



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

ปีที่1 ฉบับที่1 ม.ค. - มิ.ย. 2562 : Vol.1 No.1 January - June 2019

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
Dynamic Health Standard and Smart Journal

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม 2562 – มิถุนายน 2562

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	xxxx-xxxx
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2562

ที่ปรึกษา

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา
นายอดุลย์ บำรุง

นายมนูณี เหมือนชาติ
นายเชิดชัย อริยานุชิตกุล
นางจิรประภา ศิริสูงเนิน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สสจ. ขอนแก่น
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ. ขอนแก่น
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น
เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษรักษาการ
ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทาง
วิชาการ) สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการ

นางกมลลา วัฒนายิ่งเจริญชัย

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สสจ. ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

นางเกื้อกุล เพ็ชรสันต์
ดร.จักรสันต์ เลียหยุด
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี
นางสาวนพพร การถัก
นางแสงเดือน โสภา
นางกนกพร ธัญมณีนสิน
นางสาวจงกลณี บุญอาษา
นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์
ดร.กฤษณะ เพชรบ่อใหญ่
นางจิราภรณ์ บุญปก
นายวัฒนา นิลบรรพต
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง
ดร.เจษฎา สุวรรณรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
เภสัชกรชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
ทันตแพทย์ชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สสจ. ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.จุฬารัตน์ ไสตะ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พิศมัย หอมจำปา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อุไร จำปาวดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ราณี วงษ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญรักษ์ จังหวัดอุดรธานี
ดร.ชนิษฐา ทุมา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
ดร.ธิโสภิน ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต
	อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บทบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการส่งเสริมและสนับสนุนทางด้านวิจัยและวิชาการ การควบคุมกำกับติดตาม ประเมินผลและการให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านวิจัยและวิชาการดำเนินงานศึกษาวิจัยทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมดำเนินงานศึกษาวิจัยในพื้นที่กับหน่วยงาน/ส่วนราชการต่างๆ และภารกิจที่มีความสำคัญอีกภารกิจหนึ่ง คือ เป็นหน่วยงานรวบรวม และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่สังคม เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ตระหนักถึงความสำคัญของการเผยแพร่ผลงานวิจัย ในรูปของการเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ซึ่งเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ จึงได้จัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) ขึ้นมีกำหนดออกวารสารในการเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ โดยมีการควบคุมคุณภาพวารสาร โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้และนำมา ซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพและสุขภาพาระที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด
ในจังหวัดขอนแก่น

พิมพ์มาส สิงหาคม

1

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่
จังหวัดขอนแก่น

กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

15

ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิถีพุทธธรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ปรีดา เจริญโภคทรัพย์

25

รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

พนมहा ลดาพงษ์

37

การประเมินผลโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวาย
เป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี
ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญ
พระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 พระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 90 พรรษา อำเภอบ้านไผ่
จังหวัดขอนแก่น ปี 2560 กรณีศึกษาตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่
จังหวัดขอนแก่น

สมหมาย ชาน้อย

51

มิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง

เกษราภรณ์ บรรณวงศ์ศิลป์, ระพีพัฒน์ อารามภูรี, วิโรจน์ แต่งด้วง

65

การจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ที่เอื้อต่อสุขภาวะผู้สูงวัย:

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

พรณิภา ไชยรัตน์

73

ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)

อดุลย์ บำรุง

87

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด ในจังหวัดขอนแก่น

พิมพิมาส สิงหาคม¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบ case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดที่มี และไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน จำนวน กลุ่มละ 192 คน (n=384) สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก

ผลการศึกษาในมารดาของกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.4 ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติ ร้อยละ 58.9 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 43.2 อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 38.6 สัปดาห์ (SD.=1.4) ค่าความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ย 34.2%vol (SD.=3.8) การรับรู้ของมารดาต่อภาวะขาดสารไอโอดีนอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.9 การใช้เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีน ร้อยละ 30.4, 67.5, 19.1 ตามลำดับ และส่วนใหญ่รับประทานปลาทะเล 2-3 เดือน ร้อยละ 43.8 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด ได้แก่ มารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 13-38 สัปดาห์ (p = 0.016) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีน (p < 0.001) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน (p < 0.001) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (p < 0.001) การไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน (p < 0.001) การรับประทานอาหารทะเลน้อย (p =0.044) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ควรส่งเสริมมารดาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มการรับรู้และส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนและบริโภคอาหารทะเลจะช่วยลดภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในจังหวัดขอนแก่นได้

คำสำคัญ: ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน, ความเชื่อด้านสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Pimpimars Singhakom. Email: ppim18@hotmail.com

FACTORS ASSOCIATED WITH THE NEONATAL HYPOTHYROIDISM IN KHON KAEN PROVINCE, THAILAND

Pimpimars Singhakom¹

ABSTRACT

This study was a case-control study aimed to investigate which factors may have influenced neonatal hypothyroidism in Khon Kaen province, Thailand. The total number of 384 neonates were recruited and divided into case (n=192) and control groups (n=192). All neonates were selected by systematic random sampling method. The instrument were medical record and questionnaires based on health belief model. The data were analyzed with descriptive statistic and multiple logistic regression.

The study revealed that most of the neonatal hypothyroidism's mothers were above 20 years of age (73.4%), normal BMI before pregnancy (58.9%), enrolling antenatal care within 12 weeks of pregnancy (43.2%). The gestational age was 38.6 weeks (SD. =1.4), mean hematocrit levels 34.2 % (SD. =3.8). The perception of iodine deficiency was a moderate level of (71.9%). The usage of an iodized salt, fish sauce with iodine and soy sauce with iodine were 30.4%, 67.5%, and 19.1%, respectively. They consumed saltwater fish 2-3 time monthly (43.8%). In addition, the factors associated with the hypothyroidism among neonatal were included pregnant women initiated antenatal care within 13-38 weeks of their pregnancy ($p = 0.016$), perceived susceptibility ($p < 0.001$), perceived benefits ($p < 0.001$), perceived barriers ($p < 0.001$), non-iodized salt usage ($p < 0.001$), low consumption of seafood ($p = 0.044$). These findings suggest that health care providers should enhance pregnant women to enroll antenatal care within 12 weeks of pregnancy, improve of perception, and increase iodized salt usage and consumption of seafood in order to reduce the prevalence of neonatal hypothyroidism

Keyword: hypothyroidism, health belief model

¹Registered Nurse, Professional Level. Ban Fang hospital, Ban Fang district, Khon Kaen province, Thailand

บทนำ (Introduction)

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทุกกลุ่มวัย ตลอดระยะเวลาของวงจรชีวิตหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร หญิงวัยเจริญพันธุ์และเด็กปฐมวัย เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบที่ร้ายแรงของภาวะขาดสารไอโอดีนได้มากที่สุด เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ที่จำเป็นต่อการสร้างเซลล์สมองและการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 3 ปี หากขาดสารไอโอดีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อาจทำให้ปัญญาอ่อน ประสาทพิการแต่กำเนิดที่เรียกว่า endemic cretinism¹

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีน เนื่องจากสารไอโอดีนจำเป็นต่อการพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ และทารกแรกคลอด ภาวะขาดสารไอโอดีนจึงเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทางสมองที่ป้องกันได้ สมองของทารกที่กำลังพัฒนานั้นไวต่อภาวะขาดสารไอโอดีนมากแม้ในภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำกว่าปกติเพียงเล็กน้อย มารดาที่ขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงในระยะแรกจะทำให้พัฒนาการของสมองทารกในครรภ์ผิดปกติเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง และลดการพัฒนา

สติปัญญาของเด็ก โดยพบว่า การขาดไอโอดีนตั้งแต่ในครรภ์ ทำให้พัฒนาการของสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ลดความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาของเด็กได้ถึง 10-15 จุด¹⁻³ และเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีปัญหาไทรอยด์มักมีไอคิวต่ำกว่า 85⁴ อันเป็นผลทำให้เด็กมีปัญหาในการศึกษาเล่าเรียน มีผลต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติในอนาคต

จากการสุ่มสำรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์จังหวัดละ 300 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 - 2558 พบว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง โดยค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ใน พ.ศ. 2558 คือ 147.1 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก (150 ไมโครกรัมต่อลิตร) โดยจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนส่วนมากอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายให้จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน เหล็ก และกรดโฟลิก ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอดขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน แต่กลับพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 94.6 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวันมีเพียง ร้อยละ 77.4 เท่านั้น⁵

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และ

สถานานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน (WHO/UNICEF/ICCIDD) ได้กำหนดให้ระดับ (Thyroid stimulating hormone: TSH) ในเด็กแรกเกิดอายุ 2 วันขึ้นไปเป็นดัชนีชี้วัดการขาดโรคขาดสารไอโอดีนและสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าจำนวนทารกที่มีระดับ $TSH > 11.2$ mU/L ไม่ควรเกินร้อยละ 3^{1,5} จากผลการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีนของทารกแรกเกิดปี 2560 จังหวัดขอนแก่นพบว่าในทารกที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง 15,976 คน มีทารก 1,092 คนที่มีระดับ $TSH > 11.2$ mU/L คิดเป็นร้อยละ 6.84 ซึ่งเกินจากเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้⁶ จากข้อมูลเหล่านี้ที่สะท้อนให้เห็นว่านโยบายต่างๆ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วอาจจะยังไม่ครอบคลุมในทุกปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการควบคุมการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลต่อระดับระดับ TSH ในเด็กแรกเกิด

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการปัจจัยต่างๆ ในมารดาที่ตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อภาวะพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด และประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวถึงการรับรู้แบบแผนด้านสุขภาพที่เหมาะสมใน 4 มิติ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยเชื่อว่าการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มาใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัจจัยเพิ่มเติมในหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดได้ การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด และภาวะขาดสารไอโอดีนในมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบ case-control study

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ($TSH > 11.2$ mU/L) (case) จำนวน 567 คน และทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (control) จำนวน 7,010 คน ของโรงพยาบาล 22 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และเป็นคนในพื้นที่ขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง:

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของค่าสัดส่วนประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันของ Lemeshow S (1990)^{7,8} โดยใช้สูตร

$$n = \frac{2P(1-P)(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(P_T - P_C)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง
 P = $(P_T + P_C)/2$
 P_T = สัดส่วนในกลุ่มตัวอย่าง
(case) P_C = สัดส่วนในกลุ่ม
เปรียบเทียบ (control)

α = ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดในการปฏิเสธสมมติฐานเท่ากับ 1.96

β = ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดในการยอมรับสมมติฐานเท่ากับ 0.84
แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2 \times 0.122(1 - 0.122)(1.96 + 0.84)^2}{0.009216} = 183$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 183 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงกลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญเสียระหว่างการเก็บข้อมูล จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง 5% (Dropout) ดังนั้น

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - d)} = \frac{183}{1 - 0.05} = 192$$

สรุป ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (case) จำนวน 192 คน และทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (control) จำนวน 192 คนรวมทั้งหมด 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยทางประชากร สังคม ได้แก่ เพศของทารก สถานที่ฝากครรภ์ มี

ระดับของการวัดเป็นแบบนามสเกล สำหรับน้ำหนักแรกเกิด อายุของมารดา ค่าดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด ค่าความเข้มข้นของเลือด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก มีระดับการวัดเป็นแบบอัตราส่วนสเกล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของมารดา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ผลกระทบประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน มีระดับการวัดเป็นแบบอัตราส่วนสเกล ข้อคำถามให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ถ้าตอบ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และมีการแปลผลคะแนน จัดกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของตามแนวคิดของเบสท์ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ การรับรู้ระดับสูง 3.68-5.00 การรับรู้ปานกลาง 2.34-3.67 และการรับรู้ระดับต่ำ 1.00-2.33

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีน การรับประทานอาหารทะเล มีระดับการวัดเป็นแบบอัตราส่วนสเกล

เครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ

นบาค (Cronbach's alpha coefficient) การรับรู้ของมารดาเท่ากับ 0.82

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล: โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) ค่า Odd ratio และค่า 95%CI

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล: โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขรับรอง COA6082 KEC6099 ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย (Result)

ผลการศึกษาในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน พบว่า ทารกแรกเกิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.5 เพศหญิง ร้อยละ 49.5 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,039 กรัม (S.D.=358) คลอดโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 89.6 อายุเฉลี่ยของมารดา 25.4 ปี (S.D.=5.6) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 22.0 กก./เมตร² (S.D.=3.3) มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.6 ฝากครรภ์โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต. ร้อยละ 90.0 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.2 ฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 57.3 อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 38.6

สัปดาห์ S.D.=1.2) ค่าความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ย 36.4% vol (S.D.=3.2) ใช้เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 49.7, 72.1, 51.0 ตามลำดับ รับประทานปลาทะเลทุกวัน ร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 1

ในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน พบว่า ทารกแรกเกิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 เพศหญิง ร้อยละ 45.3 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,065 กรัม (S.D.=393) คลอดโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.1 อายุเฉลี่ยของมารดา 24.4 ปี (S.D.=6.3) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 21.6 กก./เมตร² (S.D.=3.2) มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.7 ฝากครรภ์โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต. ร้อยละ 90.1 ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 43.2 ฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 37.0 อายุครรภ์ที่คลอดเฉลี่ย 38.6 สัปดาห์ (S.D.=1.4) ค่าความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ย 34.2%vol (S.D.=3.8) ใช้เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 30.4, 67.5, 19.1 ตามลำดับ รับประทานอาหารปลาทะเล 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 43.8 ดังตารางที่ 1

วิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด คือ มารดาที่ฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ 13-38 สัปดาห์ ($p = 0.016$; 95%CI = 1.1-3.6) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีน ($p = < 0.001$; 95%CI = 0.2-0.6) การรับรู้ประโยชน์ในการ

ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน ($p < 0.001$: 95%CI = 0.1-0.4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน ($p < 0.001$: 95%CI = 1.5-7.9) การไม่ใช้

เกลือเสริมไอโอดีน ($p < 0.001$: 95%CI = 1.5-7.9) การรับประทานอาหารทะเลน้อย ($p = 0.044$: 95%CI = 0.3-1.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางประชากร สังคมของทารกแรกเกิดทั้งที่มี และไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน

ปัจจัยทางประชากร สังคม	ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์		ภาวะพร่องไทรอยด์	
	ฮอร์โมน (n=192)		ฮอร์โมน (n=192)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศของทารกแรกเกิด				
ชาย	97	50.5	105	54.7
หญิง	95	49.5	87	45.3
น้ำหนักแรกเกิด				
< 2500	13	6.8	10	5.2
2,500 ขึ้นไป	179	93.2	182	94.8
Mean±S.D.	3,039±358		3,065±393	
อายุของมารดา				
< 20 ปี	36	18.8	51	26.6
20 – 44 ปี	156	81.3	141	73.4
Mean±S.D.	25.4±5.6		24.4±6.3	
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์				
23.0 ขึ้นไป (อ้วน)	62	32.3	52	27.1
18.5 – 22.9 (ปกติ)	105	54.7	113	58.9
0 – 18.5 (ผอม)	25	13.0	27	14.0
Mean±S.D.	22.0±3.3		21.6±3.2	
สถานที่ฝากครรภ์				
คลินิกเอกชน	18	9.4	19	9.9
โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต.	174	90.6	173	90.1

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางประชากร สังคมของทารกแรกเกิดทั้งที่มี และไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (ต่อ)

ปัจจัยทางประชากร สังคม	ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมน (n=192)		ภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมน (n=192)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์				
กึ่งสัปดาห์				
ก่อน 12 สัปดาห์	131	68.2	83	43.2
12 สัปดาห์ขึ้นไป	61	31.8	109	56.8
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์				
< 5 ครั้ง	82	42.7	121	63.0
5 ครั้ง	110	57.3	71	37.0
Mean±S.D.	4.5±0.7		4.2±0.8	
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)				
< 38	31	16.1	30	15.6
≥ 38	161	83.9	162	84.4
Mean±S.D.	38.6±1.2		38.6±1.4	
ค่าความเข้มข้นของเลือด				
< 33 vol%	18	9.4	52	27.1
33 – 55 vol%	174	90.6	140	72.9
Mean±S.D.	36.4±3.2		34.2±3.8	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดในจังหวัด
ขอนแก่น การวิเคราะห์หลายตัวแปร

ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ ภาวะพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมน	ไม่มีภาวะ พร่อง ไทรอยด์ ฮอร์โมน จำนวน (คน)	มีภาวะ พร่อง ไทรอยด์ ฮอร์โมน จำนวน (คน)	Crude OR	OR Adjust	95% CI	p - value
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก						
13 - 38 สัปดาห์	61	109	2.8	2.0	1.1-3.6	0.016
ก่อน 12 สัปดาห์	131	83	Ref.	Ref.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีน						
ปานกลาง	71	154	0.1	0.3	0.2-0.6	< 0.001
สูง	121	38	Ref.	Ref.		
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน						
ปานกลาง	34	120	0.1	0.2	0.1-0.4	< 0.001
สูง	158	72	Ref.	Ref.		
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน						
สูง	78	16	13.3	3.5	1.5-7.9	0.003
ปานกลาง	78	78	4.9	1.7	0.8-3.5	0.165
ต่ำ	36	98	Ref.	Ref.		
พฤติกรรมป้องกันการภาวะขาดไอโอดีน (การใช้เกลือเสริมไอโอดีน)						
ไม่ใช้	37	146	13.3	4.8	2.7-8.6	< 0.001
ใช้	155	46	Ref.	Ref.		
พฤติกรรมป้องกันการภาวะขาดไอโอดีน (การรับประทานอาหารทะเล)						
น้อย	102	170	0.1	0.5	0.3-1.0	0.044
ปานกลาง	90	22	Ref.	Ref.		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด ในจังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบ case-control study กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (case) จำนวน 192 คน และทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (control) จำนวน 192 คน รวมทั้งหมด 384 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยแบบลอจิสติก

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด โดยวิเคราะห์หลายแปรพบว่า มารดาที่ฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ 13-38 สัปดาห์จะมีโอกาสพบภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดมากเป็น 2.0 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ($p = 0.016$) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ตลอดจนกระทั่งคลอด ซึ่งสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการไอโอดีนมากกว่าคนทั่วไป โดยองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัย

โลก (WHO) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณไอโอดีนที่สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับต่อวัน คือ 200-250 ไมโครกรัมต่อวัน⁹ ซึ่งมีปริมาณมากกว่าความต้องการไอโอดีนต่อวันของประชากรทั่วไปที่ต้องการไอโอดีนประมาณ 150 ไมโครกรัมต่อวัน¹⁰ โดยปริมาณความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในระหว่างการตั้งครรภ์ไอโอดีนจะถูกขับออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น และตัวอ่อนจำเป็นต้องใช้ในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน¹¹

จากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการขาดไอโอดีนในระดับปานกลางจะมีโอกาสพบภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดมากเป็น 0.3 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ในระดับสูง ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีนในระดับปานกลางจะมีโอกาสพบภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดมากเป็น 0.2 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ในระดับสูง ($p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของหญิงตั้งครรภ์ที่มีในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการขาดไอโอดีนในระดับสูงจะมีโอกาสพบภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดมากเป็น 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ($p < 0.001$) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการเกิดภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด

ได้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลรัตน์ โมทนา และคณะ¹² ที่พบว่าเมื่อประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมแก่หญิงตั้งครรภ์ จะส่งผลให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค ชาติสารไอโอดีน มีคะแนนที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.01) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pramot Martsuri¹³ ที่ผลการศึกษาพบว่า ถ้ามีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ถึงความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคให้เพิ่มมากขึ้น จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏนภา บัณฑิตสุวรรณ¹⁴ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรมให้กับหญิงตั้งครรภ์ พบว่าจะทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ชาติสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.05) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการขาดไอโอดีนได้

นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน จะทำให้มีโอกาสพบภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิดมากเป็น 4.8 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน ($p < 0.001$) ซึ่งไอโอดีนเป็นส่วนประกอบสำคัญในการผลิตไทรอยด์ฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเผาผลาญอาหารและพลังงานของร่างกาย¹⁵ ซึ่งการสังเคราะห์ไทรอยด์ฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์จะอยู่ภายใต้การควบคุมของต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Pituitary gland) ซึ่ง จะ หลั่ง ฮ อ ร โ ม น Thyroid stimulating hormone (TSH) ที่ควบคุมไทรอยด์ฮอร์โมน หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในระหว่างการตั้งครรภ์จะทำให้ได้รับปริมาณของไอโอดีนที่ไม่เพียงพอ และส่งผลต่อการเกิดผลกระทบต่อตัวทารก เช่น ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ปัญญาอ่อน ประสาทพิการแต่กำเนิด¹ และส่งผลในระยะยาวต่อเด็กโดยจะทำให้พัฒนาการของสมองทารกในครรภ์ผิดปกติเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง และลดการพัฒนาศติปัญญาของเด็กโดยพบว่าการขาดไอโอดีนตั้งแต่ในครรภ์ ทำให้พัฒนาการของสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ลดความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาของเด็กได้ถึง 10-15 จุด¹⁻³ และเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีปัญหาไทรอยด์มักมีไอคิวต่ำกว่า 85 จุด⁴

อันเป็นผลทำให้เด็กมีปัญหาในการศึกษาเล่าเรียน มีผลต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติในอนาคต

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทะเล ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดภาวะพร่องไอโอดีนด้วยเช่นกัน ในทารก เนื่องจากแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีนไอโอดีนนั้นจะพบมากในอาหารทะเล ซึ่งในอาหารอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปลาทะเล ถือได้ว่าเป็นแหล่งอาหารที่อุดมไปด้วยไอโอดีน โดยพบว่าในปลาทะเล 1 กิโลกรัม มีไอโอดีนอยู่ประมาณ 300-3,000 ไมโครกรัม¹⁶ จากผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารทะเลก็มีผลต่อภาวะพร่องไอโอดีนด้วยเช่นกัน โดยหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารทะเลน้อยจะมีโอกาสพบภาวะพร่องไอโอดีนของทารกแรกเกิดมากเป็น 0.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่รับประทานอาหารทะเลมาก แต่เนื่องจากอาหารทะเลมีราคาสูงกว่าอาหารประเภทอื่น จึงอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงอาหารทะเลได้ จากการศึกษาของสุภาภักดิ์ สิงห์เสนา¹⁷ ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณไอโอดีนที่ได้จากอาหาร พบว่า รายได้

