert A. Clinical nurse specialist and nursing short-age. Rama Nurse Journal 1995;1(2):66-74.
28. ปรีศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนาม, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. สัตว์ส่วนและสาเหตุการลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554;26(3):233-8.
29. ศรีณย์ พิมพ์ทอง. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์กรของพนักงานมหาวิทยาลัยสายวิชาการในประเทศไทย, วารสารบริหารธุรกิจ 2557;37(142):16-32.
30. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet 2004;364:1451-6.
31. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
32. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford LJ, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Public health 2004;364:1084-90.
33. World Health Organization. Human resources for health action framework (HAF): a guide to develop and implement strategies to achieve an effective and sustainable health workforce. Massachusetts: Management Sciences for Health; 2009.
34. รุ่งนภา จันทรา, อติญาณ์ ตรีเกษตริน, ยุพาวดี ชันทบัลลัง, เพ็ญศรี ทองเพชร, พนิดา อาวุธ, ปิยะดา ยุ้ยฉิม. สถานการณ์การพัฒนากำลังคนในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี 2561;1(1):14-25.
35. บุษยารัตน์ ศิลปวิทยาทร, บุญพิชชา จิตต์ภักดี. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(2):6-14.
36. พิศาลสิทธิ์ ธนวุฒิ, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การคาดการณ์กำลังคนสำหรับการวางแผนอัตรากำลังเภสัชกรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558;9(3):294-304.

Abstract: Development of the Public Health Workforce of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health to Support Health Region

Wichian Thianjuruwatthana, M.D.*; Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.**

** Office of the Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health; ** Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Praboromarajchanok Institute, Thailand*

Journal of Health Science 2021;30(3):531-46.

This mixed method research aimed to study the public health workforce development guidelines, and key success factors in driving the development of the public health workforce of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (MoPH) to support health regions. The study used both quantitative and qualitative research and methods. The secondary data of the public health manpower were analyzed. Then a guideline for the development of public health workforce was drafted. The semi-structured interview questionnaires were created based on a literature review of related concepts and theories. Eleven key informants were purposively selected including central administrators, public health inspectors, public health supervisors, administrators and practitioners in the health region offices. Data were collected using face-to-face and over the phone in-depth interviews, and were analyzed using content analysis. The results of the research were as follows: public health workforce development guidelines of the Office of the Permanent Secretary, MoPH, to support health regions included review of service plans, the service blueprints, and human resource blueprints for conducting resource sharing, and managing existing resources efficiently. Law amendment regarding the decentralization of comprehensive management in health regions, and adjustment of the health region offices' structure following the ministerial regulations should be performed. The Human Resource Management Division was responsible for setting policies and manpower directions, and strengthening at all levels. Moreover, creating motivation and retention of good people, improving a new human resource management system with flexibility like private sectors, and developing an update information system connecting the central region to other regions should be done. Key success factors in driving the development of the public health workforce were clear policies set by the chief executive officers, understanding and cooperation in the same direction of administrators at all health region offices, comprehensive decentralization, development of a workforce strategic plan in accordance with the health region strategic plan, designing a new support system that facilitates the development of the area health's workforce, as well as doing rigorous control, monitoring, and evaluation.

Keywords: health region; public health workforce; Ministry of Public Health

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”

อิทธิภัทร คูหา วท.ม. (บริหารสาธารณสุข)

จิราพร อธิธิชัยวัฒนา ศศ.ม. (บริหารและพัฒนาสังคม)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 11 ก.พ. 2564

วันแก้ไข: 12 มี.ค. 2564

วันตอบรับ: 22 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2563 เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย และเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้วิธีแบบผสมผสาน (mix method) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายที่ได้ดำเนินการมาโดยการวิจัยเอกสาร ส่วนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ การวิเคราะห์ดัชนีความสุขคนทำงานและดัชนีสุขภาวะองค์กร การถอดบทเรียนหน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่นด้วยการศึกษาเอกสารและการสนทนากลุ่ม และการสำรวจความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายที่ได้ดำเนินการผ่านมาโดยกลยุทธ์ที่เป็นจุดแข็ง ได้แก่ ข้อความนโยบายที่ชัดเจน การใช้ข้อมูลสารสนเทศให้เกิดการพัฒนาอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) การกำกับติดตามที่เป็นระบบอย่างสม่ำเสมอ ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายพบว่า ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ปี พ.ศ. 2562 อยู่ในระดับมีความสุข มีค่าเฉลี่ย 63.41 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 เกือบทุกมิติ โดยมีมิติสุขภาพเงินดี มิติเพื่อนคลายดีและสมดุลชีวิตกับการทำงานยังคงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านดัชนีสุขภาวะองค์กร (HPI) มีค่าเฉลี่ย 55.25 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต้องเพิ่มความใส่ใจ โดยองค์ประกอบด้านการลงทุนและด้านบริหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด การถอดบทเรียนหน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น พบปัจจัยความสำเร็จเกิดจากผู้นำองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากร ความต่อเนื่องของนโยบาย ทีมสนับสนุนการสร้างสุข (change agent) มีแผนพัฒนาคนเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงเป้าหมายของหน่วยงาน ส่วนการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า เห็นด้วยระดับมากโดยเฉพาะความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน ผู้บริหารให้การส่งเสริมสนับสนุน การมอบหมายบุคลากรชัดเจน และการนำข้อมูลความสุขและสภาพปัญหาพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษานี้คือ (1) กำหนดให้เป็นนโยบายมุ่งเน้นต่อเนื่องทุกปี ควบคู่กับระบบติดตามตรวจเยี่ยมแบบเสริมพลัง สร้างเสริมทีมและเครือข่าย การส่งข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยงานเกิดการพัฒนารูปแบบ (2) จัดให้มีผู้นำต้นแบบ (Role model) สร้างแรงจูงใจและกำหนดให้เป็นองค์ประกอบในการเข้าสู่ตำแหน่งของผู้บริหาร และ (3) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้าความสุขมิติเพื่อนคลายดีและสมดุลชีวิตในการทำงานตามข้อมูลที่พบ ให้ส่วนกลางเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบ ควบคู่กับผู้บริหารหน่วยงานให้ความสำคัญกับการสร้างสุขในองค์กรและการบริหารจัดการภาระงานอย่างเป็นธรรม

คำสำคัญ: การขับเคลื่อนนโยบาย; กระทรวงสาธารณสุข; เจ้าหน้าที่มีความสุข

บทนำ

ภายใต้สถานการณ์ที่ท้าทาย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้า การลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการด้านสุขภาพมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขณะที่งบประมาณภาครัฐมีอย่างจำกัด ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งการขาดแคลนที่มาจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ เห็นได้จากข้อมูลประเทศไทยมีแพทย์สัดส่วน 0.5 ต่อ 1,000 ประชากร ทันตแพทย์ 0.1 ต่อ 1,000 ประชากร เภสัชกร 0.2 ต่อ 1,000 ประชากร พยาบาล 2.4 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน สิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ประเทศไทยมีอัตราส่วนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลน้อยกว่าทั้งสิ้น และการขาดแคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองมากกว่าชนบทห่างไกล⁽¹⁾ จากรายงานกำลังคนภาครัฐปี พ.ศ. 2560 แนวโน้มสัดส่วนการลาออกของข้าราชการพลเรือนเพิ่มมากขึ้นคือปี พ.ศ. 2557 ลาออกร้อยละ 19.60 ปี พ.ศ. 2558 ลาออกร้อยละ 51.00 และปี พ.ศ. 2559 ลาออกร้อยละ 46.10 ส่วนความเพียงพอและกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรดีขึ้น แต่การกระจายยังมีความเหลื่อมล้ำ โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและภาคกลาง มีปัญหาการขาดแคลน และการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะสายวิชาชีพหลัก ซึ่งปัญหาการขาดแคลนเหล่านี้ไม่สามารถมองและแก้ไขปัญหาแบบภาพรวมได้ทั้งหมด เพราะแต่ละวิชาชีพมีปัญหาขาดแคลนที่ไม่เท่ากันและยังแตกต่างกันออกไป⁽²⁾ ที่ผ่านมามีการแก้ปัญหาการลาออกด้วยแนวคิดบรรจุตำแหน่งข้าราชการและการเพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์โดยเชื่อว่าจะทำให้คงอยู่ในระบบได้นานขึ้น อาจไม่ตอบสนองทันต่อสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าสาเหตุการลาออกของแพทย์เกิดจาก เงินเดือนน้อย งานหนักและ

ชั่วโมงการทำงานยาวนาน มีความเครียด ขาดขวัญกำลังใจ และมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ขณะเดียวกันบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขมีการเรียกร้องจากบุคลากรกลุ่มต่างๆ มากขึ้น ทั้งในเรื่องความเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทน สวัสดิการ การบรรจุตำแหน่ง การจ้างงาน ความก้าวหน้าในอาชีพ⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2579 ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังทางสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”⁽³⁾ แสดงถึงการให้ความสำคัญกับบุคลากร ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดูแลสุขภาพประชาชนและสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับทิศทางในการพัฒนาประเทศและระดับโลกที่กำหนดให้ “การพัฒนาคน” เป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ไว้อย่างชัดเจนทั้งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศ และการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ด้วยการยกระดับคุณค่ามนุษย์พัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม มีทักษะเห็นผล มีสุขภาพที่แข็งแรง และมีจิตใจที่งดงาม สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับประเทศ⁽²⁾ สอดคล้องกับสถาบัน The iOpener Institute ที่มหาวิทยาลัย Oxford สหราชอาณาจักร พบว่า บุคลากรที่มีความสุขสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง⁽⁴⁾ องค์กรที่ประสบความสำเร็จได้นั้นปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงผลักดันก็คือปัจจัยแห่งความสุข ถ้าบุคลากรในองค์กรมีความสุขในการทำงานจะส่งผลต่อตนเอง ต่องานที่ได้รับมอบหมายและต่อองค์กร บุคลากรที่มีความสุขทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้มีความพร้อมและมีประสิทธิภาพในการทำงานและนำไปสู่การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืนต่อไป⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับองค์การอนามัยโลกที่พบว่าองค์กรหลายแห่งทั่วโลกต่างสนใจการสร้างองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) หรือองค์กรสุขภาพ (healthy workplace) ที่พัฒนาคนในองค์กรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสภาพ

แวดล้อมที่ดีในการทำงาน มีความรักและความผูกพันองค์กร มีทักษะและประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน สามารถบรรลุถึงพันธกิจ เกิดนวัตกรรมของระบบการจัดการที่เหมาะสมและยั่งยืน⁽⁶⁾

การที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ไว้เป็นเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี อย่างชัดเจนเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 เป็นการปรับการจัดการองค์กรโดยให้ความสำคัญกับ “คน” เป็นหลัก สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการทรัพยากรมนุษย์แบบอ่อน (soft) ที่เชื่อว่าบุคลากรทุกคนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าอยู่ในตนเอง จะต้องช่วยปลดปล่อยพลังศักยภาพทั้งหมดออกมา เน้นในเรื่องการสร้างใจไว้นั่นคือเชื่อใจ การหาแนวทางที่จะสร้างความรู้สึกถึงการมีพันธกิจ (commitment) การผูกพัน (involvement) และการมีส่วนร่วม (participation)⁽⁷⁾ ให้ “คน” ทำงานอย่างมีความสุข เป็นกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน⁽⁸⁾ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานในสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจนถึงพื้นที่ห่างไกลในชนบท มากกว่า 12,000 หน่วยงาน และมีจำนวนบุคลากรมากถึง 386,208 คน มีความหลากหลายประเภทการจ้างงานและสาขาวิชาชีพ⁽⁹⁾ แต่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “เจ้าหน้าที่มีความสุข” มีความเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง ไม่พบว่าเคยมีการวัดหรือมีข้อมูลฐาน (evidence base) มาก่อนปี พ.ศ. 2560 พบเพียงข้อมูลในระดับหน่วยงานย่อยบางหน่วยงาน อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งมั่นดำเนินการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายภายใต้ความท้าทายเพื่อการบรรลุเป้าหมายให้บุคลากรคงอยู่อย่างมีความสุขในหน่วยงาน ตามที่กำหนดไว้ภายในปี พ.ศ. 2579 อย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง โดยมีตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (cooperate KPIs) 2 ตัวชี้วัด คือ ดัชนีความสุขของบุคลากร ไม่น้อยกว่า 70 และดัชนีสุขภาวะองค์กรไม่น้อยกว่า 70⁽³⁾ เพื่อส่งมอบการบริการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมี

คุณภาพและทั่วถึง อันจะเป็นรากฐานสำคัญที่ส่งผลถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2563 เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย และเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้วิธีแบบผสมผสาน ทั้งวิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายเป็นกรอบการศึกษา ประกอบด้วย ด้านสิ่งนำเข้า (input) ได้แก่ ข้อความนโยบาย (policy statement) และทรัพยากร ด้านกระบวนการ (process) ได้แก่ ข้อมูลสารสนเทศ (information strategies) อำนาจความสะดวก (facilitation strategies) การให้แรงเสริม (incentives strategies) และการกำกับติดตาม (monitoring) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (output) ได้แก่ ความสุขของเจ้าหน้าที่ สุขภาวะองค์กร หน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมโดดเด่น (bright spot) และความคิดเห็นต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย แบ่งการดำเนินงานศึกษา ออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ศึกษาการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2563 โดยการวิจัยจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรม ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขระดับกระทรวง ประเทศและระดับโลก เอกสารนโยบายและยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการดำเนินงาน ข้อมูลจากการสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาวะองค์กร และเอกสารประกอบ

อื่น ๆ โดยสอบถามความถูกต้องกับผู้เกี่ยวข้อง และนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อค้นพบรวมถึงความสัมพันธ์ สอดคล้องของข้อมูลและกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (content analysis)

