



NORTHERN JOURNAL OF HEALTH SCIENCE

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ นอร์ทเทิร์น



2
2025

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
VOL.2 MAY - AUGUST



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
NORTHERN COLLEGE

888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองบัวใต้
อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก



088-887-3963
088-887-3969



@NTC888

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพนอร์ทเทิร์น

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพฉบับนี้ มุ่งนำเสนอองค์ความรู้และงานวิจัยล่าสุดที่ขยายกรอบคิดด้านสุขภาพออกไปจากแนวคิดแบบดั้งเดิม เราเชื่อว่าสุขภาพที่สมบูรณ์นั้นคือภาวะแห่งความสมดุลและความผาสุกที่เกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ล้วนเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างแยกไม่ออก

บทความวิจัยและบทวิเคราะห์ต่างๆ ในฉบับนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ตั้งแต่ **มิติการให้บริการสุขภาพ** ที่เน้นการดูแลแบบบูรณาการ (Integrative Care) โดยผสมผสานการแพทย์สมัยใหม่เข้ากับแนวทางการดูแลอื่นๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ เช่น การแพทย์แผนไทย การทำสมาธิ การใช้โภชนาการเป็นยา (Food as Medicine) และการบำบัดด้วยศาสตร์เสริมต่างๆ มิติของบุคคล การส่งเสริมให้บุคคลเป็น "ผู้จัดการสุขภาพของตน" (Health Literacy and Self-Management) โดยอาศัยความรู้ ความตระหนัก และพลังจากภายใน เพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง **มิติของนโยบาย** การออกแบบนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policies) โดยไม่จำกัดอยู่เพียงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงนโยบายด้านการศึกษา การคมนาคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ที่สำคัญความท้าทายที่ใหญ่ที่สุดในการก้าวสู่ระบบสุขภาพองค์รวมไม่ใช่เพียงการพัฒนานวัตกรรมการรักษา แต่คือการเปลี่ยน "mindset" ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากแนวคิด "รักษาโรค" สู่แนวคิด "สร้างสุขภาพ" รวมถึงการสร้างระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการลงทุนในการป้องกันมากกว่าการรักษา

บทบรรณาธิการฉบับนี้ ขอเชิญชวนให้ผู้อ่านไม่ว่าจะเป็นนักวิจัย นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้บริการสุขภาพได้ร่วมกันพิจารณางานวิจัยในฉบับนี้ด้วยแนวคิดที่เปิดกว้าง งานวิจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่เพิ่มพูนองค์ความรู้ แต่ยังเป็นแสงส่องทางให้เห็นถึงความเป็นไปได้ใหม่ๆ ในการออกแบบระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง มีความยืดหยุ่นมากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการรวบรวมบทความวิชาการในฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการจุดประกายความคิดและขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่ไม่ได้เพียงแค่ "ไม่มีโรค" แต่คือระบบที่สนับสนุนให้ประชากรทุกคนได้บรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของตนอย่างแท้จริง

