



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Department of Health Service Support Journal

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567
Vol.20 No.2 May - August 2024

ISSN : 2822-1109 (Online)



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ	
คณะที่ปรึกษา	นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ นพ.สามารถ ธีระศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
บรรณาธิการ	นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองบรรณาธิการ	ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ ศ.ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์ รศ.ดร.สุ่มัทนา กลางคาร นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์ ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ ดร.ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม ผศ.พิเศษ ธนินทร์ เวชชาภินันท์ ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ นายอัครพล คุรุศาสตร์ นางสาวภา จงกิตติพงศ์ นางศุภกัญญา ภาวังคะรัต นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น นายบุญยืน อยู่พิพัฒน์ นายสรพงษ์ ทัพวิมล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยนเรศวร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ	ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ ศ.ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์ ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567

Vol.20 No.2 May – August 2024

คณะทำงาน

นายสุพจน์ สว่างดี
นางสาวมัทรี กุสมภ์

ผู้ประสานงาน

นายสุพจน์ สว่างดี
โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน
พฤษภาคม-สิงหาคม
กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557
อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวคิดการพัฒนาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) ปัจจัยความสำเร็จแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด 5) ความสมเหตุสมผลในการส่งใช้ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในผู้ป่วยโรงพยาบาลปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาพัฒนาวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

แนวคิดการพัฒนาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....5 ณรงค์ ประทุมเกษร์
ปัจจัยความสำเร็จแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ.....17 ณัฐฉัตรณ พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง, ศศิภรณ์ สารแสง
ประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด.....27 ศุภาสวรรณค์ ตรรกทวิผล, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, ยุพิน เรื่องพิสิฐ
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด.....39 ทินทวิญ พุทธลา
ความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในผู้ป่วย โรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์53 รพีพรรณ เกิดหนู
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....63 ศิริวัฒน์ บริบูรณ์

แนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา CONCEPTS FOR DEVELOPING DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION BEHAVIOR AMONG PEOPLE OF THA CHANG SUBDISTRICT, NAKHON LUANG DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

ณรงค์ ประทุมเกษร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา

Narong Pratumket

Tachang District Health Promotion Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำเข้าปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง และ 2) ศึกษาแนวทางพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในตำบลท่าช้าง จำนวน 360 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี สมรสแล้ว และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ส่วนปัจจัยนำเข้าประชาชนตำบลท่าช้างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง การเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกจะใช้วิธีการใส่ทรายอะเบทเป็นประจำทุก 3 เดือน และมีความคิดเห็นว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน ด้านปัจจัยเอื้อลักษณะสภาพบ้านเรือนมีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว อยู่ใกล้แหล่งน้ำ ลำคลองลักษณะบริเวณรอบบ้านมีหญ้ารกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัด ด้านปัจจัยเสริมการเคยได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้

2. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้างอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดไว้ 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1. ยุทธศาสตร์สร้างเครือข่ายการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน 2. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระบบสารสนเทศในชุมชน และ 3. ยุทธศาสตร์สร้างจิตสำนึกในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรวม 3 เป้าประสงค์ 8 ตัวชี้วัด และ 11 กิจกรรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

The objectives of this study were 1) to study characteristics of population, leading factors, enabling factors and supportive factors related to prevention behavior of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) disease of the people in Tachang sub-district, and 2) find development guidelines to prevent Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) of the people in Tachang sub-district, Nakhon Luang district, Phranakorn Si Ayutthaya province. The sample consisted of 360 people in Tachang sub-district. The research instrument was a questionnaire. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

The findings showed that:

1. Most people are 21-40 years old and they get married. They graduated from high schools or vocational schools and they are agriculturists. Their knowledge about Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) was at a high level. The participation in the activity to prevent Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) by using Larvicidal Sand Granule every three months and they agreed that all of them were responsible for preventing Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). The condition of housing was a single house located near water sources such as canals, and there was a lot of overgrown grass. They did not travel to another town within one month. The supportive factors were that they got information about Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) from health officers a month ago. The best way to get information was organizing training.

2. The development guidelines of preventing Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) of the people in Tachang sub-district, Nakhon Luang district, Phranakorn Si Ayutthaya province were set for 3 strategies: 1) network strategy of preventing Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), 2) development strategy of local IT, and 3) strategy of creating consciousness of preventing Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) within 3 objectives, 8 indicators and 11 activities.

Keywords: Preventing Behavior from Disease DHF. How to control dengue fever

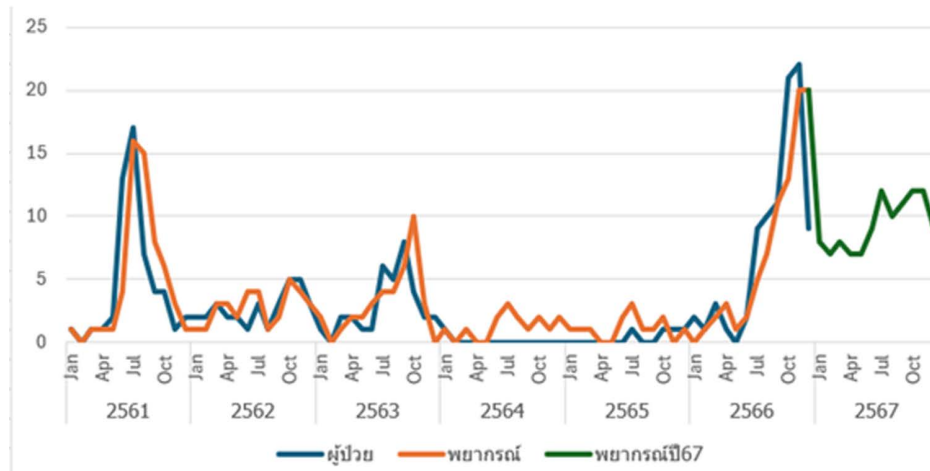
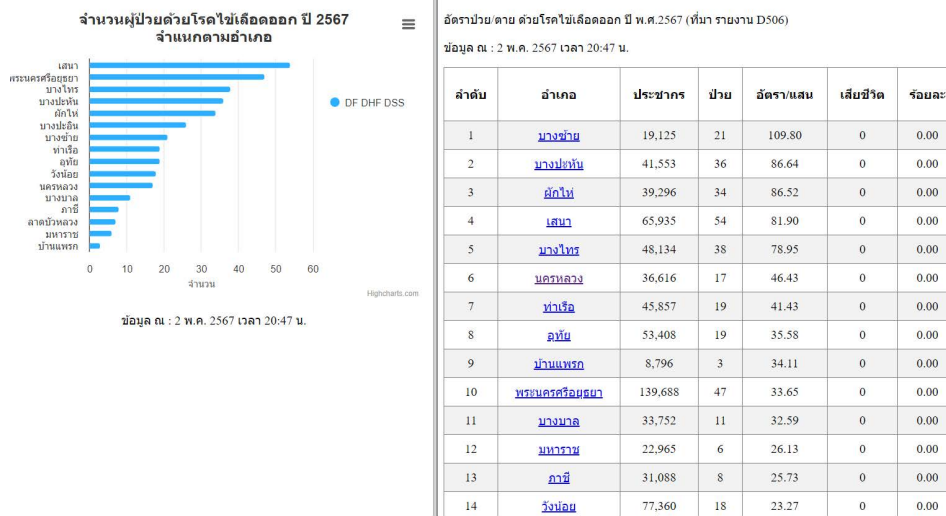
บทนำ

โรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรังทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่ทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยและตายด้วยโรคดังกล่าวจำนวนมาก ซึ่งมาตรการควบคุมโรคที่ได้ผลในขณะนี้ยังคงเป็นมาตรการควบคุมพาหะนำโรค ซึ่งเป็นการยากที่จะดำเนินการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่ายังมีภาระบาดอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วไป ทั้งนี้อาจเกิดมาจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญ แต่มุ่งความสนใจเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กเท่านั้น ปัญหาด้านความร่วมมือและการประสานงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนรวมถึง การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการอยู่อาศัยของยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกชุกชุมจึงทำให้เกิดการแพร่กระจายโรคไปได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางในประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพฯ ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ทุกปี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงปีถัดมาลดต่ำลงหลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564 และ 2565) มีแนวคิดให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา กำหนดให้คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาทุกด้าน การพัฒนาสุขภาพของคนนับเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการพัฒนา สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวและชุมชนเพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนโดยได้รับ การสนับสนุนทุกรูปแบบจากภาครัฐกระทรวงสาธารณสุข ได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2521 โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาสาธารณสุข และ

ช่วยเหลือตนเอง ในการดูแลสุขภาพมากขึ้นโดยให้ประชาชนร่วมกันควบคุมและป้องกันโรคโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และใส่ทรายอะเบท ในบริเวณบ้านของตนเองจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีภาระบาดใน 14 อำเภอจากทั้งหมด 16 อำเภอ มีผู้ป่วย 2,104 ราย ซึ่งทั้ง 14 อำเภอ มีอำเภอนครหลวงรวมอยู่ด้วยมีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 93 ราย จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอำเภอนครหลวง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ถึงปี ๒๕๖๖ พบจำนวนผู้ป่วย ๕๓,๓๒,๓๔,๑,๔ และ ๙๓ ราย ตามลำดับ อัตราป่วยเท่ากับ ๑๑๔.๑๙, ๘๗.๐๘, ๙๒.๔๗, ๒.๗๒, ๑๐.๙๒ และ ๒๕๔.๖๒ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ๒๕๖๖ : ออนไลน์) เมื่อเทียบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๖๖ มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปีถัดไป โดยใช้วิธี Time series analysis ด้วยโมเดล Winter's Multiplicative ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าปี ๒๕๖๗ จะมีแนวโน้มการระบาดที่เพิ่มขึ้น (กราฟที่ ๑) ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งหมด จำนวน ๑๑๒ ราย อัตราป่วย ๓๓๖.๕๙ ต่อแสนประชากร

จากเหตุผลดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างมาก ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะของประชากรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของประชาชนตำบลท่าช้าง ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้างให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รหัส 26 27 66 เรียงตามวันเริ่มมีอาการ ปี 2567 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2566 : ออนไลน์)

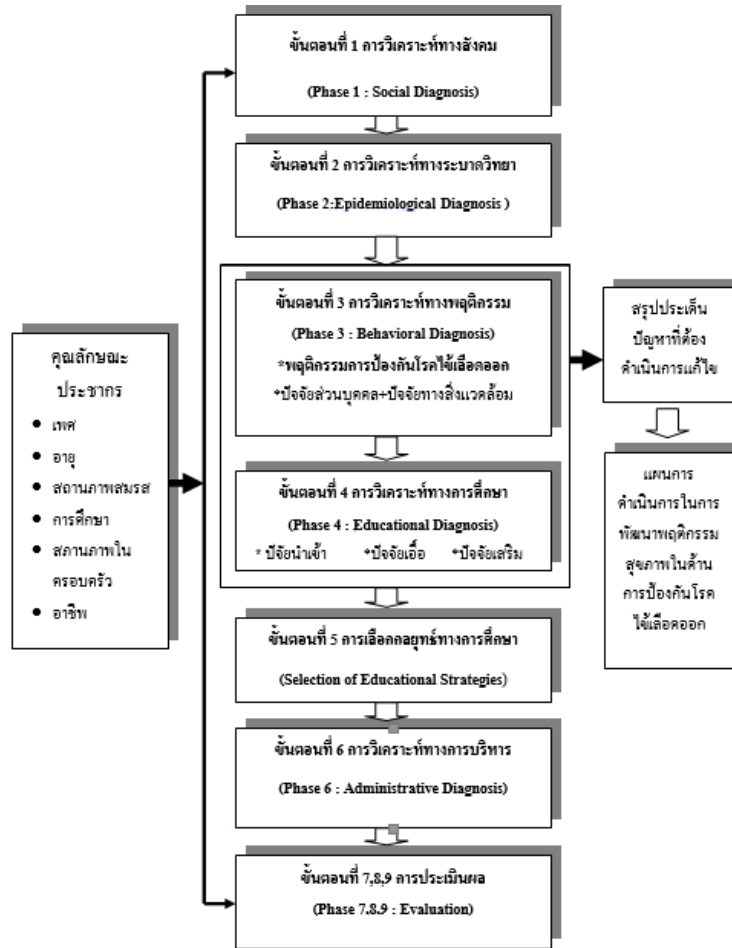
กราฟที่ 1 การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องของกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิด



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคออก ของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ผลการศึกษาวิจัยมาเขียนแผนงานหรือโครงการ เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. ลดอัตราการเกิดโรค และระบาดของโรคไข้เลือดออกในตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องแนวคิดการพัฒนาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง

อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชาชน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ประชากรที่ศึกษา คือจำนวนครัวเรือนในพื้นที่ หมู่ 1-8 ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีจำนวน 1,406 ครัวเรือน โดยใช้แบบสอบถามขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของ ทาโรยามาเน่ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน ขนาดของประชากร
 e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อ $N = 1,406$ $e = 0.05$ (แทนค่าจากสูตร 311.41 หลังคาเรือน)

ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 312 หลังคาเรือน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะขอใช้ จำนวน 360 หลังคาเรือน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้แล้วนำผลการเก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังตารางที่ 1

การดำเนินการศึกษา

1. เสนอการยื่นขอเพื่อขอประเมินจริยธรรมในการใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูล ช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ.2566
2. ชี้แจงและทำความเข้าใจในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้กับผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566
3. พื้นที่ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางซึ่งดำเนินการ ในหมู่บ้านของตำบลท่าช้าง โดยมีการดำเนินงานและกิจกรรมตามความเหมาะสมของชุมชน ด้วยการกำหนดนโยบายและทีมงาน การศึกษาชุมชน การวางแผนประเมินผล ช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบติดตามรายละเอียดการดำเนินงาน และข้อมูลจากแบบสอบถาม จากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
5. วิเคราะห์ สรุปผลการศึกษา และจัดทำรูปเล่ม ช่วงเดือน สิงหาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2566

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากการเปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หมู่ที่	ประชากร (หลังคาเรือน)	กลุ่มตัวอย่าง (หลังคาเรือน)
หมู่ที่ 1 ภูฎิกรู	209	55
หมู่ที่ 2 ท่าช้างปากคลอง	160	40
หมู่ที่ 3 ท่าช้าง	163	40
หมู่ที่ 4 ท่าช้างเหนือ	105	28
หมู่ที่ 5 สาลัย	221	56
หมู่ที่ 6 ดันโพธิ์	230	58
หมู่ที่ 7 ไผ่หนอง	212	55
หมู่ที่ 8 ท่าช้างใต้	106	28
รวม	1,406	360

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เรื่องแนวคิดการพัฒนาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้ศึกษา ได้สร้างแบบสอบถามขึ้นจากแนวความคิด ทฤษฎีและดัดแปลงจากรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด และปลายเปิดประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามแบบเลือกตอบประกอบด้วยข้อความจำนวน 6 ข้อคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ในครอบครัว และอาชีพ

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมเกี่ยวกับกับป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นลักษณะปลายปิดให้เลือกตอบตามความเป็นจริงมีจำนวน 5 ข้อ

2.2 ปัจจัยนำ มีจำนวน 17 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบถอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 7 ข้อ มี 5 ระดับคือ

เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยอย่างมากตามข้อความนั้น
เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยตามข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ	หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจตามข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ผู้ตอบไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างมากตามข้อความนั้น

2.3 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง เพื่อหาค่าความถี่ มีจำนวน 5 ข้อ

2.4 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะเลือกตอบตามความเป็นจริงเพื่อหาความถี่จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มีทั้งหมด 2 ข้อ คือ

3.1 ปัญหาในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.2 แนวทางป้องกันโรคไข้เลือดออก

การวิเคราะห์ผล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว นำผลการเก็บรวบรวมมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ที่ได้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบาย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

2) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3) ความรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบาย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าร้อยละโดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101) และนำเสนอด้วยการบรรยาย

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สรุปว่า

ด้านคุณลักษณะทางประชากรพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ของตำบลท่าช้างมีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 32.22 รองลงมาคืออายุ 60 ปีร้อยละ 30.56 และส่วนมากสมรสแล้ว ร้อยละ 72.78 ประชาชนมีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช.ร้อยละ 40.56 สถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 46.11 การประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 58.89 และรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.56

ด้านปัจจัยนำ พบว่าคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดได้แก่คำถามที่ว่าวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ถูกต้องตอบถูกร้อยละ 86.67 ทางด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกประชาชนตำบลท่าช้างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.33 และมีความรู้ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 0.56 เท่านั้น ด้านความคิดเห็นของประชาชนตำบลท่าช้างที่ตอบแบบสอบถามพบว่าข้อคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ คำถามที่ว่า การป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นหน้าที่ของทุกคน ได้คะแนนเฉลี่ย 4.12 และข้อคำถามที่ประชาชนตำบลท่าช้างมีความคิดเห็นไม่ถูกต้องได้แก่ คำถามที่ว่า ครอบครัวที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ไม่จำเป็นต้องป้องกันหรือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ได้คะแนนเฉลี่ย 2.61 ประชาชนตำบลท่าช้างมีความคิดเห็นต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.44 และมีความคิดเห็นต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 2.22 เท่านั้น

ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่าลักษณะสภาพแวดล้อมบ้านพักอาศัยของประชาชนตำบลท่าช้างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 65.56 ที่พักอาศัยมีแหล่งน้ำ ร้อยละ 60.56 และอยู่ใกล้แหล่งน้ำลำคลอง หนอง บึง ร้อยละ 79.82 ลักษณะรอบบ้านมีหญ้ารก ร้อยละ 55.00 ส่วนการเดินทางในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนมากไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัดร้อยละ 90.00

ด้านปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชน ตำบลท่าช้างส่วนมากเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก



ในช่วง 1 เดือนคิดเป็นร้อยละ 96.67 แหล่งของข้อมูลที่ได้รับ ส่วนมากได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 89.44 ส่วนช่องทางที่ประชาชนอยากให้เป็นช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือการจัดการอบรมให้ความรู้ ร้อยละ 33.89 รองลงมาคือการใช้เสียงตามสาย และประชาชน จะพบเห็นเจ้าหน้าที่ออกมาป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน เป็นประจำ ร้อยละ 72.78 ส่วนจะพบเห็นเจ้าหน้าที่ มาป้องกันโรคนานๆ ครั้งมีเพียงร้อยละ 13.33 เท่านั้น

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ประชาชนตำบลท่าช้าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เคยร่วม กิจกรรม ร้อยละ 69.44 มีเพียงร้อยละ 5.00 เท่านั้น ที่ไม่คิดว่า เป็น วิธีที่ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ส่วนวิธีที่เลือกใช้ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือการใช้ทรายอะเบท ร้อยละ 88.89 ความถี่ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายคือ ทำเป็นประจำทุก 3 เดือน ร้อยละ 58.88 พฤติกรรมการนอน กลางวันส่วนมากเวลานอนกลางวันบางครั้ง ร้อยละ 48.89 และมีวิธีป้องกันไม่ให้ยุงกัดโดยใช้มุ้งลวด ร้อยละ 56.47

2. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีแนวทางดังนี้

แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนตำบลท่าช้าง ได้รับข้อมูล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกัน โรคที่ถูกต้องโดยใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในความสำคัญของการป้องกัน โรคไข้เลือดออกโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ด้วยตนเองเป็นสำคัญ โดยเชื่อว่าเมื่อประชาชนมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับ ปัญหาและความต้องการพัฒนา โดยใช้กระบวนการพัฒนา ที่สำคัญรวม 3 วิธีการคือ

1. การใช้สร้างเครือข่ายในชุมชนในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก
2. การให้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
3. การรณรงค์เพื่อสร้างจิตสำนึกในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก

อภิปรายผล

1. ด้านปัจจัยนำ

1.1 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัด พระนครศรีอยุธยาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายแสดงให้เห็นว่า เพศชายจะมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก จะเป็นพ่อบ้านวัยกลางคนทั้งนี้เนื่องจาก สังคมไทยในปัจจุบัน ผู้เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านยังมีบทบาท ในการหาเลี้ยงครอบครัวและมีอิทธิพลเหนือครอบครัวถึงแม้ หนุ่มสาวจะแต่งงานมีครอบครัวก็ยังคงอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกยังคงเป็น พ่อบ้านและแม่บ้านส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น มัธยมศึกษาแสดงถึงการได้รับการส่งเสริมทางการศึกษา และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรพันธ์ แน่นประโคน (2546 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าลักษณะทางประชากรของประชาชน ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุ ระหว่าง 36-45 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่เคยร่วมกิจกรรม และเหตุผลที่ไม่ร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ไม่มีเวลา วิธีที่เลือกใช้ ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ทรายอะเบท ความถี่ในการทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายส่วนใหญ่ทำเป็นประจำทุก 3 เดือน พฤติกรรมการนอนกลางวันส่วนใหญ่นอนเป็นบางครั้ง วิธีป้องกัน ยุงลายเวลากลางวันส่วนมากมีวิธีการป้องกันยุงลาย และส่วนใหญ่ มีมุ้งลวด จากข้อมูลการวิเคราะห์ข้างต้นพฤติกรรม การป้องกันโรค ส่วนใหญ่มาจากความเคยชินในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพร ชูณวุฒิยานนท์ (2542 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าประชาชนในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ มีการยอมรับทรายอะเบท และเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกเพราะเชื่อว่าการใช้ทรายอะเบทเป็นวิธีที่ได้ผล