ส่วนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ประกอบด้วย

1) ความสุขของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสุขในการทำงาน ความผูกพัน และความสมดุลชีวิตกับการทำงานที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงาน หรือประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ วัดด้วยดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

1.1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายการข้อมูลจากการสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ในระดับหน่วยงานที่ไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลซึ่งตัวบุคคล สุ่มครั้งที่ 1 เดือนเมษายน - มิถุนายน 2560 จำนวน 298,793 ราย (ร้อยละ 78.90 ของบุคลากร) และครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 จำนวน 320,797 ราย (ร้อยละ 80.90 ของบุคลากร)

1.2) เครื่องมือ ใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุขและความผูกพันในองค์กรของคนทำงานในประเทศไทยหรือ Happinometer ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการประเมินความสุขในการทำงาน 9 มิติ 2 ประเด็น ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี มิติด้านงานดี มิติเฉลี่ยภาพรวมความสุข ความผูกพัน สมดุลชีวิตกับการทำงาน ข้อคำถามเป็นมาตรวัดระดับความสุข 5 ระดับ รวมจำนวน 68 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ครั้ง และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha จำแนกตามองค์ประกอบหลัก⁽¹⁰⁾

1.3) การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลทางสถิติด้วย

โปรแกรมสำเร็จรูปโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลค่าคะแนน เป็น 4 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 00.00-24.99 แปลว่า ไม่มีความสุขเลย ค่าเฉลี่ย 25.00-49.99 แปลว่า ไม่มีความสุข ค่าเฉลี่ย 50.00-74.99 แปลว่า มีความสุข ค่าเฉลี่ย 75.00-100.00 แปลว่า มีความสุขมาก

2) สุขภาวะองค์กร หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานโดยใช้การบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ส่งผลให้บุคลากรทำงานได้อย่างเป็นสุข เกิดความภาคภูมิใจและผูกพันองค์กร เกิดประสิทธิภาพและความสามารถในการผลิตและการแข่งขันขององค์กรสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน^(6,11) วัดด้วยดัชนีสุขภาวะองค์กร (happy public organization index: HPI)

2.1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายการข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสุขภาวะองค์กรของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลทุติยภูมิในระดับหน่วยงานที่ไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลรายบุคคลของบุคลากร ซึ่งสำรวจไว้แล้ว เดือนพฤศจิกายน 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 จำนวน 25,371 รายการข้อมูล

2.2) เครื่องมือ ใช้แบบประเมินสุขภาวะองค์กรภาครัฐ (happy public organization index: HPI) ซึ่งเป็นเครื่องมือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้องค์กรภาครัฐเลือกใช้ตรวจสอบสุขภาวะขององค์กร⁽¹¹⁾ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนองค์กร โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (nominal scale)

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการประเมินสุขภาวะองค์กร 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสำเร็จ การบริหาร สุขภาพกาย-ใจ บรรยากาศ และการลงทุน

ประเด็นข้อคำถามเป็นมาตรวัด 5 ระดับจำนวน 27 ข้อ ที่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา ด้วยการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.92⁽¹²⁾

2.3) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ 4 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 00.00–48.99 แปลว่า ต้องปรับปรุง ค่าเฉลี่ย 49.00–56.99 แปลว่า ต้องเพิ่มความใส่ใจ ค่าเฉลี่ย 57.00–74.99 แปลว่า กำลังพัฒนา ค่าเฉลี่ย 75.00–100.00 แปลว่า นำปลื้มที่สุด

3) หน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น (bright spot) หมายถึง หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับคนในองค์กร มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และดัชนีสุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้เสริมสร้างให้เกิดความสุขในการทำงาน อย่างมีเป้าหมายและสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร⁽⁸⁾ ถอดบทเรียนด้วยวิธีการศึกษาจากรายงานผลการดำเนินงาน และการสนทนากลุ่ม (focus group)

3.1) ประชากร ได้แก่ หน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น (Bright spot) จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2561– พ.ศ. 2563 จำนวน 359 หน่วยงาน เลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามประเภทหน่วยงาน จำนวน 80 แห่ง โดยผู้แทนหน่วยงานเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

3.2) เครื่องมือที่ใช้ เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจัดบันทึกตามประเด็นหลักแล้วนำมาสรุปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตีความสรุปแบบอุปนัย (induction analysis) ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ความสอดคล้องในแง่ต่างๆ ตามข้อเท็จจริงทั้งในเชิงเหตุและผล

4) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบงานต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ที่ได้ดำเนินการตามนโยบาย มุ่งเน้นหรือคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารและตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) ประเมินโดย

ใช้วิธีการสำรวจ

4.1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักบริหารความสุข ผู้รับผิดชอบงานสร้างสุข ทีมพี่เลี้ยง ที่ขึ้นทะเบียนไว้ 1,484 คน ใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างของ ทาโรยามาเน่ ที่ประชากร 1,500 คน มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 316 คน ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์

4.2) เครื่องมือใช้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการประเมินการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อในประเด็นความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิตและผลลัพธ์ (Product) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานสร้างสุขในองค์กรจำนวน 30 ราย นำมาหาความเที่ยงตรงโดยใช้สูตรหาค่า Cronbrach’s alpha coefficient ได้ค่า Reliability coefficients เท่ากับ 0.98

4.3) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) หน่วยงานส่วนกลางและ 12 เขตสุขภาพ จำนวน 3 แห่งของที่คำนวณได้ จำนวน 948 คน ส่งแบบสอบถามออนไลน์ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ได้รับข้อมูลกลับมาใช้วิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 705 คน

4.4) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลความหมายของค่าเฉลี่ย 5 ระดับ โดยค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 แปลว่า เห็นด้วยมากที่สุด 3.41–4.20 แปลว่า เห็นด้วยมาก 2.61–3.40 แปลว่า เห็นด้วยปานกลาง 1.81–2.60 แปลว่า เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 แปลว่า เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ศึกษาการพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560–

พ.ศ. 2563

1) สิ่งนำเข้า (input) ได้แก่ ข้อความนโยบาย (policy statement) และทรัพยากร

1.1) ด้านข้อความนโยบาย (Policy Statement) พบว่า มีการประกาศเป็นนโยบายอย่างชัดเจน โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ในแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี พ.ศ.2560-2579 โดยในส่วนของเป้าหมาย“เจ้าหน้าที่มีความสุข” ได้กำหนดตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ดัชนีความสุขของคนทำงาน ไม่น้อยกว่า 70 และดัชนีสุขภาวะองค์กร ไม่น้อยกว่า 70 และได้กำหนดเป็นนโยบายมุ่งเน้นหรือหรือคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารทุกปีอย่างต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2563

1.2) ด้านทรัพยากร พบว่า แต่ละหน่วยงานมีการจัดวางโครงสร้างในลักษณะการมอบหมายงานให้หน่วยงานหลักในหลากหลายรูปแบบ ทั้งในกลุ่มหรือฝ่ายงานที่รับผิดชอบงานด้านยุทธศาสตร์แผนงาน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการพัฒนาระบบ หรือด้านพัฒนาระบบบริหาร โดยในหลายหน่วยงานมีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการ คณะทำงาน งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาขับเคลื่อนงานเป็นงบประมาณปกติจากส่วนราชการ และได้รับสนับสนุนเพื่อการพัฒนาแบบ กลไก และองค์ความรู้จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในช่วงปี พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2564 จำนวนเงินทั้งสิ้น 28,400,140 บาท นอกจากนี้ยังพบว่า กระทรวง-สาธารณสุขยังไม่มีเคยมีฐานข้อมูลภาพรวมของระดับความสุขของบุคลากรและความสุขขององค์กรมาก่อน มีเพียงบางหน่วยงานที่ใช้เครื่องมือวัดที่หลากหลาย จึงได้มีการคัดเลือกแบบสำรวจ คุณภาพชีวิต ความสุขและความผูกพันในองค์กรของคนทำงานในประเทศไทย (Happinometer) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล และแบบประเมินสุขภาวะองค์กรภาครัฐ (HPI) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง-

เสริมสุขภาพ (สสส.) ที่พัฒนาร่วมกับมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินความก้าวหน้าและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนในหน่วยงานทุกระดับ

2) กระบวนการ (Process) การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย

2.1) การใช้กลยุทธ์ข้อมูลสารสนเทศ (Information Strategies) พบว่า มีการใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง (Evidence base development) และการสื่อสารถ่ายทอดข้อความนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.1) สำรวจความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขด้วยดัชนีความสุขคนทำงาน (Happinometer) ครั้งแรกในระหว่างวันที่ 18 เมษายน-30 มิถุนายน 2560 เพื่อเป็นข้อมูลฐานของตัวชี้วัด โดยการสำรวจทางออนไลน์ มีผู้ตอบแบบสำรวจทั้งสิ้น 298,793 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 78.84 โดยมีค่าเฉลี่ยความสุขในภาพรวม ร้อยละ 62.60 เมื่อแยกเป็นรายมิติ พบว่า มิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จิตวิญญาณดี (Happy Soul) มีค่าเฉลี่ย 70.47 รองลงมาคือ มิติหัวใจดี (Happy heart) มีค่าเฉลี่ย 68.43 และมิติที่มีค่าเฉลี่ยความสุขน้อยที่สุด คือ มิติสุขภาพเงินดี (Happy money) ค่าเฉลี่ย 50.65 นำผลที่ได้มาดำเนินการระดับนโยบายร่วมกับสถาบันการเงินในการจัดทำแผนสร้างเสริมสุขภาพทางการเงิน (Happy money program) เพื่อประโยชน์ต่อบุคลากรของกระทรวงในส่วนการขับเคลื่อนในหน่วยงานย่อยพบว่า หน่วยงาน ร้อยละ 96.10 มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ในการวิเคราะห์ดำเนินการสร้างสุขในองค์กร และจากการวิเคราะห์ผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy public organization index) พบว่า มีค่าเฉลี่ยในภาพรวม 56.65 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต้องเพิ่มความใส่ใจ โดยมิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านการลงทุน ค่าเฉลี่ย 48.85 ด้านสุขภาพกาย-ใจ ค่าเฉลี่ย 55.34 และด้านบริหาร ค่าเฉลี่ย 56.44 หน่วยงาน ร้อยละ 16.70 มีการนำดัชนีสุขภาวะองค์กรไปใช้วิเคราะห์ดำเนินการสร้างองค์กรแห่งความสุข

ขับเคลื่อนนโยบายลงสู่หน่วยงานระดับพื้นที่ทั่วประเทศมีการจัดทำแผนสร้างสุขในองค์กร ในมิติที่หน่วยงานเห็นพ้องที่จะดำเนินการต่อเนื่องทุกปี

2.1.2 การสื่อสารถ่ายทอดข้อความนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมระดับชาติการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระบบสุขภาพ (HR4H Forum) การประชุมชี้แจงนโยบายประจำปี การสื่อสารผ่านทางเว็บไซต์และเฟซบุ๊กของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เพื่อให้หน่วยงานและภาคีเครือข่ายได้รับทราบนโยบาย เป้าหมาย แนวทางการดำเนินงาน สร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน นอกจากนี้ การกำหนดเป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร (Performance agreement) ทำให้มีการถ่ายระดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงสู่ผู้บริหารในส่วนภูมิภาค สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายที่ชัดเจน

2.2) การอำนวยความสะดวก (Facilitation strategies) พบว่า ได้พัฒนาเป็นนักจัดการองค์ความรู้สู่ความสุขคนทำงาน จำนวน 464 คน นักสร้างสุข จำนวน 689 คน นักบริหารความสุข จำนวน 109 คน พี่เลี้ยงในการสร้างสุข จำนวน 222 คน รวมทั้งสิ้น 1,484 คน เพื่อสนับสนุนการสร้างการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (change agent) สร้างคู่มือแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 3 ฉบับ และทำเนียบเครือข่ายจำนวน 4 ฉบับ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายในหน่วยงานทุกระดับ

2.3) การให้แรงเสริม (Incentives strategies) พบว่า การให้แรงเสริมในภาพรวมกระทรวงมีเพียง การจัดเวทีแสดงนิทรรศการผลงานในการประชุมการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระบบสุขภาพ 2 ครั้ง เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 และเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 และเผยแพร่หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) หน่วยงานที่มีความโดดเด่น ในการบริหารจัดการกำลังคนสุขภาพ (Bright spot) ปี 2561 และปี 2562

2.4) ด้านการกำกับติดตาม (Monitoring) พบว่า มีระบบการกำกับติดตามที่ชัดเจน ด้วย 4 ระบบ คือ (1)

การวัดผลตามตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข (Corporate KPIs) ได้แก่ ดัชนีความสุขของคนทำงาน และดัชนีสุขภาวะองค์กร ทุก 2 ปี (2) การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงทุกปี (3) ระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ (4) ระบบรายงานผลการดำเนินงานผ่านกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรายงานผลต่อผู้บริหาร

ส่วนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”