มีความสัมพันธ์กับปริมาณไอโอดีนที่ได้รับจากอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.05)

ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรเริ่มต้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดา รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้องลดผลกระทบต่อดังกล่าวทั้งทางด้านปัญหาอ่อน ประสิทธิภาพการแท้ง กำเนิด และสติปัญญาของเด็ก อันส่งผลต่อการพัฒนา สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง อาจารย์ ดร. ราณี วงศ์คงเดช, อาจารย์วิชาดา สิมลา, นายแพทย์ณัฐพล เภโบล และผู้ช่วยนักวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุน ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Benoist BD, Andersson M, Egli I, Takkouche B, Allen H. Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency. Geneva; 2004.
2. Buppasiri P. Conquering the Iodine Deficiency. Srinagarind Med J 2013; 28 (suppl); 92-96.
3. Zimmermann MB. The effects of iodine deficiency in pregnancy and

- infancy. **Paediatric and perinatal epidemiology** 2012; 26(Suppl 1): 108-17.
4. Smallridge RC, Ladenson PW. Hypothyroidism in Pregnancy: Consequences to Neonatal Health. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism** 2001; 86(6): 2349-53.
 5. Bureau of Nutrition (BoN) DoH, Ministry of Public Health. **Report of the National Iodine Deficiency Disease Control Board Meeting No. 1/2559**. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017.
 6. Khon kaen Provincial Health Office. **The result of Risk of neonatal hypothyroidism in Khon Kaen province in 2017**. Khon kaen: Khon kaen Provincial Health Office; 2017.
 7. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, Organization WH. **Adequacy of sample size in health studies**. [n.p.]; 1990.
 8. Campbell MJ, Machin D, Walters SJ. **Medical statistics: a textbook for the health sciences**. John Wiley & Sons; 2010.
 9. Best J. **Research in Education**. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
 10. Bureau of Nutrition DoH, Ministry of Public Health. **Dietary Reference Intake For Thais 2003**. Bangkok: Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health; 2003.
 11. Yangyuen S, Songklang S, Somdee T. Food Consumption And Urinary Iodine Excretion Of Pregnant Woman In Mahasarakham Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 5(4): 683-702.
 12. Motana N, Chusak T, Nunthachai B, Chaiwong S. Effectiveness of health education based on health belief model for preventing iodine deficiency in Ma Kaw Tom, Muang District, Chiangrai Province. **Naresuan Phayao Journal** 2014; 7(2): 178-84.
 13. Martsuri P. Iodine deficiency prevention in pregnant women, Namsom District, Udonthani Province. **Journal of the office of DPC7 Khon Kaen** 2011; 19(2): 27-40.
 14. Patchasuwan N, Banchonhattakit P. The effects of health promotion program for prevention of Iodine

- deficiency disorders among pregnancies in Nhongkungsri district, Kalasin province. **Research and Development Health System Journal** 2015; 8(1): 72-82.
15. Sanmuang T. **Effectiveness of health education based on health belief model for preventing iodine deficiency in Mae Kaw Tom, Muang District, Chiangrai Province.** Phayao: University of Phayao; 2012.
16. Chaisurat J. IODINE. **Journal Science & Technology, Ubon Rachathani University** 2550; 3(2): 55-63.
17. Singsena S, Muktabhant B. Factors Affecting Urinary Iodine of Pregnant Women Attending the Antenatal Care Clinics at Srinagarind hospital and Khon Kaen Hospital. **Maharakham Hospital Journal** 2015; 12(3): 161-72.

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

กนกรัตน์ ชัยนุ¹, กิตติยา ทองสุข², มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - ธันวาคม พ.ศ. 2560 อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการศึกษาย้อนหลัง แบบ Retrospective Cohort Study ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี พ.ศ. 2559-2560 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 79 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR), Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval เก็บข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า รายได้ (OR=0.25; 95% CI=0.08–0.73) การรับรู้เกี่ยวกับโรค (OR=0.35; 95% CI=0.12–0.96) ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว (OR=0.14; 95% CI=0.02–0.69) การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ (OR=0.26; 95% CI=0.10–0.67) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน (OR=0.26; 95% CI=0.09–0.75) และการใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่อง (OR=0.07; 95% CI=0.02–0.25) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี เมื่อทำการวิเคราะห์ Multivariate analysis พบว่าการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41–64.80; P-value=0.003) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.จิตเวช มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.08 เท่า (95%CI=0.01–0.60; P-value=0.013) ดังนั้น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาและได้ยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเชื่อมโยง ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องระหว่างสถานบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถป้องกันการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้

คำสำคัญ: จิตเภทเรื้อรัง, กำเริบซ้ำ, อาการทางจิต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

²นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Mingkuan Phuhongtong. Email: m.phuhongtong@gmail.com

FACTOR ASSOCIATED TO RECURRENT SYMPTOMS IN CHRONIC SCHIZOPHRENIA PATIENTS AT BAN PHAI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Kanokrat Chainu¹, Kittiya Tongsuk², Mingkhuan Phuhongtong³

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate factors affecting schizophrenia patients with recurrent symptoms within one year of chronic schizophrenia. During January 2016 - December 2017, Ban Phai District, Khon Kaen Province performed an analytical study by retrospective cohort study. The population of recurrent chronic schizophrenic patients in the year 2016 who came to receive service at Ban Phai Hospital was a total of 79 cases. Descriptive statistics to present the mean, standard deviation, inferential statistic to present Chi-square, and Odds ratio (OR), Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio and 95% Confidence Interval. Data were collected by interview and in-depth interview. The results showed that income (OR = 0.25; 95% CI = 0.08–0.73) Perception of the disease (OR = 0.35; 95% CI = 0.12–0.96) Relationship between family members (OR = 0.14; 95% CI = 0.02–0.69) Income (OR = 0.26; 95% CI = 0.10–0.67) Participation in community activities (OR = 0.26; 95% CI = 0.09–0.75) and intermittent antipsychotics (OR = 0.07; 95% CI = 0.02–0.25) risk factor that causes patients with recurrent psychiatric symptoms within 1 year. Multivariate analysis has found that not continuing to take anti-psychotic drugs. On the recurrence of symptoms within 1 year more than 12.5 times continuous patients (95% CI = 12.41–64.80; P-value = 0.003) and Schizophrenic patients receiving treatment for psychiatric hospitals have a risk of recurrence within less than 1 year compared to schizophrenic patients treated at primary care unit 0.08 times (95% CI = 0.01–0.60 P-value = 0.013). The health care system for treatment and receiving anti-psychiatric drugs together with the continuous seamlessly between primary, secondary and tertiary care, the mental symptoms recurrent in chronic schizophrenic patients.

Key Words: schizophrenia, Recurrent, psychiatric symptoms

¹Registered Nurse, Professional Level, Ban Phai Hospital

²Medical Physician, Senior Professional Level, Ban Phai Hospital

³Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวช เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและพบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช จากสถิติโลกผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน โดยพบอุบัติการณ์โรคประมาณ 0.1 – 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5 – 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 – 9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิง เพศชายเป็นได้เท่าๆ กัน พบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงวัยรุ่นต้นๆ หรือผู้ใหญ่ตอนต้นๆ¹ โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่เริ่มแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการด้านจิตเภทกำเริบมีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น ญาติต้องพาเข้ารักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตสงบ แต่มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพหลงเหลืออยู่ ลักษณะดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง บางรายมีอาการกำเริบบ่อย การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง มีอาการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการรับรู้ขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ครอบครัว ญาติ ต้องมีส่วนร่วมมากขึ้น บางรายไม่มีคนดูแลทำให้เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาในสังคมมากขึ้น² เป้าหมายในการ

บำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการให้คำแนะนำทางการแพทย์ รวมถึงการส่งเสริมการป้องกัน การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพเสื่อมถอยทั้งร่างกาย สติปัญญา การเรียนรู้ การสื่อสารความหมาย และจิตใจโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์พยาบาล เภสัชกร และวิชาชีพอื่น และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตใน สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระของบุคคลรอบข้างและสังคมน้อยที่สุด

ในเขตอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังสะสมทั้งหมด 726 ราย มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในชุมชนทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 76 ราย และในปี พ.ศ.2560 จำนวน 90 ราย⁴ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ เขตอำเภอบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง บางรายมีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่รักษาเป็นเวลานาน และเมื่อกลับสู่ชุมชนมักมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ขาดทักษะชีวิตในการที่จะจัดการกับปัญหา ไม่ยอมรับการรักษา หรือได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจากญาติ ขาดผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมาก การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ

กำเริบเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน เกิดความไม่ปลอดภัยในชุมชน⁵ มีประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บหรือพิการโดยการก่อวินาศกรรมหรือทำร้ายร่างกายและทรัพย์สินผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ไปตลอดชีวิต⁶ ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กระบวนการในการดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรค ได้แก่ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และให้ชุมชนสามารถจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกครอบครัวจัดที่อยู่อาศัย และจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ เพื่อเพิ่มบริการที่ดี ให้กับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค รับประทานยา ยาจิตเวช การใช้สารเสพติดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมการไม่ร่วมมือในการรับรักษา การไม่ร่วมมือในการ อายุ และระยะเวลานานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ⁷⁻¹¹

จากข้อมูลและปัญหาที่กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาถึงปัจจัยและผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ส่งผลต่อการกำเริบอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและเป็นแนวทางในการสร้างระบบการดูแล รักษาและป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และกลุ่มที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำในปี 2559-2560 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่นจำนวน 90 รายและขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

Inclusion criteria ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (schizophrenia) ที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำในปี 2559 และปี 2560

Exclusion criteria จำนวน 11 ราย

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจน ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือให้ความร่วมมือได้
2. ผู้ป่วยที่ย้าย หรือ ทำงานนอกเขต อำเภอบ้านไผ่ ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันที่เก็บข้อมูล
3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต
4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
5. ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล

กลุ่มศึกษา (case) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 และปี 2560 จำนวน 40 ราย

กลุ่มควบคุม (control) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการกำเริบในปี 2559 ที่ไม่มีอาการกำเริบซ้ำในปี 2560 จำนวน 39 ราย

เครื่องมือ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากเวชระเบียน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และนำไปทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square และ Odds ratio (OR) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ตัวแปรที่มีค่า $P\text{-value} < 0.25$ นำมาวิเคราะห์ Multiple logistic regression, Adjusted Odds ratio และ 95% Confidence Interval

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้เสนอขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขรับรอง COA6089 KEC60102

ผลการวิจัย (Result)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อายุเฉลี่ย 38.7 ปี ($SD = 10.12$) สถานภาพโสดร้อยละ 69.1 การศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.2 และมีรายได้ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพียงร้อยละ 52.9 ผู้ป่วยร้อยละ 42.6 รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 30.9 รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และร้อยละ 26.5 รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช การประกอบอาชีพพบว่า ร้อยละ 54.4 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และร้อยละ 47.1 ไม่ทนายด้านการกำเริบโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่

ร้อยละ 79.4 ไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งร้อยละ 63.2 เคยใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่มีที่พักเป็นหลักแหล่ง การช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 84.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวร้อยละ 78.4 ไม่มีความขัดแย้ง การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ทำได้ร้อยละ 56.4 การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 58.2 สามารถร่วมทำกิจกรรมในชุมชนได้ การถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ถูกปฏิเสธจากชุมชน การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง พบว่า ร้อยละ 40.5 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ด้านลักษณะบุคคล ด้านการเจ็บป่วย และด้านสังคม และการรักษาต่อการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยจิตเภทควรละปัจจัยโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ พบว่า รายได้ (OR=0.25; 95% CI=0.08–0.73) การรับรู้เกี่ยวกับโรค (OR=0.35; 95% CI=0.12–0.96) ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว

(OR=0.14; 95% CI=0.02–0.69) การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ (OR=0.26; 95% CI=0.10–0.67) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน (OR=0.26; 95% CI=0.09–0.75) และการใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่อง (OR=0.07; 95% CI=0.02–0.25)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41–64.80; P-value=0.003) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.จิตเวช มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.08 เท่า (95%CI=0.01–0.60; P-value=0.013) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษา รพ.รพช. มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี น้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่ PCU/รพ.สต. 0.12 เท่า (95%CI=0.01–0.83; P-value=0.032) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	Adjust Odds Ratio(AOR)	95 % CI AOR
การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง					
ใช่	1				
ไม่ใช่	2.52	0.84	0.003*	12.502	12.41-64.80
สถานที่รักษาหลักปัจจุบัน					
PCU/รพ.สต.	1				
รพช.	-2.11	0.98	0.032*	0.12	0.01 -0.83
โรงพยาบาลจิตเวช	-2.41	0.97	0.013*	0.08	0.01-0.60

*p<0.05

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผลการศึกษพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย ด้านปัจจัยตัวผู้ป่วยและพยาธิสภาพของโรคจิตเภท เช่น 1. การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง “ก็ไม่ได้เป็นอะไรแล้ว สบายดีเลย ไม่ไปเอายา”, “มันบอกไม่ได้เป็นผีบ้า เจ้าเป็นเจ้าก็กินสิ” “หมอบอกว่าหายแล้ว ให้หยุดยาได้” 2. การใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้นร่วมด้วย “ทั้งกินเหล้า สูบยา มันก็เลยไม่กินยา มาเป็นเดือน” ด้านครอบครัวและสังคม 1. ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชได้ “แม่ผมเม่่าปานนี้แล้วจะพาผมไปได้ยังงี้” “มันไม่ไปกับแม่ ออ

ยงี้ก็ไม่ไป ว่าเซาแล้ว” ด้านการให้บริการด้านสาธารณสุข 1. เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ขาดข้อมูลส่งต่อการดูแลคนไข้ในชุมชน “ไม่รู้ว่าคุณไข้ไปเอายาที่จิตเวชไหม” “ไม่เห็นใบส่งตัวมาว่ายังงี้ เลยนึกว่ายังไปรับยาต่อที่จิตเวช”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. อัตราการกำเริบซ้ำในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 10.3 และพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบซ้ำอีกในปี 2560 ร้อยละ 53 ซึ่งพบว่าอัตราการกำเริบซ้ำใน 1 ปี สูงกว่างานวิจัยหลายงานที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า อยู่ในช่วงร้อยละ 30-35¹² ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในเขตอำเภอบ้านไผ่

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำระดับที่สูง จึงเป็นเรื่องท้าทายในการเข้ามาดูแลจัดการและแก้ปัญหาดังกล่าว แม้จะมีข้อขัดแย้งในการให้นิยามของการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (relapse) เช่น บางการศึกษาใช้ Positive and negative syndrome scale, Clinical global impression rating scale หรือจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการสอบถามข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยและผู้ดูแล และการเก็บข้อมูลเวชระเบียนที่ไม่ได้บันทึกข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ค่านิยามที่สามารถสื่อได้ว่ามีอาการทางจิตกำเริบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Jingbo³

2. จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำมากที่สุด คือ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ขาดยามีอาการกำเริบทางจิตมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อเนื่อง 12.5 เท่า (95%CI=12.41-64.8; P-value=0.003) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาโดยมีโอกาสดำเนินการซ้ำ 2.5-3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง^{3,5,14,15} การขาดยาต้านอาการทางจิตทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่สำคัญผู้ป่วยจึงมีอาการกำเริบได้ง่ายขึ้น สาเหตุที่ผู้ป่วยขาดยาต่อเนื่องมีหลายสาเหตุ เช่น ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การตระหนักและความเข้าใจของผู้ป่วย การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

การดูแลช่วยเหลือของครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องศึกษาในเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้ยาต้านอาการทางจิตไม่ต่อเนื่องมีโอกาสกำเริบซ้ำมากกว่าและผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคควรได้รับการดูแลรักษาที่สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแล ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องการเฝ้าระวังและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ รวมทั้งการสร้างระบบเชื่อมโยงส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอาการทางจิตกำเริบน้อยลง สามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และไม่เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประยูร โกวิทช์ นายแพทย์อดุลย์ บำรุง โรงพยาบาลบ้านไผ่ คณะที่มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Walker E, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(4): 334-41.
2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
3. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002; 346(1): 16-22.
4. สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **รายงานผู้ป่วยจิตเวช**. ขอนแก่น: สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560.
5. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. **วารสารกองการพยาบาล** 2556; 40: 67-83.
6. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub; 2013.
7. Suriyong J, Khamwongpin M, Viboonma K, Tamdee D, Keawma P. Prevalence of alcohol use disorders of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand* 2014; 22(1): 38-47.
8. เสาวนีย์ คงนิรันดร์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
9. Choorat N. The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2016; 3(1): 24-36.
10. Sooksompong SN, Udomittipong D, Losatankij P. Factors Associated with Relapse in First Episode Psychosis. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2016; 61(4): 331-40.
11. Tan SCH, Yeoh AL, Choo IBK, Huang APH, Ong SH, Ismail H, et al. Burden

- and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21(17-18): 2410-8.
- 12.Theodore J. Wilf. Practice Guidelines and Combining Atypical Antipsychotics. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(9):1717-8.
13. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research* 2012; 139(1): 116-28.
- 14.Sthapornnanon N. Medication non adherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences* 2012; 7: 1-17.
- 15.Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. [n.p.]; 2016.

ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ วิถีพุทธธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ปรีดา เจริญโภคทรัพย์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวิถีพุทธธรรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและได้รับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (ก่อนและหลัง) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ทำการคัดกรองหาผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งคัดได้ทั้งหมด 30 คน (คะแนนก่อน) และพัฒนาโปรแกรมวิถีพุทธธรรมพร้อมทดสอบประสิทธิภาพ ระยะที่ 2 นำกลุ่มผู้ป่วยที่คัดได้เข้าค่ายเรียนรู้โปรแกรมวิถีพุทธธรรม ประกอบด้วย 1) การสวดมนต์เข้า-เย็น 2) การเจริญสติแบบนั่งที่เรียกว่า “การสร้างจังหวะ” (14 จังหวะ) เป็นการควบคุมสติผ่านการเคลื่อนไหวของมือ และการเจริญสติแบบเดิน “การเดินจงกรม” เป็นการควบคุมสติผ่านการก้าวเดิน 3) การทำสมาธิด้วยการนั่งเป็นการควบคุมสติผ่านลมหายใจเข้า-ออก หลังจากนั้นให้ไปปฏิบัติที่บ้านและลงบันทึก ระยะที่ 3 ระยะติดตามการปฏิบัติทุกเดือน และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 9Q เมื่อครบ 3 เดือน (คะแนนหลัง) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบพรรณนาและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมวิถีพุทธธรรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้วย Paired Samples t-test ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 60, โรคเบาหวาน ร้อยละ 56.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7, ส่วนมากเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ด้านระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า ก่อนเข้าร่วมปฏิบัติวิถีพุทธธรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ, ปานกลาง, และสูง ที่ร้อยละ 10, 76.7 และ 13.3 ตามลำดับ หลังปฏิบัติตามโปรแกรมวิถีพุทธธรรม พบว่า ผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมาก โดยเป็นปกติ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมวิถีพุทธธรรมที่พัฒนาสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถเพิ่มการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และความคิดสติปัญญาในทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, วิถีพุทธธรรม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Preeda Jarenpokkachub. Email: Preeda99@gmail.com

THE EFFECTIVENESS OF CAREGIVING OF ELDERLY PATIENTS WITH ELDERLY CHRONIC DISEASES WITH DEPRESSION USING THE BUDDHIST WAY AT KRANUAN CROWN PRINCE HOSPITAL, KHON KAEN PROVINCE

Preeda Jarenpokkachub¹

ABSTRACT

The aim of this study, semi-experimental research, is to evaluate the effectiveness of the Buddhist teaching program on the reduction of depression in elderly patients having elderly chronic diseases at Kranuan Crown Prince hospital community health center. The experiment contained 3 phases; the first phase was depressive patient screening by using 9Q questionnaire and Buddhist teaching program development and its effectiveness evaluation. Thirty depressive patients were found from 90 elderly chronic diseases persons (Before). The second phase, the enrolled patients were learned that program which combined of 3 parts; 1) Prayer in the morning and evening, 2) Mindfulness both sitting position called "Creating rhythm" based on hand movement and walking meditation based on foot movement, 3) Meditation based on inhalation and exhalation then they practiced daily at their home and recorded in their books for 3 months. The third phase was monthly monitor and group focus activity; finally they tested 9Q again after 3 months (After). Descriptive statistics and Paired Samples t-test (SPSS) were used for data analysis. The results showed that the depressive patients mostly were female (73.3%), 70 – 79 years old (60%), DM (56.6%), and HT (26.7%). They almost have been gotten chronic diseases over 10 years. Their depressive levels before practice this program were 10%, 76.7% and 13.3% at low, median and high score respectively. After practicing, their depressive levels decreased significantly ($p < 0.01$); which showed that the Buddhist teaching program strongly has positive results in depressive elderly patients having chronic diseases. Moreover, this program could change body physical, mindful, thinking and intelligence positively.