ด้วยความเคารพอย่างสูง

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพนอร์ทเทิร์น

สารบัญ

ลำดับ	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง	หน้า
1.	แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย Guidelines of Holistic health for the elderly with dementia in (ไอลดา ภมรกุล Ilada Pamornkul)	1 - 12
2.	การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก Development of a nutrition promotion program and iron supplement pill intake for iron deficiency anemia among pregnant women attending antenatal care at BanTak Hospital, Tak Province (รสสุคนธ์ บุญพิทักษ์ Rossukon Boonpituk)	13 - 24
3.	การพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก Development of a Model for Access to Emergency Medical Services in Stroke Patients through Community Participation in Tak Ok Subdistrict, Ban Tak District, Tak Province. (ปานู ศรีเสาวลักษณ์ Panu Srisaowalak)	25 - 43
4.	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก Effect of symptoms management program among Abdominal Surgery Patients, Phopphra Hospital, Tak Province (รวีสรา เผือกสิงห์ Rawisara Phuaksing)	44 - 61
5.	การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อบริเวณชายแดนไทย-เมียนมา พื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก Development of a Surveillance, Prevention, and Control System for Communicable Diseases along the Thai-Myanmar Border: The Mae Kuet Mai Rim Moei-Shwe Kokko Natural Crossing Point (ปราริชาติ เขียวฉ้วน Prarichat Khiewchaon)	62 - 74
6.	การพัฒนาารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก Development of a model for risk prevention of depression in elderly people with non-communicable chronic diseases in Pong Daeng Subdistrict, Mueang Tak District, Tak Province. (อุมา จันทรินิธิ Uma Junnithi)	75 - 86
7.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก Factors related to the response to the provision of health services for the elderly in The Community Health Security Fund, Muang Tak District, Tak Province. (ปานิสรา แก้วบุญธรรม Panisara Kaewbuntham)	87 - 97

แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย

Guidelines of Holistic health for the elderly with dementia in
KongKrailat District, Sukhothai Province

ไอลดา ภมรกุล
Ilada Pamornkul

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลองไกรลาค จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลให้คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวทางฯ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ($p < .001$) อีกทั้งเครือข่ายสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับดีโดยเฉพาะด้านการประสานงานที่ได้รับบริการและอภัยความสนใจของผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลแบบองค์รวม แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a holistic health care guideline for older adults with dementia and to assess the satisfaction of community health network providers toward the guideline in Kong Krailas District, Sukhothai Province. The sample consisted of 30 older adults with dementia, selected through purposive sampling, and 15 health network caregivers from KongKrailat Hospital’s service area. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in holistic health care scores before and after the intervention were examined using a paired t-test.

The results revealed that the developed guideline was clear, comprehensive, and appropriate to the community context. After implementation, the holistic health care scores of older adults with dementia significantly improved across physical, psychological, social, and spiritual dimensions ($p < .001$). In addition, the community health network reported a high level of satisfaction with the guideline, particularly regarding service coordination and the responsiveness of health providers.

Keywords: older adults with dementia, holistic care, holistic health care guideline

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย คาดว่า จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนี้เอง ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด(กรมสุขภาพจิต, 2563) สำหรับ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อปี) ซึ่งตามการคาดประมาณการ ประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ การเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ จำนวนวัยทำงานและวัยเด็กแรกเกิดลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย อัตราการพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้อง รับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คน ในปี พ.ศ. 2570 ซึ่งปัญหาที่ตามมา ของผู้สูงอายุและมักพบมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยผู้ป่วยจะมีการเสื่อมถอย ความสามารถของสมองในหลายๆด้านเช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและ จำเรื่องที่ปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันภาวะสมองเสื่อมเป็น ปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุโดยพบเป็นสัดส่วนโดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น อัตราการเกิดโรค นี้ในผู้สูงอายุจะเป็นแบบทวีคูณ โดยพบผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70 - 79 ปี และร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (กรม กิจการผู้สูงอายุ 2564) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจต่อครอบครัวและ ประเทศชาติภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการ ตัดสินใจแล้วยังพบว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากข้อมูล HDC ในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดสุโขทัยมีประชากร ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 27.24 จากรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมิน Mini-Cog ร้อยละ 91.50 พบว่าผิดปกติ 767 ราย (HDC, 2566) สำหรับอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 20.21 จากรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมิน Mini-Cog ร้อยละ 92.17 พบว่าผิดปกติ 326 ราย

(HDC, 2566) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมในระดับที่น่าเป็นห่วง แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและภาวะสมองเสื่อม แต่ในระดับชุมชน กลุ่มผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวกลับต้องเผชิญกับภาระในการดูแลอย่างซับซ้อน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลหรือขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจนำไปสู่ภาวะเครียด การละเลยการดูแล หรือแม้แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่ยังเน้นเฉพาะการดูแลด้านร่างกาย ขณะที่มิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม กลับได้รับความสำคัญน้อย หรือขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลที่เป็นเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย อันจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลของอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ตามหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของเครือข่ายสาธารณสุขต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One group pre-posttest) การใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,651 คน
 - 1.2 เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลก่งไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4