1.3 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า ข้อคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ คำถามที่ว่าวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ถูกต้อง และอยู่ในระดับสูง ซึ่งบ่งบอกว่าประชาชนมีความรู้เรื่อง ไข้เลือดออกแก่ก็มีบางเรื่องที่มีความรู้ต่ำอยู่คือ โรคไข้เลือดออก เกิดขึ้นในฤดูยุงลายชอบวางไข่ในที่ใดตอบซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ กนิษฐา เล้าहतพงษ์ภูริ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะการมีโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2542 พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดและพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วย ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.8 และ 71.3 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามในพื้นที่ที่ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่าร้อยละ 54.5 พื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด ร้อยละ 49.9

1.4 ความคิดเห็นของประชาชนตำบลท่าช้างที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าประชาชนมีความคิดเห็นว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน และมีระดับมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับต่ำมากคือคิดว่าครอบครัวที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกไม่จำเป็นต้องกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ผู้นำชุมชนควรมีบทบาทในการป้องกันโรคเพราะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิรี เกตุโสภิต (2527 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลกระทบของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการให้สุขศึกษา สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อ พ.ศ. 2526 โดยการให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้เข้าร่วมประชุม แล้วกลับไปปฏิบัติงานสุขศึกษา เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในท้องถิ่นเป็นเวลา 4 เดือน จึงติดตามผลการปฏิบัติงานมุ่งศึกษาผลกระทบที่มีต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า

1.4.1 ภายหลังจากสิ้นสุดการประชุม ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นและมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทางบวก

1.4.2 ภายหลังจากการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยผู้นำชุมชน เป็นเวลา 4 เดือน พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น และมีความคิดเห็นต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนให้สุขศึกษา

2. ด้านปัจจัยเอื้อสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะสภาพแวดล้อมบ้านพักอาศัยของประชาชนตำบลท่าช้างผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ที่พักอาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ และแหล่งน้ำส่วนใหญ่เป็นลำคลอง ห้วย หนอง คลอง บึง ลักษณะบริเวณรอบบ้านมีหญ้ารก และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนมากไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัด ซึ่งลักษณะปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณี นามม่วง (2547 : 123) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยเอื้อต่อการเกิดโรคก็จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นตามไปด้วย

3. ด้านปัจจัยเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง

การได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชนตำบลท่าช้างที่ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนมากเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แหล่งของข้อมูลที่ได้รับส่วนมากได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือได้รับจากอบต.และได้รับข้อมูลข่าวสาร 3 เดือนครั้ง รองลงมาได้รับข่าวสารเดือนละ 1 ครั้ง ช่องทางที่ประชาชนอยากให้เป็นช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่อง โรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือ การจัดอบรมให้ความรู้ รองลงมาคือใช้เสียงตามสายรถประชาสัมพันธ์ ตามลำดับและส่วนใหญ่ประชาชนพบเห็นเจ้าหน้าที่มาป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธาณี นามม่วง (2547 : 123) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ด้านปัจจัยเสริมในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และในกรณีแยกตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการให้ความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการได้รับรางวัลหรือการชมเชย ด้านบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านบทบาทขององค์กรชุมชน

ด้านบทบาทของครอบครัว หรือเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอกาบเชิงจังหวัดสุรินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งให้เห็นว่าถ้าประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำชม ได้รับรางวัลจากองค์กร หรือชุมชนก็จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นด้วย

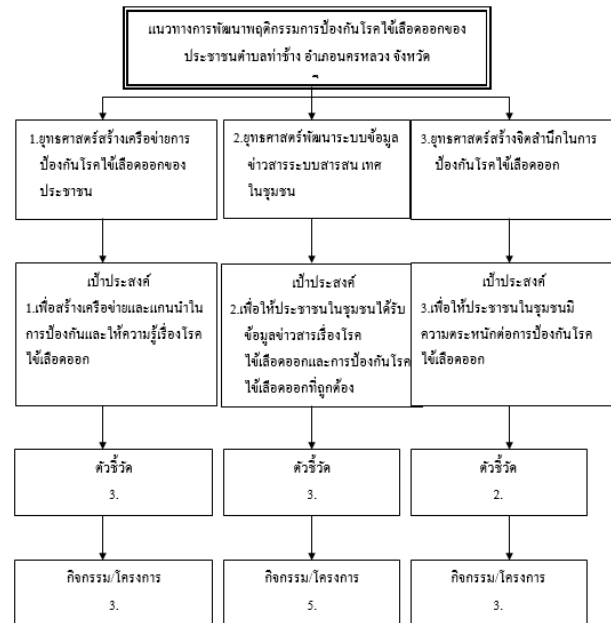
จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่าตัวพยากรณ์ที่ดีซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน ในภาพรวม คือ ลักษณะสังคมประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ เมื่อพิจารณาโดยแยกตัวพยากรณ์ พบว่าตัวพยากรณ์ที่ดี คือ ปัจจัยนำคุณลักษณะสังคมประชากร ปัจจัยเสริมด้านการให้ความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสริมด้านบทบาทของครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนทั้งหมดนี้มีความสอดคล้องกับพีริซิดโมเดล (PRECEDE Model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ที่มีสมมติฐานที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกดังนั้นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องคำนึงถึงตัวพยากรณ์ที่ดีทั้ง 6 ตัวดังที่กล่าวมาตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผล

แนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนตำบลท่าช้างได้รับข้อมูลความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องโดยใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายด้วยตนเองเป็นสำคัญ โดยเชื่อว่าเมื่อประชาชนมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการพัฒนา โดยใช้กระบวนการพัฒนาที่สำคัญรวม 3 วิธีการคือ

1. การใช้สร้างเครือข่ายในชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. การให้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
3. การรณรงค์เพื่อสร้างจิตสำนึกในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเป็น 3 ยุทธศาสตร์ 3 เป้าประสงค์ 8 ตัวชี้วัด และ 11 กิจกรรม สามารถสรุปเป็นแผนผังการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดังภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 2 ภาพรวมของแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลท่าช้าง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยเฉพาะระดับอำเภอควรมีนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยเน้นในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 ส่งเสริมให้เพศชายซึ่งเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือเป็นผู้นำชุมชนและองค์กรต่างๆ ในชุมชนให้มีบทบาทในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ ด้านการจัดทำแผนงาน

ด้านการเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการ การแสวงหางบประมาณ การติดตามประเมินผลและการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

1.2 สนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนรู้หรือ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง อันจะ ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องไม่เกิด ความเชื่อหรือความกลัวเกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกโดยไม่มี เหตุผลหรือข้อมูลทางด้านวิชาการรองรับ

1.3 ส่งเสริมให้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ระดับชุมชนและระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากตัวพหุภาคย์ที่ดีของการวิจัย คือ ปัจจัยเสริมด้านการให้ความร่วมมือของชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยเสริมด้านบทบาทของครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ปัจจัยเอื้อด้านทรัพยากรและงบประมาณ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

1.4 ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชน มีทางเลือกที่เหมาะสม กับตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงานป้องกันโรค ไข้เลือดออก

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและ หมู่บ้าน จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก โดยนำตัวพหุภาคย์ที่ดี คือ ปัจจัยนำคุณลักษณะ สังคมประชากรในด้านเพศชาย ปัจจัยนำด้านความกลัว เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ปัจจัยเสริมด้านการให้ ความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ปัจจัยเสริมด้านบทบาทของครอบครัวหรือ เพื่อนบ้าน ปัจจัยเอื้อด้านทรัพยากรและงบประมาณและ ปัจจัยเอื้อด้านเทคโนโลยีในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มาผสมผสานในกิจกรรมปฏิบัติงานให้เป็นรูปธรรม

2.2 ควรจัดการฝึกอบรมหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เรื่อง โรคไข้เลือดออกไปสู่ สาธารณชนอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อย่างถูกต้อง อันจะเป็นการแก้ไขความกลัวหรือความเชื่อ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

2.3 ใช้กลวิธีการจูงใจให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยรูปแบบต่างๆ อาทิ การแข่งขัน ครวี่เรือนปลอดลูกน้ำหรือการประกาศเกียรติคุณรูปแบบต่าง ๆ

2.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมบทบาทของครอบครัว หรือเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สมาชิก ในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านให้ความสำคัญกับการป้องกัน โรคไข้เลือดออกและเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

2.5 ประสานความร่วมมือในการจัดหางบประมาณ ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในทุกระดับ โดยเฉพาะจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อนำไป ใช้ในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แก่ประชาชน โดยเน้นการแก้ไขในเนื้อหาที่ประชาชน ยังไม่สามารถระบุได้ว่ามีระดับความเป็นจริงที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ดังนี้

2.5.1 ปัจจัยนำ ควรเร่งรัดแก้ไขให้ประชาชน ซึ่งยังมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลางให้มีความเชื่อ ที่ถูกต้อง เช่น เชื่อว่าโรคไข้เลือดออกสามารถติดต่อกันได้ ความเชื่อที่ว่าผู้ใหญ่จะไม่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเนื่องจาก มีภูมิต้านทาน ความเชื่อที่ว่าหากถูกพาหะนำโรคไข้เลือดออก กัดเพียงครั้งเดียวก็อาจเป็นไข้เลือดออกได้ ความเชื่อที่ว่า การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทำให้เสียชีวิต เป็นต้น

2.5.2 ปัจจัยเสริม ควรส่งเสริม สนับสนุนให้ ประชาชนมีกิจกรรมการชมเชยผู้ที่ดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับครอบครัวและ ในระดับชุมชน ทั้งนี้อาจจะเป็นการจัดกิจกรรม ภายใน ชุมชนเองหรือร่วมกับองค์กรภายนอก รวมทั้งองค์กรชุมชน ควรเพิ่มบทบาทด้านการจัดกิจกรรมป้องกัน และควบคุม โรคไข้เลือดออกด้วย

2.5.3 ปัจจัยเอื้อ ควรส่งเสริมให้ประชาชนนำ เทคโนโลยีที่มีความเหมาะสมและปลอดภัยใน การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกมาใช้ให้มากขึ้น เช่น การกำจัด ลูกน้ำยุงด้วยปลาหางนกยูง นอกจากนั้น ควรสนับสนุน งบประมาณอย่างเพียงพอเพื่อให้ชุมชนสามารถค้นหาหรือ พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้มี เทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ด้วยตนเอง

2.5.4 พฤติกรรมการป้องกันโรค ควรส่งเสริม ให้ ประชาชนมีพฤติกรรมกำจัดยุงให้มากขึ้น เช่น

การปล่อยปลากินลูกน้ำ การสำรวจลูกน้ำ การตักลูกน้ำทิ้ง ทุก 7 วันและการใช้ยาป้องกันหรือกำจัดยุง เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

การวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น และผู้นำชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึก และเป็นประโยชน์ในมุมมองของชุมชนโดยตรง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับตำบล เช่นเวลาในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในหน้าที่ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับจังหวัดและระดับประเทศ
4. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการให้ความรู้และประสิทธิภาพของสื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพื่อให้มีแนวทางในการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างเหมาะสม
5. ควรศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
6. ควรศึกษาตัวแบบประสิทธิผลการสร้างพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก
7. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในตำบลท่าช้าง เพียงตำบลเดียว ควรมีการศึกษาในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ กับระดับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาในระดับนโยบายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Broom, L. & Selznick, P. (1968). *Sociology*. (5th ed). New York : Harper & Row.
- Green, L. W. et al. (1980). *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA : Mayfield.
- Intharak, Kanjana. (2022). *Effectiveness of dengue fever prevention and control of Public health officer in sub-district level in Saraburi Province*.

- (Master of Science Program (Public Health) Thesis, Faculty of Graduate Studies Mahidol University). (in Thai)
- Ketsopid, Watcharee, (1984). *The Study of impact on the workshop about health education for Prevent and control dengue fever in Kalasin Province*. (abstract). (in Thai)
- Misra, R. P. & Honjo, Masahiko. (1981). "Changing Perception of Development Problems," *Regional Development Alternatives*. 2(1) : 325.
- Naephakon, Watcharaphan. (2001). *Prevention of Dengue Fever among the People of Mueang District, Buriram Province*. (Master of Art Program (Social Development)). Thesis, Graduated School Khon Kaen University). (in Thai)
- Nammuong, Thani. (2004). *Factors Affecting the Prevention and Control Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of People in Kap Choeng district, Surin Province*. Surin : Surindra Rajabhat University. (in Thai)
- Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Health Office. (2023). *The situation of Dengue Fever in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*. Retrieved 16 August 2023, Form <http://www.ayph.in.th/main/index.php>.
- Pramuansilp, Patee. (1999). *Cooperation of health leaders in disease control*. Retrieved 12 August 2017, Form : <http://www.atsamal.net/board/data/pic/5737.doc>
- Sarathip, Kaseam. (2000). *Research methodology*. (3rd ed.) Nakhon Sawan: Newseri Nakhon Press. (in Thai)
- Srisa-ard, Boonchom and Ninkheaw, Boonsong. (1992). *Basic of Research*. (6th ed.). Maha Sarakham : Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Todoaro, M. P. (1994). **Economic Development**. (5th ed). Harlow, Essex : Longman Group.

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เข้าสู่ระยะสงบ

FACTORS FOR SUCCESSFUL OPERATIONS FOR DIABETIC REMISSION

ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง, ศศิภรณ์ สารแสง

กองโรคไม่ติดต่อ

Nuttiwan Panmung, Khanitha Srisawat, panida Jaroenkrung, sasipon sansang

Division of Non-Communicable Diseases

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องที่ใช้คือ การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข) ผู้ร่วมดำเนินการ (อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้านและเครือข่ายอื่นๆ) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า 1. มีแนวทางการดำเนินงานการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยยึดกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ประกอบด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกแยกแยะข้อมูลโดยใช้ความเป็นเหตุเป็นผล อาศัยการตีความเนื้อหาจากเรื่องราวที่ปรากฏและเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของข้อมูล 2. ปัจจัยความสำเร็จ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการ การแบ่งกลุ่มเลือก intervention ที่สะดวก และดี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบอย่างรวดเร็ว การออกแบบการสื่อสารและสร้างแรงบันดาลใจ นำไปสู่ทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และประวัติการทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อวางแผนติดตามผล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-monitoring) พร้อมบันทึกผลข้อมูล รวมถึงออกแบบให้มีปัจจัยสนับสนุนในชุมชน เช่น สินค้าสุขภาพ หรือสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้บริหารสนับสนุนหรือเป็นหัวหน้าทีม การทำงานเป็นทีม (Team Work) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม การปฏิบัติตามแผนงาน และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีแนวทางการดำเนินงานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทและคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ลดค่าใช้จ่ายการรักษา ลดอัตราการป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: โรคเบาหวานระยะสงบ, คลินิกโรคไม่ติดต่อ, ปัจจัยความสำเร็จ

Abstract

This study aims to investigate factors related to the success of operational guidelines for managing type 2 diabetes patients to enter the remission phase. The research format is a qualitative study using in-depth interviews with three sample groups, including Bang Rakam Hospital in Phitsanulok Province, Phimai Provincial Health Office in Nakhon Ratchasima Province, and Ban Ta Khun Hospital in Surat Thani Province. Key informants include service recipients (type 2 diabetes patients), managers, and service providers (physicians, nurses, pharmacists, nutritionists, and public health academics). Public health stakeholders (village volunteers /village leaders, and other networks), analyze data by categorizing, differentiating, and classifying data. The study found that there are operational guidelines for managing diabetes patients to enter the remission phase based on the concept of the 6 Building Blocks framework, which include services, personnel, health information systems, medicine and medical supplies, health finance systems, and leadership and good governance. Content analysis was conducted to categorize data using logic and interpretation of the content from narratives, linking the relevance of the data. Success factors are divided into two aspects: the process aspect includes developing the quality of non-communicable disease clinics (NCD Clinic) by adapting care formats suitable for patients, analyzing data for each patient receiving services and categorizing them into groups to select interventions that facilitate patients' quick entry into remission. This includes designing effective communication and motivation strategies, emphasizing soft skills-intensive care, using Body Mass Index (BMI) and patient medication history monitoring. Self-monitoring (SMBG) to plan and track results and promote patient self-care with data recording, including designing supportive factors in the community, such as health products or exercise facilities. Management aspects include supportive management or team leadership, teamwork, setting clear goals in the same direction, patient-centered care, using technology for development, network participation, plan implementation, and continuous monitoring. Therefore, The objective is to provide medical personnel with operational guidelines for diabetic patients entering remission, ensuring comprehensive and systematic care for patients with type 2 diabetes. leading to the development and adaptation of care for patients with standards and appropriateness in various contexts of the country. It is expected that type 2 diabetes patients will have a good quality of life, enter remission diabetes, reduce treatment costs, reduce morbidity, reduce complications, and reduce premature mortality.

Keywords: Diabetes Remission, NCD Clinic, Success Factor

บทนำ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ.2563) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า 300,000 รายต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การเสียชีวิต ปัจจุบันมีหน่วยงานต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ได้แก่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10 - 15 ของน้ำหนักตัวจะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนจึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยทำ Self-monitoring และบันทึกข้อมูลผ่าน Platform Analog และ Digital แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลจาก Platform และนำมา Counseling วางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางมาโรงพยาบาลก็สามารถสื่อสารผ่านระบบ telemedicine ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล และประหยัดเวลาในการรอคอย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาต้นแบบแบบการดำเนินงานของหน่วยงานดังกล่าว

โดยใช้กรอบระบบสุขภาพ Health Systems Framework ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health System) ในการวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบของร่างกายทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ
2. เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “Diabetes Remission”

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด 6 Building Blocks* ประกอบด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศ ด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อหาปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดคุณภาพการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ดีตามในการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางการดำเนินงานสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบอย่างครอบคลุม เป็นระบบ และเหมาะสมตามบริบท ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายการรักษา ลดอัตราป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วิธีการศึกษา

การวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ หน่วยงานต้นแบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษาครั้งนี้โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข) ผู้ร่วมดำเนินการ (อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้านและเครือข่ายอื่นๆ) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้สร้างแนวทางการสัมภาษณ์ โดยการศึกษาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) หัวข้อในการสัมภาษณ์ประยุกต์จากการประเมินผลแบบ CIPP Model ประกอบด้วย

1. มุมมองของผู้ให้บริการ/ผู้พัฒนา

1.1 ด้านบริบท (Context) ได้แก่ สถานการณ์/สภาพปัญหา เป็นบริบท (Context) ของพื้นที่ และข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ที่นำมาสู่การแก้ไขปัญหาแนวคิด/หลักการในการดำเนินงาน ที่เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย ที่สอดคล้องกับสถานการณ์/สภาพปัญหา

1.2 ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) ได้แก่ ทรัพยากรที่ใช้/ต้นทุน (คน/เงิน/ของ) เครือข่ายร่วมดำเนินการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.3 ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ วิธีปฏิบัติ กระบวนการที่เกิดขึ้น และมีการดำเนินการอย่างไรตามที่กำหนดอย่างไร

1.4 ด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร การวัด Output/Outcome /Impact ปัญหาและอุปสรรค หรือความท้าทาย วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การขยายผล แนวคิดในอนาคต

2. มุมมองของผู้ร่วมดำเนินการ (อสม./ผู้นำหมู่บ้าน) ได้แก่ หลักการในการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย วิธีปฏิบัติ และกระบวนการที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. มุมมองของผู้รับบริการ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2) ประโยชน์ที่ได้รับ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์รวบรวมให้ครบถ้วน ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกแยกแยะและจัดหมวดข้อมูล และนำข้อมูลมาเชื่อมโยงให้เห็นข้อสรุป ที่ได้จากการศึกษาด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จำแนกแยกแยะข้อมูลโดยใช้ความเป็นเหตุเป็นผลอาศัยการตีความ (Interpretation) เนื้อหาจากรายการที่ปรากฏ และเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง มีปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ตามกรอบความคิด 6 Building Blocks ประกอบด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศ ด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ผ่านการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จำแนกแยกแยะข้อมูลโดยใช้หลังความเป็นเหตุเป็นผลอาศัยการตีความ (Interpretation) เนื้อหาจากรายการที่ปรากฏ และเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องของข้อมูล สรุปได้ว่าปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดคุณภาพการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ดีนั้น มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยเบื้องต้น

1. Health Workforce

1.1 ตั้งกรอบอัตรากำลังบุคลากรที่ดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน รายละเอียดตามตารางที่ 1 กรอบอัตรากำลังบุคลากรที่ดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

ตารางที่ 1 กรอบอัตรากำลังบุคลากรที่ดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ

Primary care	Secondary care	Tertiary care
- แพทย์ 1 คน	- แพทย์ 1 คน	- แพทย์ 1 คน
- เกสัชกร 1 คน	- เกสัชกร 1 คน	- เกสัชกร 1 คน
- พยาบาล 2 คน	- พยาบาล 3 คน	- พยาบาล 2 คน
- โภชนากร 1 คน	- นักโภชนาบำบัด/โภชนากร 1 คน	- นักโภชนาบำบัด/โภชนากร 1 คน
- กายภาพบำบัด 1 คน	- กายภาพบำบัด 1 คน	- กายภาพบำบัด 1 คน
- นวก.สาธารณสุข 1 คน	- นวก.สาธารณสุข 1 คน	- นวก.สาธารณสุข 1 คน
- อสม. 3 คน		