Keywords: Depression, Chronic Diseases, Buddhist way

¹Registered Nurse, Professional Level Kranuan Crown Prince Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อมีปัจจัยกระตุ้นที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณีและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย¹ ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงถึงมีปัญหาด้านจิตสังคมที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ และภาวะซึมเศร้า หรือบางคนมีความผิดปกติอย่างรุนแรงจนมีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) และทำร้ายตนเอง² ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยสูงถึงร้อยละ 40-50³ ปฏิเสธต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต การมองอนาคต และการเข้าสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁴ อารมณ์ผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด คือ อารมณ์เศร้า โกรธและวิตกกังวล⁵ ในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่ดีที่สุดนั้น จะใช้การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า ร่วมกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร่านั้นยังไม่พบว่ายาชนิดใดรักษาอาการซึมเศร้าได้ผลร้อยละ 100 และยังพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาในระดับที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การให้บริการผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การให้บริการยังมุ่งเน้นและคำนึงถึงเฉพาะด้านร่างกายเป็นอันดับแรก การดูแลทางด้านจิตใจยังมีน้อย การช่วยเหลือก็ยังมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาภายนอกร่างกายของผู้ป่วยก่อน นอกเหนือจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเผชิญมาก คือ ความท้อแท้ในชีวิต ความเบื่อหน่าย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่เป็นต้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานผู้สูงอายุได้ออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ได้นำหลักธรรมทางพุทธศาสนา มาใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจโดยหาโอกาสไปทำบุญที่วัดใกล้บ้านในงานประเพณีต่างๆ อยู่เสมอ และเมื่อสอบถามผู้สูงอายุตลอดจนญาติที่ใกล้ชิด พบว่า หลังกลับจากการทำบุญที่วัด ผู้สูงอายุจะมีลักษณะอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น แต่เมื่อกลับมาพบกับปัญหาเดิมก็จะกลับไปมีความทุกข์อีกและเมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับวิธีการลดภาวะซึมเศร้าตามแนวพุทธศาสนา พบว่า การให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลัก 3 อ (อาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย) และการสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ การสันทนาธรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้^{6,7} ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการนำหลักธรรม

ทางพุทธศาสนามาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพจิตควบคู่กับการรักษาแบบองค์รวมเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (แบบวัดก่อนและวัดหลัง) (Quasi experimental research) ระยะเวลาวิจัย 1 ตุลาคม -30 ธันวาคม 2561 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ทำการคัดกรองหาผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง และมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โดยมีคุณสมบัติ คือ อยู่ในเขตเทศบาลเมืองกระนวน มากกว่า 1 เดือน มองเห็น อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เป็นผู้พิการ ไม่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 90 คน และเมื่อใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ซึ่งได้ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมทั้งหมด 30 คน

ระยะที่ 2 นำกลุ่มผู้สูงอายุป่วยที่คัดได้เข้าค่ายเรียนรู้โปรแกรมวิถีพุทธธรรม ซึ่งโปรแกรมวิถีพุทธธรรมนี้ได้พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือน เมษายน-สิงหาคม 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาข้อมูลจาก ตำรา หนังสือ ข้อเขียน งานวิจัย และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลักคำสอนในทางพระพุทธศาสนาและตามหลักการแพทย์สมัยใหม่

ขั้นที่ 2 นำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มาดำเนินการจัดสร้างโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิถีพุทธธรรม ในลักษณะการฝึกอบรม ประกอบด้วย 1) การสวดมนต์เข้าเฝ้า 2) การเจริญสติแบบนั่งที่เรียกว่า “การสร้างจังหวะ” (14 จังหวะ) เป็นการควบคุมสติผ่านการเคลื่อนไหวของมือ และการเจริญสติแบบเดิน “การเดินจงกรม” เป็นการควบคุมสติผ่านการก้าวเดิน 3) การทำสมาธิด้วยการนั่ง เป็นการควบคุมสติผ่านลมหายใจเข้า-ออก⁸ และการฟังธรรมะกับพระสงฆ์ เป็นเวลา 3 วัน 2 คืน เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องจากนั้นนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ตรวจสอบความสอดคล้องและความสมบูรณ์ ปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นที่ 3 นำโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิถีพุทธธรรม ไปใช้อบรมกลุ่มตัวอย่างในเดือนกันยายน 2561 หลังจากนั้น

ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงเช้าและช่วงเย็นช่วงเวลาละ 60 นาที และมีการลงบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึกการปฏิบัติธรรมประจำวัน

ระยะที่ 3 ติดตามการปฏิบัติทุกเดือน และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เมื่อครบ 3 เดือน (คะแนนหลัง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของธรรณัท กองสุข และคณะ เพื่อใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งสามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม น้อยกว่า 7

ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวม 7-12 มีภาวะซึมเศร้า

ระดับเล็กน้อย

คะแนนรวม 13-18

มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวม 19 ขึ้นไป

มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2) โปรแกรมการลดภาวะความซึมเศร้าด้วยพุทธธรรม ซึ่งประกอบไปด้วย

- 1) การสวดมนต์เข้า-เย็น 2) การเจริญสติแบบนั่งที่เรียกว่า “การสร้างจังหวะ” (14 จังหวะ)⁸ เป็นการควบคุมสติผ่านการเคลื่อนไหวของมือ และการเจริญสติแบบเดิน

“การเดินจงกรม” เป็นการควบคุมสติผ่านการก้าวเดิน 3) การทำสมาธิด้วยการนั่ง เป็นการควบคุมสติผ่านลมหายใจเข้า-ออกซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแผนการจัดกิจกรรมแล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 1 คน พระภิกษุจำนวน 1 รูป เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสมของโปรแกรมวิถีพุทธธรรม จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองกระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 20 คน เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติจริงและเป็นการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบพรรณนาและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมวิถีพุทธธรรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าด้วย Paired Samples t-test

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยนี้ปฏิบัติตามเกณฑ์การวิจัยที่ดี (Good Clinical Practice: CPG) โดยโครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COA61124 KEC61204 ผู้วิจัยพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและประโยชน์ที่กลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลโดยไม่มี ข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอก ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อ การได้รับการรักษาและการได้รับบริการจาก ศูนย์สุขภาพชุมชนกระนวน (PCU กระนวน) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน แต่ อย่างไม่ใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากการวิจัยจะ เก็บเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัย จะกระทำในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่ม ตัวอย่าง และใช้ประโยชน์สำหรับการพัฒนา งานด้านวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิเคราะห์เป็น เพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 76 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ

50.0 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างร้อยละ 36.7 โรคเบาหวาน (DM) ร้อยละ 56.6 ความดัน โลหิตสูง (HT) ร้อยละ 26.7 ระยะเวลาการ เจ็บป่วย ส่วนใหญ่ระยะเวลาเจ็บป่วย มากกว่า 10 ปีขึ้นไป

เมื่อใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) คัดกรองผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ตรวจรักษาโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน (PCU กระนวน) มีคะแนนการคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0 – 6 คะแนน) จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีภาวะ ซึมเศร้าระดับต่ำ (7– 12 คะแนน) จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.33 มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13–18 คะแนน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 25.56 มีภาวะซึมเศร้า ระดับสูง (19 – 27 คะแนน) จำนวน 4 คน คิด เป็นร้อยละ 4.44 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการวิจัยของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังใน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

เกณฑ์การแบ่งประเภท	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 6)	60	66.67
มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (7– 12)	3	3.33
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 – 18)	23	25.56
มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง (19 – 27)	4	4.44
รวม	90	100

หลังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกปฏิบัติโปรแกรมวิถีพุทธธรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยการอบรม 3 วัน 2 คืน และนำไปปฏิบัติที่บ้านในช่วงเวลาเช้าและเย็น ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการนัดติดตามผลเดือนละ 1 เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อครบ 3 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังในศูนย์สุขภาพชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน มีคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้ามลดลง คะแนนความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.51 หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.0 มีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย 8.43 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า ก่อน กับ หลัง ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง

การเปรียบเทียบ	Mean	S.D.	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง	S.D. ค่าเฉลี่ยผลต่าง	T	Df	P-value
ก่อนทดลอง	16.07	2.51	-8.43	2.648	-17.443	29	<0.001*
หลังทดลอง	7.63	3.00					

*P-value <0.05

นอกจากนี้ ลักษณะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพุทธธรรม ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสติ และด้านความคิด ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทาง

ร่างกายของตนเองในทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพุทธธรรม รูปแบบของพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวกระฉับกระเฉง คล่องแคล่วว่องไว นอนหลับได้ เบื่ออาหาร ลดลง รับประทานอาหารได้มากกว่าเดิม จุกเสียดแน่นท้องลดลงโดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนอาการถึงลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายที่ดีขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หลังปฏิบัติพุทธธรรมแล้วรู้สึกว่ามันดีขึ้น รู้สึกว่าร่างกายแข็งแรง สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ไกลกว่าเดิม เมื่อก่อนไม่อยากทำอะไร อยากนอนอย่างเดียว ตอนนี้นอนหลับได้ สนิทจนถึงเช้า ทำให้เวลาตื่นมาก็ไม่หงุดหงิดสดชื่น กินข้าวได้ เมื่อก่อนกินอะไรก็ไม่อร่อย แต่เดี๋ยว นี้กินข้าวได้มากกว่าเดิม รู้สึกว่ามันอร่อยขึ้น”

2. การพัฒนาการเปลี่ยนแปลงด้านสติ

สติ เป็นองค์ประกอบข้อที่ 7 แห่งสัมมาสติซึ่งเป็นการระลึกบนพื้นฐาน 4 ฐาน คือกาย เวทนา จิต และธรรม เมื่อมีสติระลึกรู้ โดยเท่าทันจิตก็จะเกิดปัญญาและปล่อยวาง หรือคลายทุกข์ จิตสว่าง แจ่มแจ้ง มีความผ่อนคลาย อิสระในความคิด คงความเป็นผู้รู้โดยธรรมชาติสามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง การจะมีสติได้จะต้องมีการฝึกฝนพิเศษ เพื่อพัฒนาความรู้สึกตัวทั่วพร้อม (Self-awareness)⁹ และจะต้องมีการฝึกอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที¹⁰

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของตนเองในทางที่ดีขึ้นหลังจากปฏิบัติธรรม ซึ่งแสดง ออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมของสภาพจิตใจที่มีลักษณะมีความสุข ความสบายใจ ความเศร้าลดลงซึ่งเห็นได้จาก การที่ผู้สูงอายุบอกว่ารู้สึกตนเองมีจิตใจที่ดี เบิกบาน แจ่มใส สบายใจ ใจเย็นลง ไม่มีความวิตกกังวล ไม่เครียด ไม่มีเรื่อง

ให้คิดมาก ยึดได้ หัวเราะได้ ไม่หงุดหงิด ไม่รำคาญ โดยผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ดีขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“แต่ก่อนฝึกสมาธิ โดยการสวดมนต์ นั่งสมาธิทุกวันพระครั้งละ 10 นาที หลังฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมได้ปรับวิธีการปฏิบัติโดยปฏิบัติตามโปรแกรม การสวดมนต์ ตอนเช้าและก่อนนอนแล้ว เจริญสติต่อเนื่องเป็นเวลา 60 นาที ทุกวัน ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มรู้สึกมีความสุขสงบนิ่งในใจ เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องจึงสามารถควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้”

3. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด (ปัญญา)

การพัฒนาด้านความคิด (ปัญญา หรือสัมมาทิฐิ) เกิดจากการมีความคิดที่แยบคาย (โยนิโสมนสิการ) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเนื่องจากความคิดเป็นตัวสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ และควบคุมการปฏิบัติทั้งหมด หากมนุษย์มีความคิดเห็นที่ถูกต้องตามความเป็นจริงเป็นธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงและเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัยตามความเป็นจริงจึงเกิดปัญญาหรือเห็นชอบ (สัมมาทิฐิ) แล้ว การแสดงออกของพฤติกรรม อารมณ์ หรือการปฏิบัติต่างๆ เป็นไปตามเหตุตามผลและยอมรับตามนั้น ย่อมนำไปสู่การดับทุกข์และแก้ปัญหาได้

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านความคิดของตนเองในทางที่ดีขึ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพุทธธรรม ซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมของความคิดที่สามารถปรับแนวความคิดหรือมุมมองในการมองปัญหาในมุมมองใหม่ ที่ดีกว่าเดิม หรือมีการมองในด้านดีหรือด้านบวกมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุบอกว่า ไม่คิดมาก ไม่คิดฟุ้งซ่าน การมีความคิดที่ดี คิดได้ มองโลกในแง่ดี และกล้าแสดงออกมากขึ้น

“หลังปฏิบัติธรรม ทำให้ผมคิดได้หลายเรื่อง เมื่อก่อน ผมคิดนะ...ว่าทำไมลูกมันถึงไม่ดูแลพ่อแม่ มันน้อยใจ แต่ตอนนี้ปลงตกแล้วไม่คิดมากแล้ว คิดว่ามันก็คงลำบาก ลำบากครอบครัวมัน ยังเอาไม่รอด ใจจริงมันก็คงอยากเลี้ยงเราแต่มันคงไม่มีปัญญา”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การวิจัยเรื่อง ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิถีพุทธธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังด้วยวิถีพุทธธรรม โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จำนวน 30 คน ข้อมูลจากแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนและหลังจากผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังได้ปฏิบัติตามโปรแกรมวิถีพุทธธรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และการปฏิบัติต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยวิถีพุทธธรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับพัฒนาการที่คุ้มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด, สุจิตรา สุทธิพงศ์¹¹ ศึกษาพบว่า การสวดมนต์และฟังเสียงสวดมนต์ สามารถลดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งได้ และเวลาสวดมนต์จะทำให้รู้สึกชุ่มชื้นเบิกบานใจส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ความวิตกกังวล และในขณะที่กำลังสวดมนต์ 'หัวใจพระจิตใจของผู้สวดมนต์จะแน่วแน่อยู่กับคำสวดมนต์จึงทำให้เกิดสมาธิขึ้นขณะที่จิตมีสมาธิร่างกายจะหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินออกมาในร่างกายมากขึ้นก่อให้เกิดความสุขซึมซาบทั่วไปในร่างกายหรือมีความสุข และสอดคล้องกับการวิจัย สุนันทา เอื้อเจริญ และคณะ⁶ ที่พบว่า โปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยพุทธบูรณาการที่ประกอบด้วย การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการสันทนาธรรม บูรณาการกับกิจกรรม 3 อ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และ

การควบคุมอารมณ์ และกิจกรรม 1 น ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันตามนาฬิกาชีวิต สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้

ดังนั้น โปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้วิถีพุทธธรรมที่นำมาทดลองใช้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถกำหนดเป็นนโยบาย นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อบรรณาการแก้ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันและในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรพิจารณานำวิถีพุทธธรรมไปปรับใช้เป็น ส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา หรือจิตวิญญาณและสังคม

2) ควรมีการวิจัยต่อในเรื่อง การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค เพื่อ

เปรียบเทียบความต่างของการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้พุทธธรรม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีได้รับความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก นายแพทย์วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ นพ.วศิน จีราระวีร์นศักดิ์ พระครูสิทธิสาร โสภณ เจ้าคณะอำเภอคำชะโนด นางสะอาด พระสว่าง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ น.ส. กัญญาพัชร กุลทะเล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ละเอียด แจ่มจันทร์, สุรี ชันธวัชวงศ์. การพยาบาล-กฎหมายและระเบียบข้อบังคับจรรยาบรรณพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2549.
2. Lueboonthawatchai A. Nursing Mental Health and Psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
3. Rueangtrakool S. Psychiatric Symptoms in Patients with Disease. Bangkok: Rueankaew Printing; 2001.

4. Maneethorn B. **Consultation-liaison psychiatry**. Chiangmai: Chiangmai Printing Saengsil; 2008.
5. สมภพ เรืองตระกูล. **การตั้งครุฑ: โรคทางจิตเวชและการรักษา**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550.
6. Outchareon S, Teppitak C, Srisang S, Payogo PSD, Varindho PV. Effectiveness of Depression Reduction Program for the Chronic Disease Patients through Buddhists Integrated. **Journal of MCU Peace Studies** 2017; 5(1): 89-100.
7. Rungrueangkolkij S, Chootungkorn, P, Wongtaki W. **Report of Development and Consultation Method According to Buddhism in Treating Patients with Psychiatric Illness**. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2006.
8. Suphromjak, W. Luang Por Tien **Miracles in Ordinairiness**. Bangkok: Thana Printing; 2011.
9. Dissayawanich C. Buddhism and Psychiatry. **Journal of Psychiatry Association of Thailand** 1998; 43(3): 266-291.
10. Anantakul P. **The results of meditation together with solving problems of the 4 truths (Ariyasas 4) on young mother's depression with cancer** [Master's degree thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000.
11. Phrapalad S. Payogo PSD. **The Quality of Life of Patients with Chronic Diseases and their Health Promotion through Dhamma Practice at Makarak Hospital in Kanchanaburi**. **Bulletin of Suanprung** 2015; 31(1): 27-37.

รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

พนมมา ลดาพงษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทรูปแบบการดำเนินงาน 2) การสร้างรูปแบบการดำเนินงาน 3) เปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมการดำเนินงาน และ 4) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการวิจัย 1) ศึกษาบริบทรูปแบบการดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 ช่วงอายุ 36-40 ปี ร้อยละ 75.00 อาสาสมัครสายสัมพันธ์ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 55.00 สภาพปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทางการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามกรอบกลยุทธ์ 3 ก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 2) การสร้างรูปแบบการดำเนินงาน พบว่า 1) การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 2) การติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ และ 3) การส่งต่อประเมินติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ 3) การเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมก่อน-หลังการดำเนินงาน พบว่า คะแนนก่อนการดำเนินงานโดยรวมทุกด้าน ร้อยละ 63.50 และหลังการดำเนินงานร้อยละ 86.00 4) ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงาน คือ ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ความรู้ความเข้าใจในด้านการปฏิบัติงาน ความมุ่งมั่น (Drive) ตั้งใจนำความรู้ความสามารถของตนเองไปช่วยเหลือคนอื่น มีความละเอียดรอบคอบ มีทักษะการแก้ปัญหาและตัดสินใจ และช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย สะดวกและมีประสิทธิภาพ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: รูปแบบ, การดำเนินงาน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

Corresponding Author: Phanmaha Ladapong. Email: Jane0895695247@gmail.com

**MODEL OF HEALTH CARE OPERATIONS FOR PREGNANT WOMEN
USING MECHANISM SUB DISTRICT LIFE QUALITY DEVELOPMENT
COMMITTEE PHANNA SUBDISTRICT, PHANNA NIKHOM DISTRICT,
SAKON NAKON PROVINCE**

Phanmaha Ladapong¹

ABSTRACT

The purposes of this research were to 1) study the form of operation context 2) operational model creation 3) comparison of knowledge and participation of operation 4) studying success factors. The samples were 40 people. The instrument used for collecting data was questionnaires, interview form, and observation form, and the statistics employed to analyze data were done by percentage, mean and standard deviation. The research findings were as follows: 1) that most of the samples were females (67.5%) and people with an age range of 36-40 years (75.0%), while family volunteers and public health volunteers (55.0%). The current state and the problems found weren't set of operational guidelines and roles of the Subdistrict life quality development Committee Phanna sub-District and the participant according to the 3 Kor strategies (eating, stimulating, twitching) effect to pregnant women were not given home visits. 2) The operational model creation found that; 1) Model of parent-school activities 2) Follow-up model form that used to home visits to pregnant women 3) Forwarding model assessment for follow-up pregnant women 3. Comparison of knowledge, testing before and after the operation found that the test before the overall score in all aspects 63.50%, and the test after the overall score in all aspects 86.00%. 4) The success factors of the operation model; cooperation from the participant to have knowledge and understanding of performance, drive and aiming to bring knowledge and ability to help others, have problem-solving and decision-making skills and a variety of communication channels, convenient and efficient and using information technology as a tool for operation

Keyword: Model, Operations, Development Committee Sub district level

¹The Professional Nursing, Phra Ajarn Phan Ajaro Hospital

บทนำ (Introduction)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนาคะเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention & Promotion & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการ เป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากร เป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) โดยเฉพาะใน ยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยซึ่งให้ความสำคัญลำดับแรก คือ กลุ่มสตรีและเด็ก 0-5 ปี ซึ่งมีตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ อัตราตายมารดาและเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย¹ นอกจากนี้ กรมอนามัยยัง ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตาม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ประเด็นยุทธศาสตร์พัฒนา อนามัยแม่และเด็ก โดยการพัฒนาคุณภาพ บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข ให้มีการ จัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตาม กระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร แรกเกิดถึง 5 ปี เชื่อมโยงสู่ชุมชนให้มีส่วนร่วม ดำเนินงานรวมตัวเป็นชมรมต่างๆ เพื่อพัฒนา คุณภาพบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข อันจะส่งผลให้แม่-ลูกปลอดภัยจากการ ตั้งครรภ์และการคลอด²

จากการสรุปผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560

พบว่า มารดาตายตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559- มิถุนายน 2560 มีรายงานมารดาตายจำนวน 88 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 23.75 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ส่วนในปี 2559 อัตราการตายมารดาเท่ากับ 24.06 ต่อการ เกิดมีชีพแสนคน (เกณฑ์ไม่เกิน 20 ต่อการ เกิดมีชีพแสนคน) นอกจากนี้งานบริการฝาก ครรภ์คุณภาพ ได้แก่ การฝากครรภ์ ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ มีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่เกิน ร้อยละ 20) คือ ร้อยละ 65.18 และ ร้อยละ 16.61 ตามลำดับ แต่ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งยังต่ำกว่า เป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 52.94 (ร้อยละ 60)³

รายงานผลงานอนามัยแม่และเด็กของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร สรุปผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และ เด็ก ในปีงบประมาณ 2559-2560 พบว่า อัตราการตายมารดา 17.7 และ 26.9 ต่อการเกิด มีชีพแสนคนตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน 18 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน) อัตราการฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 89 และ 83.6 ตามลำดับ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90) ภาวะ โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 15 และ

14.33 ตามลำดับ (เกณฑ์ \leq ร้อยละ 10) อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ ร้อยละ 77 และ 77.9 ตามลำดับ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90) อัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7 และ 9.5 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 7)⁴ รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโรตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2559-2560 ไม่มีมารดาตายแต่อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 71 และ 63 ตามลำดับ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อัตรา ร้อยละ 12 และ 11 ตามลำดับ (เกณฑ์ \leq ร้อยละ 10) อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ ร้อยละ 60 และ 62 ตามลำดับ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90) อัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8 และ 7 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 7) อัตราทารกแรกเกิดอายุ 48 ชั่วโมง มีค่า TSH มากกว่า 10 mU/L ร้อยละ 18 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 3) จากสภาพปัญหาดังกล่าวที่พบในงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงได้กำหนดนโยบายแก้ไขและพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก เพื่อให้เด็กสกล สมองดี อารมณ์ดี สุขภาพดี มีคุณธรรม ตามกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) ของนายแพทย์ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ⁵

ปี 2561 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ยังได้กำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในพื้นที่ร่วมกระตุก เพื่อเตือนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ประโยชน์และปฏิบัติได้ถูกต้องต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์และได้ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ตำบลพรรณา เกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ในเรื่องการกินอาหาร การกินยาเสริมวิตามิน ไอโอดีน ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อตนเอง และทารกในครรภ์ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) เป็นแนวทางในการ พัฒนางานรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปรับรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
2. เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
ตำบล (พชต.)