1) ความสุขของเจ้าหน้าที่ พบว่า ดัชนีความสุขคนทำงานจากการสำรวจความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562 ภาพรวมความสุขในการทำงานของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.41 ซึ่งแปลผลว่าอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) โดยมีมิติที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ มิติจิตวิญญาณดี มิติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติสุขภาพเงินดี มิติผ่อนคลายดี ตามลำดับ โดยความผูกพันมีค่าเฉลี่ย 65.25 ซึ่งแปลผลว่าอยู่ในระดับมีความผูกพัน และสมดุลชีวิตกับการทำงานมีค่าเฉลี่ย 56.15 ซึ่งแปลผลว่าอยู่ในระดับมีความสมดุล และเมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีความสุขคนทำงานซึ่งวัดไว้ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงาน ความผูกพัน และความสมดุลกับการทำงานเพิ่มขึ้น ทุกมิติ ยกเว้นมิติครอบครัวดี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าปี พ.ศ. 2560 ตามตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ดัชนีความสุขคนทำงาน ในปี พ.ศ. 2562 ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพเงินดี มิติผ่อนคลายดี และสมดุลชีวิตกับการทำงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า มิติสุขภาพเงินดี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในอายุช่วง Generation X (38-53 ปี) ลักษณะงานด้านสนับสนุน กลุ่มพนักงานกระทรวงและกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวระดับหน่วยงานโรงพยาบาลศูนย์ มิติผ่อนคลายดี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในอายุช่วง Generation X (38-53 ปี) ลักษณะงานด้านบริการ ระดับปฏิบัติงาน ประเภทลูกจ้างชั่วคราว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานภาพรวมของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ความผูกพัน และสมดุลชีวิตกับการทำงาน ปี พ.ศ. 2562 จำแนกรายมิติ และเปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2560

มิติความสุข	ปี พ.ศ. 2560 (N=298,793)		ปี พ.ศ. 2562 (N=320,797)		ความหมาย
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
มิติสุขภาพกายดี (happy body)	65.54	14.12	66.10	13.44	มีความสุข
มิติผ่อนคลายดี (happy relax)	55.69	14.80	55.98	15.32	มีความสุข
มิติน้ำใจดี (happy heart)	68.43	13.48	70.19	13.78	มีความสุข
มิติจิตวิญญาณดี (happy soul)	70.47	13.27	71.40	13.52	มีความสุข
มิติครอบครัวดี (happy family)	65.92	20.28	64.89	20.88	มีความสุข
มิติสังคมดี (happy social)	62.48	12.79	63.82	13.25	มีความสุข
มิติใฝ่รู้ดี (happy brain)	62.69	15.56	65.11	16.68	มีความสุข
มิติสุขภาพเงินดี (happy money)	50.65	19.57	52.55	19.01	มีความสุข
มิติการทำงานดี (happy work)	61.52	13.49	62.75	14.30	มีความสุข
เฉลี่ยภาพรวมความสุข	62.60	9.89	63.41	10.23	มีความสุข
ความผูกพัน (engagement)	63.87	15.11	65.25	15.19	มีความผูกพัน
สมดุลชีวิตกับการทำงาน	54.09	14.54	56.15	13.60	มีความสมดุล

สายงานพยาบาลวิชาชีพ ระดับหน่วยงานโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ ในส่วนสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในอายุช่วง Generation Z (18–23 ปี) ลักษณะงานด้านสนับสนุนระดับปฏิบัติงาน ประเภทลูกจ้างประจำ ระดับหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

2) สุขภาวะองค์กร พบว่า ดัชนีสุขภาวะองค์กรของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ย 55.25 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต้องเพิ่มความใส่ใจ โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านบรรยากาศ (ค่าเฉลี่ย 59.25) ด้านความสำเร็จหรือผลลัพธ์องค์กร (ค่าเฉลี่ย 58.06) ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ด้านการลงทุน (ค่าเฉลี่ย 49.56) และด้านบริหาร (ค่าเฉลี่ย 54.83) เมื่อวิเคราะห์รายประเด็นย่อย พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน (46.20) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข (ค่าเฉลี่ย 47.33)

การสนับสนุนทรัพยากรสร้างสุขจากองค์กร (ค่าเฉลี่ย 49.32) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร (ค่าเฉลี่ย 49.49) ตามลำดับ

3) หน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น (bright spot)

ปรากฏหน่วยงานที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่น เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2561–พ.ศ.2563 ซึ่งถูกคัดเลือกโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตสุขภาพ จำนวน 359 หน่วยงาน กระจายอยู่ในทุกระดับ โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน 117 แห่ง รองลงมาเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 73 แห่ง กรมและหน่วยงานสังกัดกรม 67 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 46 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 27 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 แห่ง ตามลำดับ จากการถอดบทเรียนความสำเร็จโดยการวิเคราะห์รายงานเรื่องราวความสำเร็จ (success story) และสนทนากลุ่ม พบว่า

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานภาพรวม มิติสุขภาพเงินดี มิติผ่อนคลายดี ความผูกพัน และสมดุลชีวิตกับการทำงาน จำแนกตามปัจจัยบุคคล

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยความสุข				
	ความสุขรวม	สุขภาพเงินดี	ผ่อนคลายดี	ความผูกพัน	สมดุลชีวิตกับการทำงาน
1. อายุ (ปี)					
- Generation Z (18-23)	66.94	58.34	61.64	72.27	53.61
- Generation Y (24-37)	64.59	52.47	57.60	67.48	55.87
- Generation X (38-53)	62.36	51.55	53.82	62.39	56.83
- Generation BB (54-60)	63.11	52.33	54.34	64.93	54.86
2. ลักษณะงาน					
- ด้านบริหาร	67.31	56.17	59.97	71.90	57.79
- ด้านบริการ	62.91	52.31	55.01	64.24	57.25
- ด้านวิชาการ	65.65	55.30	58.27	65.46	55.63
- ด้านสนับสนุน	63.74	50.17	56.79	65.98	50.87
3. ระดับตำแหน่ง					
- ปฏิบัติงาน	62.84	51.85	55.06	64.09	56.28
- หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้า กลุ่มงาน/หัวหน้างาน	67.15	58.10	60.05	70.52	57.33
- ผู้บริหารองค์กร	70.70	59.61	63.97	78.02	61.69
4. ประเภทการจ้างงาน					
- ข้าราชการ	64.38	55.44	56.72	65.47	59.06
- พนักงานราชการ	63.22	51.35	54.75	64.49	54.39
- พนักงานกระทรวง	62.40	47.73	55.02	65.07	52.43
- ลูกจ้างประจำ	64.13	51.94	58.20	68.67	51.37
- ลูกจ้างชั่วคราว	62.95	50.65	54.61	63.97	54.66
5. สายงาน					
- แพทย์	63.83	69.11	56.38	63.44	63.19
- ทันตแพทย์	63.70	68.81	58.82	58.83	58.28
- เภสัชกร	62.81	64.23	56.12	59.41	57.10
- พยาบาลวิชาชีพ	63.25	64.99	55.07	64.53	61.22
6. ระดับหน่วยงาน					
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	64.88	54.35	57.68	63.68	51.41
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	66.74	52.04	60.58	68.06	56.06
- โรงพยาบาลศูนย์	61.48	51.61	52.80	62.99	56.85
- โรงพยาบาลทั่วไป	62.39	53.04	54.20	62.92	56.65
- โรงพยาบาลชุมชน	63.34	52.55	55.99	63.35	56.38
- รพ.สต.	67.05	51.86	60.16	68.47	57.22
- กรมและ สป. (ส่วนกลาง)	65.69	53.88	56.27	66.20	54.52

ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ (1) ผู้นำและทีมนำที่มีวิสัยทัศน์ให้ความสำคัญกับคนควบคู่กับความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร (2) มีทีมงานหลัก (core team) ที่เข้มแข็ง ขับเคลื่อนเกาะติด สร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานทุกระดับทำให้เกิดความยั่งยืน (3) การกำหนดให้เป็นนโยบายสร้างสุขในองค์กรที่ต่อเนื่องจนสามารถสร้างเป็นวัฒนธรรมองค์กร (4) กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การจัดการอย่างเป็นระบบ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน มีการวัดผลชัดเจน ต่อเนื่อง พัฒนาสู่งานประจำ (5) ช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างความสุขของหน่วยงาน (6) ระบบการบริหารงานบุคคลที่ดี ระบบแรงจูงใจของหน่วยงานที่มีความยุติธรรม โปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ การดูแลสุขภาพแวดล้อมทางกายภาพ และความปลอดภัยในการทำงาน (7) บรรยากาศการทำงานที่ดี และ (8) การยกย่องให้เกียรติเชิดชู

4) ความคิดเห็นต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” พบว่า เห็นด้วยระดับมากในภาพรวมของการพัฒนาและขับเคลื่อน ด้านสภาวะแวดล้อม (Context) และด้านผลผลิต (Product) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน รองลงมาได้แก่ ผู้บริหารให้การส่งเสริมสนับสนุนแผนงานโครงการกิจกรรม มีการมอบหมายบุคลากรในที่ได้รับผิดชอบชัดเจน การนำข้อมูลความสุข และสภาพปัญหา มาพัฒนา ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ เครื่องมือ HPI มีความเหมาะสม รองลงมาเป็นการให้แรงเสริม การเชิดชูเกียรติหรือรางวัล และการสนับสนุนงบประมาณเครื่องมืออย่างเพียงพอ ตามลำดับ ตามตารางที่ 3 โดยมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการสำรวจ พบว่า (1) ควรเป็นนโยบายที่มีความต่อเนื่อง ร่วมกับอัตรากำลังที่พอเพียง การกระจายที่เหมาะสม สวัสดิการและการบริหารบุคลากร (2) ผู้นำองค์กรต้องเข้าใจและเป็นผู้ขับเคลื่อน (3) ต้องดำเนินการเป็นแผนกลยุทธ์ ควบคู่กับการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

(4) ควรมีกลไก ทำงานเป็นทีมในภาพจังหวัดและเขตสุขภาพ (5) ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือ Happinessometer และ HPI ลดข้อคำถามลงและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกระทรวงสาธารณสุข (6) ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ทีมผู้รับผิดชอบการสร้างสุขของหน่วยงานได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจ ทักษะ อย่างต่อเนื่อง และ (7) ควรมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ

วิจารณ์

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2563 ดำเนินการอย่างมีลักษณะสำคัญของการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ (strategic management)⁽¹³⁾ โดยให้ความสำคัญต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บริหารแบบองค์รวมจัดการต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนาศักยภาพขีดความสามารถและเพิ่มประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผลลัพธ์ในการดำเนินงานและทิศทางการดำเนินงานในระยะยาว โดยกลยุทธ์ที่เป็นจุดแข็ง ได้แก่ ข้อความนโยบายที่ชัดเจน (policy statement) การใช้ข้อมูลสารสนเทศ (information strategies) ให้เกิดการพัฒนามีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base) การกำกับ ติดตาม (monitoring) ที่เป็นระบบอย่างสม่ำเสมอ เกิดการพัฒนาและการขับเคลื่อนนโยบายนี้มีทั้งเชิงระบบและเชิงประเด็นในภาพรวมกระทรวงและหน่วยงานย่อยอย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกัน สามารถพัฒนาเป็นองค์กรต้นแบบขยายผลสู่หน่วยงานอื่นได้

ประสิทธิผลของการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข” ด้านดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ปี พ.ศ. 2562 อยู่ในระดับมีความสุข มีค่าเฉลี่ย 63.41 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 เกือบทุกมิติ โดยมิติสุขภาพเงินดี มิติผ่อนคลายดีและสมดุลชีวิตกับการทำงานยังคงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ในด้านดัชนีสภาวะองค์กร (HPI) มี

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่เป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”

ความคิดเห็นต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายฯ	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลค่าคะแนน
ด้านที่ 1 ด้านสภาวะแวดล้อม (Context)	3.64	0.73	เห็นด้วยระดับมาก
1.1 นโยบายสอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบทของหน่วยงาน	3.85	0.71	เห็นด้วยระดับมาก
1.2 ผู้บริหารให้การสนับสนุน แผนงาน โครงการ กิจกรรม	3.60	0.93	เห็นด้วยระดับมาก
1.3 การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายชัดเจนและทั่วถึง	3.46	0.95	เห็นด้วยระดับมาก
ด้านที่ 2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.33	0.78	เห็นด้วยระดับปานกลาง
2.1 มีการมอบหมายบุคลากรในที่ได้รับผิดชอบอย่างชัดเจน	3.55	0.94	เห็นด้วยระดับมาก
2.2 มีคณะกรรมการคณะทำงานในการพัฒนาและขับเคลื่อน	3.51	0.99	เห็นด้วยระดับมาก
2.3 การสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ อย่างเพียงพอ	3.20	1.06	เห็นด้วยระดับปานกลาง
2.4 ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะอย่างเพียงพอ	3.24	1.01	เห็นด้วยระดับปานกลาง
2.5 เครื่องมือ “Happinometer” มีความเหมาะสม	3.35	0.92	เห็นด้วยระดับปานกลาง
2.6 เครื่องมือ HPI มีความเหมาะสม	3.05	0.89	เห็นด้วยระดับปานกลาง
ด้านที่ 3 ด้านกระบวนการ (Process)	3.36	0.82	เห็นด้วยระดับปานกลาง
3.1 การนำข้อมูลความสุข และสภาพปัญหา มาพัฒนา	3.51	0.88	เห็นด้วยระดับมาก
3.2 แผนงาน โครงการตอบสนองกับการพัฒนา	3.45	0.92	เห็นด้วยระดับมาก
3.3 มีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา	3.41	0.94	เห็นด้วยระดับมาก
3.4 การกำกับดูแล ติดตาม ประเมินผล มีความเหมาะสม	3.29	0.94	เห็นด้วยระดับปานกลาง
3.5 การให้แรงเสริม การเชิดชูเกียรติ หรือรางวัล	3.15	1.08	เห็นด้วยระดับปานกลาง
ด้านที่ 4 ด้านผลผลิต (Product)	3.45	0.82	เห็นด้วยในระดับมาก
4.1 ผลสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ ของแผนงาน โครงการ	3.48	0.86	เห็นด้วยในระดับมาก
4.2 มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง	3.42	0.93	เห็นด้วยในระดับมาก
ภาพรวม	3.44	0.72	เห็นด้วยในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 55.25 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต้องเพิ่มความใส่ใจ โดยองค์ประกอบด้านการลงทุนและด้านบริหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และจากการถอดบทเรียนหน่วยงานทุกระดับที่มีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเป็นรูปธรรมโดดเด่นพบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากผู้นำองค์กรที่ให้ความสำคัญกับคนในองค์กร ความต่อเนื่องของนโยบาย มีทีมสนับสนุนการสร้างสุข (Change agent) มีแผนการพัฒนาคนเชิงยุทธศาสตร์เชื่อมโยงเป้าหมายของหน่วยงาน และผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบายที่เห็นด้วยระดับมาก โดยเฉพาะความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน

ผู้บริหารให้การส่งเสริมสนับสนุน การมอบหมายบุคลากรชัดเจน และการนำข้อมูลความสุขและสภาพปัญหาามาพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา ชัชวาลชาญ-ชนกิจ⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพทุนมนุษย์ การรับรู้ความยุติธรรม ผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความสุขในการทำงาน และการศึกษาของกาญจณี พันธุ์ไพโรจน์⁽¹⁵⁾ พบว่า ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การยอมรับนับถือ ผู้บริหาร/ผู้บังคับ

ปัญญา และความสัมพันธ์ในที่ทำงาน แสดงว่าการพัฒนา และขับเคลื่อนนโยบายที่ดำเนินการอยู่จะสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร ทั้งดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่า 70 และดัชนีสุขภาพองค์กร (HPI) ไม่น้อยกว่า 70 ในปี พ.ศ. 2579

นอกจากนี้ยังค้นพบโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การสร้างผู้นำและผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ให้เพิ่มขึ้นครอบคลุมทุกหน่วยงาน สร้างเครือข่ายและสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน การปรับปรุงเครื่องมือการวัดดัชนีความสุขให้ง่ายต่อการประเมิน และการให้แรงเสริม ยกย่องเชิดชูให้เป็นองค์กรต้นแบบหรือผู้นำต้นแบบ การสื่อสารข้อความนโยบายเพื่อให้เกิดแรงขับเคลื่อนในภาพรวมทั้งองค์กร ควบคู่ไปกับการพัฒนาให้ทุกหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่น่าอยู่ คนทำงานมีความสุข ทำงานเป็นทีม มียุทธศาสตร์การพัฒนาคอนโซลต์คล่องกับเป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน อย่างสอดคล้องกับแนวทางองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) หรือองค์กรสุขภาพ (healthy workplace) ขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ และ Corbett D⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาสุขภาพองค์กรจากองค์กรที่ได้รับรางวัล พบว่าองค์กรปฏิบัติตามหลักการและเกณฑ์ของกรอบความเป็นเลิศ (excellence framework) ซึ่งครอบคลุมถึงระบบคุณภาพและความยั่งยืนอย่างสมดุล โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านการวางแผน ด้านบุคคล ด้านลูกค้า การจัดการกระบวนการ และหุ้นส่วนผู้ผลิต เกิดความสมดุลและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนโดยพลังบวกในภาพรวมและหน่วยงานย่อยอย่างสอดคล้องกันทั่วทั้งองค์กรซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายแบบมุ่งเป้าความสุข

มิติผ่อนคลายดีและสมดุลชีวิตในการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานสายงานบริการตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ ให้ส่วนกลางดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการบุคลากร การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังการทำงาน ระเบียบวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปรับปรุงระบบเพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการ ควบคู่กับการเน้นย้ำบทบาทของหน่วยงานในการดูแลสถานะปัจจัยในการสร้างเสริมความสุขและสมดุลชีวิตการทำงาน โดยกระบวนการคุณภาพของหน่วยงาน ให้มีความสำคัญกับการบริหารจัดการภาระงานอย่างเป็นธรรม การจัดการทางกายภาพ ให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีทรัพยากรในการให้บริการผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

2. จัดให้มีผู้นำต้นแบบและองค์กรต้นแบบ (Role model) ในการพัฒนาหน่วยงานน่าอยู่ คนทำงานมีความสุข ทำงานเป็นทีม มียุทธศาสตร์การพัฒนาคอนโซลต์คล่องกับเป้าหมายและวิสัยทัศน์ เพิ่มผลิตภาพขององค์กรและความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน สร้างแรงจูงใจส่วนบุคคลให้กับผู้บริหารโดยการยกย่องเชิดชู ร่วมกับการกำหนดให้ผลงานการพัฒนางานองค์กรเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพิจารณาความก้าวหน้าในการขึ้นสู่ตำแหน่งของผู้บริหาร เพื่อขยายผลให้เกิดขึ้นในทุกหน่วยงาน

3. สร้างความต่อเนื่องของนโยบายให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยกำหนดให้เป็นนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขทุกปี กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงกระบวนการที่สอดคล้องกับการประเมินค่าดัชนีความสุขและส่งข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการปรับให้มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมแบบเสริมพลัง สร้างเสริมทีมและเครือข่ายผู้สนับสนุนการสร้างสุข (change agent) เปิดพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ดีการศึกษาในครั้งนี้ยังมีจำกัดในการค้นหาปัญหาเชิงลึกในหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาน้อย ปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายได้ รวมถึงทัศนคติของผู้บริหารทุกระดับ ซึ่งควร

ได้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในแง่มุมต่างๆ เพื่อปิดช่องว่างในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง และได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและเอกสารเพื่อใช้ในการศึกษา นอกจากนี้ขอขอบคุณสำนักสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนเครื่องมือและองค์ความรู้ให้กับทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการสร้างสุขให้กับคนในองค์กร อันส่งผลที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. Health at a Glance Thailand 2017. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560- 2579). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. Pryce-Jones J. What happiness at work is and how to use it. Oxford United kingdom iOpener Institute for People and Performance [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 20]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262574466_What_happiness_at_work_is_and_how_to_use_it
5. ภัทรดนัย ฉลองบุญ. ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2561;6(ฉบับพิเศษ):590-9.
6. Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and Practices. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. พรชัย เจตมานัน, นิตยาพร กินบุญ, ไพฑูรย์ พิมพ์ิ. ทรัพยากรมนุษย์: นิตการบริหารจัดการศตวรรษที่ 21 อย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สุตราโพลีเทคนิค; 2560.
8. ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, อธิธรรม วุฒินันท์ชัยแก้ว. องค์กรแห่งความสุข 4.0. กรุงเทพมหานคร: แอทโพร์พรีนซ์; 2560.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
10. ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พงศา บุญยศิริณะ, วรรณภา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง Happinometer. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส; 2555.
11. ดวงเนตร ธรรมกุล, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, ศิริพร คุรุทภาค, อัจฉรา ประเสริฐสิน. เส้นทางเดินไปสู่องค์กรสุขภาวะภาครัฐ: happy public-organization index. นนทบุรี: ทิรกานต์ กราฟฟิค; 2558.
12. ดวงเนตร ธรรมกุล, ขวัญเมือง แก่งดำเกิง, อัจฉรา ประเสริฐสิน. การพัฒนาดัชนีองค์กรสุขภาวะ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5(2):8-19.
13. วรางคณา ผลประเสริฐ. หน่วยที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเชิงกลยุทธ์. ใน: วรางคณา ผลประเสริฐ. การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารโรงพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554. หน้า 1-34.
14. กิตติยา ชัชวาลชาญชนกิจ. ปัจจัยการบริหารจัดการที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ขาดแคลนของโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสยาม; 2560. 234 หน้า.

15. กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2555; 20(5):379-89.
16. Corbett D. Excellence in Canada: healthy organiza- tion-achieve results by acting responsibility. Journal of Business Ethic 2004;55(2):125-33.

Abstract: Development and Policy-driven to the Ministry of Public Health Goal “Happier Health Care Workers”

Thitipat Kuha, M.Sc. (Public Health Administration); Jiraporn Itthichaiwattana M.A. (Social Development and Administration)

Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Thailand Journal of Health Science 2021;30(3):547-60.

The objective of this study was to develop and mobilize the policy to achieve the Ministry of Public Health’s goal on “Happier Health Care Workers” which had been performed since the fiscal year 2017–2020, in order to evaluate effectiveness and to make policy recommendations. It was conducted as a descriptive re- search using mix method. The study was divided into two parts. The first part was to study the development and policy-driven implementation using documentary research; and the second part was to evaluate effectiveness of the policies on Happinometer, Happy Public Organization Index, bright spot policy-driven organization and opinions for development and policy-driven by using mix methods which included secondary data analysis, focus group and survey research. The results of the study showed that the substantial points of policy develop- ment and implementation were the clear policy statements, evidence-based development and regular monitoring. The average Happinometer index in the year 2019 was 63.41, which was at happy level. This value appeared to increase from the year 2017 in almost every dimensions. However there were some dimensions which the average value was still at the lowest level including dimension of happy-money, happy-relax and work-life balance. Moreover, the happy public organizational index was at an average of 55.25, which was in the criteria for ‘increased attention’, but the investment and management components were at the lowest average. The lesson learned from the bright spot agency indicated that the key success factors were the attention of leaders, policy continuity, the change agent support team and also the progressively plan for human develop- ment relating to the organization’s goals. The survey on the opinions of personnel responsible for driving the policy revealed high level of agreement, particularly on the topics relevant to the problems and context of the organization, executive support, clear assignment for each personnel and evidence based management. Policy recommendations from this study included (1) setting continuing policy on “Happier Health Care Workers” together with the enhancement of monitoring system and strengthening of teams and network, together with feedback information to the agency, (2) setting role model of leadership, motivating and defining them as one of the criteria for career path of executive, (3) develop and drive policy focus on happy relaxation and work-life balance based on the available information; and to centralize the efficiency of system management along with the organization’s administrators in order to focus on creating happy organization and fairly managing the workload.

Keywords: policy implementation; Ministry of Public Health; happier health care workers

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จุฬารัตน์ กระจ่าง วท.บ.(พยาบาล), วท.ม., ค.ด.*

ณัฐธัญญา พัฒนะวานิชนันท์ วทบ.(พยาบาล), พยม., รป.ด.*

วรารัตน์ ประทานวรกิจญา ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)**

วินัย ไตรนาทวัลย์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)**

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)***

วีรยุทธ ศรีทุมสุข วท.ม. (กายวิภาคศาสตร์และชีววิทยาโครงสร้าง)****

* สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

*** สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

วันรับ:	20 ก.พ. 2563
วันแก้ไข:	5 มิ.ย. 2563
วันตอบรับ:	15 มิ.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงทำนายระหว่างความสุข สมดุลชีวิตกับการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 82,205 คน โดยใช้แบบประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (happinometer) แบบประเมินสมดุลชีวิตกับการทำงาน แบบประเมินความผูกพันและแบบประเมินความคงอยู่ในงานผ่านระบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ผลการวิจัยพบว่า ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล และสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์กร (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล = 0.50 และ 0.78 ตามลำดับ) ความผูกพันต่อองค์กร มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล = 0.78) และการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์กร (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล = 0.26) ($\chi^2 = 780.71$, $p < 0.001$, RMSEA = 0.096) แต่ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลและสมดุลชีวิตกับการทำงานไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์อิทธิพลรวม พบว่า ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร สามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 75.0 ($p < 0.001$) ดังนั้น ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายทั้งการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กร ความสุข และสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาล ควรสร้างความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อองค์กร

คำสำคัญ: การคงอยู่ในงาน; ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล; ความผูกพันต่อองค์กร; สมดุลชีวิตกับการทำงาน; พยาบาลวิชาชีพ

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์นับได้ว่าเป็นกระดูกสันหลังของระบบบริการสุขภาพ โดยทั่วโลกมีสัดส่วนของพยาบาลและผดุงครรภ์เกือบร้อยละ 50.0 ของกำลังแรงงานด้านสุขภาพทั้งหมด⁽¹⁾ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการในระดับปฐมภูมิและชุมชน รวมไปถึงการจัดการดูแลในสถานการณฉุกเฉินและสาธารณสุข และเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลจะสูงถึง 590,000 คน⁽²⁾ และภายในปี พ.ศ. 2578 ทั่วโลกจะเผชิญกับสภาวะการขาดแคลนพยาบาลสูงถึง 12.9 ล้านคน⁽³⁾ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้มีการคาดการณ์ไว้ว่า ภายในระยะเวลา 10 ปี จะมีพยาบาลลาออกจากงานสูงถึงร้อยละ 40.0⁽⁴⁾

สำหรับประเทศไทย บุคลากรพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุดที่มีจำนวนประมาณ ร้อยละ 70.0 ของบุคลากรสุขภาพทั้งหมด เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงเชิงตะกอน ดูแลประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ระบบสุขภาพไทยต้องการพยาบาลในขณะที่ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ โดยพบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีพยาบาลอยู่ในระบบประมาณ 1.2 แสนคน ในปี 2560 ขณะที่ความต้องการพยาบาลปี 2558 มีมากถึง 1.6 แสนคน ซึ่งขาดอยู่เกือบ 4 หมื่นคน⁽⁶⁾ ทั้งๆ ที่ประเทศไทยได้แก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาลตลอดมา มีการเพิ่มกำลังการผลิตพยาบาลจาก 8,000 คน เป็น 12,000 คน แต่ยังคงพบว่าจำนวนพยาบาลยังไม่เพียงพอกับความต้องการ การขาดแคลนพยาบาลนี้มาจากความไม่สมดุลของความต้องการพยาบาลกับการผลิตและการคงอยู่ของพยาบาลในระบบ⁽⁷⁾ ในกระทรวง-