เกณฑ์การคัดเข้า

1. คะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) $\leq$ 23 คะแนน
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

1. เสียชีวิต

2.2 เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลก่งไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้าคือ

1. อายุ 25 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 แนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพ ระยะเวลาในการติดบ้าน/ติดเตียง ผู้ดูแล และโรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ มีรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แปรผลโดยใช้คะแนนรวมมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 พึ่งพาผู้อื่น (0-4 คะแนน) กลุ่มที่ 2 พึ่งพาตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 พึ่งพาตนเอง (> 12 คะแนน)

2.2.2 ด้านจิตใจ ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เป็นทุกวัน) แปลผลคะแนนของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (< 7 คะแนน) น้อย (7-12 คะแนน) ปานกลาง (13-18 คะแนน) และรุนแรง (≥ 19 คะแนน)

2.2.3 ด้านสังคม ใช้แบบประเมินสภาวะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคมของกรมกิจการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 1 (ไม่มี) ถึง 4 (มีมากที่สุด/เห็นด้วยกับเรื่องที่ประเมินมากที่สุด) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีสภาวะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (≤ 36 คะแนน) ตามเกณฑ์ปกติ (37-75 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (≥ 76 คะแนน)

2.2.4 ด้านจิตวิญญาณ ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutizan and Ellison ได้รับการพัฒนาโดย ศ.ดร.นันทิกา ทวิชาชาติและนางชนัดดา ผาสุกมูล จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายเชิงบวกคือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สวนข้อความที่มีความหมายเชิงลบคือ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ (≤ 77 คะแนน) ปานกลาง (78-101 คะแนน) และสูง (≥ 101 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้สูงที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) แปลผลคะแนนของความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ ปรับปรุง (1.00-1.49 คะแนน) ไม่ดี (1.50-2.49 คะแนน) พอใช้ (2.50-3.49 คะแนน) ดี (3.50-4.49) และดีมาก (4.50-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเครือข่ายดูแลที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .84 สำหรับแบบประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวม 4 ด้าน ก็นำไปทดลองใช้กับผู้สูงที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ เช่นกัน ได้เท่ากับ .90, .88, .80 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย (IRB No. 36/2024) เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2567 ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถ

จะเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ ผู้วิจัยชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ที่ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ เลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยคณะกรรมการที่นำทางคลินิกบริการชุมชนเชิงรุก ของโรงพยาบาลกองโกลาสต์ ประกอบด้วยแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย และวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) มาบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบท

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกองโกลาสต์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายดูแล จำนวน 15 คน ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง ข้อมูล วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แนะนำวิธีใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงที่มีอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด ตลอดจนชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ด้าน ก่อนได้รับการดูแลฯ หลังจากนั้นให้เครือข่ายสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย เพื่อรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหว สุขอนามัย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และดูแลทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การออกกำลังกายเบา ๆ (เช่น เดินช้า ยืดเหยียด กายบริหารง่าย ๆ) วันละ 15–20 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ 2) การส่งเสริมโภชนาการ: ติดตามเมนูอาหารและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทุกวัน (เช่น บันทึกการกินสัปดาห์ละ 1 ครั้งโดยผู้ดูแล) 3) สุขอนามัยร่างกาย: การดูแลช่องปาก ผิวหนัง การอาบน้ำและการตัดเล็บ อย่างน้อย 2–3 ครั้ง/สัปดาห์ และ 4) การติดตามสุขภาพ: วัดความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และสัญญาณชีพทุกเดือน โดยวัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