1.2 บทบาทหน้าที่เฉพาะ

แพทย์ : ประเมินสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนการรักษา เช่น ปรับยา ติดตามผล Lab ให้คำแนะนำ และให้ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัจจุบัน ติดตามประเมินผล

พยาบาลวิชาชีพ : ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะดื้ออินซูลิน การจัดการภาวะดื้ออินซูลินการรับประทานแบบจำกัดช่วงเวลา การเจาะเลือดด้วยตนเอง และการออกกำลังกาย ติดตามโดยการสื่อสารถึงความห่วงใยสุขภาพทางกาย/ใจ, ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ปรับเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย, ร่วมกันหาแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเดือนแรกควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ส่งเสริมศักยภาพ และติดตามการรับประทานอาหาร ดึงครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุเป้าหมาย คำนึงถึงผู้ป่วยแต่ละรายมีความพร้อมและมีศักยภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างกัน

เภสัชกร : ให้ความรู้และอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาอย่างง่าย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องตรงเวลา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยา ปรับการรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต หรือการรับประทานอาหารแบบจำกัดช่วงเวลา สรุปผลการดำเนินงานการรับประทานยาของผู้ป่วย

นักโภชนาบำบัด/นักโภชนาการ/โภชนากร : ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจหลักการควบคุมการรับประทาน อาหารแบบอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (Low Carbohydrate Diet) และการอดอาหารเป็นช่วงเวลา (Intermittent Fasting) เช่น Plate Model (2:1:1) อาหารแลกเปลี่ยน ปริมาณโปรตีนที่เหมาะสม โปรตีนแปรรูปที่ควรหลีกเลี่ยง

คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน การเลือกไขมันดี การอ่านฉลาก โภชนาการ เป็นต้น รวมถึงการใช้ไมเคิลอาหารเสมือนจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมถึงการออกแบบสัดส่วนอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและให้คำแนะนำรูปแบบการรับประทาน อาหารแบบ Low Carb ที่ถูกต้อง ผ่านทางช่องทางต่างๆ เช่น กลุ่มไลน์ รวมถึงติดตามประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับโภชนาการให้กับผู้ป่วย

นักกายภาพบำบัด : ให้ความรู้และดูแลเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเฉพาะส่วน หรือ การออกกำลังกายแบบทั่วไป เป็นต้น

อสม./ผู้ดูแล/ผู้ป่วย : ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose, SMBG) แบบ Online

1.3 ประสานการทำงานองค์กรที่เกี่ยวข้องและสร้างการมีบทบาทของภาคีเครือข่าย เช่น

สสจ. : ผู้บริหารกำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงาน มีจุดมุ่งหมายคือประชาชนในพื้นที่ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานลดการใช้ยา หยุดยา ลดระยะเวลารอคอย การมารับบริการที่โรงพยาบาล

สสอ. : จัดทำ Focus group ของโรงเรียนเบาหวาน วิทยา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน ครู (ครู ก.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอื่นๆ

รพ. : แพทย์ในโรงพยาบาลสามารถสั่งหยุดยา/ปรับยาให้ผู้ป่วยตามเกณฑ์ของโรคเบาหวาน และจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (Remission service)

รพ.สต. : สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพ จัด Setting ในทุกชุมชน เช่น ศาลาวัด เพื่อใช้เป็นสถานที่รวมตัวของนักเรียนเบาหวาน อบรมให้ความรู้เรื่องการนับ carb ในมื้ออาหาร สัดส่วนการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ

อปท. : สนับสนุนงบประมาณจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นตรวจน้ำตาล (strip) เข็มเจาะปลายนิ้ว เป็นต้น

ภาคีเครือข่าย : ประกอบด้วย ข้าราชการเกษียณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัคร พระสงฆ์ประจำวัด อาสาสมัครสาธารณสุข เข้าอบรมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวาน

1.4 สนับสนุนองค์ความรู้และวัสดุอุปกรณ์

- จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน สนับสนุน

ทีมเครือข่าย รพ.สต.

2. Medical Products and Technologies

2.1 เพิ่มการเข้าถึงยาและพัฒนาคูณภาพในการส่งต่อผู้ป่วย

2.2 การใช้ยาสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกในการรักษาโรคไม่ติดต่อ

2.3 จัดหาเครื่องมือ เทคโนโลยี เพื่อใช้สำหรับ self-monitoring ประกอบด้วย เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ในการนับก้าว เครื่องวัด Body composition และ digital platform

3. Information System

3.1 ใช้ข้อมูล digital platform ประมวลผลบนระบบคลาวด์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการรักษา

3.2 ใช้ข้อมูลจากการ self-monitoring ของผู้ป่วย ประกอบการรักษาและลดการจ่ายยา

3.3 พัฒนาการดำเนินงานในรูปแบบ Tele intervention center

4. financing

4.1 government; ส่วนกลาง สสจ., เงินบำรุงและงบท้องถิ่น

4.2 Non-government; หน่วยงานเอกชนและเงินบริจาค

5. กระบวนการ (Process) รูปแบบการดำเนินงาน Remission Service มีดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการและแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย

- กลุ่ม Intensive care: ผู้ป่วยที่มีความพร้อมต้องการหาย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน

- กลุ่ม Smart patient: ผู้ป่วยพร้อมใช้ Device เพื่อทำ self-monitoring

- กลุ่ม Conventional: ผู้ป่วยต้องการรักษาแบบเดิม รับประทานยาเดิม

5.2 การเลือก intervention ที่ง่าย ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Remission อย่างรวดเร็ว และกำหนดแนวทางการรักษาเชิงลึกเป็นรายกรณี สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะ Remission ได้

5.3 ออกแบบการสื่อสารที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง (soft skill intensive care)

5.4 ใช้ค่า BMI และประวัติการกินยาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อกำหนด treatment goal

5.5 การติดตามผลการตรวจ Self Monitoring of Blood Glucose; SMBG ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia และ F/U ในรูปแบบ Online/off line ที่ รพ.สต. ร่วมกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ เพื่อเรียนรู้การปรับยาและ advice ผู้ป่วย ประกอบด้วย

- เดือนที่ 1 ติดตามจำนวน 3 ครั้ง

- เดือนที่ 3 ติดตามจำนวน 1 ครั้ง,

- กรณี เข้าสู่ Remission นัดปีละ 1 ครั้ง

- การติดตาม Monitor โดยใช้การติดตาม

แบบ SMBG online จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งจะทำ SMBG ก่อนและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง

เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยให้นักเรียน ส่งการบ้านเป็นรูปอาหารตามรูปแบบ Plate model และ Low carb รวมถึงผลเลือดส่งใน line group

- วางแผนเรื่องการติดตาม SMBG online โดยเป็นการประเมินความพร้อม หมายถึง การมีและสามารถใช้งาน smartphone ในการรายงานผลของผู้ป่วย ความพร้อม ผู้ป่วยเจาะเลือดเองโดยจะได้รับเครื่องตรวจน้ำตาลและ Test Strip ไม่มีความพร้อมวางแผนเจาะเลือดโดย อสม.ใกล้บ้าน

5.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำ self-monitoring และบันทึกข้อมูลผ่าน platform analog และ Digital เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง

5.7 ค้นหาผู้ป่วยต้นแบบที่สามารถเข้าสู่ภาวะ Remission และสามารถส่งต่อชุดความรู้สู่ครอบครัวและชุมชน

5.8 พัฒนาคูณภาพ NCD Clinic โดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผ่านการดูแลโดยสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข) ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี

5.9 การออกแบบให้มีปัจจัยสนับสนุนสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีสินค้าสุขภาพจำหน่ายทุกหน่วยบริการหรือมีสถานการออกกำลังกายในชุมชน

5.10 การทบทวนระบบการบริการและผลการดำเนินงาน Remission อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการให้บริการ

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

1) เป้าหมายที่ชัดเจน/ผู้บริหารสนับสนุน

การกำหนดเป้าหมายร่วมกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน ทั้งใน รพ. และรพ.สต. รวมถึงเครือข่ายภายนอกหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข

ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจนมองไปในทิศทางเดียวกัน เช่น “NCDs หาย/ชะลอได้, ลดป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ (Prevention Service), พัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Remission Service) ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Fasttrack Service) เป็นต้น

2) การทำงานเป็นทีม (Team Work)

การทำงานแบบทีม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. อสม. โดยทีมมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพแบบมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c < 6.5% และ/หรือลด/หยุดการใช้ยาเบาหวาน มีการปรับ mindset ของทีมเรื่องเบาหวานสงบได้ (DM Remission)

3) การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา

การนำเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วยในการทำ Self-monitoring ได้แก่ เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ในการนับก้าวในการบันทึกเชื่อมโยงข้อมูลเข้าระบบ Cloud เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพให้แพทย์ พยาบาล ทีมเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์และวางแผนการปรับพฤติกรรม รวมถึงการรักษาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล

การนำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการดำเนินงานอย่างหลากหลาย เช่น AADE 7 Selfcare behavior ประกอบด้วย Healthy eating, Being active, Taking medication, Monitoring, Healthy copying, Reducing risk, Problem solving แพลตฟอร์มเหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย

การใช้ SMBG online เพื่อตรวจและบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการปรับแผนการรักษาของแพทย์, Line Grope สำหรับให้ผู้ป่วยส่งผลเลือด (DTX) และรูปอาหารตาม Plate model, Low carb

การเชื่อมโยงฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และ Dashboard ของ Website โรงเรียนเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์และแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งผล Lab และประวัติการรักษาทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

4) การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยจะได้รับความรู้และการประเมินความพร้อมเพื่อช่วยในการตัดสินใจจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งได้รับการประเมินภาวะสุขภาพด้วยวิธีการตรวจเลือด ได้แก่ FBS, Lipid profile,

HbA1C, Cr eGFR ผู้ป่วยจะร่วมวางแผนการรักษา การควบคุมอาหารที่เหมาะสมสำหรับบุคคล เช่น Low carb, Intermittent fasting (IF), keto สามารถออกแบบกิจกรรมและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับทีมดูแลสุขภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนด้วยตัวผู้ป่วยเองภาคประชาสังคมและชุมชนมาเกื้อหนุนสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

5) ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วม

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าติดตามส่งเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การดูแลขององค์การปกครอง ภาคประชาสังคมและชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวกลางในการสร้างสังคมที่มีสุขภาพ

6) การปฏิบัติตามแผนงาน มีการวางแผนงาน/กิจกรรมที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน เช่น

ระยะแรก มีเป้าหมายเพื่อเน้นการควบคุมระดับ HbA1C < 6.5% และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาได้ถูกต้อง โดยใช้หลักการ Plate model สาธิตภาพตัวอย่างที่ชัดเจน สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งติดตามระดับน้ำตาลในเลือด SMBG เป็นระยะๆ เพื่อปรับยาและรูปแบบการ Diet รายบุคคล

ระยะที่สอง มีการปรับเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM Remission) โดยเพิ่มหลักการ Low carb, Intermittent fasting (IF) และให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างแรงจูงใจ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรายบุคคล นอกจากนี้ยังสามารถประเมินผลงบประมาณค่ายาโรคเบาหวานที่ประหยัดลงได้อีกด้วย

ระยะที่สาม ตั้ง Remission Clinic ใน รพ.เป็น Setting ทางเลือกของคนใช้ในการเข้าสู่ DM Remission โดยไม่ใช้ยา ขยายกลุ่มเป้าหมายสู่ รพ.สต. โดยใช้ Telehealth เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพให้ตรงตามกระบวนการของโรงเรียนเบาหวาน และร่วมมือกับ อสม. ในชุมชนให้เป็นผู้ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมรายบุคคล

ดังนั้น การมีเป้าหมายของแผนงานกิจกรรมที่ชัดเจนร่วมกับการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลและอาศัยการสร้างแรงจูงใจ นำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยลดการใช้ยาโรคเบาหวานและลดระดับ HbA1C <6.5% ได้

7) การกำกับติดตาม

กลไกการกำกับติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง มีแนวทางติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น เดือนละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน และประเมินภาวะสุขภาพซ้ำ เดือนที่ 3, 6, 12 ด้วยการทำ SMBG Online และการใช้ Line group เป็นการติดตามเพื่อเสริมพลังในการดำเนินงานส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง นำไปสู่การตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง รวมถึงทีมแพทย์นำข้อมูลสุขภาพที่ได้มาวางแผน เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะมีการกระตุ้นเตือน ติดตาม เพื่อทำความเข้าใจ สอบถามหาสาเหตุร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

การดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “Diabetes Remission” เป็นรูปแบบเดียวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานโดยทั่วไป ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต จากการศึกษา DIRECT study พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเคร่งครัด มักเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานไม่นานเกิน 6 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 27 กก/ตร.ม. และสามารถลดน้ำหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10-15 ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคและมีโอกาสให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบได้ และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเป็นการหาข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย กำหนดค่าจำกัดความ โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (HbA1c < 6.5%) และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทต่างๆ ของประเทศ เป็นการปรับและหารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่ดี เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับประชาชนของประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดกรอบการพัฒนา ระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) 6 Building Blocks of Health System ประกอบด้วย ระบบบริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ซึ่งการดำเนินงานของพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำให้ทราบถึงการดำเนินงานในระบบการดูแลสุขภาพนั้น มีความหลากหลาย มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่มทั้งภาครัฐและภาคเอกชน การตรวจสอบกำกับ ควบคุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึง ผลลัพธ์ของการดำเนินการในระบบสุขภาพทั้งหมด จึงเป็นเรื่องยากและท้าทายเป็นอย่างมาก การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบสุขภาพจึงต้องมีการเชื่อมประสานองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมด ซึ่งแต่ละแห่งมีบริบท จุดแข็งแห่งความสำเร็จ ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้

สรุปผล

การดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบเพื่อให้เกิดขึ้นอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ

นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและเหมาะสมตามบริบทต่าง ๆ ของประเทศ มีปัจจัยความสำเร็จ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการ การแบ่งกลุ่มเลือก intervention ที่สะดวก และดี เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบอย่างรวดเร็ว การออกแบบการสื่อสารและสร้างแรงบันดาลใจ นำไปสู่ทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และประวัติการทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง (SMBG) เพื่อวางแผนติดตามผล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดตามภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-monitoring) พร้อมบันทึกผลข้อมูล รวมถึงออกแบบให้มีปัจจัยสนับสนุนในชุมชน เช่น สินค้าสุขภาพ หรือสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้บริหารสนับสนุนหรือเป็นหัวหน้าทีม การทำงานเป็นทีม (Team Work) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนา ภาควิเคราะห์มีส่วนร่วม การปฏิบัติตามแผนงาน และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือที่ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ได้แก่ นายแพทย์ กฤษฏา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร และทีมงานของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีควรรียดข้อมูลเชิงวิชาการประกอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่

เบาหวานระยะสงบ เช่น ควรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่เกิน 5 ปี และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) ทั้งนี้ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย

2. โรคเบาหวานระยะสงบอาจเป็นมิติใหม่และสิ่งท้าทายในการจัดการโรคเบาหวาน สถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถดำเนินการให้เกิดขึ้น โดยจัดการอย่างเป็นระบบผู้ที่คัดกรองแล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (pre diabetes) สามารถให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เข้มข้นเพื่อลดความเสี่ยง จะทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ ตอบสนองตามทวิงค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายไว้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้มาจะเป็นการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึก 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยความสำเร็จแนวทางการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาปัจจัยในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

American Diabetes Association. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl 1): 525-532.

Bazzano L, Cucuzzella M, Westman E, Yancy W. Low-carbohydrate nutrition approaches in patients with obesity, prediabetes and type 2 diabetes [Internet]. 2019 [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.guidelinecentral.com/guideline/41586/pocket-guide/42182>

Clinical Practice Guidelines for Diabetes 2023 -- Bangkok: Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn and The Endocrine Society of Thailand, 2023.

Diabetes remission in type 2 diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers.-- Bangkok: The Royal College of family Physicians of Thailand, 2022.

Investing in the Health System “6 Building Blocks of Health System”, Woratanarat T. 2558, from: <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10875>.

McMacken M, Shah S. A plant-based diet for the prevention and treatment of type 2 diabetes. *J Geriatr Cardiol* 2017;14(5):342-54.

Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al. consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2021;44(10): 2438-44.

Sarinnapakorn V, Deerochanawong C, Niramitmahapanya S, Napartivaumnuy N, Treesaranuwattana T. Discordance between fasting plasma glucose and A1c in the diagnosis and management of diabetes. *World J Adv Res Rev* 2021, 12(01),243-55

World Health Organization. The WHO Health Systems Framework. Retrieved January 12, 2024, from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

ประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

THE EFFECTIVENESS OF DISCHARGE-PLANNING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AFTER BRAIN TUMOR SURGERY PATIENTS

สุดาสวรรค์ ตรีรกทวิผล, เตือนใจ ลินอำไพสิทธิ์, ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, ยूपิน เรืองพิลสิฐ
สถาบันประสาทวิทยา

Sudasawan takathaweephon, Tuanjai Sinumpaisit, Phuriphong Charoenphaet, Yupin Ruangpisit
Neurological Institute of Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นมาตรฐาน และประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันประสาทวิทยา ได้ผลการวิจัยดังนี้

1) ผลการศึกษาสถานการณ์โดยประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจำนวน 20 คนและสืบค้นจากเวชระเบียน 201 แพ้ม ได้ข้อสรุปคือยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และวิถีทัศน์การให้ความรู้ไม่เหมาะสม จึงค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจนได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 32 เรื่อง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่าย 2) ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ได้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดของ McKeegan (1985) ร่วมกับ D-METHOD ของกองการพยาบาล (2539) จากนั้นดำเนินการประเมินประสิทธิผลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 ได้กลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มทดลอง 15 คน จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากแผนการสอนและสื่อการสอนตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลัก D-METHOD พร้อมกับได้รับการวางแผนการจำหน่าย 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับพร้อมกับให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมอง ขั้นตอนที่ 2 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพร้อมกับทบทวนความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอก ขั้นตอนที่ 3 ประเมินสภาพความต้องการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ขั้นตอนที่ 4 ประเมินสภาพ ทบทวนความรู้และทักษะตามปัญหาเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 5 ติดตามสภาพ อาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 6 ส่งต่อข้อมูลอาการปัจจุบันของผู้ป่วยในวันที่มาพบแพทย์ และประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 แรกรับ ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน และครั้งที่ 3 ติดตามประเมินซ้ำ 1 เดือนหลังจำหน่าย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA pair t-test และ independent t-test 3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแรกรับ ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 142.43(22.15), 138.00(19.40), 155.79(29.72) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลอง เท่ากับ 130.80(20.08), 139.80(18.19), 160.60(13.85) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกคู่ ($p=0.00$) โดยที่ค่าเฉลี่ยแรกรับและก่อนจำหน่ายภายในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดทำให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือการให้ความรู้และการประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง อาจขยายได้ถึงวันที่ 7 ขึ้นอยู่กับสภาพการรับรู้ของผู้ป่วย และหน่วยงานผู้ป่วยนอกควรมีการใช้ Application ไว้ส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างไร้รอยต่อในที่สุด

คำสำคัญ: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

Abstract

The Research and Development (R&D) study aimed to survey the discharge planning situation in patients after brain tumor surgery, developed a standardized discharge planning program, and examined its effectiveness. The study detail as follow:

1) After conducting focus groups with 20 neurosurgical nurses and investigating 201 patient files, it was observed that there was no clear discharge planning sheet flow or nursing guideline. Additionally, outdated brain surgery preparation videos were identified. Consequently, the researchers conducted a systematic review, analyzing 32 suitable articles to create a discharge planning program for brain tumor surgery patients 2) As the result, the researcher adapted a conceptual framework from McKeehan (1985) and the Nursing division's D-METHOD (1996) to develop a standardized discharge planning program for brain tumor surgery patients. The program, implemented between January and February 2024, involved 29 eligible patients divided into a Control group (14 patients) and an Intervention group (15 patients). The Intervention group received an educational guideline with up-to-date instructional media and a 6-step discharge planning process, including health and knowledge evaluation upon admission with pre-operation enlightenment, re-evaluation one day before operation with corrected misleading information, post-operation evaluation within 1-5 days after brain tumor surgery for assessing complications and providing self-care management knowledge, self and home care knowledge evaluated 1-2 days before discharge with corrected misleading information, health status follow-up 1 week after discharge with Tele-nursing, and handing patient's health status to their physician on the first follow-up date. The Health-Related Quality of Life for Brain Tumor (HRQOL-BT) served as the research evaluation tool at admission, 1-2 days before discharge, and 1 month after discharge. The data were analyzed using Repeated Measurement ANOVA, pair t-test, and independent t-test. 3) The effectiveness of the program as follow: the mean HRQOL-BT scores within the Control group at admission, 1-2 days before discharge, and 1 month after discharge were 142.43(22.15), 138.00(19.40), and 155.79(29.72) respectively. In the Intervention group, the scores were 130.80(20.08), 139.80(18.19), and 160.60(13.85) respectively. Repeated Measurement ANOVA revealed that at least two means were significantly different in both Control and Intervention groups. However, the mean score in

the Intervention group significantly increased each time ($p=0.00$), whereas the mean score in the Control group between admission and 1-2 days before discharge was not significantly different. Nevertheless, there were no significant differences between the two groups for HRQOL-BT mean scores at every evaluation time.