สาธารณสุขพบว่าพยาบาลรุ่นเยาว์ที่เพิ่งจบการศึกษาพยาบาลค่อยๆ ลาออกในช่วง 5 ปีแรก จนสุดท้ายเหลือในระบบเพียงครึ่งเดียว ปัญหาการสูญเสียพยาบาลกลุ่มนี้ได้แก้ไขปัญหามาตามความต้องการโดยบรรจุพยาบาลกลุ่มนี้เป็นข้าราชการ จำนวนรวมการบรรจุตั้งแต่ปี 2554 ประมาณสามหมื่นตำแหน่ง⁽⁸⁾ และอยู่ระหว่างการบรรจุในรอบปี 2563 นี้ อีกประมาณ 13,000 ตำแหน่ง⁽⁹⁾ สำหรับการแก้ไขปัญหาการคงอยู่ของพยาบาลรุ่นกลางที่อายุ 40-50 ปี เป็นผู้ที่มิประสบการณ ทักษะ ความชำนาญในวิชาชีพสูง แก้ไขโดยกระทรวงสาธารณสุขวางแผนให้มีความก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้นระดับชำนาญการพิเศษประมาณ 1,000 ตำแหน่ง และประมาณ 1,200 ตำแหน่ง ในปี 2563 อย่างไรก็ตามจากการทำงานหนักของพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าชั่วโมงการทำงานของพยาบาลโดยเฉลี่ย เท่ากับ 60.28 ชั่วโมง/สัปดาห์ และมีพยาบาลที่ทำงานเกิน 12 ชั่วโมง/วันและมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25.2 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของพยาบาลทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ยังคงเป็นส่วนสำคัญต่อการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบ⁽⁷⁾ นอกจากนี้พยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีสถานะเป็นเพียงพนักงานราชการ หรือลูกจ้างของโรงพยาบาลของรัฐ⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการย้ายงานไปสู่ภาคเอกชน ผลที่ตามมาของการมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอทำให้บุคลากรที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพต้องรับภาระงานหนักขึ้นในการให้บริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ ส่งผลให้การคงอยู่ของพยาบาลลดลง⁽⁷⁾

การคงอยู่ในองค์การของพยาบาลวิชาชีพส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽³⁾ การศึกษาของ Garretson JA และ Niedrich RW⁽¹²⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในหอวิกฤตที่น้อยลงทำให้การพยาบาลไม่ได้มาตรฐาน ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดลง เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Aiken LH และคณะ⁽¹³⁾ ที่

พบว่าอัตราส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการตายลงได้ และการที่พยาบาลรู้สึกเบื่อหน่ายและมีความเครียดสูงจากการทำงาน การได้รับมอบหมายจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงขึ้น นอกจากนี้การขาดแคลนอัตรากำลังทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น มีความเครียด⁽¹⁴⁾ ความพึงพอใจในงานลดลง ทำให้สูญเสียพยาบาลมากขึ้น⁽¹⁵⁾ และการลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพยังทำให้องค์กรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานทดแทนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกไป⁽¹⁶⁾ ในทางตรงกันข้ามหากองค์กรใดสามารถธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในองค์กรได้ จะเป็นผลดีต่อองค์กรคือ ทำให้มีบุคลากรที่มีความสามารถและความชำนาญเพิ่มจำนวนมากขึ้น รวมทั้งบุคลากรที่มีทักษะในงานสูงจะทำให้องค์กรสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องสามารถปลูกฝังทัศนคติที่ดีได้อย่างสม่ำเสมอ สร้างขวัญกำลังใจให้พนักงาน⁽¹⁷⁾ ทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง ดังนั้น การศึกษาปัจจัยของการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการแก้ไขและบรรเทาปัญหาดังกล่าวให้ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วย (1) อายุ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากมักมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูง ผลตอบแทนที่ได้รับจะมากตามตำแหน่ง (2) ระดับการศึกษา พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับโอกาสศึกษาในระดับที่สูงจะทำให้มีโอกาสเลือกที่ทำงานและมีโอกาสเปลี่ยนย้ายงานสูง (3) ค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเพียงพอกับการดำรงชีพเป็นสิ่งดึงดูดให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและคงอยู่ในงาน (4) จำนวน

ชั่วโมงปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ จากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องขึ้นเวรปฏิบัติงานมากกว่าปกติประมาณ 10 ถึง 12 เวรต่อเดือน การปฏิบัติงานที่ยาวนานหรือไม่แน่นอนทำให้ขาดสมดุลระหว่างงานและครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลลาออกจากงาน^(19,20) และ (5) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนปีที่ทำงานในโรงพยาบาลนานจะมีการคงอยู่ในงานและองค์การสูงเนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในงานและมีโอกาสได้รับตำแหน่งที่สูงขึ้น รวมทั้งค่าตอบแทนและผลประโยชน์ที่สูงตามมา โดยการดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนคุณภาพนั้นจะเน้นเรื่องสมดุลชีวิตกับการทำงานซึ่งเป็นมิติที่เน้นการวัดผลความรู้สึกและประสบการณ์ของคนทำงานกับองค์กร⁽²¹⁾ ซึ่งสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงานมักแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความต้องการและบทบาทที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าพยาบาลจิตเวชมีสมดุลชีวิตและการทำงานประกอบด้วยบุคคล ชีวิต และการทำงานด้านความพึงพอใจ ด้านความผูกพันทางจิตใจ และด้านเวลา⁽²²⁾

จะเห็นได้ว่า นอกจากความสุขของคนทำงาน และสมดุลชีวิตกับการทำงานแล้วความผูกพันในองค์กรก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ทิพย์วรรณ มงคลดี กล้ากุล⁽²³⁾ และนิมัน ดอเลาะ และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่า ความผูกพันในองค์กร มีความสัมพันธ์กับความท้าทายของงาน ความก้าวหน้าของงาน ความมีอิสระในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการบริหาร สภาพแวดล้อมและบรรยากาศองค์กร นอกจากนี้ ความผูกพันกับองค์กรช่วยให้อัตราการลาออกหรือย้ายงานต่ำ การลาป่วยหรือการหยุดงานต่ำไปด้วย และประการสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพระยะ 20 ปี ตั้งเป้าหมายในการทำให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่า และมีความผาสุก โดยมีเป้าหมายย่อยที่สำคัญคือ การดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนคุณภาพ⁽²⁵⁾ ได้ทำการศึกษาความ-

สุขของบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวัดความสุขรายบุคคล (happinometer) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำการประเมินความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตอบแบบประเมินดังกล่าว จำนวน 298,092 ราย และในจำนวนนี้มีกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 85,205 ราย เป็นข้อมูลการสำรวจพยาบาลวิชาชีพขนาดใหญ่ (big data) ครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องด้วยพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญและมีความเฉพาะของวิชาชีพ จึงมีความจำเป็นต้องวิจัยหาข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลนั้น มิใช่มีเฉพาะความสุขในการทำงานเท่านั้น ยังคงมีความสมดุลชีวิตกับการทำงานร่วมอยู่ด้วย และอาจมีปัจจัยอื่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความผูกพันในองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดนโยบายและจัดทำแผนงาน ในการธำรงรักษาพยาบาล และนำผลการศึกษามาร่วมวางแผนทาง การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาล และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลกับอิทธิพลการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงและทางอ้อมของ ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ สมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาล

วิชาชีพ และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอิทธิพลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ได้จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ และดำเนินการเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ค่าตอบแทน จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับโรงพยาบาล เขตบริการสุขภาพ) ความสุข ความผูกพันต่อองค์กร และสมดุลชีวิตกับการทำงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ทำแบบประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (happinometer) ผ่านระบบออนไลน์ (ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2560) จำนวน 85,205 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (happinometer) (3) แบบประเมินสมดุลชีวิตกับการทำงาน และ (4) แบบประเมินความผูกพันและแบบประเมินความคงอยู่ในงานผ่านระบบออนไลน์ โดยสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขออนุญาตใช้เครื่องมือวัดความสุขรายบุคคลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงและทางอ้อม

ผลการศึกษา

1. ผลการเปรียบเทียบการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ค่าตอบแทน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ น้อยกว่ากลุ่มบุคลากรที่มีอายุระหว่าง 31 – 45 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 46 ปีตามลำดับ

ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ น้อยกว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า

ค่าตอบแทนแตกต่างกันมีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าตอบแทนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท มีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าตอบแทน 20,001-30,000 บาท 40,001-50,000 บาท และมากกว่า 50,001 บาทตามลำดับ

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแตกต่างกันมีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี มีการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ น้อยกว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 5 – 10 ปี และระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล ความผูกพันต่อองค์กร สมดุลชีวิตกับการทำงาน กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล ความผูกพันต่อองค์กร สมดุลชีวิตกับการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.476, 0.844$ และ $0.032, p < 0.01$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงาน มีอิทธิพลในทิศทางลบต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -0.08 และ -0.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งอธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล 1 หน่วย จะทำให้การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ลดลง 0.08 หน่วย และการ

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความสัมพันธ์ระหว่าง ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล ความผูกพันต่อองค์กร สมดุลชีวิตกับการทำงาน กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 85,205$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ	1			
2. ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล	0.476*	1		
3. ผูกพันต่อองค์กร	0.844*	0.601*	1	
4. สมดุลชีวิตกับการทำงาน	0.032*	0.016*	0.104*	1

* $p < 0.01$

เพิ่มขึ้นของสมดุลงานชีวิตกับการทำงาน 1 หน่วย จะทำให้ การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ลดลง 0.06 หน่วย และการเพิ่มขึ้นของความผูกพันต่อองค์กร 1 หน่วย จะทำให้การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้น 0.94 หน่วย

จากการตรวจสอบแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและรากฐานทางทฤษฎีที่ว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์คือ ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล ความผูกพันต่อองค์กรและสมดุลงานชีวิตกับการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ แต่เมื่อร่วมกับการพิจารณาหาอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างพบว่าแบบจำลองแรกไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะดำเนินการปรับแก้แบบจำลองให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้น โดยพิจารณาจากการรายงานค่าดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) และคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในเชิงแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนผลงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการอภิปรายผลการวิจัยจากการปรับแก้แบบจำลอง (ตารางที่ 2) ดังนี้

- ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล มีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์กรที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านความผูกพันต่อองค์กรที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- สมดุลงานชีวิตกับการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์กร ที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านความผูกพันต่อองค์กร ที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- ความผูกพันต่อองค์กร มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลทาง

ตารางที่ 2 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวมของแบบจำลองปรับแก้ (Adjust Model) (n=85,205)

ตัวอิสระ	R ²	ทิศทาง	ตัวแปรอิสระ			
			ความผูกพันต่อองค์กร	การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ	ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล	สมดุลงานชีวิตกับการทำงาน
ความผูกพันต่อองค์กร	0.65	DE		0.26*(54.03)	0.50*(157.77)	0.10*(48.11)
		IE	0.26*(49.32)	0.07*(25.85)	0.13*(62.37)	0.03*(39.25)
		TE	0.26*(49.32)	0.33*(44.10)	0.26*(238.43)	0.13*(49.42)
การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ	0.75	DE	0.78*(292.64)			
		IE	0.20*(54.93)	0.26*(49.32)	0.49*(168.15)	0.10*(48.38)
		TE	0.99*(310.21)	0.26*(49.32)	0.49*(168.15)	0.10*(48.38)

$\chi^2 = 780.71$, $df = 1$, $p = 0.00000$, $RMSEA = 0.096$, $RMR = 0.048$, $SRMR = 0.020$, $CFI = 0.99$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.95$, $CN = 721.80$

หมายเหตุ: DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect; TE = Total Effect; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; RMR = Root Mean Square Residual; SRMR = Standardized Root Mean-Square Residual; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index; CN = Condition Number

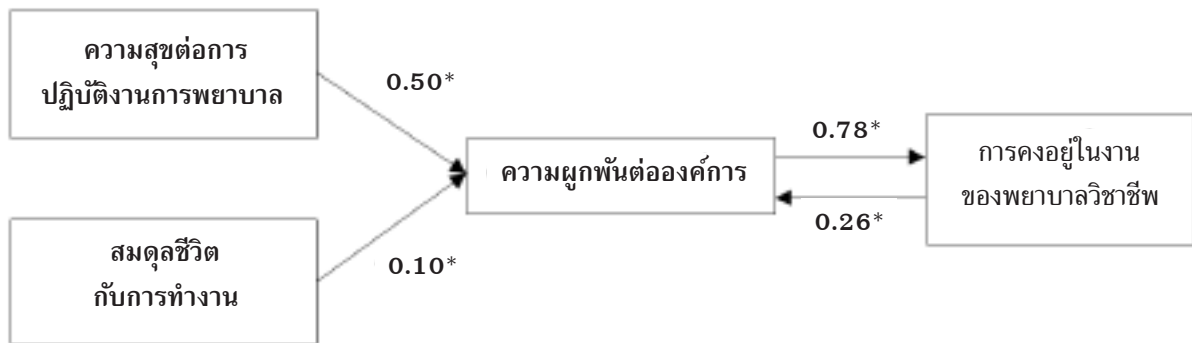
* $p < 0.05$

ตรงต่อความผูกพันต่อองค์กรที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร สามารถร่วมกัน

ทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 75.0 โดยสามารถสรุปแบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์ (path analysis) ที่ปรับแก้ได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แบบจำลองเส้นทางความสัมพันธ์ (path Analysis) ที่ปรับแก้ (adjust model)



วิจารณ์

1. การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1) อายุ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อยอัตราการคงอยู่ในงานจะน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสูมาลี อยู่ผ่อง⁽²⁶⁾ พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากจะมีความคิด มีเหตุผลจากประสบการณ์การทำงาน มีความรอบคอบในการตัดสินใจ และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยเนื่องจากเกิดความคุ้นเคยกับองค์กร สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อยู่มาจนได้ดีกว่า นอกจากนี้พยาบาลที่มีอายุมากมักมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูง ผลตอบแทนที่ได้รับจะมาก ดังนั้นการตัดสินใจลาออกหรือเปลี่ยนงานย่อมพิจารณาถึงการสูญเสียความเป็นอาวุโสและผลประโยชน์ที่ได้รับ⁽²⁷⁾

2) ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นอัตราการคงอยู่ในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาน้อยกว่า โดยสามารถ

อธิบายได้ว่า ในประเทศไทยได้มีการปรับมาตรฐานการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพขึ้นต้นเป็นระดับปริญญาตรีหมดแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะรับผิดชอบงานในระดับปฏิบัติการโดยในแต่ละโรงพยาบาลได้กำหนดหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนแล้ว และจากขนาดแคลนพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในปัจจุบันรวมทั้งอัตราค่าตอบแทนที่อยู่ในเกณฑ์สูงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเลือกสถานที่ทำงานที่เหมาะสมกับความต้องการและคาดหวังได้โดยไม่จำกัดระดับการศึกษา⁽²⁸⁾

3) ค่าตอบแทน จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าตอบแทนมากจะคงอยู่ในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าตอบแทนน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลรัตน์ วรจิตติ และ กัญญาดา ประจุศิลป์⁽²⁸⁾ ที่พบว่าค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าค่าตอบแทนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีพของมนุษย์เนื่องจากใช้แลกเปลี่ยนสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ ทุกคนจึงมุ่งทำงานเพื่อให้ได้รับรายได้เพียงพอกับการครองชีพตามสถานะทางสังคมของแต่ละ

คน⁽²⁸⁾

4) ระยะเวลาปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากมีผลต่อการคงอยู่ในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลรัตน์ วรจิตติ และ กัญญาดา ประจุศิลป์⁽²⁸⁾ พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานในองค์กรเป็นระยะเวลานาน มีผลต่อโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น รวมทั้งทำให้ได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการด้านอื่น ๆ มากขึ้นตามไปด้วย⁽²⁹⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาล และความสุขผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลกับอิทธิพลการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล และสมดุลชีวิตกับการทำงานตามลำดับ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) ความผูกพันต่อองค์กร จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพิมพ์ ชูปาน และคณะ⁽³⁰⁾ ได้ทำการศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความผูกพันต่อองค์กร เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจะทำนายได้ดีที่สุดโดยที่ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามที่ Cowden TL และ Cummings GG⁽³¹⁾ ได้กล่าวว่า ความผูกพันต่อองค์กรเป็นรูปแบบการตอบสนองทางด้านความคิดที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีความ

ผูกพันต่อองค์กรสูงจะมีความพึงพอใจในงาน ต้องการเห็นความเจริญเติบโตและก้าวหน้าขององค์กร มีความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วม เต็มใจ เอาใจใส่ ทุ่มเททำงาน เพื่อให้ได้คุณภาพที่ดีอันจะนำมาซึ่งชื่อเสียงขององค์กร

2) ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริพิมพ์ ชูปาน และคณะ⁽³⁰⁾ พบว่า ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติและทำนายได้ดีเป็นอันดับที่สองรองจากความผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับรูปแบบเชิงทฤษฎีความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ⁽³¹⁾ ที่กล่าวว่า ความสุขในการทำงานเป็นรูปแบบการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดสร้างสรรค์ มีอารมณ์ทางบวก มองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจ กล้าที่จะเผชิญความยุ่งยาก เมื่อบุคลากรมีความสุขก็จะแสดงออกทางอารมณ์ในด้านบวก รู้สึกสนุกในการปฏิบัติงาน และอยากที่จะทำงานส่งผลให้มีอัตราการขาดงานและการลาออกจากงานน้อยลง⁽³²⁾

3) สมดุลชีวิตกับการทำงาน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล นุ้ยรัตน์⁽³³⁾ ที่พบว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลผู้มีประสบการณ์โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล กรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาดุลยภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้เวลากับแผนการดำเนินชีวิต หากสามารถทำให้เกิดสมดุลได้ จะทำให้การดำเนินชีวิตและการทำงานราบรื่น ทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตและการทำงาน หากพยาบาลมีความสมดุลชีวิตกับการทำงาน จะส่งผลให้พยาบาลทำงานได้อย่างมีความสุข⁽³⁴⁾

3. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงและทางอ้อมของความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ สมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่มีอิทธิพลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาครั้งนี้หลังจากการปรับแก้โมเดลพบว่าความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาล สมดุลชีวิตกับการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรสามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 75.0 โดยความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้รับอิทธิพลรวมจากปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรสูงสุด ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรงไม่มีอิทธิพลทางอ้อม ส่วนความสุขต่อการปฏิบัติงานและสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีผลทางอ้อมต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยมีความผูกพันต่อองค์กรเป็นตัวแปรคั่นกลาง (mediator) สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ พนธธา และคณะ⁽³⁵⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรและสมดุลในชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 111 คน พบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลที่เอื้อให้บุคลากรมีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้บุคลากรมีพลังสะสมอย่างมาก เมื่อคิดหรือทำงานใด ๆ ก็จะทำเต็มที่ทั้งกายและกำลังใจให้กับงานที่ตนปฏิบัติอย่างเต็มที่ มีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จในที่สุด นำมาซึ่งความก้าวหน้าในงานการอาชีพ ทำให้บุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น⁽³⁶⁾

ส่วนสมดุลชีวิตกับการทำงานมีอิทธิพลทางตรงต่อความผูกพันต่อองค์กรเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ แก้วทวี และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี⁽³⁷⁾ พบว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

แสดงให้เห็นว่าการที่พยาบาลมีสมดุลชีวิตกับการทำงานส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงด้วย อธิบายได้ว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาคุณภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้เวลากับแบบแผนการดำเนินชีวิต หากสามารถทำให้เกิดสมดุลได้ จะทำให้การดำเนินชีวิตและการทำงานราบรื่น ทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนดส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตและการทำงาน⁽³⁸⁾

นอกจากความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลและสมดุลชีวิตกับการทำงานมีผลทางอ้อมต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพแล้ว ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลทางบวกต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาจากผลการวิจัยที่ผ่านมาของธเนศ ปทุมานนท์⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 1,197 คน พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในงานสูงสุดเท่ากับ 0.66 และความผูกพันต่อองค์กรเป็นคั่นกลาง (mediator) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันกับองค์กรจึงมีความสำคัญกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ผูกพันและทุ่มเทให้กับโรงพยาบาลจะช่วยแต่ละโรงพยาบาลศูนย์ ให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพราะเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ อาจจะทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญหลายประการต่อพฤติกรรมการทำงาน เช่น การไม่เต็มใจที่จะเสียสละหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบใดๆ ต่อส่วนรวม การพยายามหลบเลี่ยงงานและการมีแนวโน้มที่จะขาดงานหรือสมัครใจลาออกจากงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการธำรงรักษาพยาบาล โดยสนับสนุนให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์วางแผนกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมความสุขต่อการปฏิบัติงานพยาบาลและสมดุลชีวิตกับการทำงาน เพื่อให้พยาบาล-วิชาชีพเกิดความรักความผูกพันต่อองค์กร จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงาน แก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อองค์กรในการบริหารงานเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมการสร้างความสุขและสมดุลชีวิตในการปฏิบัติงาน และความผูกพันต่อองค์กรแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวง-สาธารณสุขเพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดอัตรากำลังที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขและสมดุลชีวิตในการปฏิบัติงานเพื่อทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักวิชาการสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Nursing and midwifery. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Haczynski J, Skrzypczak Z, Winter M. Nurses in Poland – immediate action needed. Engineering Management in

- Production and Services 2017;9(2):97.
3. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. อีรพร สติรอังกูร. การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังสายงานพยาบาลของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารกองการพยาบาล 2559;43(1):1-8.
6. อีรพร สติรอังกูร, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, สมจิตต์ วงศ์-สุวรรณศิริ. สถานการณ์ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารกองการพยาบาล 2562;46(2): 242-56.
7. กฤษดา แสงดี. วิถีชีวิตขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(2): 448-56
8. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(1):5-12.
9. สรรเสริญ นามพรหม. การกำหนดตำแหน่งอัตราข้าราชการตั้งใหม่เพื่อบรรจุบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่และสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ผู้ให้บริการในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กองบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Sawaengdee K. The current nursing workforce situation in Thailand. Journal of Health Systems Research 2008;2(1):40-6.
11. Srisuphan W, Sawaengdee K. Recommended policy-based solutions to shortage of registered nurses in Thailand. Thai Journal of Nursing Council. 2012;27(1):5-12.
12. Garretson JA, Niedrich RW. Spokes-character: creating character trust and positive brand attitudes. Journal of Advertising 2004;33(2):25-36.
13. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Serv Res 2010; 45(4):904-21.

14. วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, ภัทธาภรณ์ พุ่มปั้นคำ, นางคราญ วิเศษ-กุล. ความเครียดจากบทบาทหน้าที่การเผชิญปัญหาและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล. วารสารพยาบาลสาร 2549;33(2):1-13.
15. Hayhurst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environmental factors and retention of nurses. Journal of Nursing Care Quality 2005;20(3):283-8.
16. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
17. นางนุช วงษ์สุวรรณ. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์; 2552.
18. Tourangeau AE, Cranley LA. Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. Journal of Advanced Nursing 2006;55(4):497-509.
19. Ellenbecker CH. A theoretical model of job retention for home health care nurses. Journal of Advanced Nursing 2004;47(3):303-10.
20. Fochsen G, Sjögren K, Josephson M, Lagerström M. Factors contributing to the decision to leave nursing care: a study among Swedish nursing personnel. Journal of Nursing Management 2005;13(4):338-44.
21. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอตา บุญยธีระ, วรธรรณา อารีย์. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง happinometer. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ธรรมดาเพรส; 2555.
22. กุณทัชลี เพียรทอง, กชพงศ์ สารการ, รสวลีย์ อักษรวงษ์. การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(2):109-19.
23. ทิพย์วรรณ มงคลดีกล้ากุล. บทบาทของการถ่ายทอดทางสังคมในองค์การและจิตลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเองที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบัณฑิตบริหารศาสตร์; 2554.
24. นูร์มัน ดอเลาะ, อนิวัช แก้วจำนงค์, อรจันทร์ ศิริโชติ. ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2556; 5(3):110-21.
25. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ 20 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 12 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://bps.moph.go.th/new_bps/
26. สุมาลี อยู่ผ่อง. ปัจจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557. 132 หน้า.
27. สุรีย์ ท้าวคำลือ. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549. 136 หน้า
28. นวลรัตน์ วรจิตติ, กัญญาตา ประจุศิลป. ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18 (พิเศษ 2):112-20.
29. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
30. สิทธิพิมพ์ ชูปาน, อารีรัตน์ ขำอยู่, ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย-บูรพา 2560;25(4):1-10.
31. Cowden TL, Cummings GG. Nursing theory and concept development: a theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. J Adv Nurs 2012;68(7):1646-57.
32. Manion J. Joy at work: creating a positive workplace. J Nurs Adm 2003;33(12):652-55.
33. นฤมล นุ้ยรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สมดุลชีวิตกับการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กรกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลผู้มีประสบการณ์ โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560. 127 หน้า.
34. Bayraktar M, Salman M. The impact of family life on work efficiency: a study of employed from different oc-

- cupational statuses in a metropolitan area in Turkey. *Int J Consum Stud* 2003;27(1):80-6.
35. สมยศ พนธรา, ปราณิ เกิดผล, ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, พิษขภา ห้อมมา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรและความสมดุลในชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า* 2560;28(2):128-39.
36. สมพงษ์ โมราฤทธิ์. คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา* 2557;10(1):34-52.
37. อมรัตน์ แก้วทวี, อริย์วรรณ อ่วมธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนภาคใต้. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557; 15(3):313-20.
38. Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. *Work Employ Soc* 2005;19:627-36.
39. ธเนศ ปทุมานนท์, สุขชนนี เมธิโยธิน และบรรพต วิรุณราช. โมเดลสมการโครงสร้างความตั้งใจคงอยู่ในงานพยาบาล-วิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข. *วารสารบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย-อลงกรณ์* 2560;11(3):81-96.

Abstract: Factors Influencing Work Retention of Professional Nurse under the Ministry of Public Health

Juraporn Krates, B.Sc. (Nursing), M.Sc., Ph.D.*; Nattaya Patanavanichanan B.Sc., M.N.S., D.P.A.*; Wararat Pratanvorapanya Ph.D. (Counselling Psychology)**; Winai Trainattawan M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)**; Pramote Thangkratok M.Sc. (Public Health), M.S.N. (Nursing Administration)***; Werayuth Srithumsuk M.Sc. (Anatomy and Structural Biology)****

* Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; ** Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi; *** Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; **** Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):561-73.

This research aimed to explore the predictive factors that associated the happiness of nursing practice, work-life balance, and organizational commitment with the retention of registered nurses in the Ministry of Public Health. The participants were 82,205 registered nurses, both females and males, who worked in the hospitals under Ministry of Public Health. Data were collected online by using the following questionnaires: (1) happinometer, the tool for happiness assessment of the Ministry of Public Health's personnel (happinometer); (2) work-life balance assessment; (3) organization commitment assessment; (4) work retention assessment. Descriptive statistics, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and path analysis were used for data analysis. It was found that happiness of nursing practice and work-life balance had a direct effect on organizational commitment (path coefficients = 0.50 and 0.78, respectively). The organization's commitment also showed direct effects on the retention of registered nurses (path coefficients = 0.78). Conversely, the work retention was direct effects to organization commitment (path coefficients = 0.26) ($\chi^2 = 780.71$, p -value < 0.001, RMSEA = 0.096). However, happiness of nursing practice and work-life balance had no direct effect on work retention of registered nurses. Analysis of the total effect by path analysis revealed that happiness of nursing practice, work-life balance, and organizational commitment could predict 75 percent of work retention of registered nurses. Therefore, happiness of nursing practice, work-life balance, and organizational commitment were factors significantly associated with work retention of registered nurses in the Ministry of Public Health. Thus, policies and programs to promote happiness, organization commitment and work-life balance should be developed in order to retain registered nurses in the health system.