2.2 ด้านจิตใจ เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) การฝึกสมอง (memory games, การระบายสี, การเล่นเกม) อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ 2) ดนตรีบำบัด/ศิลปะบำบัด: ฟังเพลงที่ชอบหรือร้องเพลงร่วมกัน 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3) การผ่อนคลายความเครียด: เช่น การหายใจลึก ๆ หรือฝึกสติ (Mindfulness) วันละ 10 นาที และ 4) การประเมินอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า เดือนละครั้งโดยกลุ่มผู้ดูแล กรณีพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต จะมีการปรึกษาทีมสหสาขาด้านจิตเวชช่วยออกแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป โดยวัดผลระดับความซึมเศร้า (9Q)

2.3 ด้านสังคม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว โดยให้กลุ่มเครือข่ายจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ร่วมกลุ่มผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมวันสำคัญ จัดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) การเยี่ยมบ้านโดย อสม./เครือข่ายสุขภาพ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 3) การสื่อสารกับครอบครัว เช่น โทรคุย วิดีโอคอล หรือกิจกรรมครอบครัวเล็ก ๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และ 4) กิจกรรมบูรณาการกับโรงเรียน/เยาวชนในชุมชน เช่น ให้เด็กมาอ่านหนังสือหรือร้องเพลงกับผู้สูงอายุ ไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยวัดประเมินจากสถานะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคม

2.4 ด้านจิตวิญญาณ เพื่อเสริมพลังใจ และยอมรับความเปลี่ยนแปลงของตนเอง โดยจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ฟังธรรม หรือทำบุญ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 2) กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์เล็ก ๆ ดูแลสิ่งรอบตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3) การทำสมาธิสั้น ๆ / Mindfulness อย่างน้อย วันละ 5-10 นาที และ 4) กิจกรรมให้ความหมายชีวิต เช่น การเล่าเรื่องราวชีวิต ประสบการณ์ดี ๆ แก่ลูกหลาน/เยาวชน เดือนละ 1 ครั้ง โดยวัดผลความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางฯ โดยระยะเวลาของกิจกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดลองตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนหลังการทดลอง

1. ประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ด้าน หลังได้รับการดูแลแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

2. ประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ให้นำแบบสอบถามใส่ซองและปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัยโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนประเมินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t- test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 30 เพศหญิง ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อายุ 81 – 85 ปี (ร้อยละ 22.15) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 66.67) การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 93.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 93.33) สุขภาพโดยรวมมีความเจ็บป่วยบ่อย (ร้อยละ 43.33) ระยะเวลาในการติดบ้าน/ติดเตียง 5-10 ปี (ร้อยละ 40) มีผู้ดูแลเป็นลูก/หลาน (ร้อยละ 90) และส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 50)

2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ($n = 30$) โดยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม						
ด้านร่างกาย	10.17	9.15	12.10	12.02	-4.720	.000
ด้านจิตใจ	17.23	11.96	10.74	13.05	8.502	.000
ด้านสังคม	32.28	9.58	67.75	12.67	7.233	.000
ด้านจิตวิญญาณ	60.56	6.78	93.21	13.71	4.720	.000

* $p < .001$

3. ระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ค่าความพึงพอใจเฉลี่ยทุกด้าน เท่ากับ 3.99 กล่าวได้ว่า เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ

จังหวัดสุโขทัย มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มของเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (n=15)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่รับบริการ	3.63	0.85	ดี
ด้านที่ 2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานที่รับบริการ	4.15	0.75	ดี
ด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ	4.09	0.65	ดี
ด้านที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับบริการ	4.07	0.93	ดี
ด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ	4.04	0.75	ดี
ด้านที่ 6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	4.01	0.83	ดี
รวม	3.99	0.79	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ทำให้กลุ่มเครือข่ายสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมได้มากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษานี้พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับการจัดทำแนวทางโดยใช้กรอบคิดการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการปฏิบัติ การบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน เช่น การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม การกระตุ้นความจำด้วยกิจกรรมง่าย ๆ การจัดกิจกรรมสังคมเพื่อลดการแยกตัว และการเสริมสร้างพลังใจด้วยกิจกรรมทางศาสนา ทำให้การดูแลมีมิติที่ครบถ้วนมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรี คมจักรพันธ์ (2562) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องเน้นทั้งมิติทางกายและจิตสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและลดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ โดย การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

2. การเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า หลังการนำแนวทางไปใช้ คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการใช้นโยบาย แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อบริบทชุมชน ช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจให้กับผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยของพิศมัย วรรณขามและคณะ (2562) และนวัรัตน์ ไชยมภูและคณะ (2562) ที่ชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะสมองเสื่อม ควรเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ไม่ใช่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น

3. ความพึงพอใจของเครือข่ายสาธารณสุขต่อแนวทาง ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจง่าย และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลและบริบทการทำงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสาธารณสุขในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรี คมจักรพันธ์ (2562) ที่ชี้ว่าการมีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถปรับใช้กับบริบทจริง จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความร่วมมือของบุคลากรในเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำแนวทางไปใช้ในเขตชุมชนอื่นๆ ที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้แบบองค์รวมได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในระยะยาวโดยมีการติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือนและ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาโดยแยกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เพื่อศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่างกันตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) แตกต่างกันหรือไม่

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง หรือเป็นผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) มากนัก ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบอื่นๆ

4. สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะด้านซึมเศร้าที่ต้องได้รับการส่งต่อ ควรมีการดูแลเฉพาะทางรายบุคคลในเรื่องของสุขภาพจิตเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA7t)

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ* (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่2). อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย. (2562). “ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล Barthel ADL Index”. <http://www.anamaimoph.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนนาถ วรรณพรศิริ, และ วนิดา มาด้วง. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทักษสถานหญิงพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 3(1), 8-17.
- นวรรตน์ ไชยมภู. (2562). *รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา*. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์.(2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*(พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.).
- พิศมัย วรรณขาม, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 1-12.
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2562). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 5-18.
- เสาวลักษณ์ ตุงคราวี. (2552). *การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง - ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย - โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*
<http://db.hitap.net/theses/1465>
- อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนิด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35, 1-14.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง
จากขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

Development of a nutrition promotion program and iron supplement pill intake
for iron deficiency anemia among pregnant women attending antenatal care at
Ban Tak Hospital, Tak Province

รสสุคนธ์ บุญพิทักษ์
Rossukon Boonpituk

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผล
ของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ
เพนเดอร์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 30 ราย ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลบ้านตาก
จังหวัดตาก โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่
1) โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ
5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา
และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ และค่าความ
เข้มข้นของเลือด (Hematocrit) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแล
ตนเองด้านโภชนาการเปลี่ยนจากระดับน้อย (1.93 ± 0.57) เป็นระดับดี (3.33 ± 0.41) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้น
ของเลือดเพิ่มขึ้นจาก $30.42 \pm 1.98\%$ เป็น $35.27 \pm 2.15\%$ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง
นอกจากนี้ คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการและ
ช่วยแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ : ภาวะโลหิตจาง, หญิงตั้งครรภ์, โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ, ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

Abstract

This research and development study aimed to examine the effects of a nutritional promotion and iron supplementation program applying Pender's Health Promotion Model for pregnant women with iron deficiency anemia. The sample consisted of 30 pregnant women with iron deficiency anemia who received antenatal care at Ban Tak Hospital, Tak Province, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) the nutritional promotion and iron supplementation program, 2) a personal information questionnaire, 3) a health literacy questionnaire, 4) a nutritional self-care behavior questionnaire, and 5) a perceived barriers to iron supplementation questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that after participating in the program, pregnant women had significantly higher health literacy scores regarding iron deficiency anemia than before ($p < 0.001$), significantly higher nutritional self-care behavior scores ($p < 0.001$) with behaviors changing from low level (1.93 ± 0.57) to good level (3.33 ± 0.41), significantly lower perceived barriers to iron supplementation scores ($p < 0.001$), and significantly higher hematocrit levels ($p < 0.001$), with the mean value increasing from $30.42 \pm 1.98\%$ to $35.27 \pm 2.15\%$, which exceeded the diagnostic criteria for anemia. In conclusion, this program was effective in promoting nutritional self-care behaviors and resolving anemia in pregnant women.