For future study, post-operation evaluation should be expanded to 7 days depending on patients' condition and OPD should have mobile application which can exchange patients' data for seamless care.

Keywords: Discharge planning model, Quality of life, After brain tumor surgery patients

บทนำ

เนื้องอกสมอง (Brain tumors) เป็นโรคที่มีก้อนเนื้องอกเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติและเกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ (Louis et al., 2007) จากการสำรวจของ CBTRUS มีอุบัติการณ์เฉลี่ย 24.83 ต่อประชากร 100,000 ราย/ปี (Ostrom et al., 2023) สำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่รับไว้ในสถาบันประสาทวิทยา ในปี พ.ศ.2563-2565 มีจำนวน 421, 398, 403 รายตามลำดับ มีการผ่าตัดเนื้องอกสมองเฉลี่ย 15-30 ราย/เดือน (สถิติข้อมูลกลุ่มงานศัลยกรรม, 2566) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองทำให้ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานกับอาการของเนื้องอกสมองและอาการของระบบประสาทตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ณัฐธาดา เจียรนิลกุลชัย, 2559) การผ่าตัดสมองเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มากมาย อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักมีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจจากสมรรถภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาคนอื่น (ปภัสนรา มุกดาประวัตติ และคณะ, 2555) โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดที่อาจจะต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ทรมานจนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Królikowska et al., 2022; ชนกพร จิตปัญญา และคณะ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเรื่องของการผ่าตัด และการให้การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพื่อทำให้ความวิตกกังวลของตนเองบรรเทาลง (วรรณวิศา ปะเสทะกั้ง และณิชาภัทร พุฒิกามิน, 2564) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป (ฉัตรกมล ประจวบลาภ และ

ประภาพร จินันทุยา, 2562) ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจึงควรมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลการเจ็บป่วยและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของการวางแผนจำหน่ายไม่ใช่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการได้เร็ว แต่หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่เป้าหมายผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (สุรีย์ ธรรมิกบวร, ม.ป.ป.) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายสามารถเริ่มได้ตั้งแต่เมื่อรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวางแผนการจำหน่าย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (กมนวรรณ นิลเอก และ รุ่งนภา จันทรา, 2562) ทำให้ญาติมีความพร้อมในการดูแล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ชัยพิมล เกณสาคร และคณะ, 2563; คณิงนิจ ศรีษะโคตร และคณะ, 2565)

ปัจจุบันการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของสถาบันประสาทวิทยาถูกบรรจุสอดแทรกเป็นกิจกรรมย่อยไว้ใน Case management for brain surgery โดยที่ไม่มีรูปแบบหรือหัวข้อที่แสดงถึงกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจึงให้คำแนะนำตามความรู้และความเข้าใจของตนเอง

ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่คงที่ของมาตรฐานทั้งในการให้ข้อมูลความรู้และข้อมูลในการดูแลตนเองที่บ้านตามกรอบที่กำหนดจากสภาการพยาบาล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ดังนั้นในฐานะรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา มีหน้าที่และบทบาทในการบริหารจัดการและควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล โดยเฉพากระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง จึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลักการดำเนินการในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อทำให้ทราบสถานการณ์และปัญหาที่แท้จริง มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อหาแนวทางการแก้ไขหรือพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย รวมถึงมีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลที่สร้างขึ้นด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาในรูปแบบเดิม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ในสถาบันประสาทวิทยา ให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำถามการวิจัย

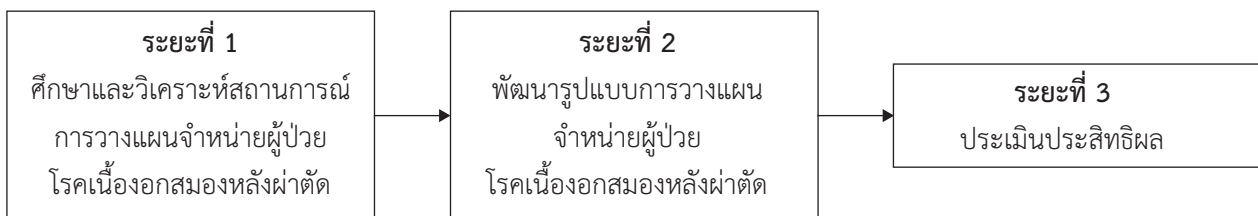
1. สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาแบบเดิมเป็นอย่างไร

2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทของสถาบันประสาทวิทยาที่ ควรเป็นอย่างไร

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในรูปแบบเดิม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการใช้ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดในรูปแบบเดิม โดยนำข้อมูลมาจากการศึกษาใน 2 องค์ประกอบคือ

- 1) การประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัด
- 2) สืบค้นข้อมูล ปัญหา จากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ คือปีงบประมาณ 2566

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัด โดยการนำปัญหาสถานการณ์ และอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาล ที่ได้จากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นจากเวชระเบียน มาวางกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ คำค้น และฐานข้อมูล จากนั้นดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบโดยให้ผู้วิจัยคนที่ 3 (ภุริพงษ์ เจริญแพทย์) ดำเนินการสืบค้นตามกรอบที่ตั้งไว้ และให้ผู้วิจัยคนที่ 2 (เดือนใจ สีนอำไพสิทธิ์) และผู้วิจัยคนที่ 4 (ยุพิน เรืองพิลสิฐ) ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ทั้งนี้ หากมีข้อโต้แย้ง หรือมีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยคนที่ 1 (สุดาสวรรค์ ตรีภทวิมล) เป็นผู้ตัดสินคนสุดท้าย เมื่อได้บทความวิจัยที่เหมาะสมตามเกณฑ์แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ออกมาเป็นร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ

เมื่อได้ร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯแล้ว จึงส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) ผู้วิจัยจัดทำแบบประเมินรายข้อสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและจัดทำเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1-4 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าคะแนน 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องหรือไม่เหมาะสม คะแนน 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องมากที่สุด ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน ผู้วิจัยนำค่าคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านประเมินรายข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดที่ได้คะแนน 3 และ 4 และนำแบบสอบถามแต่ละชุดมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา โดยค่าความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ

ที่ยอมรับได้คือค่า CVI มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) โดยหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา จากสูตรคำนวณ

$$CVI = \frac{\sum R_{3, 4}}{N}$$

เมื่อ CVI $\sum R_{3, 4}$ N ดัชนีความเที่ยงตรงในเนื้อหา จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 เป็นจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบการใช้งานกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนโดยแบ่งการทดสอบการใช้งาน 1 คนต่อ 1 หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เมื่อทดสอบการใช้งานเสร็จกลายเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดฉบับสมบูรณ์ จึงนำไปประเมินประสิทธิผลต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล เป็นการนำรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายฯฉบับสมบูรณ์ มาทดลองใช้ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อพิสูจน์ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้จริงหรือไม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มตามระยะของการดำเนินการวิจัยคือ

กลุ่มที่ 1 ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองหลังผ่าตัด รวมถึงหัวหน้างานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 20 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรคือ แพทย์เวชระเบียนผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดใน 1 ปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ 2566) โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1967) คือ $n = \frac{N}{1+Ne^2}$ เมื่อ N คือจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ออกสมองที่ได้รับการผ่าตัดใน 1 ปีงบประมาณ เท่ากับ 404 คน, e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัย เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 201 แพทย์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สืบค้น บทความความความวิจัยที่เหมาะสมจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้คำค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ได้จากประเด็นในระยะที่ 1 ดำเนินการค้นหาจากฐานข้อมูลออนไลน์ และฐานข้อมูลจากเครือข่ายห้องสมุดศรีสังวาลย์ สถาบันประสาทวิทยา ในวันที่ 1-15 เดือนพฤศจิกายน 2566 นำบทความทั้งหมดที่ค้นหาได้ 1,129 บทความ มาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า/คัดออก คือ เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ เป็นงานที่เสร็จสมบูรณ์ไม่ใช่งานวิจัยนำร่อง ไม่ใช่งานวิจัยที่ซ้ำกัน เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเท่านั้น ไม่ใช่บทความวิชาการ ไม่ใช่บทในหนังสือ เหลือ 76 บทความ จากนั้นนำไปประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย จนได้จำนวนบทความสุดท้าย 32 บทความ ในการนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 โดยคาดว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 30 คน แบ่งจากลำดับการเข้าผ่าตัดก่อนหลัง ด้วยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีนัดผ่าตัดก่อนเป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 15 คน และผู้ป่วยที่มีนัดผ่าตัดหลังจากนั้นเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัด 2) อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) เป็นผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัว และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอม ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อการมีชีวิต 2) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่สำเร็จ มีการงัดหรือเลื่อนการผ่าตัด 3) ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดด่วน 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตลอดโครงการ 5) ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม หรือมีอาการอื่นใดที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้จนจำหน่าย 6) ผู้ป่วยไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิดทั้งหมด หลังดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 1) เครื่องมือที่ใช้

ในการทดลอง คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่า CVI=0.98 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีค่า CVI=1, แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Health-Related Quality of Life for Brain Tumor [HRQOL-BT]) ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยณัฐชา เจียรนิลกุลชัย. (2559) ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายมีข้อความ 7 ข้อ 2) ด้านสังคมและครอบครัวมีข้อความ 7 ข้อ 3) ด้านจิตใจและอารมณ์มีข้อความ 6 ข้อ 4) ด้านการทำหน้าที่มีข้อความ 7 ข้อ และ 5) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องมีข้อความ 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน 0-192 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนการรวมคะแนน มีค่า CVI=0.98 เมื่อมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายฯ ฉบับสมบูรณ์ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.74

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการคุณธรรมจริยธรรมของสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ลงวันที่ 3 มกราคม 2567 หมายเลขโครงการ 66069 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้การพยาบาล การบริการหรือการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยจะได้แต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากมีภาวะทางสุขภาพ

ทั้งร่างกายและจิตที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบสอบถาม สามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะทำลายข้อมูลดิบทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

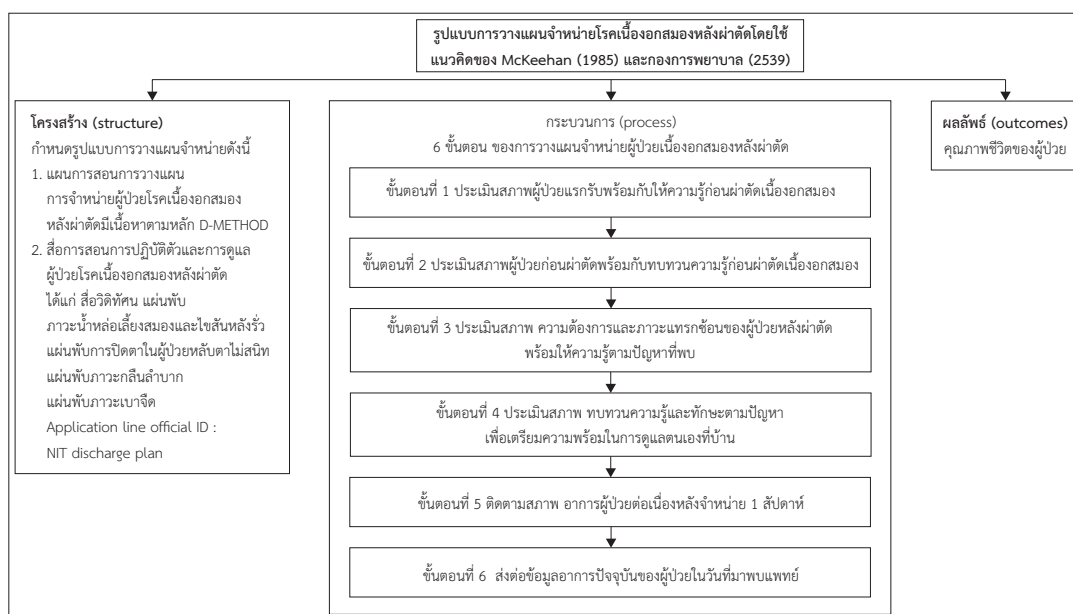
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test การกระจายตัวของคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้ Skewness test, Kurtosis test เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองใช้สถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจากการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและการสืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วย มีผลสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง พิเศษศัลยกรรมพิเศษตึกเฉลิมพระเกียรติชั้น 6 ยังไม่มีรูปแบบการวางแผน

จำหน่ายที่ชัดเจน 2) ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และ 3) วัตถุประสงค์การให้ความรู้ มีเนื้อหาทวนและซ้ำซ้อน รูปแบบไม่ทันสมัย มีความยาวเกิน 40 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เมื่อสรุปประเด็นจากการศึกษาสถานการณ์แล้ว ผู้วิจัยได้วางกรอบเพื่อดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนดังนี้ 1) คำค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ คุณภาพชีวิต, เนื้องอกสมอง, การวางแผนจำหน่าย, ภาวะแทรกซ้อนผ่าตัดสมอง, การพยาบาล, Quality of life, Brain tumor, Discharge planning, Brain surgery complication, Nursing care, Nursing intervention 2) ฐานข้อมูลเพื่อทำการสืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลออนไลน์คือ Google scholar, SpringerLink, PubMed Central, ScienceDirect, Elsevier และฐานข้อมูลออฟไลน์จากเครือข่ายห้องสมุดของสถาบันประสาทยุทธศาสตร์ 3) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้บทความที่เหมาะสมตามเกณฑ์จำนวน 32 บทความ 4) ผลสรุปรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่พัฒนาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยคณะผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของ McKeehan (1985) ร่วมกับการพยาบาล (2539) กลายเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อนำไปทดสอบการใช้งาน (Pilot test) กับผู้ป่วย ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต หลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 14.33 คะแนนจึงนำไป ทดสอบประสิทธิผลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผล ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแผน การจำหน่ายปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการ ผ่าตัดจะได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โครงสร้าง (structure) คือ 1) แผนการสอน การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ตามรูปแบบ D-METHOD 2) สื่อการสอนการปฏิบัติตัวและ การดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ สื่อวิดีโอทัศน ความยาว 9.01 นาที แผ่นพับแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Application line official ID : NIT discharge plan

2.2 กระบวนการ (process) คือแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลการวางแผนจำหน่ายแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน โดยมีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 3 คนเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ผู้วิจัย เป็นผู้ควบคุมกำกับติดตามให้เป็นไปตามกระบวนการและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่ง 6 ขั้นตอนดังกล่าวประกอบไปด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้และประเมินสภาพ ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ามาในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยดูสื่อวิดีโอทัศน ทาง NIT discharge plan ให้ความรู้เสริมจากสิ่งที่ผู้ป่วย บกพร่อง ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ ตามงานประจำของพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลแล้ว ประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้ง ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ คะแนนความรู้เดิม และให้ความรู้เสริมอีกครั้ง จนได้คะแนน จากการประเมินความรู้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 ถึง วันที่ 5 หลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับการรับรู้และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองที่บ้าน แล้วให้ความรู้เสริมจากสิ่งที่บกพร่อง ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนความรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในการปฏิบัติตัว และดูแลตัวเองที่บ้านก่อนจำหน่าย 1-2 วัน ผ่านทาง NIT discharge plan ดำเนินการให้ความรู้เสริมอีกครั้งตามความรู้ ที่ผู้ป่วยยังคงบกพร่องอยู่ จนได้คะแนนจากการประเมิน ความรู้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ใช้เวลา 10-20 นาที

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยผู้ร่วมวิจัยจะทำการ โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชัน ติดตามสภาพอาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย พร้อมให้ คำแนะนำ ปรีกษา และการจัดการที่เหมาะสม โดยใช้แบบบันทึก ติดตามเพื่อทราบถึงปัญหาและอาการของผู้ป่วยหลังจำหน่าย ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการติดตาม อาการผู้ป่วยจากขั้นตอนที่ 5 ทำการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย ในวันที่มาพบแพทย์

2.3 ผลลัพธ์ (outcomes) คือคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการ ทั้งหมดจำนวน 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัว ADL โดยส่วนที่ 1 ดำเนินการเก็บครั้งแรกและครั้งเดียวเมื่อรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ดำเนินการเก็บจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 แรกรับ ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย 1-2 วัน และครั้งที่ 3 ติดตามประเมินซ้ำ 1 เดือนหลังจำหน่าย

4. ผลการดำเนินการทดลอง สามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้ามีจำนวน ทั้งหมด มีจำนวน 31 คน ถูกคัดออกกระหว่างดำเนินการวิจัย เนื่องจากแพทย์งดการผ่าตัด 1 คน และถูกส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลอื่นระหว่างการทำวิจัย 1 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถนำมาคำนวณผลการทดลอง 29 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 14 คน กลุ่มทดลอง 15 คน

4.2 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1) กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.14 มีอายุเฉลี่ย 58.36 ปี เป็นเนื้องอกสมองชนิด

Pituitary adenoma มากที่สุด ร้อยละ 50 โดยตำแหน่งที่พบเนื้องอกมากที่สุดคือต่อมใต้สมอง ร้อยละ 64.28 ทุกคนมีความรู้สึกตัวดี (GCS= 15) และค่าเฉลี่ย ADL อยู่ที่ 93.93 คะแนน

2) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 47.13 ปี เป็นเนื้องอกสมองชนิด Pituitary adenoma มากที่สุด ร้อยละ 40 เท่ากันกับ Meningioma ตำแหน่งที่พบเนื้องอกมากที่สุดคือต่อมใต้สมอง ร้อยละ 46.67 ทุกคนมีความรู้สึกตัวดี (GCS= 15) และค่าเฉลี่ย ADL อยู่ที่ 100 คะแนน

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยเพศ (p=.597) สถานภาพสมรส (p=.434) ศาสนา (p=.292) ระดับการศึกษา (p=.110) สถานภาพในครอบครัว (p=.195) อาชีพ (p=.155) ชนิดของเนื้องอก (p=.926) ตำแหน่งที่พบเนื้องอก (p=.061) ADL (p=.196)

4.4 ทดสอบการกระจายตัวของคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่ามีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ โดย Skewness test เท่ากับ 0.47 และ Kurtosis test เท่ากับ -0.38

4.5 ทดสอบเพื่อหาความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ One-way repeated measurement ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 1

4.6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวมภายในกลุ่มตามช่วงเวลาที่ได้รับข้อมูลพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 จำนวน 1 คู่ ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้ง 3 คู่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามครั้งที่เก็บข้อมูล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มควบคุม					
ระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล	2400.33	2	1200.17	7.65	0.002*
ความคลาดเคลื่อน	4080.33	26	156.94		
ภายในกลุ่มทดลอง					
ระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล	7008.40	2	3504.20	40.79	0.000*
ความคลาดเคลื่อน	2405.60	28	85.91		

*p<.01

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มระหว่างครั้งที่เก็บข้อมูล

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต	คู่ที่ 1 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 (แรกรับกับก่อนจำหน่าย)			คู่ที่ 2 ครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 (ก่อนจำหน่าย กับหลังจำหน่าย 1 เดือน)			คู่ที่ 3 ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 (แรกรับกับหลังจำหน่าย 1 เดือน)		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	p-value	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	p-value	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	p-value
	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)		\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)		\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	
กลุ่มควบคุม (n=14)	142.43 (22.15)	138.00 (19.40)	0.163	138.00 (19.40)	155.79 (29.72)	0.004*	142.43 (22.15)	155.79 (29.72)	0.035
กลุ่มทดลอง (n=15)	130.80 (20.08)	139.80 (18.19)	0.000*	139.80 (18.19)	160.60 (13.85)	0.000*	130.80 (20.08)	160.60 (13.85)	0.000*

*p<.01

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มควบคุมแรกเริ่มและก่อนจำหน่ายไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มควบคุมแรกเริ่มและหลังจำหน่าย 1 เดือน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน

4.7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองแรกเริ่ม ก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างไม่แตกต่างกันในทุกช่วงเวลา

สรุปผล

ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยามีปัญหาหลัก 3 ประการคือไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือหรือแนวการให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และ สื่อวีดิทัศน์ไม่เหมาะสม

2. จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้พัฒนาออกมาเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งใช้แนวคิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของ McKeegan (1985)

ร่วมกับรูปแบบการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD ของกองการพยาบาล (2539)

3. จากการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 เดือน ขณะที่ในกลุ่มควบคุมคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยระหว่างแรกเริ่มและเมื่อจำหน่าย กับระหว่างแรกเริ่มและ 1 เดือนหลังจำหน่ายไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการประชุมกลุ่มและการสืบค้นเวชระเบียนถึงรากของปัญหา มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการสร้างกรอบการค้นคว้างานไปสู่การวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกมนวรรณ นิลเอก และ รุ่งภา จันทรา (2562) นอกจากนี้การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ทำให้เกิดรูปแบบกระบวนการวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีความรู้ การปฏิบัติตัวและมีทักษะในการดูแลตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม พร้อมกับให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมอง ประเมินสภาพความต้องการและภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มต่อครั้งที่เก็บข้อมูล

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ครั้งที่ 1 แรกเริ่ม	142.43	22.15	130.80	20.08	1.48	27	0.149
ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย	138.00	19.40	139.80	18.19	-0.26	27	0.798
ครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 1 เดือน	155.79	29.72	160.60	13.85	-0.57	27	0.576

ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพร้อมให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ ประเมินสภาพพบทวนความรู้และทักษะตามปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน มีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย พร้อมให้คำแนะนำ ปรึกษา และการจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกพร จิตปัญญา และคณะ (2551) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้พยาบาลภายในสถาบันประสาทวิทยา มีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง
2. การให้ความรู้และการประเมินทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถขยายได้ถึงวันที่ 7 ขึ้นอยู่กับสภาพการรับรู้ของผู้ป่วย และหน่วยงานผู้ช่วยนอกควรมีการใช้ Application ไว้ส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานผู้ป่วยในเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างไร้รอยต่อในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น วันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เป็นต้น
2. ควรสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่สร้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Chanokporn Jitpanya, Surachai Khaoroptham, & Amnauporn Arsanok. (2008). Selected Factors Related to Quality of Life in Adult Patients with Brain Tumor after the Operation. *Journal of Public Health Nursing*, 22(3), 45-47.