Keywords: work retention; happiness to nursing practice; organizational commitment; work-life balance; registered nurses

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำของอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน และอัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินิน ในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ในสตรีที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษ

เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ ส.ด.*

อนัญญา สมสะอาด พ.บ.**

พิราวรรณ พิณราช ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)*

สุพิน สุโข ศศ.ม. (รัฐศาสตร์)*

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

** กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วันรับ:	18 พ.ย. 2561
วันแก้ไข:	19 ก.ย. 2563
วันตอบรับ:	29 ก.ย. 2563

บทคัดย่อ การตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (UP-24) เป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวใช้เวลานานและมีความยุ่งยากในการเก็บปัสสาวะ จึงมีการใช้การตรวจอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน (UACR) หรืออัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินิน (UPCR) ซึ่งสามารถทำได้สะดวก รวดเร็วมาใช้แทน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะของ UACR และ UPCR กับวิธีมาตรฐาน (UP-24) โดยทำการศึกษาแบบเก็บตัวอย่างไปข้างหน้าในสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เมษายน 2562 ถึงตุลาคม 2562 ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 95 คนทำการเก็บปัสสาวะแบบสุ่มเพื่อตรวจ UACR และ UPCR รวมทั้งเก็บ UP-24 นำผลที่ได้มาเปรียบเทียบค่าความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 29.20±6.95 ปี ความชุกของภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (UP-24 >300 มิลลิกรัม) ร้อยละ 62.1 (95%CI: 51.6-71.7) UACR (UACR มากกว่า 300 มิลลิกรัม/กรัม) มีค่าความไวร้อยละ 23.7 ความจำเพาะร้อยละ 97.2 ค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 93.3 และผลลบร้อยละ 43.6 ความแม่นยำร้อยละ 51.6 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ UPCR (UPCR ตั้งแต่ 0.3 มิลลิกรัม/กรัม) มีค่าความไวร้อยละ 85.5 ความจำเพาะร้อยละ 89.0 ค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 92.6 และผลลบร้อยละ 76.1 ความแม่นยำร้อยละ 86.3 วิเคราะห์โดย Receiver operating characteristics พบว่า พื้นที่ใต้กราฟของ UACR และ UPCR เท่ากับร้อยละ 61.4 (95%CI: 50.0-72.8) และร้อยละ 89.2 (95%CI: 82.7-95.7) ตามลำดับ สรุปผลการศึกษาได้ว่า UPCR มีความแม่นยำในการทำนายสูงกว่า UACR และเหมาะที่จะใช้เป็นทางเลือกในการคัดกรองภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่า UACR

คำสำคัญ: ครรภ์เป็นพิษ; อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน; อัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินินในปัสสาวะ; โปรตีนรั่วในปัสสาวะ

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

ร้อยละ 5.0-10.0⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยสถิติปี พ.ศ. 2559 พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.2⁽²⁾ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ คือเสี่ยงต่อการชัก และอาจรุนแรงถึงกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) และอาจเกิดการชักที่หาสาเหตุอื่นไม่ได้ เรียกว่า eclampsia⁽³⁾ ส่วนผลระยะยาวทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่ออัตราความผิดปกติและอัตราตายของทารกแรกเกิดและมารดา ร้อยละ 3.0-5.0⁽⁴⁾ ดังนั้น หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว แม่นยำ รวมถึงได้รับการดูแลรักษาได้ถูกต้องและทันท่วงทีจะมีผลดีทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคและลดภาวะคลอดก่อนกำหนดจากการวินิจฉัยผิดพลาดได้อีกด้วย

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษประเมินจากการวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญซึ่งประเมินจากวิธีมาตรฐาน คือปริมาณโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ 300 มิลลิกรัมจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม วิธีดังกล่าวต้องใช้เวลาอันส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับการวินิจฉัยล่าช้าโดยเฉพาะในบางสถานการณ์ที่ต้องการการวินิจฉัยที่รวดเร็วเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและทันท่วงที เช่น สตรีที่มีอาการแสดงบ่งบอกถึง eclampsia ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์⁽⁵⁾ รวมถึงอาจมีข้อผิดพลาดจากการเก็บ เช่น เก็บไม่ครบหรือเก็บเกินเวลา ในปัจจุบันได้มีการใช้อัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินินในปัสสาวะ (spot urine protein to creatinine ratio; UPCR) เป็นวิธีทางเลือกในการตรวจภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ แทนการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง^(6,7) เนื่องจากวิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวกให้ผลการทดสอบเร็วและมีราคาต้นทุนการตรวจที่ถูกลง⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีการใช้

อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน (spot urine albumin to creatinine; UACR) ในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความผิดปกติ เช่น โรคไตเรื้อรัง⁽⁸⁾ การตรวจนี้มีความแม่นยำในการทำนายอาการไม่พึงประสงค์ของภาวะ diabetic nephropathy ด้วยค่าความไวและความจำเพาะที่สูง^(9,10) สมาพันธ์สูติ-นรีเวชแห่งประเทศไทยแคนาดายอมรับระดับค่า UACR ตั้งแต่ 30 มิลลิกรัมต่อกรัม เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์แทนการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง⁽¹¹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาดังกล่าวยังมีน้อย⁽¹²⁾ เมื่อเทียบกับการใช้ UPCR มีรายงานการศึกษากาวิเคราะห์เมตต้าของ Côté และคณะ⁽⁷⁾ ที่รายงานว่า UPCR ที่จุดตัด 0.3 กรัม/วัน เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่ UACR ยังมีข้อมูลสนับสนุนไม่พอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งแตกต่างจากในประเทศไทยที่มีเพียงการศึกษาของปรุพห์ สนุนรัตน์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่รายงานว่า UACR มีความสัมพันธ์และความแม่นยำกับปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงสูงกว่า UPCR แต่วิธีการในการวิเคราะห์ที่ใช้แบบ qualitative ซึ่งแตกต่างจากบริบทโรงพยาบาลทั่วไปที่ยังคงใช้การวิเคราะห์แบบ semi-qualitative เนื่องจากอ่านผลง่าย รวดเร็วและใช้เครื่องมือน้อยกว่า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะของ UACR และ UPCR กับวิธีมาตรฐาน (UP-24) ในสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีรูปแบบการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective data collection) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์และคลอดและเข้ารับ

การรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน เมษายนถึงตุลาคม 2562 โดยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ มีระดับ systolic blood pressure >140 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic blood pressure >90 มิลลิเมตรปรอท (ภายหลังการนอนพัก 15 นาที) หรือสงสัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษจากอาการ และอาการแสดง ซึ่งวินิจฉัยตามลักษณะทางคลินิกและตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ ทั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินต้องยุติการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเครียดของทารก จะถูกคัดออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเครื่องมือในการวินิจฉัยโรค⁽¹³⁾ ในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจค่าความไว (sensitivity) จากการศึกษาของปรุพท์ สุนันรัตน์ และคณะ⁽¹²⁾ รายงานค่าความไวของ UACR เท่ากับร้อยละ 94.9 กำหนดอำนาจทดสอบร้อยละ 80 ได้ขนาดตัวอย่าง 87 คน เนื่องจากในช่วงเวลาที่ศึกษามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกทั้งหมด 95 รายเพื่อความเป็นตัวแทนผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรมและตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการ ศึกษา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยอายุ โรคประจำตัว อายุครรภ์ ความดันโลหิต เวลา ที่ทำการเก็บปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับคำแนะนำวิธีการเก็บและให้ทำการเก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจ จะแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงแรกเป็นการเก็บปัสสาวะแบบสุ่มเพื่อทำการตรวจหา ปริมาณอัลบูมิน (mg/L) โปรตีน (mg/ DL) และ ครีอะตินิน (mg/ DL) เพื่อนำมา คำนวณอัตราส่วน UACR และ UPCR ช่วงที่ 2 จะทำการ เก็บปัสสาวะเพื่อหาปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นส่งตรวจจะถูกส่งไปวิเคราะห์ผลที่กลุ่มงาน พยาธิวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งตรวจจะถูก วิเคราะห์โดย COBAS®8000 C502 automatic ana-lyzer machine (Roche Diagnostic, Thailand) โดย

UPCR ใช้วิธี qualitative ส่วน UACR ใช้วิธี semi-qualitative determination โดยใช้ reagent strip

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA version 13 ในการวิเคราะห์ สถิติพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะ ทางคลินิกของกลุ่มศึกษา กรณีข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอการ แจกแจงความถี่และร้อยละ ในส่วนของข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ความแม่นยำในการทำนายของเครื่องมือตรวจวินิจฉัย UACR และ UPCR โดยใช้ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวิเคราะห์ภาวะโปรตีน รั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ (คือมีปริมาณโปรตีนใน ปัสสาวะตั้งแต่ 300 มิลลิกรัม) UACR มีค่ามากกว่า 300 มิลลิกรัม/กรัม และ UPCR มากกว่า 0.3 มิลลิกรัม/กรัม) รายงานค่าความไว ความจำเพาะ ค่าการทำนายเมื่อผล การทดสอบเป็นบวกและเป็นลบ ค่าความแม่นยำ และช่วง เชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) วิเคราะห์ความสามารถใน การจำแนกของ UACR และ UPCR กับเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้พื้นที่ใต้โค้ง ROC (area under receiver operating characteristics curve) นำเสนอค่าความไว ความจำเพาะ ค่าอัตราส่วนความเป็นไปได้ และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และใช้เกณฑ์แปลผลระดับความสามารถในการจำแนก เครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคของจิราพร เขียวอยู่⁽¹³⁾

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองทำจากคณะกรรมการ การวิจัยและจริยธรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 032/2562 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการให้ คำอธิบายและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ 95 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 29.20±6.95 ปี ร้อยละ 75.5 มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยระดับความ ดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 155.54±18.12 มิลลิเมตร ปรอท และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลาย ตัว 100.28±11.83 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะทางคลินิก

การศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำของอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินินในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

หญิงตั้งครรภ์มีข้อบ่งชี้ของภาวะพิษแห่งครรภ์ทั้งหมด ร้อยละ 27.4 โดยในจำนวนนี้พบอาการปวดศีรษะมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 รายละเอียดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังแสดงในตารางที่ 1

การศึกษาครั้งนี้พบภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ (จากวิธีการตรวจมาตรฐานคือ มีปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงตั้งแต่ 300 มิลลิกรัมขึ้นไป) ในกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 59 คน จากจำนวนทั้งหมด 95 คน คิดเป็น

ความชุก ร้อยละ 62.1 (95%CI: 51.6–71.7) โดยมีค่าเฉลี่ยปริมาณโปรตีนในปัสสาวะเท่ากับ 1,129±146 กรัม และในจำนวนนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia 39 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือตรวจวินิจฉัยพบว่า UACR มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 23.7 ค่าความจำเพาะร้อยละ 97.2 ในส่วนของ UPCR มีค่าความไว ร้อยละ 85.5 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 89.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n= 95 คน)

	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	9	10.3
	20-34	57	65.5
	35 ขึ้นไป	21	24.1
	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	29.20±6.95	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	น้อยกว่า 34 สัปดาห์	23	24.5
	ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป	71	75.5
	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	34.86±3.93	
ประวัติผ่านการคลอด	ไม่เคย	50	52.6
	เคย	45	47.4
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	ไม่มี	79	83.2
	เบาหวานขณะตั้งครรภ์	9	9.5
	ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	5	5.3
	อื่นๆ	2	2.0
ความดันโลหิตหลังนอนพัก 15 นาที (mmHg)	Systolic blood pressure (mmHg), mean±SD	155.54±18.12	
	Diastolic blood pressure (mmHg), mean±SD	100.28±11.83	
	Criteria for eclampsia		
Criteria for eclampsia	ไม่มี	69	72.6
	มี (ระบุ ได้มากกว่า 1 ข้อ)	26	27.4
	ปวดศีรษะ	19	20.2
	ตาพร่ามัว	8	8.42
	จุกแน่นลิ้นปี่	11	11.6
	เอนไซม์ตับผิดปกติ	2	2.1
	LDH สูง (สงสัยภาวะเม็ดเลือดแดงแตก)	2	2.1

Diagnostic Accuracy of Spot Urine Albumin to Creatinine Ratio versus Urine Protein to Creatinine Ratio

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n= 95 คน) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงเวลาการเก็บปัสสาวะ		
06.00-12.00 น.	31	33.3
12.00-18.00 น.	34	36.6
18.00-06.00 น.	28	30.1
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
24-hour urine protein (mg), median (min : max)	420	(20 : 7,280)
24-hour creatinine (gm), median (min : max)	0.82	(0.56 : 2.10)
24-hour urine volume (ml), median (min : max)	2,410	(750 : 5,500)
Spot UACR (mg/g), median (min : max)	60	(0.94 : 1,500)
Spot UPCR (mg/g), median (min : max)	0.34	(0.01 : 1,270)

ตารางที่ 2 การประมาณค่าความชุกของภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ (n= 95 คน)

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ	จำนวน	ร้อยละ	95%CI	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
มี	59	62.1	51.6-71.7	1,129±146.24
ไม่มี	36	37.9	28.1-48.4	164±51.10