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา อำเภอพรอนานิคม จังหวัดสกลนคร หญิงมีครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองตามกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) อย่างถูกต้อง

2. เปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา อำเภอพรอนานิคม จังหวัดสกลนคร การทดสอบวัดความรู้หลังการประชุม สูงกว่าก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้

กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา อำเภอพรอนานิคม จังหวัดสกลนครในพื้นที่ตำบลพรอนา อำเภอพรอนานิคม จังหวัดสกลนคร และผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2561-มกราคม 2562

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสายสัมพันธ์ครอบครัวในพื้นที่ตำบลพรอนา

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 40 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา จำนวน 8 คน และผู้ที่มีเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน อาสาสมัครสายสัมพันธ์ครอบครัวจำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ต้องเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรอนา และผู้ที่มี

ส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาสาสมัครสายสัมพันธ์ครอบครัวที่มีหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ของตำบลพรธนา และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระอาจารย์ผั่น อจาโร ซึ่งมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ ณ เดือนตุลาคม 2561 และสมาชิกสภาเทศบาล โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ตำบลพรธนา หรือหญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์เกิน 28 สัปดาห์ในเดือนตุลาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สภาพปัจจุบันและปัญหา และจัดประชุมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2. แบบสังเกต จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ การประชุมหาแนวทางการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. แบบสอบถาม มีจำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามการถอดบทเรียน การดำเนินงานรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

4. แบบทดสอบ จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ แบบทดสอบก่อน-หลัง การจัดประชุม จำนวน 15 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย (Result)

1. ศึกษาบริบทรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามกรอบกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) จำนวน 40 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ช่วงอายุ 36-40 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 อาสาสมัครสายสัมพันธ์ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 2) สภาพปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามกรอบกลยุทธ์ 3 ก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์

ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อย้ำเตือนให้ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตน เช่น การกิน อาหารการได้รับยา การกินยาเสริมธาตุเหล็ก และยาเสริม ไอโอดีน อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ช้า มี ภาวะโลหิตจาง น้ำหนักมารดาต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม และมีค่า TSH ผิดปกติ (ค่าปกติ>5 mU/l) เกินเกณฑ์ที่กำหนดมาก

2. การสร้างรูปแบบการดำเนินงานตาม ขั้นตอนของกระบวนการ PAOR ทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) เลือกประเด็นการวิจัยจากการศึกษาบริบทชุมชน และประเมินสถานการณ์ โดยการศึกษา การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง จัดการประชุมหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยทดสอบ ก่อน- หลัง การประชุมในการวัดเพื่อวัดความรู้ (knowledge) ทศนคติ (Attitude) และนำไป ปฏิบัติ (Practice) ดำเนินการประชุม โดย วิทยากรให้ความรู้ และแจกแจงเอกสารเกี่ยวกับ ดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตามกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) จัดทำแผนการดำเนินการ และ จัดทำปฏิทิน บทบาทผู้รับผิดชอบ เพื่อติดตาม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) จัด ประชุมเพื่อระดมความคิด เสนอแนวทางในการ ดำเนินงานเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่

เหมาะสมเป็นไปได้ สะดวก ใช้ง่าย ไม่ซับซ้อน ชัดเจนและเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้ 1) รูปแบบ การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้ความรู้ ด้านการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ 2) รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ 3) รูปแบบการส่งต่อประเมินติดตามหญิง ตั้งครรภ์ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) ตำบล พรธนา

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) เป็น ขั้นการสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บ รวบรวมหลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนการ ดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และหลังการ ดำเนินงาน ตามรูปแบบการดำเนินงานดูแล สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบล พรธนา โดยการจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตามกล ยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) ในหญิงตั้งครรภ์

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบ การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ทดสอบความรู้การมีส่วนร่วมหลังการ ดำเนินงานถอดบทเรียน เพื่อสรุปผลดำเนินงาน และหาแนวทางปรับปรุงวางแผนแก้ไขในการ ดำเนินงาน

3. เปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณา พบว่า การทดสอบก่อนการดำเนินงานคะแนนโดยรวมทุกด้านคิดเป็นร้อยละ 63.5 หลังการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 86.0 แยกเป็นรายได้พบว่า ด้านความรู้ ก่อนและหลังการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 66.5 และ 89.5 ด้านความเข้าใจก่อนและหลังการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 61.0 และ 83.0 ด้านนำไปปฏิบัติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 63.0 และ 85.5

4. ปัจจัยความสำเร็จที่ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณา แบ่งออกตามขั้นตอนของกระบวนการ PAOR4 ขั้นตอนจากการศึกษาความถี่ของปัจจัยที่กลุ่มเป้าหมายที่เห็นด้วย และมีค่าความถี่สูงที่สุดในแต่ละด้าน แยกเป็นรายด้านดังนี้ ด้านการวางแผน (planning) คือ ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในด้านการปฏิบัติงาน ด้านขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) คือ ความมุ่งมั่น (Drive) ตั้งใจนำความรู้ความสามารถของตนเองไปช่วยเหลือคนอื่น ขั้นสังเกต (Observation) คือ มีความละเอียดรอบคอบ ทักแซะการแก้ปัญหาและตัดสินใจขั้นสะท้อนผล (Reflection) คือ ช่อง

ทางการสื่อสารที่หลากหลาย สะดวกและมีประสิทธิภาพ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลมาเสนอเป็นประเด็นเพื่อการอภิปรายผล ดังนี้

1. บริบทรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณา พบว่า สภาพปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามกรอบกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อย้ำเตือนให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตน เช่น การกินอาหาร การได้รับยา การกินยาเสริมธาตุเหล็ก และยาเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ช้า การฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีภาวะโลหิตจาง น้ำหนักมารดาต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม และมีค่า TSH ผิดปกติ (ค่าปกติ > 5 mU/l) เกินเกณฑ์ที่กำหนดมาก ซึ่งสอดคล้องกับจินตนา ทอนฮามแก้ว (2552)⁶ ได้ศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผล

การศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ตามบริบทของพื้นที่ศึกษา ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น โรคประจำตัว ประวัติการคลอด ความเครียดและความวิตกกังวลในการประกอบอาชีพและเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด 2) วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เนื่องจากลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภูมิปัญญาการพึ่งตนเองทางสุขภาพที่ลดน้อยลงจึงส่งผลต่อความรู้และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเร่งรีบหาเลี้ยงชีพที่ส่งผลกระทบทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า 3) การเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์เป็นไปได้น้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความความไม่ครอบคลุมในการดูแลที่บ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกอปรกับข้อจำกัดในการเดินทางมาฝากครรภ์

2. การสร้างรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรรณา ตามขั้นตอนของกระบวนการ PAOR ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรรณา ประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 2) รูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ 3) รูปแบบการส่งต่อประเมินติดตามหญิงตั้งครรภ์ตาม กลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้น

กระตุ้น) เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ 5 หมู่บ้านของตำบลพรรณา ซึ่งสอดคล้องกับศุภิสรา วรโคตร⁷ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ของงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า 1) ได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบในการให้ความรู้ รูปแบบการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และรูปแบบการส่งเสริมการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และ 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น มีอัตราเพิ่มขึ้นของระดับฮีมาโตคริต (ที่มากกว่า 33 เปอร์เซ็นต์) สูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ได้รับการดูแลในรูปแบบเดิม (ร้อยละ 92.1 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ) ในส่วนของปียะดา ชาติะวิทย์⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในระยะรอคลอดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล โดยใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด โดยครอบครัวมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม ของพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนดำเนินการ

พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะ
รอคลอด โดยครอบครัวมีส่วนร่วม 5.79 และ
4.92 ตามลำดับ ระดับคะแนนพฤติกรรมการ
เผชิญความเครียดของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ
ปานกลาง 2) หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจ
โดยรวมในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ
ดูแลระยะรอคลอด อยู่ในระดับมีความพึง
พอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 93.77 และ
3) ครอบครัวที่มีส่วนร่วมดูแลหญิงมีครรภ์ใน
ระยะรอคลอดมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ใน
ระดับมีความพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ
94.18 ในส่วนของปริยา แก้วพิมล และคณะ⁹
ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้วย
พลังเรกิ เพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมใน
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง:
การศึกษานำร่อง ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบ
การบำบัดทางการพยาบาลด้วยพลังเรกิ เพื่อ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในหญิงตั้งครรภ์
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมี 5 ขั้นตอน คือ
การสร้างความตระหนักต่อผลกระทบของโรค
การให้ความรู้สมดุชีวิตแบบองค์รวม การ
เสริมพลังเพื่อดูแลแบบองค์รวม การเน้นย้ำ
การผ่อนคลายตนเองด้วยพลังเรกิอย่าง
สม่ำเสมอ และการสร้างทักษะการประเมิน
และปรับสมดุลด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่อง
ผลลัพธ์จากการพยาบาลทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่
มีความดันโลหิตสูง มีระดับความเครียดและ
ระดับความดันโลหิตลดลง ข้อเสนอแนะจาก
การวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดทางการ

พยาบาล ที่พัฒนาใหม่เป็นแนวทางสำหรับ
พยาบาลเพื่อดูแลแบบองค์รวมในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และควรมี
การทดสอบรูปแบบทางการพยาบาลซ้ำด้วย
วิธีวิจัยเชิงทดลองก่อนการขยายผลสู่คลินิก

3. เปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมใน
การดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้
กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
ตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา พบว่า การทดสอบ
ก่อน คะแนนโดยรวมทุกด้านคิดเป็นร้อยละ
63.50 การทดสอบหลัง คะแนนโดยรวมทุก
ด้านคิดเป็นร้อยละ 86.00 ส่วนด้านที่มีค่าร้อย
ละน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ
61.00 ซึ่งสอดคล้องกับจิราพร คำรอด¹⁰ 1) ได้
ศึกษาการพัฒนาศาสนาในการดูแล
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการใน
แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัด
สิงห์บุรี พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมี
ความสามารถในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมใน
ทุกด้าน ซึ่งเกิดจากการขาดประสบการณ์ของ
ชีวิต วุฒิภาวะที่ไม่สมบูรณ์ การขาดความรู้
และขาดเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง
2) แนวทางและวิธีการพัฒนาการดูแลสุขภาพ
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ การพัฒนา
เพิ่มพูนองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการ
ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม เสริมสร้าง
เจตคติที่ดีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามี
และญาติในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่น โดยใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สำคัญ คือ

การพัฒนาแผนการเรียนรู้ควบคู่การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบรายกลุ่มร่วมกับการพัฒนาสื่อให้มีความเหมาะสมต่อการจัดกระบวนการเรียนรู้

4. ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการมีส่วนในการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรธนา แบ่งออกตามขั้นตอนของกระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน พบว่า 1) ขั้นตอนการวางแผน (planning) คือ ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในด้านการปฏิบัติงาน 2) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) คือ ความมุ่งมั่น (Drive) ตั้งใจนำความรู้ความสามารถของตนเองไปช่วยเหลือคนอื่น 3) ขั้นสังเกต (Observation) คือ มีความระแวดระวังรอบคอบ ทักษะการแก้ปัญหา และตัดสินใจ และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) คือ ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย สะดวกและมีประสิทธิภาพ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับศรัวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ¹¹ ได้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษามีข้อค้นพบสำคัญถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ 1) กำลังคนผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กมีลักษณะ “คนไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา”

ด้วยเพราะเป็นงานที่ยาก ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูงใน การประเมินและจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบกับเครื่องมือและตัวชี้วัดที่มีมาก บางตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทำให้ภาระงานมากรวมถึงอัตรากำลังตามระบบยังไม่เอื้อ เมื่อมีเจ้าหน้าที่ (น้องใหม่) มาปฏิบัติงานจะมีการโอนงานเพื่อตนจะได้ไปรับผิดชอบงานอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก 2) ความเชื่อที่ยังคงมีอยู่และเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ คือ 1) ความเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมาก รวมถึงไม่ควรรับประทานยาบำรุง 2) ความเชื่อที่จะคลอດกับหมอผู้หญิงรวมถึงวิถีชีวิต ศาสนาที่ให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตรและเชื่อว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้ในรายที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคมีความเสี่ยงสูง ก็ยังต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุล ตลอดจนทัศนคติที่คิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม 3) โต๊ะบีแด (ผดบ.) ถือเป็นจุดแข็งของระบบอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ด้วยวิถีชีวิตและศรัทธาต่อโต๊ะบีแด เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผสมผสานกับหลักศาสนา อบอุ่นใจในน้ำคำ ที่โต๊ะบีแดดูแลคนไข้ประดุจญาติมิตร และค่าใช้จ่ายถูก ในขณะที่บริการทาง

การแพทย์ยังมีข้อจำกัด และมีช่องว่าง (Gap) ที่ไม่สามารถเข้าใจเข้าถึงวิถีมุสลิมได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ตามกลยุทธ์ 3 ก (กิน กระตุ้นกระตุ้น) แก่หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้จริงตั้งแต่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก

1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณาค ควรได้รับองค์ความรู้หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแม่และเด็ก เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ตามกลยุทธ์ 3 ก

2.2 ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) ตำบลพรณาคทุกตำบลในพื้นที่อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

รายงานฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ทันตแพทย์ทรงพล แสงงาม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่กรุณาแนะนำเสนอแนะและตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบพระคุณ นางสาววัลยดา อินธิแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร นางสาวพร นกุลกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานบริการสุขภาพชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดสกลนคร จังหวัดสกลนคร ดร.นภาพร พันธุ์ชัย ตำแหน่งครู นางสาวพัชรารัตน์ แสงวงศ์ ตำแหน่งครู ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องเครื่องมือในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2561]. จาก [https://waa.inter.nstda.](https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117MinistryofPublicHealth.pdf)

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (พ.ศ. 2560-2564) [or.th/stks/pub/2017/20171117MinistryofPublicHealth.pdf](https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117MinistryofPublicHealth.pdf).

- 2550 – พ.ศ. 2554) [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2561]. จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/Data/20161115144754_1_.pdf.
3. กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560** [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2561]. จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. **รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก**. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร; 2561.
 5. ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ. **ยุทธศาสตร์ 3 ก (กิน กระตุ้น กระตุก)**. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขสกลนคร; 2561.
 6. จินตนา ทอนฮามแก้ว. **แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน**. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 7. สุภิสรา วรโคตร. **การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร**. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 8. ปิยะดา ชาดะวิถี. **การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร**. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 9. ปรียา แก้วพิมล. **การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้วยพลังเรกิ เพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
 10. จิราพร คำรอด. **การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2549.
 11. ศรีวิภา เลี้ยงพันสกุล. **สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กใน 3**

จังหวัดชายแดนใต้ [ออนไลน์] 2551
[อ้างเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561]. จาก

<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4378?locale-attribute=th>

**การประเมินผลโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวาย
เป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์
ครบ 70 ปี ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ
พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจน
ในปีพุทธศักราช 2560 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญ
พระชนมพรรษา 90 พรรษาฯ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2560
กรณีศึกษาตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น**

สมหมาย ชาน้อย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการประเมินผลโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 90 พรรษาฯ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2560 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน และแกนนำครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์จากประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 265 คน จากการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาผลการวิจัย พบว่า ด้านบริบทอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.58$, $SD = 1.23$) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 1.31$) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 1.71$) ด้านผลผลิตอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.90$) ด้านผลกระทบอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 1.86$) ด้านประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 1.62$) ด้านความยั่งยืนอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.83$) ด้านการถ่ายทอดส่งต่ออยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 1.24$) ข้อเสนอแนะ ควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และควรมีการประเมินโครงการอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน รวมทั้งมีการกำหนดปฏิทินการดำเนินงานอย่างแน่ชัดเพื่อทราบกระบวนการขั้นตอนการดำเนินโครงการอย่างมีระบบมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การประเมินผล, โครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Sommay Chanoi. Email: pcukk04360@gmail.com

PROJECT EVALUATION OF ELIMINATING LIVER FLUKE AND BILE DUCT CANCER DEDICATED AS A ROYAL CHARITY TO HIS MAJESTY KING FOR 70TH REIGN ANNIVERSARY IN 2016 AND HER MAJESTY QUEEN GROWING UP 84TH BIRTHDAY, IN 2017, HIS MAJESTY KING GROWING UP 90TH BIRTHDAY, A CASE STUDY OF MUANG PHIA SUB-DISTRICT, BAN PHAI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Sommay Chanoi¹

ABSTRACT

This research is a study of project evaluation of eliminating liver fluke and bile duct cancer dedicated as a royal charity to His Majesty King for 70th reign anniversary in 2016 and Her Majesty Queen growing up 84th birthday. In 2017, His Majesty King growing up 90th birthday, a case study of Muang Phia sub-district, Ban Phai district, Khon Kaen province. Qualitative data is gathered from executives, relevant staffs, community leaders, and family leaders. Data analysis is operated with content analysis and qualitative data is collected by using questionnaires from 265 people who are 15 years old or more with the simple random sampling. Data is analyzed by the descriptive statistics. Results are found that aspect of contexts is in a high level ($\bar{X} = 4.58$, $SD = 1.23$), aspect of input factors is in a high level ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 1.31$), aspect of processes is in a high level ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 1.71$), aspect of products is in a high level ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.90$), aspect of effects is in a high level ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 1.86$), aspect of effectiveness is in a high level ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 1.62$), aspect of sustainability is in a high level ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.83$), aspect of transfers is in a high level ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 1.24$). For suggestions, there should continuously promote public relations and campaigns, and there should continuously evaluate the project and be up to date. In addition, there should obviously define an operating schedule for systematically more perceiving about project operation procedures.

Keyword: Evaluation, Project of eliminating liver fluke and bile duct cancer

¹Public Health Technical Officer, Muang Phia Sub-district Health Promotion Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคมะเร็งเซลล์ตับมีอุบัติการณ์สูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าอุบัติการณ์การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ชนิด *Opisthorchis Viverrini* (OV) โดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับสูงเป็นอันดับที่ 1 เฉลี่ยปีละ 14,000 ราย คิดเป็น ประมาณ 38 รายในแต่ละวันในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งสูงกว่าข้อมูลเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ที่อยู่ที่ประมาณ 11,000 ราย พบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2.5 เท่ากระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” เพื่อเป็นกลไกการ ขับเคลื่อนให้เด็ก เยาวชน ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศไทยให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษการ กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” มี 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุมกำกับอย่างเข้มข้น ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกัน ทั้งในประเทศและภูมิภาคในกลุ่มน้ำโขง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการส่งต่อทั้งระบบแบบบูรณาการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ในการป้องกันควบคุมและ

จัดการสิ่งแวดล้อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัย และพัฒนาฐานข้อมูล และการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ตามลำดับ¹ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 1.12 รองลงมาคือ ภาคเหนือ 0.90 ภาคใต้ 0.06 และภาคกลาง ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน อัตราป่วยเท่ากับ 11.11 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ น่าน ขอนแก่น ศรีสะเกษ ยโสธร เท่ากับ 7.34, 5.93, 4.02 และ 3.15 ตามลำดับ จังหวัดขอนแก่น เคยเป็นพื้นที่อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก และพบว่า ปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ซึ่งมีสถิติการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 93 ถึง 318 คน ต่อแสนประชากรต่อปี² ในอำเภอบ้านไผ่ มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี 2557 ถึง 2561 อัตราตายเท่ากับ 16.09, 24.14, 16.09, 16.14 และ 12.27 ต่อแสนประชากร ตามลำดับจากการสำรวจพบว่า พฤติกรรมประชาชนยังบริโภคปลาหรือก้อยปลาดิบ หรือ สุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 80 มีอัตราการติดเชื้อพยาธิสูงถึงร้อยละ 60³ จากความพยายามลดการแพร่เชื้อพยาธิใบไม้ตับมามากกว่า 30 ปี ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม นโยบายที่ไม่ชัดเจน ทำให้การรณรงค์ที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จที่ยั่งยืนประกอบกับวัฒนธรรมการกินปลาดิบที่ฝังลึกในพื้นที่ แม้ว่าประชาชนจะรับรู้ว่าการ

กินปลาดิบจะทำให้ติดเชื้อพยาธิแต่ประชาชนมักจะหาซื้อปลาผ่าพยาธิใบไม้ดิบมารับประทานเองและยังคงมีพฤติกรรมกินปลาดิบ อย่างไรก็ตามการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดิบเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรังหรือมีการติดแบบซ้ำซาก ยิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁴

จากผลกระทบข้างต้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการดำเนินการวิจัยประเมินผลครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินผลและศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาปรับปรุงโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ดิบและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปี2560 กรณีศึกษาตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) โดยใช้รูปแบบชิป (CIPPIEST Model) ของ Stufflebeam and Shinkfield (2007)⁵ รูปแบบประกอบด้วย 1) การประเมินผลด้านบริบท (C: Context Evaluation) 2) การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (I: Input Evaluation) 3) การประเมินผลด้านกระบวนการ (P: Process Evaluation) 4) การประเมินผลด้านผลผลิต (P: Product Evaluation) 5) การประเมินผลด้านผลกระทบ (I: Impact Evaluation) 6) การประเมินผลด้านประสิทธิภาพ (E:

Effectiveness Evaluation) 7) การประเมินผลด้านความยั่งยืน (S: Sustainability Evaluation) และ 8) การประเมินผลด้านการถ่ายโยงความรู้ (T: Transport ability Evaluation) ได้ศึกษาในพื้นที่ ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ ประชากร ได้แก่ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ปี 2560 จำนวน 850 คน กลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนประชากรทั้งหมด 850 คน ทำการเปิดตารางสุ่มส่วนกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับสลากรายชื่อที่ละชื่อแบบไม่ใส่คืนจนครบ จำนวน 265 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน ออกเขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้มีความยินดีและสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยใช้เกณฑ์การนำอาสาสมัครออก (Withdrawal criteria) มีอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ตรวจพบโรคโรคร้ายแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วน ประสบอุบัติเหตุเกี่ยวกับหลังจนทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลัง เป็นต้น ไม่สามารถติดต่อได้มากกว่า 3 ครั้ง ตลอดช่วงดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมโครงการต้องการยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งความต้องการที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการแก่ผู้วิจัยด้วยตนเอง

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ขั้นก่อนดำเนินการ โดยดำเนินการกิจกรรมการประเมินดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เริ่มดำเนินการในเดือนมกราคม 2560 โดยการประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการกับนโยบายการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับความพร้อมและความพอเพียงของ

องค์ประกอบของโครงการเริ่มดำเนินการประเมิน ในเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม ปี 2560 โดยเริ่มดำเนินการวางแผนงานโครงการจัดทำเตรียมกิจกรรมตามโครงการ

ขั้นตอนดำเนินการ

ระยะที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ตามมาตรฐานสำคัญที่ให้ตำบลดำเนินการ ปี 2560 การจัดสุขภาพีบาลบริหารจัดการสิ่งปฏิภูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิภูลการจัดการเรียนการสอนในพื้นที่การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์การรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย อย่างต่อเนื่องการส่งต่อผู้ส่งสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการรักษาการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและดูแลประคับประคอง

ขั้นหลังดำเนินการ

ระยะที่ 4 การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และการประเมินผลสำเร็จของโครงการ ซึ่งเป็นภาคขยายผลผลิต CIPPIEST Model โดยประเมิน การประเมินด้านผลกระทบ (Impact Evaluation) การประเมินด้านประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) การประเมินด้านความยั่งยืน (Sustainability Evaluation) การประเมินด้านการถ่ยโยง

ความรู้ (Transportability Evaluation)

เครื่องมือในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์

ชุดที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม

ชุดที่ 3 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

โดย สัมภาษณ์ ใน ประเด็น

1) สถานภาพทั่วไป 2) การประเมินประชาชนร่วมโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และ 3) ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาได้อย่างถูกต้องกำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ โดยยึดเนื้อหาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์การวิจัย สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับตอบคำถามในแต่ละข้อ นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ความชัดเจนความ

เหมาะสมของภาษา และตรงตามกรอบแนวคิด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ทำการปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะ นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวแทนประชาชน ในตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มากที่สุด เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบสัมภาษณ์ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach' Method) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 จึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ

1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเพียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ โรงเรียนบ้านเมืองเพีย องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเพีย ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป

2) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน ตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และบันทึกผลตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้น เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

3) เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาใช้การบรรยายและข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษา

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน ผู้วิจัยใช้เพียงรหัสชุดของ

แบบสอบถามเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.20 อายุเฉลี่ย 53.61 ± 11.103 ปี มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.30 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,856 บาท

ด้านบริบท กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.58$, $SD=1.23$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์โครงการฯ และนโยบายการดำเนินงาน คือ ประชาชนมีความตื่นตัวและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อม สังคม ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการตรวจรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

ด้านปัจจัยนำเข้า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD=1.31$) บุคคลที่เกี่ยวข้องจากทุกส่วนทุกฝ่ายให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ ด้านงบประมาณได้รับการสนับสนุนจากโครงการฯ และกองทุนสุขภาพท้องถิ่น วัสดุอุปกรณ์การตรวจได้รับการสนับสนุนจาก สคร.7 และ รพ.บ้านไผ่ ยาฆ่าพยาธิ สื่อ

ประชาสัมพันธ์จาก รพ.บ้านไผ่ ด้านบุคลากร ได้รับสนับสนุนจาก สคร.7 รพ.บ้านไผ่ สสอ.บ้านไผ่ เป็นผู้ดำเนินงานกิจกรรมต่างร่วมกับ รพ.สต. เมืองเพี้ยสงเสริมการทำกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนและโรงเรียน ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายที่ดีร่วมกับร้านค้าและผู้แปรรูปอาหารให้ถูกสุขลักษณะโดยเน้นการปรุงสุกเป็นสำคัญอีกทั้งมีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้เครือข่ายและชุมชนทราบในช่องทางที่หลากหลายเพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจเหตุผลโครงการและมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับ

ด้านกระบวนการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 1.71$) มีการประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกจัดทำประชาคมระบุนถึงปัญหาที่สำคัญ และกำหนดเป็นแผนงานโครงการฯ ดำเนินงานร่วมกัน จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันกับส่วนราชการในอำเภอและพื้นที่ ผู้นำชุมชนตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำข้อตกลงธรรมนูญหมู่บ้านโดยเป็นสัญญาประชาคมว่าจะลด ละ เลิก การบริโภคปลาดิบ และการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดพยาธิ อบต. ออกข้อบัญญัติตำบลว่าด้วยการกำจัดสิ่งปฏิกูลให้ถูกสุขลักษณะ หากฝ่าฝืนจะมีโทษปรับในอัตราที่สูงและศึกษาดูงานการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลจากที่ต่างๆ โดยได้เสนอขอก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่ง

ปฏิกูลเข้าในแผนพัฒนาของ อบต. ในปี 2562 อบต.ให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงและประชุมประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้การรักษาในผู้ที่ตรวจพบพยาธิทุกชนิดและนำกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์ หากพบผิดปกติส่งรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะสุดท้าย ให้การดูแลแบบประคับประคองในชุมชนด้วยทีมสหวิชาชีพของตำบลเมืองเพี้ย

ด้านผลผลิต กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.90$) การคัดกรองความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 905 ราย พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 468 ราย ติดเชื้อพยาธิและได้รับการรักษา 23 ราย เข้ารับการอัลตราซาวด์ จำนวน 240 ราย ผิดปกติและส่งต่อรักษา จำนวน 14 ราย มีผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 6 ราย ให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยโดยทีมสหวิชาชีพตำบลเมืองเพี้ย โรงเรียนมีการเรียนการสอนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 4 แห่ง อบต. ปรับปรุงข้อบัญญัติตำบล จำนวน 2 เรื่องและดำเนินการสร้างสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูล 1 แห่ง ปรับปรุงสภาพแวดล้อมแหล่งน้ำไหลจากชุมชนลงสู่แหล่งน้ำ โดยขุดดินให้ลึกขึ้นอย่างน้อย 1 เมตรเพื่อป้องกันการแพร่กระจายหอยไซ

จำนวน 3 แห่ง ชุมชนมีกติกาชุมชนในธรรมนูญหมู่บ้านทุกหมู่บ้านในการลด ละ เลิกกินปลาดิบข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 265 คน มีความรู้เกี่ยวกับการโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.30 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.07 มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกต้อง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.52 มีการประกอบอาหารประเภทปลาให้สุกก่อนรับประทานเสมอ ร้อยละ 84.75 ยังมีการรับประทานลาบ/ก้อยปลาดิบ ร้อยละ 15.80 และประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการคิดเป็นร้อยละ 85.01

ด้านผลกระทบ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 1.86$) จากงานดำเนินงานที่เน้นให้ประชาชนมีองค์ความรู้เกิดความตระหนัก มีการปรับเปลี่ยนสุขนิสัย และเลิกรับประทานปลาดิบ ทั้งนี้เป็นผลจากความร่วมมือของทุกฝ่ายในหน้าที่และบทบาทของตนเองในการดำเนินโครงการฯ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านที่ต่อเนื่องออกมาเป็นผลกระทบในด้านดีต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย คือ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะผลทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคของประชาชนในตำบลเมืองเพีย

ด้านประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างมี

ความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 1.62$) ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นผลมาจากการดำเนินโครงการฯ สามารถตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จากการติดพยาธิใบไม้ตับลดลงเดิมร้อยละ 60 ลดลงเหลือร้อยละ 10 ประชาชนรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นเนื่องจากตรวจไม่พบพยาธิและตนเองไม่กลับไปกินดิบอีกทำให้ความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลง ส่วนผู้ติดเชื้อส่งต่อรักษาจำนวน 14 ราย ได้รับการผ่าตัดจำนวน 6 รายและกลับมาทำงานได้ตามปกติ

ด้านความยั่งยืน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.83$) โดยมีแหล่งเรียนรู้ ละว้าโมเดล รพ.สต. ละว้าเป็นศูนย์กลางให้กับชุมชนอื่นได้เข้ามาศึกษา มีชมรมเลิกกินปลาดิบ 2 ชมรมช่วยเหลือในเรื่องการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มี รร. ปลอดพยาธิใบไม้ตับ 6 แห่ง มีบุคคลต้นแบบและครอบครัวตัวอย่างไม่กินปลาดิบ จำนวน 273 ครอบครัว ร้านค้าส้มตำใช้ปลาร้าต้มสุกจำนวน 6 แห่ง วิสาหกิจชุมชนผลิตปลาส้ม ปลาร้าบอง ปลาร้าที่ถูกสุขลักษณะปลอดพยาธิจำนวน 5 แห่ง นำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาใช้พัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยบรรจุโครงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในแผนกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่และ

หน่วยงานจากหลายส่วนให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชน

ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 1.24$) เพราะทุกฝ่ายเห็นความสำคัญต่อโครงการนี้ ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องจากการพัฒนา อสม. คนต้นแบบ ไม่กินปลาดิบ ครอบครัไม่กินปลาดิบตัวอย่าง เพื่อขยายองค์ความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีให้กับชุมชน ยังพัฒนา รพ. สต. ละว่าเป็นสถานที่ศึกษาดูงานการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ขยายผลไปยังตำบลอำเภอ และจังหวัดต่างๆ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลจัดการสุขภาพ ต้นแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับอำเภอต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น จากการทำงานของทุกฝ่ายร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทำให้โครงการมีความต่อเนื่องและยั่งยืนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินผลโครงการฯ (n=265)

ครั้งที่	Mean	SD.	95%CI		p-value*
			Lower	Upper CI	
ด้านบริบท	4.58	1.23	7.51	8.15	<0.001
ด้านปัจจัยนำเข้า	4.11	1.31	5.61	6.25	<0.001
ด้านกระบวนการ	4.17	1.17	4.18	4.82	<0.001
ด้านผลผลิต	4.02	0.90	2.55	3.19	<0.001
ด้านผลกระทบ	3.89	1.86	3.26	4.68	<0.001
ด้านประสิทธิผล	4.08	1.62	1.18	2.62	<0.001
ด้านความยั่งยืน	4.25	0.83	0.41	0.15	<0.001
ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ	4.32	1.24	6.45	8.32	<0.001

*P-value< 0.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินผลและศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาปรับปรุงโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2560 กรณีศึกษาตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ด้านบริบทกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.58$, $SD = 1.23$) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์โครงการฯ และนโยบายการดำเนินงานด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 1.31$) บุคคลที่เกี่ยวข้องจากทุกส่วนทุกฝ่ายให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ ซึ่งการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยไม่ว่านโยบายและกลยุทธ์จะมีประสิทธิภาพเพียงใด ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง⁷ ด้านกระบวนการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 1.71$) มีการประชุม

ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านผลผลิต กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.90$) การคัดกรองความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 905 ราย พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 468 ราย ติดเชื้อพยาธิและได้รับการรักษา 23 ราย ด้านผลกระทบ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 1.86$) จากการทำหน้าที่เน้นให้ประชาชนมีองค์ความรู้ เกิดความตระหนัก มีการปรับเปลี่ยนสุขนิสัย และเลิกบริโภคปลาดิบ ทั้งนี้เป็นผลจากความร่วมมือของทุกฝ่ายในหน้าที่และบทบาทของตนเองในการดำเนินโครงการฯ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การทำความเข้าใจด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับชุมชน กลุ่มใดที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดสิ่งที่เป็นภาระในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเกิดจากความช่วยเหลือทางการแพทย์และการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและมาตรการที่ได้รับในชุมชนและระดับรัฐบาลเพื่อบรรเทาสิ่งเหล่านี้⁸ ด้านประสิทธิผลกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 1.62$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินโครงการฯ สามารถตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านความยั่งยืนกลุ่มตัวอย่างมี

ความคิดเห็นต่อโครงการฯโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.25$, $SD=0.83$) โดยนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาใช้พัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยบรรจุโครงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในแผนกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่และหน่วยงานจากหลายส่วนให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนด้านการถ่ายทอดส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อโครงการฯโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD=1.24$) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อบลัลดการสุขภาพต้นแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับอำเภอต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคการคัดกรองโรคการวินิจฉัยและการดูแลรักษาการวิจัยพัฒนาคุณภาพในการให้การดูแลรักษาและการติดตามประเมินผลในการดูแลรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีลด

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. สารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. สธ. เผย WHO ระบุพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อมะเร็งท่อน้ำดี พบมากที่สุดในโลกที่

การสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม รวมถึงการผลักดันประเด็นมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคนทั้งประเทศจากการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีมากมายส่งผลให้ในปัจจุบันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลับมาเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินโครงการอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน รวมทั้งมีการกำหนดปฏิทินการดำเนินงานอย่างแน่ชัดเพื่อทราบกระบวนการขั้นตอนการดำเนินโครงการอย่างมีระบบมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการใช้รูปแบบการประเมินนี้ ประเมินโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อจะส่งผลให้โครงการต่างๆ ประสบผลสำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

ภาคอีสาน. [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 12 มีนาคม 2560]. จากhttp://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?id=Hot_new=78964.

3. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. **ทศวรรษการลดพยาธิใบไม้ตับกำจัดมะเร็งท่อน้ำดี “รู้ป้องกัน รักษาเร็ว ไม่ตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี”**. นนทบุรี: สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค;

- 2559.
4. ณรงค์ ชันดีแก้ว, พวงรัตน์ ยงวนิชย์. แนวคิดด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ. **ศรียนคินทร์เวชสาร** 2559: 27(ฉบับพิเศษ (มะเร็งท่อน้ำดี)): 422-426.
 5. บรรจบ ศรีภา, พงษ์ศักดิ์ ภูภาพขาว, ธนาพร นฤนาทวัฒนา. **โรงเรียนปลอดพยาธิใบไม้ตับแบบยั่งยืนต้นแบบแก่กล้าว่า จังหวัดขอนแก่น**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสนับสนุนการวิจัย; 2556.
 6. Stufflebeam DL. Shinkfield AJ. **Evaluation theory, models & applications**. CA: Jossey-Bass; 2007.
 7. Khuntikeo N, Loilome W, Thinkhamrop B, Chamadol N, Yongvanit P. A Comprehensive Public Health Conceptual Framework and Strategy to Effectively Combat Cholangiocarcinoma in Thailand. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. 2016; 10(1): e0004293.
 8. Khuntikeo N, Chamadol N, Yongvanit P, Loilome W, Namwat N. โปรแกรมตรวจคัดกรองและการดูแลมะเร็งท่อน้ำดี. (CASCAP) **BMC Cancer** 2015; 15: 459.

มิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง

เกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์¹, ระพีพัฒน์ อารามภรณ์², วิโรจน์ แต้ดั่ง²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่งในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเมษายน 2561 ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ จำนวน 3 คน และผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ จำนวน 7 คน อาสาสมัคร จำนวน 2 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยถูกตีตราและความทุกข์ความกังวลมากกว่านักโทษคนอื่นๆ โดยในทัศนสถานบำบัดพิเศษจะแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ เพื่อการป้องกันโรคและลดการกระจายของเชื้อโรค ด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วยวัณโรคยังมีความตระหนักและพฤติกรรมการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองไม่เหมาะสม มีโอกาสกระจายของเชื้อโรคสู่ผู้ต้องขังคนอื่นๆ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยวัณโรค ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานด้านการให้ยาผู้ป่วย และขาดการป้องกันตนเอง มีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรค นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยต้องเข้าฐานใหญ่ ร่วมกับผู้ต้องขังปกติคนอื่นๆ จะมีโอกาสแพร่เชื้อโรคได้ ในส่วนด้านการรับรู้ของผู้ป่วยเรื่องการรักษาโรคและการกินยา ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจอย่างดี ด้านปัญหาในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังมีปัญหาจากการมีจำนวนเจ้าหน้าที่น้อย และภาระงานอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งในช่วง 2 เดือนที่ป่วย ผู้ป่วยวัณโรคจะถูกแยกออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ เพื่อการป้องกันโรคและลดการกระจายของเชื้อโรค ด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วย ซึ่งหลังจากนั้น ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับไปห้องพักเดิม ซึ่งมีผู้ต้องขังจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการจัดระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และมีผลต่อการกินยาที่ต่อเนื่อง เสี่ยงต่อโอกาสที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาดข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษเพื่อนำข้อมูลไปกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ ให้สอดคล้องกับบริบท จำนวนผู้ต้องขังและความพร้อมของบุคลากรด้านสาธารณสุข และควรมีการสื่อสารเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรักษาวัณโรคให้หายขาด รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อม และมีมาตรการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

คำสำคัญ: มิติสุขภาพ สังคม ผู้ป่วยวัณโรค ทัศนสถานบำบัดพิเศษ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง

ASPECTS OF HEALTH AND SOCIAL WITH TUBERCULOSIS PATIENT IN PRISON

*Kasarporn Bannawongsil¹, Rapeepat Arach², Wirote Thangduang²***ABSTRACT**

The aim is to study health and social dimension in Tuberculosis disease in prison during October 2017 to April 2018. The focus group compose with 3 of prison officers, 7 Tuberculosis patients and 2 volunteers by using interview and analyze data.

Prisoner suffering from branded and separated to provide special room for prevention and reduction of disease however, the behavior of caring is able spread to the other prisoner consequently volunteer lack of knowledge and understanding for practice medication skill to protect from Tuberculosis disease In addition, the prisoner who do the activities with the Tuberculosis patient would have opportunity to get the tuberculosis disease. During 2 months Tuberculosis patient would be separated from other prisoners for prevention and reduction disease after 2 months Tuberculosis patient would be sent back which may effect to discontinuing care for taking medication treatment it may not improve for effective treatment.

The study is to understanding the way of life with Tuberculosis patient in prison for improve model accordance with quantity of prisoner and providing health personnel for communication of risk behavior to cure Tuberculosis disease including environment and monitoring to take care for Tuberculosis patient in prison.

Keyword: Health dimension, Social, Tuberculosis patient and Prisoner

¹Registered Nurse (Nursing), Khon Kaen Hospital

²Registered Nurse (Nursing) Prison & Correctional Facility

บทนำ (Introduction)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทย ติดอันดับ 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีผู้ติดเชื้อวัณโรคสูงอัตรา 1.2 แสนคนต่อปี เข้าถึงการรักษาแค่ร้อยละ 60 เสียชีวิตปีละ 1.2 หมื่นคน¹ สาเหตุของวัณโรคเกิดจากการ ติดเชื้อไมโครแบคทีเรียมทูเบอร์คูโลซิส (Mycobacterium Tuberculosis) ที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศโดยผ่านทางการไอ จาม การพูด และการหายใจ โดยความเสี่ยงของวัณโรคจะเพิ่มขึ้นหากเป็นผู้ที่เคยพักอาศัย หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนมาก และสถานที่สิ่งแวดล้อมที่มีข้อจำกัดทางพื้นที่ โดยเฉพาะทัศนสถานบำบัดพิเศษเป็นสถานที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการแพร่ของเชื้อวัณโรคสูง นอกจากนั้นการที่มีผู้ต้องขังเป็นจำนวนมาก ภาวะทุพโภชนาการ ความเครียด การติดสารเสพติดและการ ติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อวัณโรค และเป็นวัณโรคเรื้อรังขึ้น ผู้ต้องขังจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอดมากกว่าประชากรทั่วไป มีอัตราการป่วย และมีอัตราการตายมากกว่าหลายเท่า²

การป่วยเป็นวัณโรคย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ต้องขังและต่อเจ้าหน้าที่ในทัศนสถานบำบัดพิเศษ อีกทั้งยังมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิต จากรายงานขององค์การ

อนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกพบว่า มีเสียชีวิตจากการป่วยเป็นวัณโรคถึง 1.3 ล้านราย ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราตายจากการป่วยเป็นวัณโรค 21 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 893 คน อัตราป่วยด้วยวัณโรคปอด 222.67ต่อแสนประชากร ซึ่งกลุ่มประชากรส่วนหนึ่งที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น คือ ผู้ต้องขังในทัศนสถานบำบัดพิเศษ ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการแพร่ของเชื้อวัณโรคสูงการป่วยเป็นวัณโรคของผู้ต้องขังอาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้ต้องขังอื่น เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลหรือผู้ที่มาเยี่ยม ตลอดจนผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างอย่างไรก็ตามการลดปัญหาวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษมีความเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรสุขภาพ ซึ่งในแต่ละแห่งมีพยาบาลประจำเพียง 1-2 คน เท่านั้นและต้องดูแลผู้ต้องขังประมาณ 2,000 คน อีกทั้งมีการหมุนเวียนเข้าออกของผู้ต้องขังทุกวัน ทำให้ไม่สามารถคัดกรองวัณโรคปอดได้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกราย³

จากข้อมูลปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 16 คน อัตราสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 68.75 อัตราตายร้อยละ 12.5 ปี 2561 มีผู้ป่วยจำนวน 9 คน อยู่ระหว่างการรักษา 7 คน ย้าย/โอนออก 2 คน⁴ ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานการดูแล

ผู้ป่วยวัณโรคเชื่อมโยงกับพยาบาลในทัศนสถานบำบัดพิเศษ จึงมีความสนใจศึกษามิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งนี้เพื่อทราบถึงข้อมูลมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ ครอบคลุมถึงวิถีการดำรงชีวิตตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง ในในทัศนสถานบำบัดพิเศษ รวมถึงสภาวะแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ วิธีการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ ผู้ต้องขัง และความสัมพันธ์กับโลกภายนอก ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบถึงข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องรอบด้านเพื่อการสนับสนุนและตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาถึงมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

งานศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สัมภาษณ์ และการสังเกต ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึง เมษายน 2561 หน่วยในการวิเคราะห์ มีทั้งระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล ซึ่งประชากรเป้าหมาย คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลระดับหน่วยงาน คือ ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ในทัศนสถานบำบัดพิเศษ จำนวน 3 คน 2) ผู้ให้ข้อมูลระดับบุคคล คือ ผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น จำนวน 7 คน 3) อาสาสมัคร จำนวน 2 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview protocol) ใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 2) อ่านออก เขียนได้สามารถถ่ายทอดและสื่อสารได้ ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยแนวคำถามการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้สร้างและตรวจสอบเครื่องมือจากการกำหนดประเด็นคำถามและร่างคำถามหลักและนำร่างแบบสัมภาษณ์เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น ความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงร่างแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริงผู้วิจัยได้คืนข้อมูลให้ประชากรเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า หรือ ไตรมิติ (Triangulation) (Denzin, 1970)⁵ เพื่อความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลมาจัดกลุ่มความหมายแยกออกเป็นประเด็น (content analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะร่วมหรือมีความหมายเหมือนกันไว้ด้วยกัน จากนั้นให้

ความหมายหรือจำแนกชื่อแก่กลุ่มข้อมูลนั้น ๆ (Them) เพื่อหาข้อสรุปจากปรากฏการณ์ทางสังคมโดยพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่างๆ (Phenomenon Relationship)

จริยธรรม การวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลโดยไม่มีข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัย จะกระทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ประโยชน์สำหรับการพัฒนาทางด้านวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

1. ตัวตนของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ

ผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษนอกจากเป็นนักโทษแล้ว การเป็นผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์และกังวลมากกว่านักโทษคนอื่นๆ หลายเท่า นอกจากนั้น นักโทษปกติที่ไม่ป่วยยังดีตราตัวผู้ป่วยในมุมมองที่ไม่ดี และรังเกียจ เมื่อเป็นโรควัณโรคจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ด้วย สะท้อนให้เห็นถึง ความทุกข์ทรมานจากการเป็นวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ

“ผมรู้สึกถูกตีตราตลอดเวลา แม้ตอนไปขึ้นศาล จะมีคนว่าซึ่งๆ หน้าว่า อย่าไปใกล้มัน มันเป็นวัณโรค”

2. สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ

ทัศนสถานบำบัดพิเศษสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอน จะมีผู้ต้องขังจำนวนมาก และมีความแออัดประกอบกับระยะเวลาการอยู่ร่วมกันมากกว่าวันละ 15 ชั่วโมง เป็นการเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ ซึ่งเมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้น ในทัศนสถานบำบัดพิเศษจะแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ เพื่อการป้องกันโรคและลดการกระจายของเชื้อโรค ด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในทัศนสถานบำบัดพิเศษ

ทัศนสถานบำบัดพิเศษ จะจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนประจำตัว แต่ในความจริง ยังให้อุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน รวมถึงนักโทษที่มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วย นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังมีการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยเนื่องจาก ไม่ให้ความร่วมมือ มีการแอบสูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคยังมีความตระหนักรู้และพฤติกรรมการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองไม่เหมาะสม มีโอกาสกระจายของเชื้อโรคสู่ผู้ต้องขังคนอื่น ๆ

“ผู้ป่วยทุกคนจะมีกระป๋องใส่เสมหะของตัวเองหลังจากบ้วนเสร็จจะนำไปเทลงโถส้วม มีแก้วน้ำที่ใช้เป็นของส่วนตัวแต่ใน

บางครั้งก็ใช้ร่วมกัน ผู้ต้องขังที่สูบบุหรี่จะมีที่ให้สูบบุหรี่นอกห้อง เป็นที่โล่งไกลจากห้องราว 100 เมตร ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนพยาบาลจะแจกผ้าปิดปากให้จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อ หรือ 2 เดือน ผู้ป่วยทุกคน จะทำกิจวัตรประจำวันเหมือนกันเพราะอยู่รวมกัน และทำกิจกรรมร่วมกัน”

4. กิจวัตรประจำวันและการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น

ในแต่ละวัน ผู้ป่วยวัณโรค มีกิจวัตรประจำวันเช่นเดียวกับนักโทษคนอื่น การรับประทานยาวัณโรค จะมีจิตอาสาที่เป็นผู้ต้องขัง คอยกำกับการกินยา จากการสังเกตจิตอาสาที่ผู้ต้องขัง จะไม่ดูถูกลากยา ใช้ความคุ้นเคยในการจัดยา และสวมใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกเป็นบางครั้ง สะท้อนให้เห็นว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ด้านการให้ยาผู้ป่วย และขาดการป้องกันตนเอง มีโอกาสได้รับเชื้อวัณโรค นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยต้องเข้าฐานใหญ่ ร่วมกับผู้ต้องขังปกติคนอื่นๆ จะมีโอกาสแพร่เชื้อโรคได้

5. มุมมองการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น

ด้านปัญหาในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังมีปัญหาจากการมีจำนวนเจ้าหน้าที่น้อย และภาระงานอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 2 เดือนที่ป่วย จะแยกผู้ป่วยออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ เพื่อ

การป้องกันโรคและลดการกระจายของเชื้อโรค ด้วยการจัดห้องพักพิเศษให้ผู้ป่วย ซึ่งหลังจากนั้น ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวกลับไปห้องพักเดิม ซึ่งมีผู้ต้องขังจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการจัดระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และมีผลต่อการกินยาที่ต่อเนื่อง เสี่ยงต่อโอกาสที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาด

ด้านจิตอาสา (อาสาสมัคร) ที่ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในบางครั้งไม่ป้องกันตัวเองโดยไม่สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ที่ดูแลผู้ป่วย “ผมคิดว่าผมไม่ติดหรอกเพราะผมแข็งแรงอยู่ครับคุณหมอ” และบางครั้งก็ให้ผู้ป่วยดูแลการกินยาให้กันเอง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจถึงวิถีชีวิต มิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทัณฑสถานบำบัดพิเศษแห่งหนึ่ง ซึ่งแสดงออกถึงตัวตนของผู้ป่วยวัณโรค สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนกิจวัตรประจำวันและมุมมองการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทัพบ^๑ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำทัณฑสถาน ด้วยการจัดระบบการดูแลสุขภาพตนเองและการใช้เครื่องป้องกันอันตรายจากความเสี่ยงของโรค และพัฒนาการจัดการระบบการดูแล

ผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และป้องกันการติดต่อของโรคต่างๆ ที่แฝงมาพร้อมกับการอยู่รวมกันในทันตสถานบำบัดพิเศษ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทั้งจากเพื่อน/จิตอาสา เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งญาติผู้ป่วย ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ผู้ป่วยถูกรังเกียจ ตีตราจากเพื่อน ด้านสิ่งของตลอดจนยา มีการเยี่ยมยาของผู้ป่วย คนอื่นจุดประสงค์เพื่อไม่ต้องการให้ผู้ป่วยขาดยา จากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจะเป็นการให้ข้อมูลรายกลุ่ม ในด้านการเยี่ยมญาติจะเป็นการให้กำลังใจจากญาติ ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนของ Jacobson⁷ ที่ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ข่าวสาร และวัตถุสิ่งของ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ จนเกิดภาวะการณ์มีสุขภาพดี การศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อทราบปรากฏการณ์ด้านมิติสุขภาพและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษเพื่อนำสถานการณ์และข้อมูลมาใช้ในการวางแผน และตัดสินใจกำหนดนโยบายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรควัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษได้และสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในทันตสถานบำบัดพิเศษแห่งอื่นๆ ที่มี

บริบทใกล้เคียงกับในทันตสถานบำบัดพิเศษแห่งนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในทันตสถานบำบัดพิเศษ ให้สอดคล้องกับบริบท จำนวนผู้ต้องขัง และความพร้อมของบุคลากรด้านสาธารณสุข ในทันตสถานบำบัดพิเศษและควรจัดสิ่งแวดล้อม และมีมาตรการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เช่น การใช้แก้วนํ้าดื่มร่วมกันกับผู้ป่วยด้วยกันเองและผู้ต้องขังคนอื่นๆ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกของผู้ป่วย จิตอาสา และผู้ต้องขัง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งจากนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้อำนวยการในทันตสถานบำบัดพิเศษ แพทย์หญิงจุริจาลักษณ์ พรหมเมือง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาลที่ดูแลในทันตสถานบำบัดพิเศษตลอดจนผู้ต้องขังที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของเครื่องมือในการศึกษาและขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้เอื้อนามมา ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.
2. ศิริินภา จิตติมณี, นิภา งามไตรไร. แนวทางการเร่งรัดการควบคุมวัณโรคในเรือนจำของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2552.
3. Jittimanee S, Ngamtrairai N, White M, Jittimanee S. A prevalence survey for smear-positive tuberculosis in Thai prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases* 2007; 11(5): 556-561.
4. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2561. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2562.
5. Denzin NK. *Sociological Methods: A source Book*. Chicago: Aldine; 1970.
6. บุญยัง ฉายาทับ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลสถาน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
7. Jacobson B. *Modern Organization*. New York: Knopf; 1986.

การจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ:

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

พรณิภา ไชยรัตน์¹

บทคัดย่อ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้อัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น วัยเด็กลดลงมีความซับซ้อนของปัญหาและความต้องการ ปรากฏชัดจากสภาพความเสื่อมตามวัย ภาวะฉุกเฉิน โรคและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การจัดพื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพและการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญต้องตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม รวมถึงความสัมพันธ์ของคน เครือข่ายทางสังคม และความสอดคล้องเชิงวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ ศาสนา เขตพื้นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีความหลากหลาย ผู้ให้บริการต้องตระหนักในการออกแบบที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้ ให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยเลือกเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูลออนไลน์ ทั้งในและต่างประเทศ ประเมินคุณภาพตามการออกแบบงานวิจัย ทั้งงานวิจัยเชิงทดลอง ไม่ทดลอง งานวิจัยเชิงคุณภาพ การทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ สรุปเลือกเอกสารทั้งสิ้น 21 บทความ ดำเนินการสกัดข้อมูล ทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ได้องค์ประกอบการจัดการ 3 ส่วน ได้แก่ (1) การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพของบ้านหรือที่อยู่อาศัย และชุมชน (2) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ระดับบุคคล เช่น ความสะอาดจิตสังคม และความมั่นคงในชีวิต ระดับครอบครัว คือ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และระดับชุมชน ทำให้เกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม และ (3) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการจัดที่อยู่อาศัย ผลการวิเคราะห์ชี้ว่าความสัมพันธ์ลักษณะทางกายภาพ และสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้อธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่แสดงลักษณะของคุณภาพชีวิต และไม่ได้แยกสถานะสุขภาพในแต่ละระดับที่ชัดเจน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Pannipa Chairat. E-mail: pannipachairat@gmail.com

SUPPORTIVE ENVIRONMENT AND HOUSING FOR THE ELDERLY: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Pannipa Chairat¹

ABSTRACT

Thailand is required to be well prepared to address the population shift into “aging society”. To effected changing the population, structure family, render dependence of the elderly increases, and the number of children significantly declines. Problems and needs of the elderlyare complex. All evidences from the deterioration of aging, emergencies, diseases and illnesses caused by the elderly. Providing a living space that is conducive to the health and well-being of the elderly. Therefore, the important must be aware of the quality of physical and social accommodation. Including the relationship of people in society, social networks must also consider cultural consistency, ideas, believes, religions, residential areas which have many differences in service providers must be aware of the design the resident area that is conducive to elderly health. Integrated literature review, housing arrangements that are conducive to elderly health and then find a conclusion, choose a total of 21 articles. Performing data extraction analyzed and synthetic get the elements of living space that is conducive to the elderly in 3 parts. Namely, (1) environmental management that is conducive to health contain with physical of the house or residence conditions inside , outside, and the community (2) Health outcomes from housing arrangements for seniors which consists of health outcomes for themselves, such as cleanliness, peace of mind, mental well-being in life and stability in life family level is safety in life and property and community level causing environmental and social impacts (3) Health status of the elderly related to housing arrangements which is the basis of housing operations. This studyrelated to characteristics of physical, social characteristics and quality of life of the elderly but did not explain the concrete level of qualitative data That presents the characteristics of quality of life and do not separate health status at each level clearly.

Keywords: Elderly, Supportive environmentsfor elderly, Housing and Health

¹Registered Nurse, Professional Level

บทนำ (Introduction)

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย เมื่อเป็น “สังคมสูงวัย”¹ ปรากฏในลักษณะอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุที่สูงขึ้น วัยเด็กลดลง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุโดยเฉพาะเมื่อประชากรรุ่นเกิดล้านที่เกิดใน ปี พ.ศ. 2506-2526 ทอยยเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ สวัสดิการ อาชีพและรายได้ และการช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เจ็บป่วย ภาวะยากลำบาก เป็นต้น อีกทั้งขนาดครัวเรือนที่ลดลง วัยแรงงานจากชนบทย้ายสู่เมือง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมขนาดครอบครัว สถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง เพิ่มขึ้น จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยลดลง² การอยู่ตามลำพังในครัวเรือนมีมากขึ้นในรูปแบบการอาศัยที่แตกต่างกัน เช่น อาศัยอยู่กับเด็ก คู่ชีวิต อยู่ตามลำพัง เป็นต้น³ ซึ่งความแตกต่างในสภาพการอยู่อาศัย เช่น พื้นที่เขตเมือง ชนบท การอยู่บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านที่รัฐจัดให้ทั้งที่ถาวร ไม่ถาวร และสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่นั้นๆ การจัดพื้นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิต ก่อนนำสู่การดูแลสนับสนุนอื่น เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจากความซับซ้อนของปัญหาและความต้องการ ทั้งที่ปรากฏชัดจากสภาพความเสื่อม เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ การ

มองเห็น การได้ยิน เป็นต้น การเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น สิ้นลม ตกจากที่สูง สะดุดพื้นต่างระดับ หน้ามืด วิงเวียน เป็นต้น และโรคและการเจ็บป่วย ที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม หรือมากกว่าหนึ่งโรคและซับซ้อน ควบคุมอาการไม่ได้ จนเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ตลอดจนประเด็นเชิงวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อของการอยู่อาศัยล้วนมีผลต่อวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เช่น ความแตกต่างของศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อเรื่องเจ้าที่ผีเรือน การหันเรือน เป็นต้น ฉะนั้นการจัดพื้นที่อยู่อาศัย จึงมีความสำคัญต่อการจัดการดูแลและบริการ ซึ่งต้องตระหนักถึงคุณภาพของที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยทางกายภาพ และสังคม รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในสังคม เครือข่ายทางสังคมอื่นๆ แล้วจึงมีความสอดคล้องเชิงวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัย

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ หลายรูปแบบทั้งการจัดบ้าน ในรูปแบบการออกแบบเพื่อการใช้งานของคนทุกกลุ่มในสังคม (universal design) การจัดสภาวะแวดล้อมทางสังคม ทางกายภาพ เครือข่ายทางสังคม ความร่วมมือของสังคม ให้เกิดการจัดการพื้นที่อยู่อาศัยอย่างเป็นระบบ และเกิดผลด้านสุขภาพ ในทิศทางของการเพิ่มคุณภาพชีวิต การเข้าถึง และความผาสุกของผู้สูงอายุ⁴⁻⁸ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่าง

เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยภายในบ้าน ลักษณะของพื้นที่โดยรอบ และผู้อยู่อาศัย กับความเท่าเทียมในการเข้าถึง ซึ่งหมายรวมถึงด้านสุขภาพด้วย ทัศนคติของทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยที่รัฐจัดให้ สถานะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ที่พักพิงชั่วคราว ในพื้นที่เขตเมือง กึ่งเมือง ชนบท กับคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติ มีโรคและการเจ็บป่วย มีความพิการ¹⁰ ซึ่งยังไม่กระจ่างในลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยในชุมชน ซึ่งต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ และเอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งลักษณะของการเป็นบ้านที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน การสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้นในการทบทวนวรรณกรรมนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมการจัดพื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อันได้แก่ ลักษณะบ้าน การจัดการภายในและนอกบ้าน สภาพแวดล้อมโดยรอบทั้งกายภาพและสังคม รวมถึงสภาพแวดล้อมชุมชนอันได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก ความร่วมมือทางสังคม และความปลอดภัย รวมถึงความเชื่อ วิถีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพื้นที่อยู่อาศัย

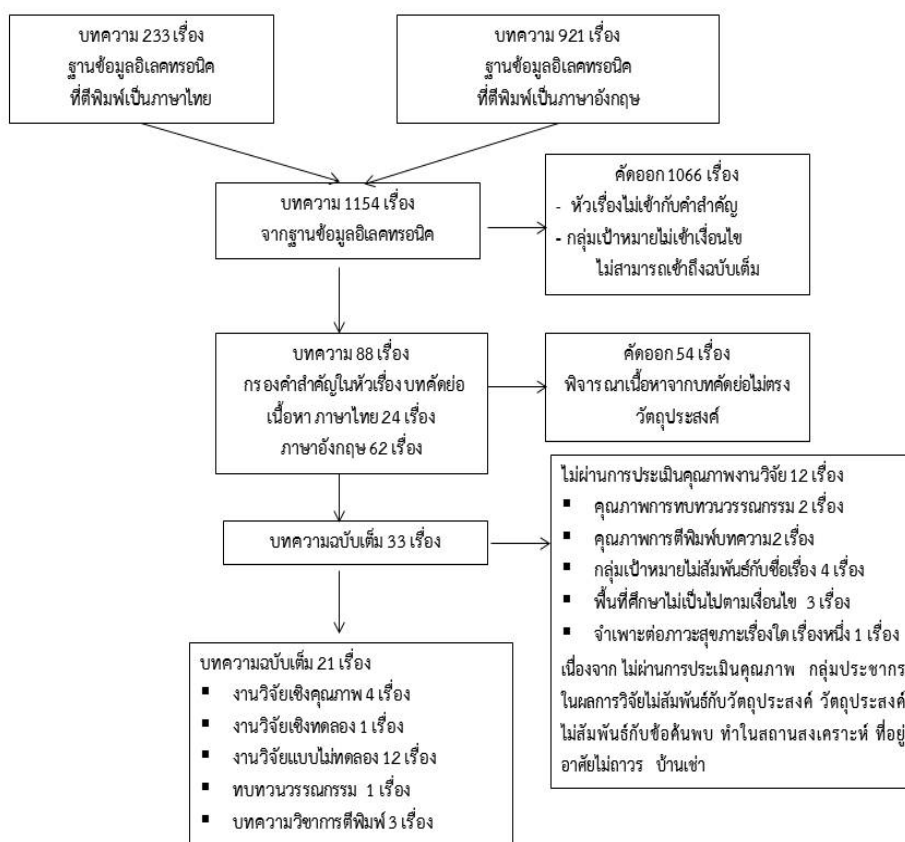
วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การทบทวนครั้งนี้ไม่ได้กำหนดข้อจำกัดการออกแบบการศึกษา การศึกษาที่พบจึงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาแบบ

ทดลอง ไม่ทดลอง การทบทวนวรรณกรรมและบทความวิชาการ มีขอบเขตในการสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ ได้แก่ CINAHL, Science Direct, Pro-Quest, PubMed เป็นต้น และฐานข้อมูลออนไลน์ในประเทศไทย ได้แก่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (TDC) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (HSRI) ศูนย์ข้อมูลการวิจัยดิจิทัล “วช” (DRIC) สำนักห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น และใช้คำสำคัญในการสืบค้นดังนี้ การสืบค้นโดยใช้ภาษาอังกฤษ “Housing” or “Resident” or “Neighborhood” or “Environment” AND “Elderly” or “Older adult” or “Older person” AND “Dependency” or “Chronic illness” or “Disability” AND “Culture” or “Beliefs” or “Faith” โดยใช้ภาษาไทยได้แก่ “ผู้สูงอายุ” หรือ “ผู้สูงวัย” และ “บ้าน” หรือ “ที่พักอาศัย” หรือ “สภาพแวดล้อม” มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) โดยต้องเป็นบทความวิชาการ การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่มีการตีพิมพ์ฉบับเต็มในวารสารที่มี Peer Reviewer ภาษาไทยตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2560 และภาษาอังกฤษตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2008 – 2017 มีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งมีความเจ็บป่วย พิการ

มีภาวะพึงพิง ปรากฏในเอกสารอย่างใด อย่างหนึ่งหรือทั้งหมด ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ งานวิชาการที่กำหนดพื้นที่อยู่อาศัยเป็น สถานบริการของรัฐ ที่อยู่อาศัยที่เข้า nursing home มีกลุ่มเป้าหมายที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย เอกสารวิชาการครบถ้วนทุกฉบับตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ตามการออกแบบการวิจัย ของ NICE Methodology และ ประเมิน

คุณภาพเอกสารตีพิมพ์ ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สรุปเอกสารที่ผ่านการประเมินรวม 21 บทความ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ 4 เรื่อง การศึกษาแบบทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาแบบไม่ทดลอง 12 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรม 1 เรื่อง และบทความวิชาการ แนวปฏิบัติ สรุปการถอดบทเรียน 3 เรื่อง แสดงรายละเอียดการคัดเลือกดัง แผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย เอกสารตีพิมพ์ที่ต้องการ

ผลการวิจัย (Result)

ลักษณะของพื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยเอกสาร 4 เรื่อง¹¹⁻¹⁴ ที่อธิบายสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั้งที่เป็นตัวแปรด้านปัจจัยความต้องการที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพกับการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีเอกสาร 2 เรื่อง^{15, 16} ที่อธิบายสภาพแวดล้อมทางกายภาพของที่อยู่อาศัยที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ หรือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ต้องดำเนินการเพื่อสร้างผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุและมีเอกสาร 3 เรื่อง^{7, 17, 18} ที่เป็นการเชื่อมโยงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยกับลักษณะทางสังคมทั้งการสนับสนุน การบริการ การมีส่วนร่วมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและมีเอกสาร 1 เรื่อง²⁰ ที่วิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางกายภาพของที่อยู่อาศัยกับผลกระทบต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 10 เรื่องสรุปสาระสำคัญที่เป็นลักษณะที่อยู่อาศัยที่เอื้อได้ 2 ส่วน ได้แก่

ลักษณะสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย (1) ลักษณะของบ้านหรือที่อยู่อาศัย มีแนวทางการพิจารณาในส่วน คุณภาพของบ้าน เช่น คุณภาพของวัสดุ ก่อสร้าง มาตรฐานการก่อสร้าง และความแข็งแรง มีความถาวรรองรับภัยพิบัติ เป็นต้น การออกแบบบ้าน เช่น โครงสร้างมาตรฐานเป็นไปตามมาตรฐานการก่อสร้างที่อยู่อาศัย และมีขนาดพื้นที่อยู่อาศัยมีเหมาะสมกับ

จำนวนสมาชิก และเป็นสัดส่วน และความมั่นคงของการมีบ้านประเพณีได้จากการเป็นเป็นเจ้าของ ไม่ควรเป็นผู้เช่า ผู้อาศัย และการมีอำนาจในการตัดสินใจในระดับบุคคล ครอบครัว และความสามารถในการจ่าย หรือซื้อที่อยู่อาศัยได้¹¹ (2) สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบด้วยลักษณะการจัดบ้านตามมาตรฐานขั้นต่ำประเมินจากพื้นที่ในบ้านเช่น ห้องรับแขก ห้องนั่งเล่น ห้องครัว ห้องอาหาร ห้องนอน และห้องน้ำ พื้นบ้านควรเรียบ ไม่เล่นระดับ มีราวจับที่แข็งแรง ยึดแน่นทางเดิน ห้องน้ำ อุปกรณ์เปิดปิดน้ำ ลูกบิดประตู ก๊อกน้ำ ควรเป็นแบบออกแรงน้อย หรืออัตโนมัติ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น กองหิน กองวัสดุ แสงสว่างทางเข้าบ้านเพียงพอ สัญญาณฉุกเฉินที่หัวเตียง ห้องน้ำ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน¹⁵ การจัดการภายในบ้าน เช่น การจัดวางของให้สามารถหยิบได้ง่าย รูปแบบการจัดวางไม่เปลี่ยนแปลงจากวิถีเดิม ไม่วางสิ่งของทางเดิน และควรมีวิธีการสื่อสารเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเช่น สัญญาณเตือน เชื่อมโยงระบบการช่วยเหลือฉุกเฉิน การเสริมแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้ง่ายขึ้นด้วยการใช้สีที่แตกต่างกันภายในที่อยู่อาศัย ได้แก่ ฝาบ้าน กับผนังบ้าน สีพื้นกับผ้าปูเตียง เป็นต้น (3) สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านไม่ควรมีพื้นแตก เป็นหลุม ขาดทะลุ ราวจับไม่พอ พื้นสูงชัน ลื่น เสี่ยงต่อการลื่นล้ม ทำให้บาดเจ็บ หกล้มได้ บ้านใดขึ้นบ้านควรมีราวจับ แสงสว่างทางเข้าบ้านควรมีเพียงพอ เมื่อผู้สูงอายุ

อาจต้องไปนอกบ้าน เช่น ไปนา สวน อาจมีพื้นที่ต่างระดับ หลุมทำให้เกิดความเสี่ยง ต้องมีการทำความเข้าใจ และช่วยเหลือ¹⁴ (4) การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในชุมชนไม่ควร มี ถนนที่ขรุขระ พื้นที่แออัด หรือเสี่ยง ไม่ปลอดภัย ควรมีพื้นที่สาธารณะสำหรับการ ออกกำลังกาย อาจมีการช่วยเหลือเมื่อต้อง เดินทาง หรือมีกิจกรรม เช่น การไปซื้อของ การนัดพบแพทย์ การออกกำลังกาย การมีพื้นที่สีเขียว มีที่เคารพบูชา มีศูนย์ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในพื้นที่มีบ้านครอบครัว หรือเพื่อน การขนส่งสาธารณะ¹⁴

ลักษณะสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)¹⁸ ได้แก่ การมีเครือข่ายทางสังคม (social network) เช่น การมีชีวิตคู่ การอยู่กับ ลูกหลาน พี่น้อง ความถี่ในการติดกับเพื่อน ครอบครัว การอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติหรือ คนในครอบครัว เป็นต้น การมีความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) คือ การติดต่อกับเพื่อนบ้าน เพื่อนเก่า การแชร์บ้าน ความถี่ในการติดต่อกับคนในชุมชน การกินข้าวนอกบ้าน เป็นต้น และการสนับสนุนทาง เศรษฐกิจ (economic support) ซึ่งหมายถึง รายได้ของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือด้าน เศรษฐกิจจากครอบครัว การจ้างงาน เป็นต้น ยังรวมถึง การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ซึ่งสามารถทำให้เกิด มิตรภาพทางสังคม การสนับสนุนข้อมูล

ข่าวสาร (Information support) และงานอดิเรกและครอบครัว ที่ทำให้มีโอกาสพบปะ รวมกลุ่มกันในทุกระดับ (2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social participation) เป็นปฏิสัมพันธ์ของสังคมที่ทำให้ เป็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมในสังคม และ สุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งทำให้พบเพื่อน และคนรู้จัก เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ดี¹⁷ (3) การสนับสนุนบริการ (Service support) เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการช่วยเหลือประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ การสนับสนุนบริการทางสังคม เป็นการจัดการอย่างเป็นระบบ และการเข้าถึงได้ครอบคลุมสวัสดิการรัฐ หรือชุมชน กองทุนช่วยเหลือดูแล การเดินทางร่วมกิจกรรม²⁰ นอกจากนั้น ยังมีบริการอื่น ได้แก่ ร้านค้า ธนาคาร กิจกรรมกลางวัน พื้นที่สำหรับเด็กหรือบริการระดับชุมชนเป็นต้น และการสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นบริการอยู่ในย่านที่อยู่อาศัย ที่สนับสนุนให้ ผู้สูงอายุสามารถไปตามนัดแพทย์ได้ เข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพ เยี่ยมดูแลที่บ้าน การช่วยเหลือฉุกเฉิน เป็นต้น

ผลลัพธ์สุขภาพ จากการจัดพื้นที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง เกิดผลกระทบใน 2 ระดับได้แก่ ระดับบุคคล และระดับชุมชน โดยมีเอกสารจำนวน 5 เรื่อง^{14,20-23} ที่อธิบายผลลัพธ์สุขภาพที่มาจาก ความเชื่อมโยงของการจัดการที่อยู่อาศัย การ

ประเมินผลลัพธ์ของการจัดที่อยู่อาศัย การจัดการภาวะสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากพื้นที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีเอกสาร 5 เรื่อง^{6,24-27} วิเคราะห์เฉพาะภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในระดับบุคคล และมีเอกสาร 2 เรื่อง^{16,19} ที่วิเคราะห์สุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการวิเคราะห์ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จัดเพื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 12 เรื่องสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. **ระดับบุคคล** ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) พื้นที่อยู่อาศัยส่งผลต่อสุขภาพ เช่น โรค Alzheimer และ dementia การเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียการรับรู้ การซึมเศร้า ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพลัดตก หกล้ม โรคติดเชื้อ ปัสสาวะผิดปกติ การบาดเจ็บ การกระทำรุนแรง ผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว การขาดสารอาหาร เป็นต้น²⁰ สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹⁷ ได้แก่ ความสะอาด (Cleanliness) ความสงบสุข (Peacefulness) การออกกำลังกาย (Exercise facilitation) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) และการส่งเสริมทางอารมณ์ (Emotion boots) (2) ความผาสุกของชีวิต (Well being) ประเมินจากการมีความสุข การยอมรับ การมีเกียรติศักดิ์ศรี การประเมินความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การมีความหวัง ไม่แยกตัว หรือปล่อยปละละเลย เป็นต้น (3) ความมั่นคงในชีวิต (Stability) พิจารณาจากการเข้าถึง (Accessibility) เช่น การวางสิ่งของให้หยิบ

จับง่าย ใช้ประโยชน์จากพื้นที่อยู่อาศัยทั้งหมดให้มากที่สุด การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ สวัสดิการ กองทุนที่มีอยู่นอกจากนั้นต้องสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เมื่อมีปัญหาและความต้องการทั้งในยามปกติ และฉุกเฉินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) มีการติดต่อความสัมพันธ์กันของครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชน การมีกิจกรรมทางกายนอกบ้าน เป็นต้น²¹ และความปลอดภัย (Safety) ได้แก่ การออกแบบสร้างบ้าน ที่เหมาะสมสภาพร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ ความสะดวกสบาย การให้ความรู้สึกที่ดี¹²

2. **ระดับครอบครัว** ผลกระทบ 2 ส่วน ได้แก่ (1) เกิดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น ปัญหาความรุนแรงที่อาจรบกวนผู้สูงอายุ หรือเกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุเอง หรือกระทบครอบครัวของผู้สูงอายุ และ (2) การลดภาระการดูแลของครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เอง จัดการตนเองได้ ลดภาระการอยู่เฝ้าช่วยเหลือดูแล

3. **ระดับชุมชน** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนบ้าน พื้นที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพ กลไกที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนได้ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นโยบายท้องถิ่น นโยบายภาครัฐ และการมีส่วนร่วมของชุมชน^{7,16} ที่สามารถสนับสนุนการจัดพื้นที่อยู่อาศัย

ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดทางจักรยาน ทางเดินที่ปลอดภัย พื้นที่สาธารณะสำหรับ ทำกิจกรรม สวนสาธารณะ ไฟส่องสว่าง เป็นต้น เป็นต้น¹⁴ (2) ผลลัพธ์ทางสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมทางสังคม ที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทั้งการสนับสนุน จากภาครัฐ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลงทุนเพื่อให้มีที่พักอาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น²⁰

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการจัดที่อยู่อาศัย

1. เครื่องมือประเมินที่เป็นเงื่อนไขของการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจากการทบทวนงานวิจัย บทความวิชาการ มีการศึกษาที่ใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เชื่อมโยงกับการจัดที่อยู่อาศัย ความต้องการของผู้สูงอายุในการจัดที่อยู่อาศัย ได้แก่ (1) เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3 ส่วน ได้แก่ (1) พื้นฐานการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การให้อาหาร ใช้ห้องน้ำ ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ การเคลื่อนไหวลูกจากเตียง (2) ความสามารถในการปฏิบัติทำกิจวัตร (Instrumental activities of daily living: I-ADL) ได้แก่ ทำอาหาร ชื้ออาหาร ทำความสะอาด การเดินทาง เป็นต้น²³ และ (3) ความบกพร่องของการรับรู้ (Mini-Mental State Examination: MMSE) และสามารถประเมินผลลัพธ์สุขภาพ^{14,18,21,23,24} (3) การประเมินเชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันตามเขตพื้นที่อยู่อาศัย

ศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ ชาติพันธุ์ ซึ่งมีความแตกต่าง หลาก หลาย ละเอียดอ่อน ส่งผลต่อการจัดพื้นที่อยู่อาศัย ทั้งสภาพภายใน ภายในนอกบ้านทั้งสิ้น²²

2. สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น โรค Alzheimer และ dementia การเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียการรับรู้ การซึมเศร้า ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพลัดตก หกล้ม โรคติดเชื้อ ปัสสาวะติดเชื้อ การบาดเจ็บ การกระทำรุนแรง ผู้สูงอายุที่อายุยืนยาว การขาดสารอาหาร เป็นต้น²⁰ นอกจากการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการเอื้อในการจัดพื้นที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย หรือความพร่องที่เกิดขึ้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากข้อค้นพบจากการศึกษา จำนวน 21 เรื่องชี้ว่าการจัดพื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ซึ่งหมายรวมถึงสภาพแวดล้อม ภายใน ภายในนอกบ้าน และ พื้นที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพ ผลการสังเคราะห์มุ่ง อธิบายข้อมูลภาพรวมของการดูแล สนับสนุน การดำเนินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีพื้นฐานการประเมินเบื้องต้นที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องของการรับรู้เท่านั้น และไม่ได้เชื่อมโยงระดับ

ความสามารถในการทำกิจวัตรกับการจัดพื้นที่อยู่อาศัย ที่มากกว่าการประเมิน แต่การจัดที่อยู่อาศัยที่อธิบายในการทบทวนวรรณกรรม ยังอ้างอิงเพียงความเชื่อที่สามารถทำกิจวัตรได้อย่างน้อย 3 ข้อ²³ ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ที่การเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนของผู้สูงอายุอื่น

ลักษณะทางสังคม ที่เป็นการสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีเครือข่ายทางสังคม ความสัมพันธ์กันในสังคม การสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น¹⁷ การมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การรวมกลุ่มสร้างความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร และการมีศูนย์เรียนรู้ด้านที่อยู่อาศัย เพื่อเป็นศูนย์สื่อสารสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านที่พักอาศัย⁷ ผลการทบทวนวรรณกรรมชี้ว่าลักษณะทางสังคมในพื้นที่อยู่อาศัย ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ แต่กล่าวสรุปในภาพรวม ไม่ได้แยกลักษณะความแตกต่างของพื้นที่เช่น พื้นที่ชนบท เขตกึ่งเมือง เขตเมือง ซึ่งลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม วิถีวัฒนธรรมมีความแตกต่าง

ผลการสังเคราะห์ผลลัพธ์สุขภาพส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เชื่อมโยงที่อยู่อาศัย ที่เป็นลักษณะทางกายภาพ และสอดคล้องลักษณะทางสังคม ผลลัพธ์ที่ได้ชี้ไปในทิศทางที่สร้างผลกระทบในระดับบุคคล เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความผาสุก และความมั่นคงในชีวิต ลักษณะการศึกษาเป็นการข้อเสนอแนวทาง

ประเมินผลมี 2 การศึกษาที่เปรียบเทียบผลการบริการที่อยู่อาศัยกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ^{6,14} ซึ่งชี้ว่าทิศทางความสัมพันธ์ลักษณะทางกายภาพ และลักษณะทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้อธิบายรูปธรรมที่เป็นระดับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่แสดงลักษณะของคุณภาพชีวิต และไม่ได้แยกสถานะสุขภาพในแต่ละระดับที่ชัดเจน

จุดแข็งและข้อจำกัด

การศึกษาส่วนใหญ่ที่นำเข้าสู่สังเคราะห์เพื่อทบทวนแบบบูรณาการ 13 ใน 21 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งมุ่งศึกษากลุ่มประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน และวัดผลจากการจัดพื้นที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นด้านกายภาพ ลักษณะบ้านตามมาตรฐานสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก และในชุมชน ฉะนั้นกระบวนการทบทวนทำให้มีความชัดเจนสำหรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ส่วนการจัดสิ่งแวดล้อมทางสังคม งานวิจัยเน้นไปในแนวทางของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม หรือการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ บททบทวนวิชาการ เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นรายละเอียดของสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ภูมิสถาปัตย์ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโดยตรง และการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และมีบททบทวนวิชาการ 1 เรื่องที่วิเคราะห์กลไกที่สนับสนุนให้เกิดการ

จัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ⁷ ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้การขับเคลื่อนโครงการ การจัด ปรับ ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ คือ องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น ทั้งในสวนนโยบาย และบุคลากรซึ่งมีภารกิจหลักในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ แต่ไม่ขึ้นำการจัดการเชิงระบบที่ครอบคลุมการจัดการเชิงสังคมอื่นร่วมด้วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อจำกัดในการสังเคราะห์วรรณกรรมฉะนั้นข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมนี้ พบว่า เอกสารวิชาการงานวิจัยที่นำเข้าสู่ศึกษา เป็นทั้งงานการศึกษาของประเทศไทย และของต่างประเทศ ซึ่งหลายเรื่องพื้นที่ศึกษาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกา อังกฤษ เป็นต้น การวิเคราะห์ลักษณะทางกายภาพของที่อยู่อาศัยไม่แตกต่างกันมากในส่วนของผู้สูงอายุ แต่จะมีความแตกต่างทางเทคโนโลยีและลักษณะทางสังคม

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สุขภาพคนไทย 2560: เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน**. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
2. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ทูวรรณะปรกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวใน**

ข้อเสนอแนะ และการทำวิจัยในอนาคต

จากข้อจำกัดการทบทวนวรรณกรรมที่พบ มีข้อเสนอช่องว่างที่น่าสนใจในประเด็นของการศึกษาเชิงคุณภาพที่อธิบาย การจัดที่พักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน หรือระบบการจัดการของชุมชนที่จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้อธิบายความเชื่อมโยงการเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่จำเพาะเจาะจงมากขึ้น และการพัฒนาเครื่องวัด หรือประเมินความต้องการด้านการจัดพื้นที่อยู่อาศัยที่มีความเฉพาะ ชับซ้อนมากกว่า เครื่องมือที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น ADL's, I-ADL, MMSE เป็นต้น รวมถึงการอธิบายลักษณะสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ครอบคลุม ประเด็นของการจัดพื้นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งควรเป็นการอธิบายเชิงคุณภาพ และแสดงให้เห็นความหลากหลายของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.

3. ปราโมทย์ ปราสาทกุล. **สถานการณ์ผู้สูงอายุ: แนวโน้มและผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 15 สิงหาคม 2557]. จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/download>
4. คณะกรรมการสังคม กิจกรรมเด็กและเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และ

- ผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. รายงานการพิจารณาการศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาและข้อเสนอแนะ. กรุงเทพฯ: สำนักกรรมการ สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ; 2559.
5. มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
 6. Parra D. Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogota Colombia. *Social Science & Medicine* 2010; 1070 - 1076.
 7. ไตรรัตน์ จารุทัศน์. โครงการจัดการความรู้ อาคาร สถานที่ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2556.
 8. สุภารัตน์ ชัยกิตติภรณ์, สมปรารถนา สุขเกษม, วัชรินทร์ เสมามอญ. รายงานการวิจัย การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (ปีที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2556.
 9. Gibson M, Petticrew M, Bambra C. et al. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health & Place* 2010; 175–184.
 10. ณรงค์ ใจหาญ. การทบทวนเอกสารด้านบริการ และอำนวยความสะดวกที่เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2554.
 11. อนุชา แพ่งเกษร, นพพร วิวรรณกะ. อิทธิพลของปัจจัยและประสิทธิผลของการออกแบบสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2555.
 12. อันธิกา สวัสดิ์ศรี. การศึกษาบ้านที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2559]. จาก dric.nrct.go.th.
 13. Hand C, Law M, Hanna S, Elliott S, McColl MA. Neighborhood influences

- on participation in activities among older adult with chronic health conditions. *Health & Place*. 2012; 869-876.
14. Szanton SL. Improving unsafe environments to support aging independence with limited resources. *The American Geriatrics Society* 2014; 2314-2320.
15. นอรีนี ตะหวา, ปวีตร ชัยวิสิทธิ์. **การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช**. กรุงเทพฯ: สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; มปป.
16. ปิณฑนา วสุรัตน์. **แนวทางการพัฒนาการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารนโยบายและสวัสดิการสังคม]**. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2551.
17. Day R. Local environments and older people's health: Dimension from a comparative study in Scotland. *Health & Place* 2008; 299-312.
18. Mazzella F. Social support and long term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 323-328.
19. ดนัย บวรเกียรติกุล, เดชิสฐ์ นุ่มมีชัย. **การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
20. Yeh J. Building Inclusion: Toward an Aging and Disability-Friendly City. *AJPH* 2016; 106(11).
21. Orrell A. The relationship between building design and residents' quality of life in extra care housing schemes. *Health & Place* 2013; 52-64.
22. Mathis A, Rooks R, Kruger D. Improving the Neighborhood Environment for Urban Older Adults: Social Context and Self-Rated Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2016; 13(3).
23. Iwarsson S, Horstmann V, Slaug B. Housing matters in very old age-yet differently due to ADL dependence level differences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2007; 14: 3-5.

24. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, Social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community based services make a difference?. **Social Science & Medicine** 2010; 70: 1050-1058.
25. Downing J. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: asystematic review and explanation of evidence. **Social Science & Medicine** 2016; 162: 88-96.
26. ธีรพรพรรณ สำนักทำป้ง. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุใน
ผู้สูงอายุ ต.ขามป้อม อ.พระยืน จ.
ขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
อนามัยสิ่งแวดล้อม]. ขอนแก่น: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
27. วรชาติ พรหมณะ. สภาพแวดล้อมของที่
พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ
ของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุในเขต
พื้นที่ ต.โนนผ่อง อ.บ้านฝาง
จ.ขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)

อดุลย์ บำรุง¹

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทยและจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการในองค์กร โดยวิธีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ ซึ่งผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดย กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นผู้ดำเนินการในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการดูแลและกำหนดนโยบาย (Policy maker)

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์กรสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS) พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างมีส่วนร่วมเสริมสร้างศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic plan) และแผนปฏิบัติการ (Plan of actions) และการบูรณาการแผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งคณะอนุกรรมการ หรือทีมงาน รับผิดชอบงาน การส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ของภาคส่วนต่างๆ สร้างทีมแกนนำส่วนกลาง พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. จัดสรรงบประมาณ ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน พร้อมพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในจังหวัด ในระดับเขต และในภาพรวมของทั้งประเทศเพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

¹ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Adun Bamrung. Email:abdunla.b@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศ ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ครอบครัวยุคใหม่ เศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนย้ายของประชากร ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพมากขึ้น แนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทย ปัญหาเหล่านี้ยังขาดระบบที่จะสร้างความตระหนักในการรับรู้ปัญหา เพื่อการเฝ้าระวัง และขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และท้องถิ่นในการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง กฎหมายและข้อระเบียบยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องเสริมศักยภาพ/บทบาทให้กับชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ อันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา¹

ระบบบริการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญ คุณค่า และศักยภาพของรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน เพื่อสุขภาพของประชาชนทุกคนภายในอำเภอ มีเป้าหมายเดียวกัน “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน (Thailand Caring and Sharing Society)”² โดยดำเนินงานในรูปแบบของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ซึ่งเป็นทั้งผลผลิตที่มีพัฒนาการควบคู่มากับพัฒนาการของ DHS และเป็นกลไกสำคัญ³ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาในการทำให้ DHS มีคุณลักษณะพึงประสงค์ตามเป้าหมายทั้งในระดับอำเภอและในภาพรวมของทั้งประเทศ^{4,5} ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีพื้นที่นำร่อง 73 อำเภอ ขยายผลเป็น 200 อำเภอ ในปีงบประมาณ 2560 โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และวางแผนการดำเนินการขยายพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 400 อำเภอ และขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอใน ปี พ.ศ. 2562 เป็นจำนวน 878 อำเภอ คณะรัฐมนตรี จึงมีมติเห็นชอบให้มี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” (พคอ.) ขึ้นทุกอำเภอ และการลงนามความร่วมมือ (MOU: Memorandum of Understanding) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁶ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของทิศทางและการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย พร้อมกับสนับสนุนให้ DHB มีความชัดเจน ในฐานะที่เป็นกลไกที่มี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)” โดยมีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ มีนายอำเภอ เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ประชาชน/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ ร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยร่วมกันแก้ไขปัญหาตามสภาพของพื้นที่ของตนเอง ซึ่งในแต่ละประเทศเองก็มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัดขอนแก่น มีการเข้าร่วม DHB ในปี 2559 จำนวน 5 อำเภอ ปี 2560 เพิ่มอีก 2 อำเภอ มีอีก 19 อำเภอที่ยังไม่ดำเนินการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรม และการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะจะเห็นว่ายังมีอีกหลายพื้นที่ที่ยังไม่มีการดำเนินการ เอกสารวิชาการนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนา

สมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินงาน รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในเชิงบริหาร และประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการ เพื่อให้การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นไปได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในเชิงบริหารและการประยุกต์ใช้ในเชิงบริหารจัดการในองค์กร

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมุ่งความสนใจไปที่แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับ DHB พร้อมไปกับการขับเคลื่อน DHS โดยใช้แนวยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ของกระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของประเทศไทย ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลโดยจะศึกษาเป็นเชิงพรรณนาจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารทั้งที่เผยแพร่ในลักษณะสิ่งตีพิมพ์ บทความ รายงานผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งฐานข้อมูลเผยแพร่ในฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ต่างๆ

ผลการวิจัย (Result)

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการดำเนินงานมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ ควบคู่กับการปฏิรูปข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดี รวมถึงปฏิรูปให้มีการใช้แพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ รวมทั้งมีระบบการสื่อสารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอเพื่อให้มีการอภิบาลระบบ

สุขภาพพื้นที่ ผ่านการมี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board)

นโยบายการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board)

ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เข้มแข็ง⁷ โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ. 2564)⁸ เป็นต้นไป ผลการพิจารณาผ่านองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ (Six Building Blocks) ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)^{9,10} โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัด

กลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
ได้ 3 วาระ

วาระที่หนึ่ง คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
(District Health Board) เป็นจุดคานงัด
สำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ
“ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบ
สำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการ
นำ และธรรมาภิบาล

วาระที่สอง ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/
แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อน
หลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ
“ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมี
องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ
ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-
เครื่องมือและเทคโนโลยี

วาระที่สาม ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน
เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ
“เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็น
องค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา
ควบคู่กัน จากการที่ข้อมูล นอกจากเป็น
เงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว
ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไก
การเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่ม
ผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการปฏิรูป
ประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความ
ครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความ
ปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการ
เพิ่มสุขภาพะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนอง

ต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน
ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้อง
ทำการศึกษาทดลองหารูปแบบการบริหาร
จัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็น
ฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริม
ความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ
แนวทางดังกล่าวดำเนินการนำร่อง ใน
ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ เมื่อ
วันที่ 30 มีนาคม 2559 ณ โรงแรมเซ็นทรา
ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้ง
วัฒนะ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทำพิธีลง
นามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)
ระดับพื้นที่ ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ และ
นำเข้ามติ ครม. ระเบียบสำนักนายกฯ DHB
6 มิถุนายน 2560 ร่างระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

**องค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health
Board)**

ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้ง
หรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาค

สาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้นๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)¹¹ ประกอบด้วย

1) ตัวแทนประชาชน ภาคประชาชน จำนวน 1 คน ด้วยกระบวนการสรรหา

2) ตัวแทนนักการเมืองท้องถิ่น หมายถึง ตัวแทนของผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ จำนวน 2 คน ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของนักการเมืองท้องถิ่น

3) ตัวแทนภาคเอกชน หมายถึง ตัวแทนของเจ้าของกิจการหรือผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือสถานบริการที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ จำนวน 2 คน ด้วยกระบวนการสรรหา ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของตัวแทนภาคเอกชน

4) ตัวแทนภาครัฐ ด้านสุขภาพ มหาตไทย พัฒนาสังคม การศึกษา และเกษตร ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ ประกอบด้วย

โดยตำแหน่ง จำนวน 3 คน จากภาคส่วนด้านสุขภาพ 2 คน และมหาตไทย 1 คน

5) ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพ ที่มีสาขาวิชาชีพรองรับ จากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น พยาบาล เกษตรกร สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ให้บริการทางด้านการแพทย์แผนไทยฯลฯ จำนวน 2 คน ด้วยกระบวนการสรรหาโดยมีวาระในการดำรงตำแหน่งเป็นเวลา 2-3 ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ดังนี้

1) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ-ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะคุกคาม-และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ

2) สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific package) โดยระดมใช้ และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบตามความจำเป็น

3) สร้าง-พัฒนาผู้ให้บริการ-ทีมผู้ให้บริการ-สถานบริการ-และเครือข่ายบริการ โดยให้ความสำคัญกับทั้งภาครัฐและเอกชน ในลักษณะของการทำให้เกิดเป็น “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams)” ที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน

4) รับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ และสามารถบริหารจัดการระดมทรัพยากร ในแต่ละภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board: DHB) ได้ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง (Pilot implementation) จำนวน 15 พื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564)^๑ การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ต่อมาเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้สนับสนุนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ในพื้นที่นำร่อง 73 อำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ประธาน คือ นายอำเภอ เลขาธิการ คือ สาธารณสุขอำเภอ จำนวนเฉลี่ย 21 คน พบว่า กลไกดังกล่าวสามารถเสริมหนุนกลไก

ภาครัฐเดิมทำให้แต่ละพื้นที่นำร่องมีความสำเร็จและเกิดการเรียนรู้พร้อมจะขยายผลเป็น 200 พื้นที่ ในปีงบประมาณ 2560 โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยและวางแผนการดำเนินการขยายพื้นที่ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 400 อำเภอ และขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอใน ปี พ.ศ. 2562 เป็นจำนวน 878 อำเภอ

กรณีศึกษาการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board: DHB) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 60 เตียงขยายเป็น 120 เตียงในปี พ.ศ. 2559 มีสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 18 แห่งให้บริการสุขภาพประชาชนในเขตอำเภอน้ำพองและพื้นที่ใกล้เคียงจัดบริการครอบคลุมการรักษาพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกัน/ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อจากตำบลสู่อำเภอและอำเภอสู่จังหวัดมีความเชี่ยวชาญการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมการดูแลกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสคนพิการผู้สูงอายุกลุ่มเพื่อนน้ำพอง (กลุ่ม HIV) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการเฝ้าระวังและยุติความรุนแรง

ในเด็กและสตรีนอกจากนี้ยังสร้างเครือข่ายรักษาส่งแหวดล้อมรักษาแม่น้ำป่าชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับที่ว่าการอำเภอ น้ำพอง ส่วนการพัฒนาระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลน้ำพองได้พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิโดยมีพยาบาลชุมชนประจำหมู่บ้านและมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเชื่อมกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัวและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปัจจุบัน¹²

ก. กระบวนการดำเนินงาน DHB อำเภอ น้ำพอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2556 มีการดำเนินการตาม DHS และพัฒนาต่อเนื่องตามกระบวนการดังนี้

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอ โดยนายอำเภอ น้ำพองเป็นประธาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ขับเคลื่อนนโยบายคนไทยไม่ทอดทิ้งกัน

2. วิเคราะห์และกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร่วมกัน ดังนี้ 1) การจัดการขยะ 2) ลดอุบัติเหตุทางถนน 3) การจัดการโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 5) คนน้ำพองไม่ทอดทิ้งกันนอกจากนี้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ น้ำพอง ได้มีการพัฒนาปัญหาตามนโยบาย ใน 3 เรื่อง คือ

- 1) พยาธิใบไม้ตับ (OV), มะเร็งท่อน้ำดี (CCA) 2) ไอโอดีน-พัฒนาการเด็ก และ 3) โฉยิตจางในหญิงตั้งครรภ์

3. วิเคราะห์การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพเชื่อมระบบจากแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชนโดยใช้เครื่องมือ DHS-PCA ในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอที่ดี มีคุณภาพและมีส่วนร่วม มีระบบสนับสนุนทั้งคน เงิน สิ่งของ ระบบข้อมูลข่าวสาร

4. จัดระบบการกำกับติดตามต่อเนื่องโดยการประชุม DHB ทุก 2 เดือน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

5. ประเมินผลการดำเนินงานและหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องทำให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณภาพการบริการ การพัฒนาทีมหมอครอบครัว ระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ และ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2) พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ และตามภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการ มีรูปธรรมการพัฒนาระบบการบริการโรคเรื้อรัง การดูแลฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ 3) การเข้าถึงบริการ ชุมชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงสวัสดิการที่เหมาะสมทั้งรัฐสวัสดิการ 4) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สร้างการมีส่วนร่วมในการ

จัดการสุขภาพโดยใช้กลไกประชาคมสุขภาพ
ร่วมพัฒนาศักยภาพให้เกื้อหนุนให้เกิดกลุ่มเกษตร
อินทรีย์ในชุมชน และการจัดการขยะต้นทาง

**ข. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ
ระบบสุขภาพอำเภอน้ำพอง**

1. โรงพยาบาลประจักษ์

เป็นการทำงานในรูปแบบ
เครือข่ายโดยใช้รูปแบบเครือข่ายระบบ
สุขภาพอำเภอเมืองน้ำพองนำมาเป็นเครื่องมือใน
การทำงานร่วมกันกับภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนภายใต้การ
ทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเมืองน้ำพองเน้นการ
ประชุมแบบไม่เป็นทางการเป็นเครือข่ายตาม
แนวราบโดย **"ร่วมคิด ร่วมทำ อย่าง
สม่ำเสมอ"** เกิดการทำงานร่วมกันที่มี
ประสิทธิภาพตัวอย่าง

**การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
และญาติตามโครงการโรงพยาบาลประจักษ์**
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง
เข้าถึงและเป็นธรรม โครงการคนน้ำพองไม่
ทอดทิ้งกัน ผ่านกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ
กลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลพิเศษ การ
จัดทำผ้าป่าจัดหาเครื่องมือแพทย์ประจำ รพ.
สต.แห่งละ 1 ชุด (8 รายการ) เพื่อให้ผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงมีใช้เมื่อต้องไปดูแลตัวเองที่
บ้าน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ/คน
ด้อยโอกาส โดยประสานงานกับภาคเอกชน
บริษัท/โรงงาน จ้างเหมาบริการคนพิการ ตาม

มาตรา 33, 35 เข้าสู่การทำงานในระบบ
สาธารณสุข จำนวน 47 คน มีการสร้างและ
ปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุ/คนพิการ จำนวน
42 หลัง รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชน
ร่วมบริจาคสมทบทุนสร้างอาคารห้องพิเศษ 6
ชั้น ปีละ 1,000 บาท/คน ร่วมกันดูแลสุขภาพ
เมื่อเจ็บป่วยสามารถนอนพักรักษาตัวในห้อง
พิเศษโดยไม่เสียเงินค่าใช้จ่ายเพิ่ม เป็นต้น

ค. ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้นำด้านสุขภาพทำงานด้าน
ชุมชนมายาวนานและต่อเนื่อง
- การมีนโยบายที่เอื้อต่อการ
ทำงานทั้งระดับของส่วนกลางและองค์กร
- ระบบสนับสนุนทั้งในส่วนของ
งบประมาณกำลังคนและอุปกรณ์สนับสนุน
- การทำงานแบบมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบต. สาธารณสุขชุมชน
วัดโรงเรียนครอบครัวแกนนำ โรงงาน
อุตสาหกรรมภาคเอกชนและเครือข่ายต่างๆ
- มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมคิดร่วมทำอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนโดย
ผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิต
- จัดเวทีวิชาการ/การรณรงค์เป็น
ประจำทุกปี
- การพัฒนาทักษะบุคลากรการ
ชื่นชมบุคคลต้นแบบอย่างต่อเนื่อง

ง. ข้อเสนอแนะ

- กลไกส่วนกลาง กระทรวงหลัก (มท, สธ, พม, ศธ) และภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อการปรับเปลี่ยน ขับเคลื่อน หนุนเสริม
- กลไกในพื้นที่ กลไกบูรณาการ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ภาคเอกชน
- กลไกการเงิน ระยะสั้นทำ โครงการบริจาคปี ละ 1,000 บ้าน/คน โดยตั้ง มูลนิธิประชารัฐทุก รพ. ตามระเบียบการ ระเบียบ ระยะยาว ติดตามโครงการบริษัท ประชารัฐ (พรบ.ประชารัฐ) ประสาน มหาดไทย/DHB และจ้างงานคนพิการ ม.35
- กลไกวิชาการ เวทีแลกเปลี่ยน/ ถอดบทเรียน ทุก 1 เดือน (กรรมการปฏิรูป รพช./รพ.ประชารัฐ) เวทีชื่นชม ในเวทีประชุม วิชาการระดับจังหวัด การพัฒนาระบบ สุขภาพระดับอำเภอผ่านเวทีวิชาการวิจัย R2R

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการลงนามความร่วมมือ (MOU: Memorandum of Understanding) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อน เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของทิศทางและ การให้ความสำคัญในระดับนโยบาย พร้อม กับสนับสนุนให้ DHB มีความชัดเจน ใน

ฐานะที่เป็นกลไกที่มี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)” โดยมีองค์ประกอบ จากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค ประชาชน เพื่อการขับเคลื่อน DHS อย่างมี ประสิทธิภาพ ปี 2559 เริ่มต้นดำเนินการ ภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ และขยายเป็น 200 พื้นที่ ในปี 2560 อนึ่ง ในระดับนโยบาย มีแนวโน้มของการพัฒนา ที่จะทำให้ DHB มี มติคณะรัฐมนตรีและมีข้อกำหนดยอมรับ เพื่อการขยายผลอย่างเป็นระบบต่อไป ทั้งใน จังหวัดต่างๆ และในกรุงเทพมหานคร

องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีมา จากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค ประชาชน ไม่ควรมีจำนวนที่มากเกินไปเพื่อ ความคล่องตัวในการดำเนินการร่วมกันในรูป ของคณะกรรมการฯ เพื่อครอบคลุมความเป็น ตัวแทนขององค์ประกอบต่างๆ ได้ครบถ้วน การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาศัยความเป็นผู้นำของนายอำเภอ ร่วมกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุข อำเภอ ผ่านการปรึกษาหารือกับภาคส่วน และองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ เพื่อ ร่วมกันสรรหาคณะกรรมการฯ ให้มี องค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับบริบท ของแต่ละอำเภอ จากนั้นเสนอรายชื่อ คณะกรรมการฯ เพื่อให้ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้ลงนามบนพื้นฐานของการมีการ

เชื่อมโยงกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายภายใน DHS เป็นพัฒนาการที่มีการเติบโต การมี พชอ.จึงเป็นผลผลิต และเป็นการเติมเต็ม ในฐานะ “ตัวเร่งปฏิกิริยา” ของพัฒนาการของการขับเคลื่อน และการทำหน้าที่วางรากฐานเพื่อให้ “การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน” “คนภายในอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญของระบบสุขภาพ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ พชอ. มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการการมีกิจกรรมที่เป็นการดำเนินการร่วมกันของ พชอ. บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอทำให้ในแต่ละอำเภอมีแผนยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการตลอดจนมีการเลือกประเด็นรองรับการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพร้อมกับมีกิจกรรมการดำเนินการและขับเคลื่อนเพื่อดำเนินการตามแผนดังกล่าวร่วมกัน

การมีทีมหลัก (Core team) หรือ คณะอนุกรรมการฯ ที่มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องและมีการจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)

ช่วยเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้กับคณะอนุกรรมการฯ หรือ ทีมที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ทำให้มีรูปธรรมของพัฒนาการที่ชัดเจนของการเชื่อมโยงเป็นทีมและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) ใน DHS ช่วย “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม” ให้เกิดปรากฏการณ์ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าวเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาดังนั้นบทบาทของ พชอ.จึงจำเป็นต้องทำหน้าที่เสริมในลักษณะของการแสวงหา ในฐานะที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เพื่อรับรู้ปัญหา พร้อมกับกระดมทรัพยากรที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อทำการแก้ปัญหาในกระบวนการเสริม ในลักษณะของกระบวนการจากพื้นที่สู่อำเภอ

ดังนั้น ในแง่ศักยภาพและการรองรับการพัฒนาสมรรถนะและการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องสนับสนุนและร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” อย่างเป็นทางการเพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และ

สุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” อย่างมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญของมาตรการต่างๆ โดยกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพและหน่วยงานสนับสนุนเพื่อแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน โดยใช้ **“พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง”** โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นผู้ดำเนินการในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการดูแลและกำหนดนโยบาย (Policy maker)

ข. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์กร

จากผลการศึกษา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ในบริบทของการเป็นผู้นำด้านวิชาการควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอและแผนเชิงรุกในแต่ละปีดังต่อไปนี้

1) กลยุทธ์ที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS)

- การทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic plan) และแผนปฏิบัติการ (Plan of actions) และการ “บูรณาการ” แผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

- การตั้งคณะอนุกรรมการ และ/หรือ ทีมงาน รับผิดชอบงานหรือประเด็นเพื่อการขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผน¹³

- การส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการให้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนและดำเนินการร่วมกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- สร้างทีมแกนนำส่วนกลาง (Think Tank Team) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ทำหน้าที่กำหนดทิศทาง นโยบาย และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และกิจกรรมให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

โดยมีสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทยเป็นผู้ประสานงานหลัก

2) กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภออย่างมีส่วนร่วม

- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

- สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัด กระทรวงมหาดไทยทราบถึงบทบาทและ หน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” เพื่อให้สามารถ ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็น รูปธรรม¹⁴

- สนับสนุนและส่งเสริมกลไก ต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่ กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไป ปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผล

- สปสช. จัดสรรงบประมาณ ให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ สุขภาพของประชาชน

3) กลยุทธ์ที่ 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน

- พัฒนาหลักสูตรการพัฒนา ศักยภาพของประธานคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสร้าง เครือข่ายการทำงานร่วมกันของนายอำเภอ ร่วมกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

- ร่วม กับ กระทรวง สาธารณสุข นักวิชาการ ภาควิชาในพื้นที่ สนับสนุนการเรียนรู้ District Health Management Learning: DHML แก่ทีม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ¹⁵

- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และการศึกษาดูงาน ระหว่าง พื้นที่อำเภอ ของคณะกรรมการฯ คณะอนุ กรรมการฯ และทีมงานที่รับผิดชอบประเด็น เพื่อการขับเคลื่อน DHS

- ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทั้งภายในจังหวัด ในระดับเขต และใน ภาพรวมของทั้งประเทศ

- ส่งเสริมให้คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ หรือทีมงานที่รับผิดชอบ ประเด็นเพื่อการขับเคลื่อน DHS เข้าร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในกรณีที่มีศูนย์ ประสานงานและจัดการเรียน (Learning and Coordinating Centre: LCC) มีความพร้อม และมีการจัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายในจังหวัด หรือในพื้นที่ใกล้เคียง

- กระบวนการประชุมควรมี การประชุมอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 1-2 เดือน

บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการทุกคน เพื่อพัฒนา “ภาวะการณ้นำร่วม” ของคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่อง

- สร้างทีมวิจัยเพื่อเติมเต็มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัย

ภายนอกและนักวิจัยภายในเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างพื้นที่กับหน่วยงานทางวิชาการเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติจริงเป็นการพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่กำลังคนในพื้นที่เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. แนวทางการดำเนินการบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์; 2560.
3. Ministry of Health New Zealand. Guidelines for District Health Boards Mental Health Quality Monitoring and Audit. Wellington: New Zealand; 2002.
4. เดชา แซ่หลี่ และคณะ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
5. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, มานพ คณะโต, กิตติมา โมะเมน. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 1(3): 17-28.
6. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. บันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2559 [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 2 มีนาคม 2561]. จาก <http://thlp.ops.moph.go.th/dhbinformation.php>.
7. Tarimo E, Fowkes FG. Strengthening the backbone of primary health care. World Health Forum 1989; 10(1): 74-79.
8. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ.

- 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
9. World Health Organization. Maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives. [n.p.]; 2008.
 10. World Health Organization. Constitution of the World Health organization. Chron World Health Organ 1947; 1(1-2): 29-43.
 11. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. เอกสารประกอบการนำเสนอการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านระบบบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แพทย์แผนไทย และศูนย์กลางด้านการแพทย์ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 20 ธันวาคม 2561. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 12. โรงพยาบาลน้ำพอง. รายงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ น้ำพอง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง; 2561.
 13. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอธิบาย(ร่าง)ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2560.
 14. Bonenberge M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K. Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. BMC Health Services Research 2016; 16(12): 22-31.
 15. ศิราณี ศรีหามาต และคณะ. การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพ. ขอนแก่น: วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น; 2559.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 (มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม) เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว. ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวาได้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานะที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้ายท้ายบทความ

- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ทำยบพคัดย่อต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ(Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิงโดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก

- การอ้างอิงในเอกสารทำยบบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา

- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารทำยบบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-)

Wang RH, Hsu HY, Lin SY, Cheng CP, Lee SL. Risk behaviors among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Wang RH, Hsu HY, Lin SY, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol 2013; 24(2): 13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Saludpublica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

**5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม
(Conference proceeding)**

JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Online]. 2012 [cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ e-mail: m.phuhongtong@gmail.com เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://kkpho.go.th/jkkpho/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Health Office

108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ TEL : 043-221125 โทรสาร FAX : 043-224037

<http://www.kkpho.go.th/jkkpho>