Chatkamon Prachuablarp, & Prapaporn Chinuntuya. (2019). Predictors of Quality of Life in Patients with Primary Brain Tumors after Surgery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 194-210.

Kamonwan Nillake, & Rungnapa Chantra. (2019). The Effects of Discharge Planning Program for Burn Patients on Self-care ability and Quality of Life in Surgical 4 Department Suratthani Hospital Region 11. *Medical Journal*, 33(2), 143-156.

Khanuengnij Srisakhot, Potjane Kuleelung, Benchaporn Aungvanit, Boonmee Sondos, & Suwallaya Sriruksa. (2022). Development of Integrated Discharge-Planning Programmed for Stroke Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(3), 20-43.

Królikowska, A., Filipka-Blejder, K., Jabłońska, R., Haor, B., Antczak-Komoterska, A., Biercewicz, M., et al. (2022). Quality of Life after Surgical Treatment of Brain Tumors. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3733.

Louis, D.N., Ohgaki, H., Wiestler, O.D., Cavenee, W.K., Burger, P.C., Jouvett, A., et al. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta neuropathologica*, 114, 97-109.

McKeehan, K.M., & Coulton, C.J. (1985). A system approach to program development for continuity of care in hospitals. In: McClelland KM, Kelly K, Buckwalter KC, editors. *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. (pp. 79-92). Orlando, FL: Grune & Stratton.

- Natthacha Chiannikulchai, Orapan Thosingha, Usavadee Asdornwised, Prasert Sarnvivad, & Chukiat Viwatwongkasem. (2016). Primary Brain Tumors in Thais: Symptom Experience and Predicting Factors. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(4), 275-292.
- Nursing Division. (1996). *Discharge planning from hospital*. Bangkok: Nursing Division Ministry Of Public Health
- Ostrom, Q.T., Price, M., Neff, C., Cioffi, G., Waite, K.A., Kruchko, C., et al. (2023). CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016—2020. *Neuro-Oncology*, 25(Supplement_4), iv1-iv99.
- Papusara Mukdaprawat, Suporn Danaidutsadeekul, Wallada Chanruangvanich, & Paranut Itthimathin. (2012). Relationships between Brain Tumor Grading, Severity of Neurological Deficit, Nutritional Status and Functional Status in Brain Tumor Patients during Hospital Stay. *Nursing Science Journal of Thailand*, 30(3), 46-54.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Statistics on neurosurgical department. (2023). *The annual statistical report 2023*. Bangkok: Medical record and statistics department of Neurological Institute of Thailand.
- Suree Trumikaborworn. (n.d.). New paradigms and concepts in distribution planning. [Internet]. [Date of Retrieved 2022, 10 Oct.] Retrieved from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Plan.pdf>
- Thanpimol Kensakoo, Tuanjai Sinumpaisit, & Werayuth Srithumsuk. (2020). The Effectiveness of Discharge Planning's Clinical Nursing Practice Guideline on Activity Daily Livings, Hospital Readmission and Quality of Life in Ischemic Stroke Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 215-224.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation working party*. New JBI Levels of Evidence.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research*. (4 th ed.). New York: Springer.
- Wanwisa Pasethakung, & Nichapatr Phutthikhamin. (2021). Effect of Preparatory Information Provision Program on Anxiety in the Patients Undergoing Brain Tumor Surgery. *Thai Journal of Nursing Council*, 36(04), 80-93.
- Weitzner, M.A., Meyers, C.A., & Byrne, K. (1996). Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal of Neurosurgery*, 84(1), 29-34.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York : Harper and Row.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT MODEL OF QUALITY OF LIFE OF FOR END-STAGE KIDNEY DISEASE PATIENTS WHO HAVE NON-DIALYTIC TREATMENT IN CHIANG KHWAN DISTRICT, ROIET PROVINCE

ทินเทวีญ พุทธลา

โรงพยาบาลเชิงขวัญ

Tintawan Puttala

Chiang Khwan hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาและประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไตของอำเภอเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการพัฒนาประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล การจัดบริการ telemedicine 2) เครื่องมือในการประเมินผลโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวาย (KDQOL-SF) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย paired t test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 32 คน เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 71.37 ปี โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 65.62 ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 31.25 สุขภาพ ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 78.12 ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวร้อยละ 93.75 และเหตุผลที่ไม่ต้องการ ฟอกไตทั้งทางเส้นเลือดและหน้าท้องคือ ไม่มีเงิน ไม่มีญาติพาไป ร่างกายตนเองอ่อนแอไม่พร้อม รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ โดยใช้กรอบ PDCA ประกอบด้วยการวางแผน การดำเนินงานตามแผนเป็นระยะเวลา 6 เดือน การตรวจสอบถึงการดำเนินตามแผน ทบทวนถึงขั้นตอนกระบวนการไหนที่ควรปรับปรุง และขั้นตอนการปรับปรุงระบบบริการคลินิก โรคไตวายเรื้อรังให้ได้คุณภาพ จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาภาพรวมมีระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย หลังการพัฒนาสูงขึ้น ($\bar{X} = 59.66$, S.D. = 8.96) และ ($\bar{X} = 65.73$, S.D. = 6.07) ตามลำดับและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติสุขภาพจิตมีบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์มีติดอาการแสดงต่างๆ และมีผลกระทบจากโรคไต ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต ได้รูปแบบประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ประเมินติดตามอาการทุกเดือน ให้การรักษาตามปัญหาที่ผู้ป่วยมี เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพและเยี่ยมทาง Telemedicine เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีพลังในการดำเนินชีวิต รวมถึงการมีทักษะของ ทีมสหวิชาชีพในความใส่ใจ ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเสียสละในการให้บริการ และการนำข้อมูลมาทบทวนการดูแลร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในการทำงาน

ได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการของคลินิกโรคไตวายเรื้อรังได้โดยเฉพาะผลลัพธ์ถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย,การรักษาแบบไม่ฟอกไต

Abstract

This research was research and development. The objective was to develop a model for developing and evaluating the quality of life of patients with end-stage kidney disease who non dialytic treatment in Chiang Khwan District, Roi Et Province. The sample was purposively selected, namely 32 patients with stage 4-5 chronic kidney disease who rejected dialysis. The tools used consisted of 1) Tools for development by applying the concept of behavior modification using the 5A technique together with individual counseling and telemedicine services 2) Evaluation tool by the Kidney Failure Patients Quality of Life Questionnaire (KDQOL-SF), It has a Cronbach alpha coefficient of 0.80. Data analysis Descriptive statistics were used. Compare the means before and after development using paired t tests.

Results: The sample group consisted of 32 people, 62.5% female, average age 71.37, Congenital disease was only high blood pressure, 65.62%, high blood pressure combined with diabetes, 31.25%, health was not strong but they could take care of themselves, 78.12% The caregivers were family members, 93.75%, and the reasons for not wanting both intravenous and abdominal dialysis were lack of money, no relatives taking them, your own body is weak and not ready. The quality of life development model applies the concept of behavior modification using the 5A technique using the PDCA framework, consisting of planning steps for organizing activities. Steps for implementing the plan for a period of 6 months. Steps for checking the implementation of the plan. Review which process steps should be improved. Evaluate results during and at the end of care. and steps to improve the kidney clinic service system to ensure quality. From comparing the quality of life before and after development, the overall level was moderate. There was a higher mean score after development ($\bar{X} = 59.66$, S.D. = 8.96) and ($\bar{X} = 65.73$, S.D. = 6.07) respectively and has a statistically significant difference of 0.05. and Role dimensions that are limited due to emotional problems Dimensions of various symptoms and dimensions of the effects of kidney disease There was no statistically significant difference.

Summary of the results of improving the quality of life of patients with end-stage kidney disease who rejected. The format includes Individual education for patients and families, symptom assessment patient quality of life evaluate and follow up every month after treatment. Provide treatment according to the problems the patient has. There are home visits including multidisciplinary visits and telemedicine visits to help with social, family, environmental and other care. that the health team will help patients to take care of themselves, including having the skills of a multidisciplinary team in paying attention patient-centered care in providing services and bringing information errors, review the care together with the specialist doctor Roi Et Center Hospital. As a result, this developed model can be used in real work. It is an appropriate format that allows the development of the service system of the chronic kidney disease clinic, Especially the results on the quality of life of kidney failure patients treated without dialysis.

Keywords: Quality of life , end-stage kidney disease , non-dialytic treatment

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease:CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease:ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายไต แม้ว่าจะเป็นการเลือกที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดหลายประการ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการฟอกไตด้วยหลายเหตุผล (Morton RL, et al. 2012) และเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) การรักษาแบบนี้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานของไต ในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและดูแลจิตใจของคนในครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการสูญเสียโอกาสต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโรคไตเรื้อรัง รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย งบประมาณด้านสาธารณสุขและสังคมของประเทศ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคุณภาพชีวิตมีความเป็นอิสระ ไม่เป็นภาระทั้งตัวเองและคนในครอบครัว (MichaJongejanet al, 2023) ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกตัดสินใจที่จะรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 จึงควรได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามแผนและเป้าหมายที่ผู้ป่วย ทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพิจารณาและให้ความเห็นร่วมกันตลอดจนวางแผนและเป้าหมายการรักษาของตนเองได้ล่วงหน้าหรือเรียกว่า Advance care planning ซึ่งแผนการรักษาและเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เฉพาะบุคคลได้ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทราบถึงข้อดีข้อด้อยและผลข้างเคียงของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงอาการ

และอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังชัดเจนขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อย ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คัน ภาวะซีด การแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมโดยหวังผลเพียงบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต วิธีการบรรเทาอาการอาจเป็นการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์อย่างสมเหตุผล การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณีเป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความผ่อนคลาย ความกลัวและวิตกกังวล (ไกรวิพร เกียรติสุนทร (บรรณาธิการ), 2560)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต มี 1) บุคคล 2) ผู้ดูแล 3) ระบบบริการสุขภาพ 4) สิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม (ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์, 2564) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ความวิตกกังวล การตระหนักรู้ การเสริมพลัง การนอนหลับ ความพึงพอใจ การได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม จิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (G. Cangini, D. Rusolo, M. Cappuccilli, G. Donati, G. La Manna., 2019) ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการฟอกไต ด้วยข้อจำกัดของโรคร่วม สภาวะของผู้ป่วย ผู้ดูแล สถานะการเงิน การเดินทาง ความเครียด ซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว แยกลงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะไม่รับการรักษาทดแทนทางไต ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Oluseyi A. Adejumo., et al, 2019) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ จึงควรได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ส่วนมากจะได้รับการประเมินทุก 6-12 เดือน ในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคไตเป็นรูปธรรม แต่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ยังไม่ได้มีการจัดบริการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน ที่ได้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปีงบประมาณ 2566 อำเภอเชียงขวัญ มีผู้ป่วยไตวายทั้งหมด 250 คน (เป็นไตวายระยะที่ 3 จำนวน 55 คน ระยะที่ 4 จำนวน 29 คน ระยะที่ 5 จำนวน 15 คน) มีผู้เข้ารับการฟอกไตทางหน้าท้องและเส้นเลือดจำนวน 12 คน ปฏิเสธการฟอกไต จำนวน 32 คน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมาในโรงพยาบาลเชียงขวัญ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีแพทย์หรือทีมทำงานที่ชัดเจน ขาดการติดตามอาการหรือประเมินคุณภาพชีวิตอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงทำการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้มีรูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

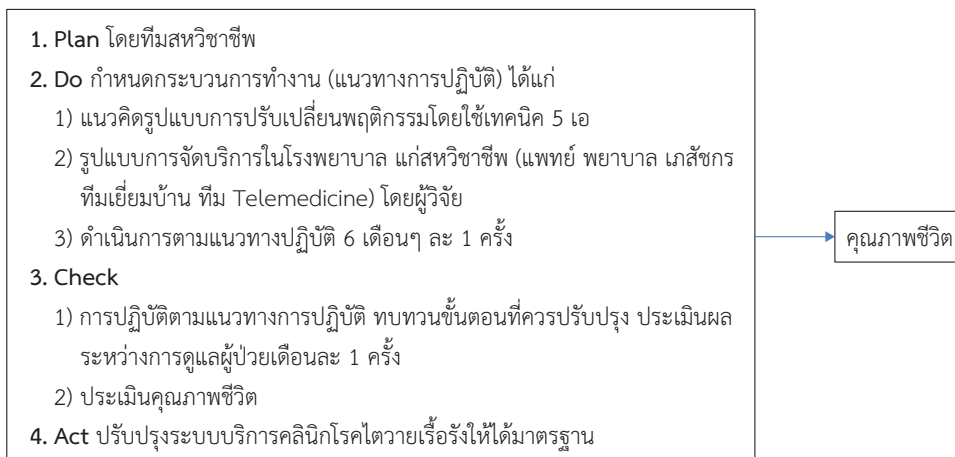
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

กรอบแนวคิด

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5 A's behavior change model adapted for self-management support) ประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการ และ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Glasgow RE, EmontS, Miller DC. 2006) โดยใช้กรอบ PDCA ดังภาพที่ 1

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลเชียงขวัญ ได้พัฒนาและได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ
3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตทุก 6-12 เดือน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต จำนวน 32 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยทั้งชายหญิงและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทั้งเคยและไม่เคยรับการฟอกไต
2. ปัจจุบันรักษาแบบไม่ฟอกไต
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมี Smartphone และยินดีที่จะสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพด้วย application “Line”

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยไปรับการรักษาแบบฟอกไต
2. ย้ายออกนอกอำเภอเชิงขวัญไม่สามารถติดต่อได้
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่รับรอง COE 0742565 ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ ประกอบด้วย

ก.เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต” คือ PDCA ประกอบด้วย

1. **Plan** ได้แก่ การจัดทำคำสั่งและแผนปฏิบัติการ ประชุมทีมทำงานถึงกิจกรรมตามแผนจัดทำโครงการเพื่อขอดำเนินการและขอจริยธรรมการวิจัย

2. **Do** ได้แก่ ประชุมทีมจัดทำแนวทางปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายดำเนินตามกิจกรรม 6-7 ครั้งปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (เดือนที่ 0) นำเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากผล e-GFR < 29 ml/min/1.73 m² (ระยะที่ 4 และ 5) คัดกรองและให้ข้อมูล แนวทางการรักษาเรื่องโรคไตเรื้อรัง การส่งต่อแพทย์เฉพาะทางโรคไตที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด รายบุคคล โดยผู้วิจัย กรณีผู้ป่วยส่งต่อหรือปฏิเสธการไปพบแพทย์เฉพาะทาง ผู้วิจัยจะอธิบายถึงแนวทางการดูแลที่จะได้รับจากโรงพยาบาลเชิงขวัญ รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง

โดยอธิบายพร้อมกันกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจเบื้องต้น ในแนวทางเดียวกัน โดยย้ำถึงผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาไปเป็นการฟอกไตหรือการไปรับรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด กับแพทย์เฉพาะทางโรคไตได้ตลอดเวลาและสามารถเปลี่ยนกลับมารักษาแบบประคับประคองได้เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 2 (เดือนที่ 1) ประเมินคุณภาพชีวิต

ก่อนการทำวิจัย และวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าซึ่งผู้ป่วยและญาติจะรับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะแทรกซ้อนของโรค การสังเกตอาการ การจัดการอาการเบื้องต้น การประสานพยาบาลวิชาชีพผ่านทาง Telemedicine เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือมีความวิตกกังวล ความเครียดหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจมีความยากเนื่องจากอาการจะขึ้นๆ ลงๆ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเมื่อแพทย์ดูแลจัดการน้ำเกินได้ อาการผู้ป่วยก็จะดีขึ้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงต้องเริ่มพูดคุยตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ มีการทบทวนแผนการดูแลรักษาเป็นระยะตามสภาพอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง (ปาณิสรา สนั่นเอื้อ และสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2565.) จะมีการอธิบายข้อมูลที่ได้จากการที่ผู้ป่วยประเมินตนเองในแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยและการสั่งการรักษา ขั้นตอนนี้ ผู้รับผิดชอบคือ แพทย์ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพแผนกประคับประคอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 คน

ขั้นตอนที่ 3 (เดือนที่ 2) ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ

ร่างกาย LAB และได้รับการรักษาด้วยแพทย์ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับการรักษาโรคร่วมและบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้ประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและที่ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือ Telemedicine คือเครื่องมือที่อยู่ในแบบสอบถาม ได้แก่ 1) อาการและปัญหาจากสภาวะโรคไต ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 2) ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย 3) การนอนหลับเพื่อให้มีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง และเป็นการประเมินติดตามอาการที่เกิดขึ้นแล้วได้รับการจัดการที่เหมาะสม) และได้รับข้อมูลการปฏิบัติด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับยา

ประมาณ 5-10 รายการ ผู้ป่วยจะได้พบเภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกไตและคลินิกประคับประคอง รวมถึงการเพิ่มช่องทาง Telemedicine ในการขอรับคำปรึกษากรณีที่ไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 (เดือนที่ 3) เยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน ใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมที่ประเมินเมื่อเดือนที่ผ่านมา พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลและประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย โภชนาการ ประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยแพทย์ผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน พร้อมประเมินการให้กำลังใจ การเสริมพลัง การร่วมแก้ปัญหาที่ไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้พบ

ขั้นตอนที่ 5 (เดือนที่ 4) ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัดและประเมินอาการผู้ป่วยใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมที่ประเมินครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมาให้การรักษาและให้คำปรึกษารายบุคคล กรณีที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการลุกลามของโรค ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้น้อยลง ระดับความรู้สึกตัวง่วงซึม ยังไม่สับสนจะได้รับการประสานการดูแลจากทีมประคับประคอง ที่จะประเมินด้วย Palliative Performance Scale (PPS) และให้การรักษาต่อเนื่องโดยแพทย์ผู้วิจัยร่วมกับทีมประคับประคองและทีมเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 6 (เดือนที่ 5) เยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน ใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลและประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย โภชนาการ การรับประทานยา สุ่มประเมินความรู้และการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า คั้น การนอนไม่หลับ เพื่อบำบัดวิตกกังวล โดยแพทย์ผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 7 (เดือนที่ 6) ประเมิน 1) คุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างหลังการวิจัย 2) ประเมิน LAB 3) ประเมินอาการ

3. Check เป็นกระบวนการตรวจสอบ ว่ามี 1) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ แนวทางการปฏิบัติ พร้อมทบทวนขั้นตอนไหนที่ควรปรับปรุง พร้อมกับประเมินผลระหว่างการดูแลผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง 2) คุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการวิจัย

4. Act เป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการคลินิกโรคไตให้ได้มาตรฐาน เหมาะสมกับบริบทและพื้นที่อำเภอเล็ก

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวาย (KDQOL-SF) โดยมีการแปลภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 ซึ่งเป็นการพัฒนาและแปลโดยชนิษฐา หอมจีน และพรพรณทิศา ศักดิ์ทอง. (2553) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 ประกอบด้วย 1) คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป มี 8 มิติ 36 ข้อ 2) คำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ 44 ข้อ ดังนี้

คำถามคุณภาพชีวิตทั่วไป 8 มิติ

1. Physical function คำถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (คำถามข้อ 3 ก-ญ)

2. Role physical คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย (คำถามข้อ 4 ก-ง)

3. Bodily pain คำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวด (คำถามข้อ 7,8)

4. General health คำถามเกี่ยวกับความคิดสุขภาพทั่วไป (คำถามข้อ 1,2, 11ก-ง)

5. Mental health คำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต (คำถามข้อ 9 ข ค ง ฉ ซ)

6. Role emotional คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (คำถามข้อ 4 ก-ง)

7. Social function คำถามเกี่ยวกับบทบาททางสังคม (คำถามข้อ 6,10)

8. Vitality คำถามเกี่ยวกับความกระฉับกระเฉง (คำถามข้อ 9 ก จ ซ ฉ)

คำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ

1. Symptom/ problemlist คำถามเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ (คำถามข้อ 14 ก-ฎ 14 ฐ)

2. Effect of kidney disease คำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคไต (คำถามข้อ 15 ก-ช)

3. Burden of kidney disease คำถามเกี่ยวกับความยากลำบากจากสภาวะโรคไต (คำถามข้อ 12 ก-ง)

4. Work status คำถามเกี่ยวกับสภาวะการทำงาน (คำถามข้อ 20, 21)

5. Cognitive function คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ (คำถามข้อ 13 ข ง ฉ)

6. Quality of social interaction คำถามเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในคน (คำถามข้อ 13 ก ค จ)

7. Sexual function คำถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ (คำถามข้อ 16 ก-ข)

8. Sleep คำถามเกี่ยวกับการนอนหลับ (คำถามข้อ 17, 18 ก-ค)

9. Social support คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (คำถามข้อ 19 ก-ข)

10. Dialysis staff encouragement คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (ข้อนี้ไม่ได้ประเมิน เนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการฟอกไต)