รายละเอียดค่าแสดงคุณสมบัติเครื่องมือตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อใช้ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (gold standard) ผลการวิเคราะห์ด้วย Receiver operating characteristic curve พบว่า พื้นที่ใต้กราฟของของ UACR ในการทำนายภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ มีค่าเท่ากับร้อยละ 61.4 (95%CI: 50.0-72.8) ซึ่งแปลผลได้ว่าเครื่องมือนี้มีความสามารถในการจำแนกในระดับต่ำ ในขณะที่ UPCR มีค่าเท่ากับร้อยละ 89.2 (95%CI: 82.7-95.7) ซึ่งแปลผลได้ว่าเครื่องมือวินิจฉัยนี้มีความสามารถในการจำแนกภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญในระดับดีมาก รายละเอียด ดังแสดงใน ภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญเท่ากับร้อยละ 62.1 (95%CI: 51.6-71.7) เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับเอ ที่รับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ถูกคัดเลือกเข้ามาต้องเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยว่ามีภาวะพิษแห่งครรภ์ (suspected preeclampsia) และในจำนวนนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia ทั้งหมด 39 รายคิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งในกลุ่มนี้คาดว่าน่าจะมีภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ

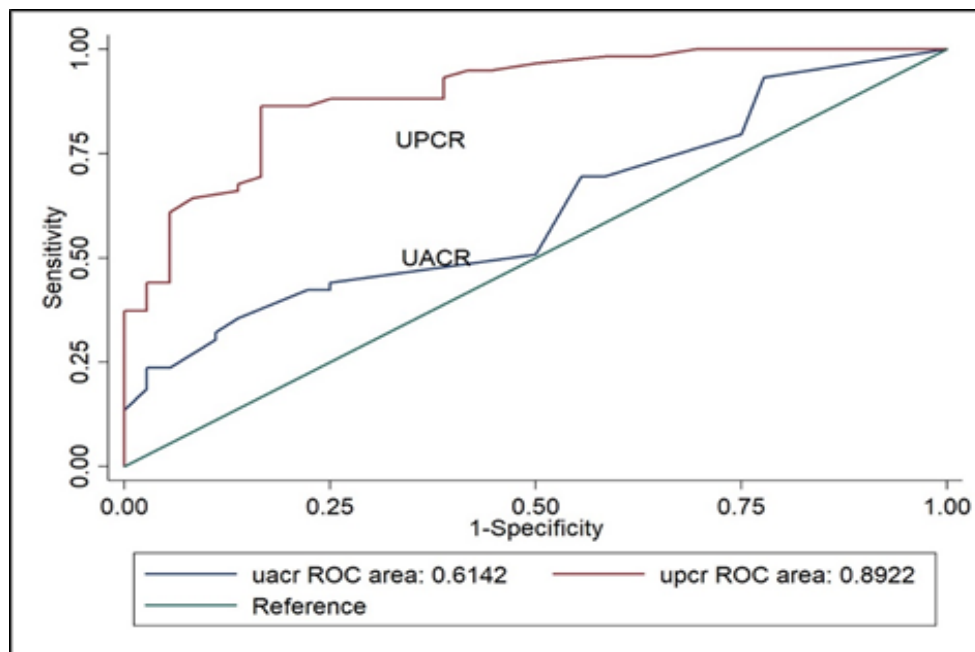
จากการประเมินคุณสมบัติเครื่องมือตรวจวินิจฉัยและการวิเคราะห์ด้วย Receiver operating characteristic curve พบว่า พื้นที่ใต้กราฟของของ UACR ในการทำนายภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ มีค่าเท่ากับ

การศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำของอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินินในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ

ตารางที่ 3 การประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือตรวจวินิจฉัยของอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน และอัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินินในปัสสาวะ

คุณสมบัติของเครื่องมือตรวจวินิจฉัย	ค่าที่ได้ (ร้อยละ)	95%ช่วงเชื่อมั่น
อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน (UACR)		
ค่าความไว	23.7	15.1-32.3
ค่าความจำเพาะ	97.2	93.9-100.0
ค่าการทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก	93.3	88.3-98.4
ค่าการทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ	43.7	33.8-53.7
ความแม่นยำในการทำนาย	51.6	41.1-62.0
อัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินิน (UPCR)		
ค่าความไว	85.5	77.5-92.0
ค่าความจำเพาะ	89.0	82.5-95.2
ค่าการทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก	92.6	87.3-97.9
ค่าการทำนายโรคเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ	76.1	69.7-86.4
ความแม่นยำในการทำนาย	86.3	77.8-92.5

ภาพที่ 1 พื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ อัตราส่วนโปรตีนต่อครีอะตินินในปัสสาวะกับอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินิน ในการทำนายภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ



61.4% (95%CI:50.0-72.8) ซึ่งบ่งบอกถึงมีความสามารถในการจำแนกในระดับต่ำ⁽¹³⁾ ค่าความไวเท่ากับ 69.5% ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 44.5% ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยของปรุพห์ สุนันรัตน์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 20-41 สัปดาห์ เก็บตัวอย่างปัสสาวะแบบสุ่มสำหรับตรวจอัลบูมินต่อครีอะตินิน ที่จุดตัด 42 mg/g พื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 96.6% (95%CI:93.8-99.9) และการศึกษาจากต่างประเทศ^(14,15) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแต่ละการศึกษามีค่าจุดตัดที่แตกต่างกันตามหน่วยวัดของอัลบูมินและครีอะตินิน การที่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาอาจมีสาเหตุหลักมาจากวิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์ผล UACR ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ใช้แบบ semi-qualitative determination โดยใช้ reagent strip และใช้วิธีการอ่านผลเทียบกับแถบสีโดยเทคนิคการแพทย์ประจำห้องปฏิบัติการ ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยของ ปรุพห์ สุนันรัตน์และคณะ⁽¹²⁾ ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกันในการวิเคราะห์ผล UACR และ UPCR คือ COBAS 800 C520 automatic analyzer ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความคลาดเคลื่อนในการแปลผลได้มากกว่ารายงานการศึกษาที่ผ่านมา นอกจากนี้การศึกษาระบบatic review ของ Côté AM และคณะ⁽⁷⁾ รายงานว่าอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีอะตินินยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า มีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้

ในส่วนของ UPCR ค่าแสดงคุณสมบัติเครื่องมือตรวจวินิจฉัยและพื้นที่ใต้กราฟ ROC ในการทำนายภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ มีค่าเท่ากับ 89.2% (95%CI: 82.7-95.7) ซึ่งค่าดังกล่าวบ่งบอกถึงเครื่องมือนี้มีความสามารถในการจำแนกระดับดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ^(4,7,12,16-20) ทั้งที่ทำการเก็บปัสสาวะแบบสุ่มและเก็บแบบเจาะจงเวลา แต่อย่างไรก็ตามแต่ละการศึกษายังมีค่าจุดตัดที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก ความหลากหลาย/แตกต่างของช่วงเวลาในการเก็บปัสสาวะ

ลักษณะส่วนบุคคล ขนาดตัวอย่าง และความชุกของภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ รวมไปถึงเกณฑ์การตัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าในบางการศึกษาอาจไม่นำหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมที่อาจมีผลกระทบต่อการขับระดับอัลบูมินออกมาในปัสสาวะ เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และมีภาวะการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเข้ามาในการศึกษา⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ จากรายงานการศึกษากการวิเคราะห์ เมตต้าของ Sanchez-Ramos และคณะ⁽¹⁹⁾ รวบรวมรายงานการศึกษา 24 เรื่อง และมี 6 เรื่องที่มีค่าจุดตัด เท่ากับ 0.30 กรัม และสรุปว่าให้ค่าความแม่นยำในการทำนายดีกว่าจุดตัดอื่น ๆ โดยเครื่องมือนี้มีค่าอัตราส่วนความน่าจะเป็นที่เครื่องมือให้ผลการทดสอบเป็นลบ (negative likelihood ratio; LR-) เท่ากับ 0.1 นั่นคือ โอกาสที่เครื่องมือจะอ่านผลเป็น false positive มีเพียง 0.1 บ่งบอกถึงเครื่องมือนี้มีคุณสมบัติในการคัดออกหรือวินิจฉัยคนที่ไม่เป็นโรคได้ดี

สรุป

UPCR มีความแม่นยำในการทำนายสูงกว่า UACR เหมาะที่จะใช้เป็นทางเลือกในการคัดกรองภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่า UACR

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KL, Bloom ST, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL. Hypertensive disorders in pregnancy. Williams Obstetrics. 24th ed. Boston: McGraw-Hill; 28014.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติ-สาธารณสุข พ.ศ.2559. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. สุชาติ เตชวาทกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2558; 22(2):7-19.

4. Cheung HC, Leung KY, Choi CH. Diagnostic accuracy of spot urine protein-to-creatinine ratio for proteinuria and its association with adverse pregnancy outcomes in Chinese pregnant patients with pre-eclampsia. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi* 2016;22(3):249-55.
5. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: www.rtcog.or.th/html/photo/CPG_579673.pdf.
6. Morris RK, Riley RD, Doug M, Deeks JJ, Kilby MD. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4342.
7. Côté AM, Brown MA, Lam E, von Dadelszen P, Firoz T, Liston RM, et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein: creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ* 2008; 336(7651):1003-6.
8. Andrassy KM. Comments on "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease". *Kidney Int* 2013;84(3):622-3.
9. Bakris GL, Molitch M. Microalbuminuria as a risk predictor in diabetes: the continuing saga. *Diabetes Care*. 2014;37(3):867-75.
10. Viana LV, Gross JL, Camargo JL, Zelmanovitz T, da Costa Rocha EPC, Azevedo MJ. Prediction of cardiovascular events, diabetic nephropathy, and mortality by albumin concentration in a spot urine sample in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2012;26(5):407-12.
11. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, SOGC Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Can J Obstet Gynaecol* 2014;36(7):575-6.
12. Sanoonrat P, Srisantiroj N, Yanaranop M. Spot urine albumin to creatinine ratio versus urine protein to creatinine ratio for the diagnosis of proteinuria in pregnancy. *Thai J Obstet Gynaecol* 2017;25(4):249-58.
13. จิราพร เขียวอยู่. วิธีสถิติสำหรับการวัดด้านสุขภาพ. *ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2558.*
14. Huang Q, Gao Y, Yu Y, Wang W, Wang S, Zhong M. Urinary spot albumin: creatinine ratio for documenting proteinuria in women with preeclampsia. *Rev Obstet Gynecol* 2012;5(1):9-15.
15. Nisell H, Trygg M, Bäck R. Urine albumin/creatinine ratio for the assessment of albuminuria in pregnancy hypertension. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(11): 1327-30.
16. Silprasert S, Phaloprakarn C, Manusirivithaya S, Wiri-yasirivaj B. A six-hour urinary protein-creatinine ratio for predicting significant proteinuria in preeclampsia. *Thai J Obstet Gynaecol* 2009;17(1):30-6.
17. Mohseni SM, Moez N, Naghizadeh MM, Abbasi M, Khodashenas Z. Correlation of random urinary protein to creatinine ratio in 24-hour urine samples of pregnant women with preeclampsia. *J Fam Reprod Health* 2013; 7(2):95-101.
18. Demirci O, Kumru P, Arinkan A, Ardiç C, Arısoy R, Tozkır E, et al. Spot protein/creatinine ratio in preeclampsia as an alternative for 24-hour urine protein. *Balk Med J* 2015;32(1):51-5.
19. Sanchez-Ramos L, Gillen G, Zamora J, Stenyakina A, Kaunitz AM. The protein-to-creatinine ratio for the prediction of significant proteinuria in patients at risk for

- preeclampsia: a meta-analysis. *Ann Clin Lab Sci* 2013; 43(2):211–20.
20. Zadehmodarres S, Razzaghi MR, Habibi G, Najmi Z, Jam H, Mosaffa N, et al. Random urine protein to creatinine ratio as a diagnostic method of significant proteinuria in pre-eclampsia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46(6):501–4.

Abstract: Diagnostic Accuracy of Spot Urine Albumin to Creatinine Ratio versus Urine Protein to Creatinine Ratio for the Diagnosis of Proteinuria in Suspected Preeclamptic Women

Ueamporn Summart, Dr.P.H.*; Ananya Somsaard, MD**; Pirawan Phinnarach, Ph.D*;
Supin Sukho, M.Pol.Sc.*

* Faculty of Nursing, Western University, Buriram; ** Department of Obstetrics and Gynecology Roi-Et Hospital, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(3):574–82.

Twenty-four hour urine protein measurement (UP-24) is the standard method for the detection of proteinuria. However, it is inconvenience and time consuming. A spot urine albumin to creatinine ratio (UACR) or urine protein to creatinine ratio (UPCR) is alternative option that approach yield advantages in terms of more rapidity and convenience. The objective of this study was to compare the accuracy of UACR and UPCR with UP-24 in pregnant women with suspected preeclampsia. This prospective study was conducted on suspected preeclamptic women with gestational age above 20 weeks. The study samples were 95 pregnant women attending Roi-Et Hospital during April to October 2019. Random urine sample for UACR, UPCR and UP-24 collection were examined. It was found that the mean age of the samples was 29.2 ± 6.95 years. The prevalence of significant proteinuria (UP-24 ≥ 300 mg) was 62.1% (95%CI: 51.6–71.7). UACR (≥ 300 mg/g) had sensitivity, specificity, positive and negative predictive value and accuracy of 23.7%, 97.2%, 93.3%, 43.6% and 51.6%, respectively; and those of UPCR (>0.3 mg/g) were 85.5%, 89.0%, 92.6%, 76.1% and 86.3%, respectively. The area under receiver characteristics curves (AUC) of UACR and UPCR were 61.4% (95%CI: 50.0–72.8) and 89.2% (95%CI: 82.7–95.7), respectively. UPCR showed better accuracy with UP-24 than UACR as an alternative screening test for prediction of significant proteinuria in suspected preeclamptic women.

Keywords: preeclampsia; urine albumin to creatinine ratio; urine protein to creatinine ratio; significant proteinuria