11. Patient satisfaction คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรักษา (คำถามข้อ 23)

จำนวนข้อคำถามในแต่ละมิติแตกต่างกันไป ตัวเล็กรมีตั้งแต่ 2-10 ระดับ ค่าคะแนนเป็นแบบ likert scale ช่วงคะแนนในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีการแปลผลคือ

คะแนน 0-25.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 25.01-50.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 50.01-75.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 75.01-100.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย paired t test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 71.37 ปี อายุต่ำสุด 52 ปี สูงสุด 82 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 68.75 โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียวนมากที่สุด ร้อยละ 65.62 ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 31.25 รายได้ส่วนมากเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 78.12 ความรู้รู้สึกว่าสุขภาพไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้มากที่สุด ร้อยละ 78.12 ใช้มือถือของตนเองและคนในครอบครัว ในการสื่อสารกับแพทย์และสหวิชาชีพ ร้อยละ 100 ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 93.75 และเหตุผล

ที่ไม่ต้องการฟอกไตทั้งทางเส้นเลือดและหน้าท้องคือ ไม่มีเงิน ไม่มีญาติพาไป ร่างกายตนเองอ่อนแอไม่พร้อม

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่ามีกระบวนการประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย และจากการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพต้องได้มีการทบทวนขั้นตอนและการดูแลผู้ป่วยไตวายเป็นระยะๆ เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยไตวายแต่ละคนไม่เหมือนกันและการแก้ไขปัญหาหรือการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการทำ telemedicine และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลโดยเทคนิค 5 เอ คือ 1) การประเมินพฤติกรรม 2) การแนะนำให้คำปรึกษารายบุคคลโดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการรักษาของแพทย์สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน 4) การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) ประเมินผลตนเอง

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 32 คนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ โดยหลังการพัฒนาพบว่าคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา มีระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงขึ้น ($\bar{X} = 59.66, S.D. = 8.96$) และ ($\bar{X} = 65.73, S.D. = 6.07$) เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่า ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป และเฉพาะโรคไต พบว่าผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไปก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนา น้อยกว่าหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 54.68, S.D. = 20.90$) และ ($\bar{X} = 65.29, S.D. = 11.86$) ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนา น้อยกว่าหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 62.83, S.D. = 3.89$) และ ($\bar{X} = 65.99, S.D. = 4.96$)

เมื่อพิจารณารายมิติ คะแนนเฉลี่ยมีระดับดีขึ้นในมิติ บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านร่างกาย (Role physical) ความเจ็บปวด (Bodily pain) สุขภาพทั่วไป (General health) การกระฉับกระเฉง (Vitality) สถานะการทำงาน (Work status) ก่อนการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือ สถานะการทำงาน (Work status) (\bar{X} =39.06, S.D. = 29.62) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดคือ บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role emotional) (\bar{X} =70.31, S.D.=35.60) รองลงมา

คือ อาการแสดงต่างๆ (Symptom/problem list) (\bar{X} = 70.24, S.D. = 4.55) หลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือ สุขภาพทั่วไป (General health) (\bar{X} = 52.34, S.D. = 11.08) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดคือบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านร่างกาย (Role physical) (\bar{X} = 85.41, S.D. = 28.00) รองลงมาคือ ความเจ็บปวด (Bodily pain) (\bar{X} = 76.32, S.D. = 17.46) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
คุณภาพชีวิตทั่วไป				
1. Physical function	55.07 (33.27)	ปานกลาง	67.18 (21.93)	ปานกลาง
2. Role physical	56.25 (48.95)	ปานกลาง	85.41 (28.00)	ดี
3. Bodily pain	67.26 (16.63)	ปานกลาง	76.32 (17.46)	ดี
4. General health	40.42 (17.53)	ต่ำ	52.34 (11.08)	ปานกลาง
5. Mental health	56.56 (11.53)	ปานกลาง	59.06 (16.13)	ปานกลาง
6. Role emotional	70.31 (35.60)	ปานกลาง	66.01 (20.87)	ปานกลาง
7. Social function	62.31 (27.63)	ปานกลาง	70.31 (27.63)	ปานกลาง
8. Vitality	46.87 (16.54)	ต่ำ	61.87 (10.60)	ปานกลาง
ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป	54.68 (20.90)	ปานกลาง	65.29 (11.86)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต				
1. Symptom/problem list	70.24 (4.55)	ปานกลาง	71.09 (5.13)	ปานกลาง
2. Effect of kidney disease	58.78 (7.11)	ปานกลาง	57.81 (5.72)	ปานกลาง
3. Burden of kidney disease	53.12 (8.83)	ปานกลาง	59.96 (11.20)	ปานกลาง
4. Work status	39.06 (29.62)	ต่ำ	57.81 (42.33)	ปานกลาง
5. Cognitive function	63.12 (9.97)	ปานกลาง	67.18 (8.88)	ปานกลาง
6. Quality of social interaction	67.50 (12.95)	ปานกลาง	73.75 (10.39)	ปานกลาง
7. Sexual function	66.40 (16.32)	ปานกลาง	70.31 (20.51)	ปานกลาง
8. Sleep	67.81 (12.04)	ปานกลาง	70.00 (13.06)	ปานกลาง
9. Social support	58.84 (17.95)	ปานกลาง	66.14 (17.18)	ปานกลาง
10. Patient satisfaction	70.93 (9.62)	ปานกลาง	77.50 (12.95)	ดี
ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต	62.83 (3.89)	ปานกลาง	65.99 (4.96)	ปานกลาง
ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวม	59.66 (8.98)	ปานกลาง	65.73 (6.07)	ปานกลาง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป และเฉพาะโรคไต ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติสุขภาพจิต (Mental health)

มิติบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role emotional) มิติอาการแสดงต่างๆ (Symptom/problem list) และมิติผลกระทบจากโรคไต (Effect of kidney disease) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิต	Mean (S.D.)		Mean difference (95%CI)	p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
คุณภาพชีวิตทั่วไป				
1. Physical function	55.07 (33.27)	67.18 (21.93)	-2.75 (-21.08,-3.13)	0.01
2. Role physical	56.25 (48.95)	85.41 (28.00)	-3.63 (-45.53,-12.79)	0.001
3. Bodily pain	67.26 (16.63)	76.32 (17.46)	-3.33 (-14.60,-3.52)	0.002
4. General health	40.42 (17.53)	52.34 (11.08)	-5.75 (-16.13,-7.69)	<0.001
5. Mental health	56.56 (11.53)	59.06 (16.13)	-1.60 (-5.67,0.67)	0.118
6. Role emotional	70.31 (35.60)	66.01 (20.87)	0.73 (-7.57,16.17)	0.466
7. Social function	62.31 (27.63)	70.31 (27.63)	-3.69 (-12.72,-3.68)	0.001
8. Vitality	46.87 (16.54)	61.87 (10.60)	-4.17 (-22.32,-7.67)	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป	54.68 (20.90)	65.29 (11.86)	-4.24 (-15.71,-5.51)	<0.001
คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต				
1. Symptom/problem list	70.24 (4.55)	71.09 (5.13)	-1.55 (-1.96,0.26)	0.129
2. Effect of kidney disease	58.78 (7.11)	57.81 (5.72)	1.50 (-0.34,2.30)	0.143
3. Burden of kidney disease	53.12 (8.83)	59.96 (11.20)	-3.93 (-10.38,-3.29)	<0.001
4. Work status	39.06 (29.62)	57.81 (42.33)	-3.00 (-31.49,-6.00)	0.005
5. Cognitive function	63.12 (9.97)	67.18 (8.88)	-3.45 (-6.46,-1.66)	0.002
6. Quality of social interaction	67.50 (12.95)	73.75 (10.39)	-3.13 (-10.31,-2.18)	0.004
7. Sexual function	66.40 (16.32)	70.31 (20.51)	-2.39 (-7.23,-0.58)	0.023
8. Sleep	67.81 (12.04)	70.00 (13.06)	-3.51 (-3.45,-0.91)	0.001
9. Social support	58.84 (17.95)	66.14 (17.18)	-2.94 (-12.33,-2.24)	0.006
10. Patient satisfaction	70.93 (9.62)	77.50 (12.95)	-3.58 (-10.29,-2.83)	0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต	62.83 (3.89)	65.99 (4.96)	-6.73 (-4.11,-2.20)	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวม	59.66 (8.98)	65.73 (6.07)	6.48 (4.16,7.97)	<0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด หลังประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองและใช้รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีกิจกรรมพัฒนาแนวทางปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคไต 6-7 ครั้ง เน้นการให้การดูแลรักษา ทั้งการประเมินพฤติกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การแนะนำให้คำปรึกษา ตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย สร้างการยอมรับในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและติดตามประเมินผลอาการผู้ป่วยด้วยตนเอง เป็นการให้บริการทั้งในโรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน Telemedicine อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจากแบบสอบถามมาใช้ในการติดตามอาการและให้การรักษาสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการประเมินอาการตนเองและการขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ตลอดเวลา กับผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน ที่พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (จินตนา อาจสันเทียะ และจุฑามาศ ทิลภัทร, 2562 เย็นอรุ สัตยวัน, 2565) อธิบายได้จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีอาการทร่วงตัว ในการติดตามอาการในช่วง 6 เดือนเนื่องจากอาการไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และหลายๆ อาการได้รับการดูแลรักษา บรรเทาอาการได้ตรงกับที่ผู้ป่วยมีอาการ จากเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยทุกครั้งทำให้ผู้วิจัยสามารถสั่งการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายที่เลือกรักษาแบบประคับประคองในการติดตาม 12 เดือน โดย Sarah So, et al. (2022). พบปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถ

ในการทำกิจกรรมลดลง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความเจ็บปวดที่มากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในภาพรวมที่ไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไตวายที่ได้รับการฟอกไต ทั้งทางหน้าท้องและทางเส้นเลือด ส่วนหนึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคร่วมมาก สภาพร่างกายที่ไม่พร้อมในการจะได้รับการฟอกไต ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างต้องมาพบแพทย์เพื่อติดตามการทำงานของไตและรับการรักษาเฉลี่ย 2-3 เดือนต่อครั้ง และอาจจะมีความเครียดที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้สึกที่ไม่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลในการไปมาโรงพยาบาล เมื่อมีการดำเนินการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตในครั้งนี้ ทำให้ลดความวิตกกังวลหรือลดความเครียดในการต้องมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาใดๆ ในด้านสุขภาพกายใจ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับคำปรึกษาแพทย์และทีมสหวิชาชีพผ่านทาง telemedicine ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรับบริการหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

การประเมินและการบรรเทาอาการทางกายในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยหวังผลบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ไกรวิพร เกียรติสุนทร (บรรณธิดา), 2560) เนื่องจากอาการที่ผู้ป่วยไตวายพบจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เบื่ออาหาร เหนื่อย เหนื่อย บวม ปวดตามตัว วิธีการบรรเทาอาการใช้ทั้งยาและไม่ใช้ยา การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณีเป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ อาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อระยะของโรคลุกลามร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดร่วม คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบและซึมลง กรณีที่ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานการรักษาต่อเนือง รวมถึงการรักษากับแพทย์ประคับประคอง เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวก้าวสู่ระยะประคับประคอง ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

อย่างสมศักดิ์ศรี ครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ (กัลปิงหา โชสิวสกุล และแสงทอง ชีระทองคำ, 2563)

จากการทบทวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายอย่างเป็นระบบ ของ Buur Louise Engelbrecht et al (2021) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 รักษาแบบประคับประคองต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป และพบว่าผู้ป่วยไตวายรักษาแบบประคับประคองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยฟอกไต และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยไตวายที่เลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง มีความต้องการที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา แต่แพทย์พยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และบางครั้งผู้ป่วยยังสับสนเกี่ยวกับความรู้และการลุกลามของโรค และพบว่าผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม มีความรู้สึกเสียใจที่เริ่มรักษาด้วยการฟอกไต ดังนั้นแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพชีวิต ภาวะ อารมณ์ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจที่จะเลือกรับการรักษาในแบบต่างๆ (Lucy Ellen Selman. et al, 2019)

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายที่ปฏิเสธการฟอกไต โดยแพทย์และสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายที่ไม่ฟอกไต โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยศูนย์กลาง ปรับกระบวนการทำงานและจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรม ที่มีมุมมองเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ชะลอการลุกลามของโรคไต ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการยืดอายุขัย (Susan P. Y. Wong. et al, 2020) โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้เลือกพิจารณาการตัดสินใจที่จะดูแลตนเอง ซึ่งการตัดสินใจการพิจารณาของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป แพทย์และทีมสหวิชาชีพจึงต้องมีกระบวนการและทักษะที่ยืดหยุ่น ยอมรับการตัดสินใจ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือเคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวตลอดไป ซึ่งกระบวนการตัดสินใจร่วมกันและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องสามารถปรับเปลี่ยนได้มีการทบทวนการประเมินผลการรักษาและแนวทางการรักษาในอนาคตเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มั่นใจ

ว่าเป้าหมายของการดูแลและการรักษายังคงสอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนการดูแลหรือบริการอื่นๆ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2564) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ Telemedicine เข้ามาช่วยในการเยี่ยมผู้ป่วย ส่งการรักษา การดูแลเบื้องต้นโดยลดภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ความสนิทใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมีมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการพัฒนาสัมพันธ์กับการศึกษาของ (ปรัดถغر วงศ์กาฬสินธุ์, 2564) ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บุคลากรควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการหรือการดูแลตนเอง ในทุกมิติโดยเฉพาะด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกายและด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ อาจจะมุ่งเน้นไปในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและยังเป็นปัจจัยส่งผลต่อการลดหรือเพิ่มโรคร่วม รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตและการดำเนินของโรคได้เร็วขึ้น การจัดการความเครียดของผู้ป่วยให้เหมาะสมโดยเพิ่มช่องทางในการพูดคุย ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ

สรุปผล

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองและใช้รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนาใช้ระยะเวลาในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 12 เดือน ทำให้ผู้วิจัยและโรงพยาบาลเชียงขวัญ ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต ซึ่งรูปแบบได้มาจากการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การใช้เทคนิค 5 เอ การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายกับทีมสหวิชาชีพโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำ รูปแบบประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินติดตามอาการหลังการรักษา

ทุกเดือน ผู้วิจัยให้การรักษาตามปัญหาที่ผู้ป่วยมีทั้งปัญหา ด้านร่างกาย จิตใจ และมีการเยี่ยมบ้านทั้งเยี่ยมโดย สหวิชาชีพ การเยี่ยมทาง Telemedicine เพื่อช่วยในการ ดูแลด้านสังคม ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ที่ทีม สุขภาพจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีพลัง ในการดำเนินชีวิตได้ รวมถึงการมีทักษะของทีมสหวิชาชีพ ในความใส่ใจ ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเสียสละ ในการให้บริการและการนำข้อมูล ข้อผิดพลาดมาปรึกษา ทบทวนการดูแลร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาล ศูนย์รื้อยเอ็ด ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ ในการทำงานได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการของคลินิกโรคไตเรื้อรังได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่ปฏิเสธการฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการ การให้การดูแลช่วยเหลือ เป็นรายบุคคล และเป็นการเชื่อมข้อมูลระหว่างผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ทีมเยี่ยมบ้านและผู้ป่วย โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยหลังการพัฒนามีมิติที่ดีขึ้นและ มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิต เฉพาะโรคไต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาการผู้ป่วย ค่อยๆทรุดลง ส่งผลให้ความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และคุณภาพชีวิตลดลงเรื่อยๆจนสู่ภาวะ ฟังฟัง ติดบ้านและติดเตียง แพทย์และ ทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ที่เน้นการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับโรคอย่างมี ประสิทธิภาพ การสร้างความเข้าใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การใส่ใจดูแลและร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นที่พึ่ง ในทุกระยะของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับการเจ็บป่วย การก้าวสู่การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างมี คุณภาพ

1.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษา การดูแล สุขภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นคุณภาพชีวิต การออกแบบแนวทางการดำเนินงานโดยสหวิชาชีพ ทุกคน ร่วมในการนำเสนอ โดยแพทย์เป็นผู้นำในการทบทวน การติดตาม การดูแลเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การลด ช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยทั้งกระบวนการรักษา ขั้นตอนการให้บริการ เพิ่มความสะดวกสบาย

1.3 การทบทวนแผนและเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วยโรคไตวาย ระยะที่ 4-5 แต่ละรายเป็นระยะ ทุก 6-12 เดือน และเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการดำเนิน และการพยากรณ์โรคผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้ ข้อมูลสำหรับการเตรียมการบำบัดทดแทนไต ทั้งวิธีการ ฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และ การรักษาชนิดประคับประคอง โดยคำนึงถึงข้อดีข้อด้อย ผลการรักษาของแต่ละวิถีกระบวนการดูแลทางการแพทย์ การดำรงชีวิต เศรษฐฐานะและคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย และครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยไตวายในแต่ละกลุ่ม อายุ ภาวะฟังฟัง ความเพียงพอของรายได้ สภาวะทางกาย จิตใจ ความเชื่อ ความรุนแรงของโรค ที่เป็นปัจจัยต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวาย ก่อนการวางแผนการพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน

2.2 ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคไตวายที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานาน

2.3 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ ข้อมูลเชิงลึกและสามารถที่จะนำมาปรับกระบวนการทำงาน ของแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

Kalpangha Chositsakul and Saengthong Teerathongkam. (2020). Holistic supportive care for patients with kidney disease End-stage chronic disease treated without dialysis: a case study. Nursing journal. 35(4) : 5-17.

- Kittikorn Nilmanat et al. (2021). Palliative care for chronic kidney disease: issues and Recommendations Towards development. *Journal of the Nursing and Midwifery Council* 36(4) : 5-16.
- Khanitha Homjeen and Panthipa Sakthong. (2010). Translating and testing the thought process of the questionnaire Quality of life in kidney disease, abbreviated Thai version, version 1.3. *Thai Journal of Pharmacy Practice* Vol. 2 No 1 Jan-Jun 2010. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 April 2023. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf>.
- Kraiwiporn Kiatsunthorn (editor). (2017). Recommendations for holistic care for chronic kidney Disease Palliative 2017. 1st printing. Bangkok: Text and Journal Publishing Company Limited.
- Jintana Atsanthia and Juthamas Tilapat.(2019). Effects of palliative nursing care on quality of life.of patients with end-stage renal failure in the community. *Army Nursing Journal*. 20(1) : 226-235.
- Pratthakon Wongkalasin. (2021). Model of improving the quality of life of patients with chronic kidney disease before replacement therapy.Kidney. Doctor of Public Health Degree. Mahasarakham University.
- Panisara Sananuea and Sirimat Piyawatanaphong. (2022). Palliative care needs of Elderly people with end-stage chronic kidney disease From the nurse's point of view. Academic conference presenting research results 23rd National Graduate Level, March 25, 2022 at Khon Kaen University.
- Yenura Satyawon.(2022).Quality of life in patients with end-stage renal disease. that uses palliative treatment Nong Bua So District Udon Thani Province. *Udon Thani Hospital Medical Journal*. 30(3) : 435-445.
- Buur Louise Engelbrecht et al. (2021).Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrology*, 22:307
- G. Cangini, D. Rusolo, M. Cappuccilli, G. Donati and G. La Manna.(2019) Evolution of the concept of quality of life in the population in end stage renal disease. A systematic review of the literature *ClinTer*, 170 (4), 301-320
- Glasgow RE, EmontS, Miller DC.(2006) Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health PromotInt*, 21(3), 245-55.
- Lucy Ellen Selman.et al. (2019).The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: a qualitative study of communication, information and decision-making *BMC Nephrology*, 20:38. Retrieved April 1, 2023, from <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
- MichaJongejanet al. (2023). Choosing conservative care in advanced chronic kidney disease: a scoping review of patients' perspectives. *Nephrol Dial Transplant.*,0,1-10. Retrieved January 10, 2024, from<https://doi.org/10.1093/ndt/gfad196>
- Morton RL, et al.(2012).Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ*,. 184(5), E278-283.

Oluseyi A. Adejumo., et al .(2019). Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. Ghana Med J., 53(3),190-196. Retrieved April 1, 2023, from doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v53i3.2>

Sarah So, et al .(2022). Quality of life in patients with chronic kidney disease managed with or without dialysis: An observational study., 3. Retrieved April 1, 2023, from www.kidney360.org

Susan P. Y. Wong et al.(2020). Experiences of US Nephrologists in the Delivery of Conservative Care to Patients With Advanced Kidney Disease: A National Qualitative Study. Am J Kidney Dis., 75(2), 167–176. doi:10.1053/j.ajkd.2019.07.006.

ความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

RATIONALE IN PRESCRIBING THE ANTIPLATELET DRUG CLOPIDOGREL IN COMBINATION WITH ASPIRIN IN PATIENTS AT PRANBURI HOSPITAL PRACHUAP KHIRI KHAN PROVINCE

รพีพรรณ เกิดหนู
โรงพยาบาลปราณบุรี
Rapeepun Kerdnoo
Pranburi Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin อย่างต่อเนื่องและศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาของการใช้ยา Clopidogrel ที่มีผลต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลปราณบุรี และเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 108 ราย ทำการศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 108 ราย อายุเฉลี่ย 68.30 ± 22.50 ปี เพศชาย 66 ราย (ร้อยละ 61.11) ผู้ป่วยที่มีอายุ 71-80 ปี 40 ราย (ร้อยละ 44.44) จำแนกเป็น สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายจำนวน 105 ราย (ร้อยละ 97.22) เป็นกลุ่มผู้ป่วยวินิจฉัย Unstable Angina หรือ Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ไม่ว่าจะทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) หรือ Stent หรือไม่ได้จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 75.93) และมีโรคร่วมในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือดสูง, ไตเรื้อรัง) รวม 2 โรค จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 42.59) และมีผู้ป่วยได้รับยา Omeprazole ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 85.19) เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin มีมูลค่าการใช้ยา Clopidogrel ทั้งหมด 510,314 บาท จำแนกตามสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมูลค่าการใช้ยา Clopidogrel 479,040 บาท โรงพยาบาลปราณบุรีจะได้รับเงินชดเชยค่ายา Clopidogrel จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคิดเป็นเงินชดเชยทั้งสิ้น 159,633 บาทและมูลค่ายา Clopidogrel ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์จากการสั่งใช้ยาดังกล่าวทั้งหมดเป็นเงิน 18,360 บาท ผลการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin จำนวน 108 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นไปตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลปราณบุรี ทั้งด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 82.40) และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 19 ราย (ร้อยละ 17.60) โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่เป็นไปตามเกณฑ์ด้านระยะเวลาที่ใช้ยากว่าคือมีการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin มากกว่า 1 ปี

คำสำคัญ: ความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา, ยาต้านเกล็ดเลือด, Clopidogrel , Aspirin

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to study the reasonableness of prescribing Clopidogrel in combination with Aspirin in terms of indications and duration of use of subjects who continued to prescribe Clopidogrel in combination with Aspirin and study the drug costs of using Clopidogrel that affect the financial management of Pranburi Hospital, Prachuap Khiri Khan Province and collected basic patient information from the electronic medical record database of Pranburi Hospital and the medical records of 108 patients. The study was conducted between 1 October 2021 and 31 December 2022. Data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results of data collection from a sample of 108 patients who received Clopidogrel in combination with Aspirin who participated in the study, average age 68.30 ± 22.50 years, 66 males (61.11%), 40 patients aged 71-80 years (44.44 %). Classified as having health insurance treatment rights 105 cases (97.22%), were 82 patients (75.93%) diagnosed with Unstable Angina or Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI), whether undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI) or Stent and had co-morbidities in the cardiovascular disease group. (Diabetes, high blood pressure, hypercholesterolemia, chronic kidney disease) with 2 diseases 46 cases (42.59%) and 92 patients (85.19%) received Omeprazole 20 mg per day to reduce the incidence of gastrointestinal bleeding. This study found that patients who received Clopidogrel in combination with Aspirin had a total value of Clopidogrel use of 510,314 baht. Classified according to universal health insurance, the value of Clopidogrel use was 479,040 baht. Pranburi Hospital will receive compensation of Clopidogrel from the National Health Security Office represents a total compensation of 159,633 baht and the total value of the drug Clopidogrel that was not beneficial from prescribing was 18,360 baht. The results of the study of 108 patients who received Clopidogrel in combination with Aspirin found that 89 patients (82.40%) met the criteria of Pranburi Hospital in terms of indications and duration of use and 19 cases (17.60%) did not meet the criteria. All patients did not meet the criteria for duration of drug use, they prescribed Clopidogrel in combination with Aspirin more than 1 year.

Keyword: reasonableness in prescribing drugs, antiplatelet drugs, Clopidogrel, Aspirin

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยและทั่วโลก โรคนี้มีอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ องค์การอนามัยโลกในปี 2559 รายงานว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั่วโลก โดยประมาณการผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 9.2 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) (World Health Organization, 2561) ในประเทศไทย แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กำหนดว่าหลังจากการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (Dual Antiplatelet Therapy, DAPT) โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาคือ แอสไพรินขนาดยา 81-100 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับยากลุ่ม P₂Y₁₂ inhibitors (Clopidogrel, Prasugrel หรือ Ticagrelor) ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามควรเลือกใช้ potent P₂Y₁₂ inhibitors ได้แก่ Prasugrel หรือ Ticagrelor ถ้าไม่สามารถใช้ยาสองตัวดังกล่าวได้ให้พิจารณาใช้ยา Clopidogrel 75 มิลลิกรัมต่อวันทดแทนโดยระยะเวลาในการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดทั้งสองชนิดสามารถให้ร่วมกันเป็นระยะเวลา 12 เดือนหรืออาจให้นานกว่านั้นได้ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามหรือไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ซึ่งขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา (Kositichaiwat J, 2020)

ในประเทศไทยตามนโยบาย Service Plan สาขาโรคหัวใจ รายการยาในกลุ่ม P₂Y₁₂ inhibitors ที่ควรมีเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยตาม Service Plan ACS (Acute Coronary Syndrome) ในโรงพยาบาลชุมชนมีเพียงยา Clopidogrel ซึ่งเป็นยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ปัจจุบันมีการใช้ยาชนิดนี้ร่วมกับ Aspirin ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าการใช้ Aspirin เพียงอย่างเดียว (Yin SH, et al, 2019) ยา Clopidogrel เป็นยาบัญชี ค ตามบัญชียาหลักแห่งชาติประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาดังนี้ 1) ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ Aspirin ไม่ได้เฉพาะกรณีที่ใช้ป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือสมองแบบทุติยภูมิ (Secondary Prevention) 2) ให้ร่วมกับ Aspirin หลังใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Stent) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี 3) ใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ Aspirin แล้วยังเกิด Acute Coronary Syndrome หรือ

Recurrent Thrombotic Events 4) ในกรณีที่ได้รับ การวินิจฉัยอย่างชัดเจนแล้วว่าเป็น Non ST/ST Elevated Acute Coronary Syndrome ให้ใช้ Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี (National Drug Committee, 2022) ทั้งนี้หากมีการใช้ยา Clopidogrel เป็นระยะเวลานานกว่าระยะเวลาที่กำหนดอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารได้ (Heart Association of Thailand, 2017)

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นเป้าหมายในการดำเนินการด้านยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นอย่างทั่วถึงด้วยความมั่นใจในคุณภาพและความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดยา Clopidogrel เป็นยาที่เป็นปัญหาในการเข้าถึงในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงยา Clopidogrel ได้เท่าเทียมสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ จึงกำหนดให้โรงพยาบาลสามารถเบิกขดเคยาได้ในกรณีเป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแต่มีหลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ ต้องจ่ายยาตามข้อบ่งชี้ในบัญชียาหลักแห่งชาติโดยแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีแพทย์เฉพาะทางให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่มีการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งกลับมา รักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลปราณบุรี เพื่อลดความยากลำบากและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีการประเมินความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยาด้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทสำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพและหน้าที่ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายการปฏิบัติให้เภสัชกรมีส่วนร่วม กับสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และประเมินความคุ้มค่าของการใช้ยา จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยาด้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความสมเหตุสมผลการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยา
- 2) เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาของการสั่งใช้ยา Clopidogrel ที่มีผลต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาลปราณบุรี

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมเหตุสมผลการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยาและศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาของการสั่งใช้ยา Clopidogrel ที่มีผลต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาลปราณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการใช้อย่างสมเหตุสมผลภายใต้ระบบยาของประเทศทั้งในด้านข้อบ่งใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น (เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ) และระยะเวลาในการใช้ยาที่เหมาะสมไม่นานหรือสั้นเกินไป ประเมินการสั่งใช้ยาด้วยแบบประเมินการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin โรงพยาบาลปราณบุรีที่สร้างขึ้นจากแนวทางมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guideline for Ischemic Stroke) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ พ.ศ. 2562 , แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และบัญชียาหลักแห่งชาติประเทศไทย พ.ศ. 2565 ผลของการศึกษาวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาของการสั่งใช้ยา

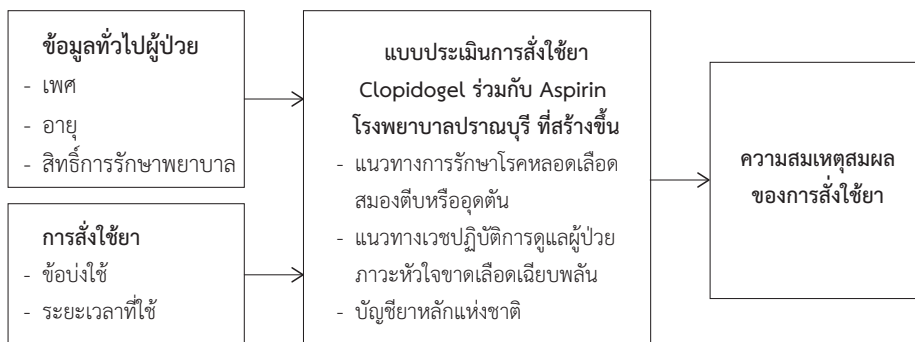
Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งในด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทบทวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการสั่งใช้ยาให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา Clopidogrel ที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลและส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อผู้ป่วยได้ ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาความสมเหตุสมผลการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยา และศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยา Clopidogrel ที่มีผลต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาลปราณบุรีและประเมินการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2565 โรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทุกราย ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 - 31 ธันวาคม 2565 อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย แต่เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดจำนวน 108 ราย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan
สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan

$$n = \frac{\chi^2 NP (1-P)}{d^2 P (1-P)}$$

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

χ แทน ค่าไคสแควร์ที่ Degree of freedom (df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 3.841)
P แทน สัดส่วนของประชากร หากไม่ทราบ ใส่ค่า 0.05

d แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

เกณฑ์คัดเลือก

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ที่มีข้อมูลการส่งใช้ยาในช่วงที่ทำการศึกษามีข้อมูลการรับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin

- 1) ที่มีการส่งต่อไปรับบริการที่อื่น
- 2) ขาดนัด
- 3) เสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ดังนี้

1. แบบประเมินการส่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin โรงพยาบาลปราณบุรีที่สร้างขึ้นได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลปราณบุรีและอ้างอิงข้อมูลในการประเมินด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้จากเอกสารอ้างอิงดังนี้

1) แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guideline for Ischemic Stroke) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ พ.ศ. 2562

2) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

3) บัญชียาหลักแห่งชาติประเทศไทย พ.ศ. 2565 เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item objective

congruence : IOC) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดในช่วงเวลาที่ศึกษา 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565
2. ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลปราณบุรี โปรแกรม HOSXP, เวชระเบียนผู้ป่วยและหนังสือส่งตัวผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว วันที่เริ่มใช้ยา Clopidogrel แพทย์ผู้สั่งใช้ยาและโรงพยาบาลที่เริ่มสั่งใช้ยา และจำนวนเม็ดยา Clopidogrel ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดตลอดการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin

3. ผู้วิจัยลงข้อมูลในแบบประเมินการส่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin โรงพยาบาลปราณบุรีที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสมเหตุสมผลในการส่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยาตามแนวทางของบัญชียาหลักแห่งชาติประเทศไทย พ.ศ. 2565 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guideline for Ischemic Stroke) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ พ.ศ. 2562 และแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยเกณฑ์การวัดความสมเหตุสมผลในการส่งใช้ยาด้านข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ประเมินจากการส่งใช้ยาว่าเป็นหรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1) Unstable Angina หรือ Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) (ไม่ว่าจะทำ Percutaneous Coronary Intervention :PCI)+Stent หรือไม่) ใช้ยาร่วมกันไม่เกิน 12 เดือน

2) ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ทำ PCI + Stent (ทั้ง Bare Metal Stent : BMS และ Drug-Eluting Stent: DES) ใช้ยาร่วมกันไม่เกิน 12 เดือน

3) Stable Coronary Artery Disease (CAD) ที่ทำ PCI + Stent (ทั้ง BMS และ DES) ใช้ยาร่วมกันไม่เกิน 12 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อคำนวณค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้มีประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 108 ราย โดยมีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 19 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin เพียง 1 ครั้ง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนส่งตัวไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 16 ราย ผู้ป่วยขาดนัดการรักษารักษา 1 รายและผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 1 ราย

ผลการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin จำนวน 108 ราย อายุเฉลี่ย 68.30 ± 22.50 ปี เพศชาย 66 ราย (ร้อยละ 61.11) ผู้ป่วยที่มีอายุ 71-80 ปี 40 ราย (ร้อยละ 44.44) จำแนกเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายจำนวน 105 ราย (ร้อยละ 97.22) เป็นกลุ่มผู้ป่วยวินิจฉัย Unstable Angina หรือ Non-ST

Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ไม่ว่าจะทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) หรือ Stent หรือไม่ได้จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 75.93) และมีโรคร่วมในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือดสูง, ไตเรื้อรัง) ร่วม 2 โรค จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 42.59) และมีผู้ป่วยได้รับยา Omeprazole ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 85.19) เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารดังตารางที่ 1 การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin มีมูลค่าการใช้ยา Clopidogrel ทั้งหมด 510,314 บาท จำแนกตามสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมูลค่าการใช้ยา Clopidogrel 479,040 บาท โรงพยาบาลปราณบุรีจะได้รับเงินชดเชยค่ายา Clopidogrel จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้หน่วยบริการสำหรับยา Clopidogrel 75 มิลลิกรัม จากระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ตามเงื่อนไขการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในอัตรา 3 บาทต่อเม็ดทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ซึ่งคิดเป็นเงินชดเชยทั้งสิ้น 159,633 บาทและพบมูลค่ายา Clopidogrel ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์จากการสั่งใช้ยาดังกล่าวทั้งหมดเป็นเงิน 18,360 บาท ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin (n=108)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	61.11
หญิง	42	38.89
อายุ (อายุเฉลี่ย 68.30 ± 22.50 ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	2	1.85
40-50 ปี	8	7.41
51-60 ปี	15	13.89
61-70 ปี	27	25.00
71-80 ปี	40	44.44
มากกว่า 80 ปี	8	7.41

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin (n=108) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพแบบเหมาจ่าย	105	97.22
ชำระเงิน	3	2.78
ข้อบ่งชี้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin		
Unstable Angina/NSTEMI	82	75.93
STEMI ทำ PCI + Stent (ทั้ง BMS และ DES)	12	11.11
Stable CAD ที่ทำ PCI + Stent (ทั้ง BMS และ DES)	14	12.96
โรคร่วมในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในหลอดเลือดสูง, ไตเรื้อรัง)		
ไม่มีโรคร่วม	2	1.86
มีโรคร่วม 1 โรค	24	22.22
มีโรคร่วม 2 โรค	46	42.59
มีโรคร่วม 3 โรค	19	17.59
มีโรคร่วม 4 โรค	17	15.74
ยาร่วมที่ใช้		
Omeprazole 20 มิลลิกรัม/วัน	92	85.19

ตารางที่ 2 มูลค่ายา Clopidogrel ทั้งหมด, มูลค่ายา Clopidogrel ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และมูลค่ายาได้รับชดเชย

สิทธิการรักษาพยาบาล	มูลค่ายาทั้งหมด (บาท)	มูลค่ายาที่ไม่ก่อประโยชน์ (บาท)	มูลค่ายาที่ได้รับชดเชย (บาท)
1. ประกันสุขภาพแบบเหมาจ่าย			
1.1 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	479,040	17,280	159,633
1.2 ประกันสังคม	9,704	0	0
2. ชำระเงิน	21,570	540	0
รวม	510,314	18,360	159,633

2. การศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin จำนวน 108 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นไปตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลปราณบุรีทั้งด้านข้อบ่งชี้

และระยะเวลาที่ใช้จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 82.40) และไม่เป็นไปตามข้อกำหนด 19 ราย (ร้อยละ 17.60) โดยผู้ป่วยทั้ง 19 รายไม่เป็นไปตามเกณฑ์ด้านระยะเวลาที่ใช้ยากว่าคือมีการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin มากกว่า 1 ปี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเมินการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ตามเกณฑ์ข้อบ่งใช้และระยะเวลาที่ใช้ยา (n=108)

การสั่งใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยา	89	82.40
ไม่ตามเกณฑ์การสั่งใช้ยา	19	17.60
รวม	108	100.00

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การสั่งใช้ยา Clopidogrel พบในสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพแบบเหมาจ่าย คือผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ร้อยละ 97.22 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา เอี่ยมศิริ และคณะที่ศึกษาความสอดคล้องของการสั่งใช้ยา Clopidogrel กับข้อบ่งใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส ที่พบในสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมร้อยละ 88.37, ร้อยละ 8.14 และร้อยละ 3.49 ตามลำดับ (lamsiri N, Hayeese W., 2022) เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิข้าราชการเพียงร้อยละ 4.23 การสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมูลค่ายา Clopidogrel 479,040 บาท โดยโรงพยาบาลปราณบุรีจะได้รับเงินชดเชยค่ายา Clopidogrel จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเงิน 159,633 บาท ดังนั้นโรงพยาบาลปราณบุรีจะได้รับผลกระทบทางการเงินจากการสั่งใช้ยา Clopidogrel เป็นจำนวนเงิน 319,407 บาท ซึ่งไม่สามารถเบิกชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้และมีมูลค่ายา Clopidogrel ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งหมดอยู่ 18,360 บาท เนื่องจากมีการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin เกินระยะเวลาที่กำหนด 1 ปีโดยไม่มีข้อบ่งใช้ใดๆ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin อย่างต่อเนื่องเป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนดด้านข้อบ่งใช้ร้อยละ 82.40 แสดงว่าแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการพิจารณาในการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และใกล้เคียงกับการศึกษาของนุชรินทร์ คงสิน และกนกพร สรรพวิทยกุล

ที่ศึกษาความเหมาะสมผลในการสั่งใช้ยา Clopidogrel ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งในจังหวัดสงขลา จำนวนผู้ป่วย 74 ราย พบว่ามีการสั่งใช้ยา Clopidogrel อย่างเหมาะสมผลตามข้อ บ่งใช้ ร้อยละ 82.43 (Kongsin N, Sappawittayakul K., 2014) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่า การสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ที่ไม่เหมาะสมผลร้อยละ 17.60 คือยังมีการสั่งใช้ Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (stent) และกลุ่มรับการวินิจฉัยเป็น non-ST Elevated Acute Coronary Syndrome เป็นระยะเวลาเกิน 1 ปี ทั้งหมด 19 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชรินทร์ คงสิน และกนกพร สรรพวิทยกุล พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ไม่เหมาะสมผลด้านระยะเวลาที่สั่งใช้ยา คือมีการสั่งใช้ยาเกิน 1 ปีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 17.57) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการระบุเหตุผลในการสั่งใช้ยานานเกิน 1 ปี โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต่อระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Poolpun D., Kosuma P, et al., 2018) จากแนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันแนะนำให้แพทย์จำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกและความเสี่ยงของภาวะหัวใจหลอดเลือดควบคู่กันสอดคล้องกับการศึกษาของบุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย พบอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Aspirin ร่วมกับยา Clopidogrel ร้อยละ 4.89 ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Aspirin อย่างเดียว ร้อยละ 0.54 (Chatrattanakulchai B., 2017)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังการประเมินข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยจึงทำได้ อย่างจำกัด นอกจากนี้ผลการศึกษาสะท้อนการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในโรงพยาบาลปราชญ์บุรี ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่โรงพยาบาลปราชญ์บุรีไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหรือด้านโรคหัวใจ

สรุปผล

ผลการศึกษาความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin ในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราชญ์บุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวนผู้ป่วย 108 ราย พบว่าความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 82.40 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 17.60 ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนดด้านระยะเวลาที่ใช้ยาเกิน 1 ปีโดยไม่พบการระบุเหตุผลในการสั่งยานานกว่า 1 ปีคิดเป็นมูลค่ายา Clopidogrel ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งหมดอยู่ 18,360 บาท และได้รับเงินชดเชยค่ายา Clopidogrel จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเงิน 159,633 บาท ดังนั้นโรงพยาบาลปราชญ์บุรีจะได้รับผลกระทบทางการเงินจากการสั่งใช้ยา Clopidogrel เป็นจำนวนเงิน 319,407 บาทซึ่งไม่สามารถเบิกชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทบทวนการดำเนินงานเพื่อให้การสั่งใช้ยา Clopidogrel ร่วมกับ Aspirin เป็นไปอย่างเหมาะสมและพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อแจ้งเตือนผู้สั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และแจ้งเตือนเภสัชกรเพื่อให้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อและส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้

เอกสารอ้างอิง

- Chatrattanukulchai B. (2017). Incidence and related factors of upper gastrointestinal bleeding and development of pharmaceutical care practice guidelines for patients with aspirin and clopidogrel. Retrived from <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/1176> (in Thai).
- Heart Association of Thailand. (2017). Percutaneous coronary intervention, PCI guideline. Retrived from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCIGuideline.pdf (in Thai).
- Iamsiri N, Hayeese W. (2022). Consistency of Clopidogrel Prescribing to Its indications for Patients with Coronary Heart Disease in Ranjae Hospital, Narathiwat. Retrived from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/248893/169207> (in Thai).
- Kongsin N, Sappawittayakul K. (2014). Rational Drug Use of Clopidogrel. Retrived from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/52591/43649> (in Thai).
- Kositchaiwat J. (2020). Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020. Retrived from <https://ciat.or.th/wp-content/uploads/2020/10/Thai-ACS-Guidelines-2020.pdf> (in Thai).
- National Drug Committee. (2022). Thailand National List of essential medicines 2022. Retrived from https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national (in Thai).
- Nation Health Security Office (NHSO), Thailand. (2023). Guideline for requesting expenses for public health service, 2022. Retrived from <https://www.nhso.go.th/Storage/downloads/boardresolution> (in Thai).

Poolpun D., Kosuma P, et al. (2018). Safety and Efficacy of Dual Antiplatelet versus Triple Anti triple Antithrombotic Therapies in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention and Stenting in Phitsanulok. Retrive from: <http://he01.tci-thaijo.org> (in Thai).

World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. Retrived from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (in Thai).

Yin SH, et al. (2019). Duration of dual antiplatelet therapy offer percutaneous coronary intervention with drug-eluting stent: systemic review and network meta-analysis. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31253632/> (in Thai).

ความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนครหลวง จังหวัด พระนครศรีอยุธยา

HEALTH LITERACY AND ELDERLY HEALTH CARE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN NAKHON LUANG DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA.

ศิริวัฒน์ บริบูรณ์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Siriwat Boriboon

Nakhon Luang District Public Health Office, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดโคควต้า ร้อยละ 30 จากประชากรที่จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่กลับคืน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา มีค่าความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.66 – 1 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.7 – 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพศหญิง ร้อยละ 88.02 อายุเฉลี่ย 58.94 ปี ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.97 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.46 มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.46 ความรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดการตนเอง และความรู้ด้านสุขภาพด้านการบอกต่อมีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ($\beta = 0.287$, $p\text{-value} = 0.014$), ($\beta = 0.282$, $p\text{-value} = 0.021$) และสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32 ($\text{Adj } R^2 = 0.32$)

ข้อเสนอจากผลการวิจัย ควรมีการเสริมสร้างให้ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดการตนเอง และด้านการบอกต่อที่ดี เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research aimed to study characteristic factors, health literacy, elderly health care, and study factors (characteristic and health literacy) predict to elderly health care. This research is Cross-Sectional Analytical. The samples are Village health volunteers (VHVs) in Nakhon Luang District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. They were determined using the quota method of 30% from the population classified by public health service centers that are in charge of village health volunteers, 192 people were obtained using a simple random sampling method by drawing lots of names without putting them back. The data were collected with questionnaire that was developed by the researcher, content validity 0.66 – 1, reliability 0.7 – 0.81. The data were analyzed with descriptive statistics namely percentage, mean, standard deviation, max, and min. In addition, the influence of variables was analyzed using multiple regression statistics.

The research results were shown Village health volunteers (VHVs) were 88.02% female, an average age of 58.94 years, and the average duration of being a VHV was 12.97 years. They had health literacy for elderly health care at a very good level 61.46%. There was the elderly health care performance at a good level 36.46%. The behavioral change and word-of-mouth skills, which were the components of health literacy, had positively effect on the elderly health care performance of VHVs ($\beta = 0.287$, $p\text{-value} = 0.014$), ($\beta = 0.282$, $p\text{-value} = 0.021$) and they were capable of predicting 32% of the elderly health care performance ($\text{Adj } R^2 = 0.32$).

The recommendations from the research result, the Village health volunteers (VHVs) should be encouraged to have good behavioral change and word-of-mouth skills. To promote the performance of high-quality elderly health care.

Keywords: Health Literacy, Elderly, Village health volunteers (VHVs)

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของประชาชนในระดับบุคคลที่มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้ ซึ่งทำให้เกิดการตั้งใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา, 2563) ดังนั้น การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมี Health Literacy เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (WHO, 2009)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว พบว่า ในปัจจุบันประเทศไทย กำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และในอีก 9 ปี ข้างหน้า จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560)

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบ ผู้สูงอายุมีปัญหา ด้านการมองเห็น ร้อยละ 7.77 ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 5.09 ด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 4.55 ด้านการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 3.17 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 3.08 ความคิดความจำ ร้อยละ 2.24 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.36 ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 0.70 และการได้ยิน ร้อยละ 0.53 จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2565)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่เป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัวและเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ของ อสม. จะต้องมีความรู้และทักษะในด้านต่าง ๆ อย่างเข้าใจ เพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มศักยภาพของ อสม.

จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตให้มีสุขภาพดีด้วยการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ อสม. ของ อุไรรัตน์ คุหะมณี และคณะ (2563) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ การศึกษาของเอกราช มีแก้ว และคณะ (2565) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

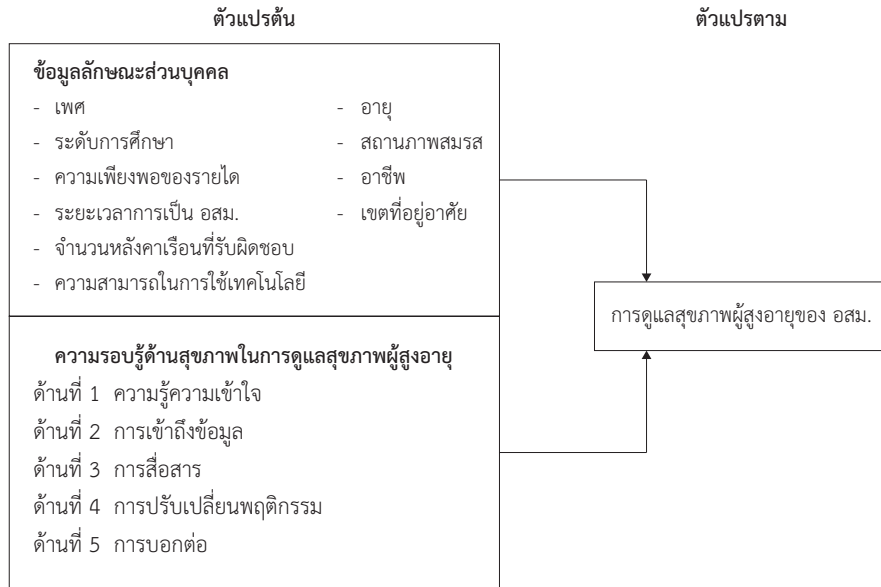
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการดำเนินงานหรือแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และอายุยืนยาวยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิด

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) โดยศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากร จำนวน 604 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกรกฎาคม – ตุลาคม 2566

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปวางแผน และกำหนดนโยบายระดับพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง
2. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง

วิธีการศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 604 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการกำหนดโควต้า ร้อยละ 30 จากประชากรที่จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวน 192 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่กลับคืน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามต่อ หรือถอนตัว ระหว่างตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่พัฒนาจากการค้นคว้าเอกสาร วิชาการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.66 – 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามใช้ Cronbach' s α Coefficient มีค่าอยู่ระหว่าง 0.7 – 0.81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย กับ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับที่ 36/2566 พิจารณา รับรองวันที่ 31 สิงหาคม 2566

2. ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรักษาความลับ ให้กับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามทราบในคำชี้แจงหน้าแรกของแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจะนำข้อมูลไปใช้ในนำเสนอในภาพรวม ไม่กล่าวชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม และจะทำลายเอกสาร/หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามได้ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ในการแจกแจงความถี่ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์หาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อ

การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 192 คน เพศหญิง ร้อยละ 88.02 เพศชาย ร้อยละ 11.98 อายุเฉลี่ย 58.94 ปี (S.D.=9.01) ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.63 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.98 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.98 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 25.52 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ร้อยละ 21.35 มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 43.23 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.97 ปี (S.D.=8.37) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลอย่างละครึ่ง โดยเฉลี่ย อสม. 1 คน มีครัวเรือนที่รับผิดชอบ 14.05 ครัวเรือน (S.D.=5.88) และสามารถใช้นโยบายได้บางแอปพลิเคชันหรือบางโปรแกรม ร้อยละ 77.08

2. ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61. ระดับดี ร้อยละ 24.48 และระดับพอใช้ ร้อยละ 7.29 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2565)	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีมาก ($\geq 80\%$ ของคะแนน)	118	61.46
ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับดี (70 – 79% ของคะแนน)	47	24.48
ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ (60 – 69% ของคะแนน)	14	7.29
ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับไม่ดี (< 60% ของคะแนน)	13	6.77
คะแนนเฉลี่ย 52.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน (S.D.= 7.10) คะแนนสูงสุด 64 คะแนน คะแนนต่ำสุด 33 คะแนน		

เมื่อพิจารณาตามด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบประเด็นหรือทักษะที่ควรพัฒนาในด้านนี้ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ คือ ประเด็นการทำ ความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 81.77 ด้านที่ 2 การเข้าถึง ข้อมูล คือ ทักษะการเลือกข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ถูกต้อง โดยกลุ่มตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับน้อย/ น้อยที่สุด ร้อยละ 10.94 ด้านที่ 3 การสื่อสาร คือ ทักษะ การซักถามเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะอยู่ในระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 12.50 ด้านที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ทักษะการทบทวนการปฏิบัติงาน เพื่อปรับรูปแบบให้ดีและเหมาะสมขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะอยู่ในระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 9.37 ด้านที่ 5 การบอกต่อ คือ ทักษะการโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับและ ปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยกลุ่มตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับ น้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 8.85 และด้านที่ 6 การตัดสินใจ คือ ทักษะการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเมื่อพบเห็นผู้สูงอายุ หกล้ม โดยกลุ่มตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับน้อย/น้อยที่สุด ร้อยละ 10.93

3. การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.46 ระดับดีมาก ร้อยละ 26.56 และระดับพอใช้ ร้อยละ 23.96 รายละเอียดตามตารางที่ 2

เมื่อพิจารณารายข้อพบ 3 การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ อสม. ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

มากที่สุด ได้แก่ การคัดกรองและตรวจช่องปากเบื้องต้น ร้อยละ 41.66 รองลงมาการให้คำแนะนำ สาธิต การบริหาร กล้ามเนื้อช่องปาก ร้อยละ 34.37 และการให้คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก ร้อยละ 33.33

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านที่ 4 การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหรือการจัดการตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านที่ 5 การบอกต่อ มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ($\beta = 0.287, p\text{-value} = 0.014$), ($\beta = 0.282, p\text{-value} = 0.021$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัย ด้านลักษณะส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านที่เหลือไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียด ในตารางที่ 3

นอกจากนี้ ยังสามารถนำมาเขียนสมการทาง คณิตศาสตร์เพื่อใช้สำหรับทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ดังนี้

$$Y = 0.89 + 0.287 (\text{ด้านที่ 4 การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ}) + 0.282 (\text{ด้านที่ 5 การบอกต่อ})$$

โดยสมการสามารถทำนายการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 32 (Adj R-Squared = 0.32)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระดับการปฏิบัติงาน (กองสุขศึกษา, 2565)	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติงาน ระดับดีมาก ($\geq 80\%$ ของคะแนน)	51	26.56
การปฏิบัติงาน ระดับดี (70 - 79% ของคะแนน)	70	36.46
การปฏิบัติงาน ระดับพอใช้ (60 - 69% ของคะแนน)	46	23.96
การปฏิบัติงาน ระดับไม่ดี (< 60% ของคะแนน)	25	13.02

คะแนนเฉลี่ย 35.57 คะแนน จากคะแนน 48 คะแนน (S.D.= 6.50)
คะแนนสูงสุด 48 คะแนน คะแนนต่ำสุด 18 คะแนน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. โดยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ปัจจัย	Standardized coefficients Beta	p-value	95% CI		VIF
			Lower	Upper	
ค่าคงที่ (Constant)	0.89	0.035	0.06	1.72	-
ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ หญิง	0.09	0.415	-0.12	0.30	1.17
อายุ	0.004	0.444	-0.006	0.014	2.07
สถานภาพ สมรส	0.04	0.664	-0.16	0.244	2.33
สถานภาพ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.007	0.957	-0.23	0.25	2.49
อาชีพ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์	-0.09	0.407	-0.29	0.12	1.74
อาชีพ รับจ้างทั่วไป	-0.03	0.764	-0.20	0.15	1.75
อาชีพ ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-0.15	0.199	-0.38	0.08	1.53
อาชีพ บริษัทเอกชน	-0.009	0.979	-0.67	0.65	1.10
อาชีพ อื่น ๆ	-0.24	0.487	-0.91	0.43	1.14
ระยะเวลาการเป็น อสม.	-0.005	0.407	-0.02	0.006	1.70
รายได้ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	0.02	0.818	-0.15	0.19	1.82
รายได้ ไม่เพียงพอและมีหนี้เล็กน้อย	0.004	0.964	-0.19	0.20	1.90
รายได้ ไม่เพียงพอและมีหนี้มาก	0.09	0.583	-0.23	0.41	1.48
อาศัย นอกเขตเทศบาล	-0.05	0.459	-0.20	0.09	1.27
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	0.004	0.471	-0.008	0.02	1.23
การใช้งานเทคโนโลยี ใช้งานได้บางแอปพลิเคชัน	-0.03	0.772	-0.22	0.16	1.55
การใช้งานเทคโนโลยี ไม่สามารถใช้ได้เลย	0.20	0.328	-0.20	0.60	1.53
ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ					
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ	0.14	0.415	-0.20	0.49	1.30
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล	-0.09	0.339	-0.27	0.09	2.58
ด้านที่ 3 การสื่อสาร	0.15	0.202	-0.08	0.39	4.34
ด้านที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.287	0.014*	0.06	0.51	4.33
ด้านที่ 5 การบอกต่อ	0.282	0.021*	0.04	0.52	3.90
ด้านที่ 6 ด้านการตัดสินใจ	-0.097	0.217	-0.25	0.06	1.36
R-Squared = 0.40, Adj R-Squared = 0.32, AIC = 258.22, BIC = 336.40					

หมายเหตุ: 1. * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

2. ตัวแปรระดับการศึกษาไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ในสมการเนื่องจากมีปัญหา Multi Collinearity (VIF > 5)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นลักษณะเหมือนกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีสมาชิก อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีอาชีพการงานอยู่ในพื้นที่ของตนเองมีความพร้อมพอที่จะสละเวลาช่วยงานอื่นๆ และมีจิตสาธารณะเข้าร่วมงานช่วยเหลือสังคมโดยเฉพาะงานด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพของประชาชนรวมถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ซึ่งจากพื้นที่ที่ศึกษาของ อสม.ที่ให้ข้อมูลอายุเฉลี่ย 58.94 ปี นับว่าเป็นกลุ่มที่มีอายุมากเกือบ เข้าสู่วัยผู้สูงอายุเช่นกัน และระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 12.97 ปี ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จากการผ่านการอบรมและการทำงานในการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

การศึกษาคำตอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก เป็นผลมาจากส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม.มากกว่า 10 ปี และได้รับการพัฒนาศักยภาพจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง รวมถึงการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมมากุล (2565) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ในชุมชนต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 5 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 63.60 และการศึกษาของนิสา ปัญญา (2563) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.หมอบประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 54.58 ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ อสม. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอยู่เป็นประจำ ได้รับการอบรมและคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยง ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ จึงส่งผลให้อสม.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก เช่นเดียวกับ อสม.ในหลายๆ พื้นที่ ที่ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีและดีมาก

ด้านการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.46 และระดับดีมาก ร้อยละ 26.56 โดย อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีคู่มือการปฏิบัติงานการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดการตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม.เป็นผลมาจากมีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันชัย สมใจเพ็ง (2565) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.29$, $p\text{-value}<0.001$) การศึกษาของ พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2565) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.898$, $p\text{-value}<0.001$) การศึกษาของ จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2564) พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.573$, $p\text{-value}<0.001$) และการศึกษาของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในด้านการดูแลสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการบอกต่อมีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นผลมาจาก อสม. เป็นบุคคลในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน และมีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ยคนละ 14.05 ครัวเรือน ร่วมกับมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีได้บ้างแอปพลิเคชัน

หรือบางโปรแกรม ร้อยละ 77.08 จึงสามารถโน้มน้าวให้คนในชุมชนปฏิบัติตามได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เทียนถาวร และ ณรงค์ ใจเที่ยง (2564) พบว่าทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value=0.001) และการศึกษาของ วันเฉลิม รัตพร (2564) ที่ชี้ให้เห็นว่าทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกิน 0.05 ($r = 0.281$, p-value<0.001)

สรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีและระดับดีมาก ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการจัดการตนเองและด้านการบอกต่อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรมีการดำเนินงานพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การมีโปรแกรมสุขภาพ การกำหนดเป้าหมาย การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการบอกต่อเช่นการให้เล่าเรื่องจากประสบการณ์ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือพัฒนานักสื่อสารสุขภาพในชุมชน เพื่อมุ่งหวังการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพสูง

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มมากขึ้น เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบสมการพหุเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modelling: SEM) เพื่อให้ทราบถึงอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งทางตรง ทางอ้อม และอิทธิพลรวมต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- Department of Health. (2022). *Screening results for elderly symptoms with elderly health notebook*. Retrieved from <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>. (in Thai).
- Department of Health Service Support. (2017). *Strengthening health literacy from VHVs to FHVVs*. Bangkok: O-Wit. (in Thai).
- Health Education Division. (2020). *Guidelines for developing health literacy communities*. Bangkok:25 Media company Limited. (in Thai).
- Health Education Division. (2022). *Implementing Village health education to change health behaviors handbook*. Retrieved from <https://hed.go.th/guideline/>. (in Thai).
- Khampisut J. (2021). *Health Literacy and COVID-19 Prevention Behavior among Students in Faculty of Education, Northern College*. *Journal of Community Public Health*, 7(4),17-28. (in Thai).

- Koohamane A, Rodjakphi Y, and Maharachphong N. (2020). *Health literacy and the role of village health volunteers (VHVs) on preventing chronic disease*. Journal of Department of Medical, 45(1), 137-142. (in Thai).
- Maneepong P, Singjuy W, Sookham S, and Sriputphong P. (2021). *The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors 3E-2S in people, Suphanburi Province*. Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi, 4(1), 84-93. (in Thai).
- Meekaew A, Jaidee W, and Sangjan S. (2022). *Factors related to health literacy and self-protective behavior in the surveillance of the outbreak of coronavirus disease 2019 among village health volunteers, Soi Dao District, Chanthaburi Province*. Nursing Journal of the Ministry of Public health, 32(1), 74-87. (in Thai).
- National Statistical office. (2021). *The situation of Thai elderly in spatial dimensions 2021*. Retrieved from www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038_72776.pdf. (in Thai).
- Phitakthammakul P. (2022). *Health Literacy and Health Behavior of The Village Health Volunteers (VHVs) in Model Community of The Health Region 5*. Documents from Primary Health Care and Health Behavior Division, Health Service Support Center 5.
- Panya N. (2020). *Health Literacy of The Village Health Volunteers (VHVs) in The Health Region 5*. Documents from Health Service Support Center 10.
- Rattaporn W. (2021). *Health Literacy and Prevention Behavior of Covid 19 among Working-age Groups*. Retrieved from <http://www.hed.go.th/linkHed/465>. (in Thai).
- Somjaipeng W. (2022). *The Relationship between SexualHealth Literacy and Sexual Behaviorsof Teenage in a District of Suphanburi Province*. Journal of Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province, 5(2), 101-116. (in Thai).
- Sonart B. (2019). *A health literacy guideline on health promotion bahaviors for working age populations in Bangkok and Metropolitan region*. Master of Education Thesis, Major: Development Studies, Silpakorn University. (in Thai).
- Thianthavorn V, Chitiang N. (2021). *Relationship between Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 among University Students*. Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 4(2),130-141. (in Thai).
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi, Kenya, 26-30



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของงานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> หรือ <https://moph.cc/urGLQ8>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com และ <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้พิมพ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ใจชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย
4. การประเมินบทความ (Peer Review Process) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือการปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
5. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
8. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญช พีสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ชื่อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ชื่อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการทำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
 - ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press.
(in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181.
(in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.

อ้างอิงจากปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือปริญญาตรีบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

ฐิติพัฒน์ โกเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness*. Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง (การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ ที่ต้องจัดส่งมายังกองบรรณาธิการ)

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).

- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphuekj.kirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โภเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานุ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.
- Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).
- มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Doran, Kirk. (1996, January). *Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing*. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.
- Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness*. (Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin).



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้*ไม่เคย*ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