Keywords: Anemia, Pregnant women, Nutritional promotion program, Iron supplementation

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลกระทบต่อมารดา ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ภาวะรกละลอกตัวก่อนกำหนด ความสามารถในการทนต่อการสูญเสียเลือดก่อนและระหว่างคลอดลดลง ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น และที่สำคัญคือความเสี่ยงต่อภาวะแท้ง ส่วนผลกระทบต่อทารก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดน้อย การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะตัวเหลือง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น ซึ่งข้อมูลในระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 พบว่าแนวโน้มของภาวะโลหิตจางดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังคงมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 14.0 ถึงสองเท่า การเพิ่มขึ้นของภาวะโลหิตจางดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพในกลุ่มสตรีมีครรภ์ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอทำให้ร่างกายขาดธาตุเหล็กในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางก็จะเป็นมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร่วมกับมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเลือด หรือเกิดการเสียเลือดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น การพบพยาธิปากขอ และการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะโลหิตจางที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลกระทบต่อมารดา ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ รกละลอกตัวก่อนกำหนด การทนต่อการสูญเสียเลือดก่อนและระหว่างคลอดได้น้อย เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เกิดภาวะติดเชื้อและที่สำคัญคือเสี่ยงต่อภาวะแท้ง ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดน้อย การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด เกิดอาการตัวเหลือง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ยังคงประสบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 พบอัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 23.7, 25.52 และ 38.52 ตามลำดับ (ข้อมูลจากระบบข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก) ตัวชี้วัดนี้ไม่เพียงเกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางแล้วก็ตาม ปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อว่ายาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจะทำให้ทารกในครรภ์มี ขนาดใหญ่และคลอดยาก นอกจากนี้ การเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ซึ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการส่งเสริม อิทธิพลระหว่างบุคคล เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาของภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 150 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2567 - พฤศจิกายน พ.ศ.2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้: 1) มีค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) น้อยกว่า 33% 2) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 16-18 สัปดาห์ ณ วันเริ่มต้นการศึกษา 3) ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียไม่พบความผิดปกติ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือโรคประจำตัวอื่น ๆ 5) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ 6) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation)

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการมารับบริการในกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม งานฝากครรภ์ โรงพยาบาล บ้านตาก ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคัดเลือกตาม คุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) จำนวน 30 ราย ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว) ครบทั้ง 30 คู่

คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ในระหว่างที่กำลังดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ไม่สามารถดำเนินการ ตามโปรแกรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนด
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หรือโรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ระหว่างการ เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ

3. มีภาวะเลือดออกหรือมีอาการของภาวะแท้ง เช่น มีภาวะแท้งคุกคามการตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นต้น

4. มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กรุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 2) การลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ 3) การส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล และ 4) การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ

2.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

2.5 การวัดค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทุกชิ้นได้รับการตรวจโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน แพทย์ปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ประจำแผนกฝากครรภ์ จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจน ของเนื้อหาข้อความ และความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หาค่า IOC กำหนดเกณฑ์มากกว่า 0.67 ในงานวิจัยนี้จากการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อ ทุกข้อมีค่า IOC 0.88 ขึ้นไป และขั้นตอนต่อไปจึงนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ซึ่ง หลังจากทดลองใช้โปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านแล้วเข้าใจ สามารถอธิบายเนื้อหาได้ถูกต้อง

2. ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) 0.86 ขึ้นไป แยกรายด้าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่ถูกดัดแปลงมาจาก วาสนา พุ่มข่อ (2566) ซึ่งผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภค อาหารและยาเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ที่ถูกดัดแปลงมาจากวาสนา พุ่มข่อ (2566) กำหนดเกณฑ์มากกว่า 0.90

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก คำนึงถึงสิทธิและสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล หากพบอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆ ระหว่างการวิจัย จะยุติการทดลองและให้การช่วยเหลือดูแลรักษาผู้เข้าร่วมวิจัยโดยทันทีการดำเนินการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาลงมือของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือด มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ (try out) สถานที่ ณ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม งานฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลดังกล่าว รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ ทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม เพื่อดำเนินตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างคือผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและการ ดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มีคุณสมบัติ ตามที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจใน การเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการวิจัยดังนี้

การดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีการเข้าร่วมโปรแกรมรวม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 : หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์

เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test)ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 2 และ 3

ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการทางโทรศัพท์ประเมินปัญหาอุปสรรคในการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กให้คำแนะนำและกำลังใจ

ครั้งที่ 3 : อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์

เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากเลขที่โครงการวิจัย 002/2568 โดยการวิจัยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลออกแบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีความปลอดภัย รวมถึงการทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัย โดยข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับจะถือเป็นความลับ และผู้วิจัยจะขอเข้าไปใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (paired t-test)

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคืออายุระหว่าง 18-25 ปี (ร้อยละ 40.0) อายุเฉลี่ย 27.43 ปี มีสถานภาพอยู่รวมกันกับสามี (ร้อยละ 93.3) มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.6) ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.0) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 26.7) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 23.3) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 46.7) รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 33.3) รายได้เฉลี่ย 15,633.33 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีหนี้สิน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 53.3) และมีความเชื่อในการบริโภคอาหารระหว่างตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหาร (ร้อยละ 63.3)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 21.76 ± 5.31 เป็น 29.94 ± 2.69 ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (เพิ่มจาก 6.23 ± 1.94 เป็น 8.87 ± 0.97) และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจาง (เพิ่มจาก 15.53 ± 3.87 เป็น 21.07 ± 2.13)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมรวมเพิ่มจาก 1.93 ± 0.57 เป็น 3.33 ± 0.41 ซึ่งเปลี่ยนจากระดับน้อยเป็นระดับดี ทั้งในด้านการรับประทานอาหารเช้าที่มีธาตุเหล็กสูง (เพิ่มจาก 2.01 ± 0.68 เป็น 3.24 ± 0.47) และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก (เพิ่มจาก 1.85 ± 0.76 เป็น 3.42 ± 0.52)

การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนการรับรู้อุปสรรครวมลดลงจาก 3.07 ± 0.54 เป็น 1.76 ± 0.42 ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและเวลา (ลดลงจาก 2.95 ± 0.78 เป็น 1.82 ± 0.56) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับยาเสริมธาตุเหล็ก (ลดลงจาก 3.20 ± 0.62 เป็น 1.67 ± 0.47) และด้านอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (ลดลงจาก 3.07 ± 0.69 เป็น 1.79 ± 0.51)

ค่าความเข้มข้นของเลือด

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก $30.42 \pm 1.98\%$ เป็น $35.27 \pm 2.15\%$ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง (33%)

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในมิติความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกริตา (2554) ที่ระบุว่าการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและวิธีการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้อง ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเริ่มทำหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การที่หญิง

ตั้งครมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและวิธีการป้องกันจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นยังสอดคล้องกับงานวิจัยของรุจิพัชญ์ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สามารถเพิ่มระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับน้อยเป็นระดับดี ทั้งในด้านการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชุลดา (2559) ที่พบว่าหญิงตั้งครมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากสามีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการที่ดีขึ้นนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ที่กล่าวถึงความสำคัญของการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในโปรแกรมนี้นี้ได้มีการให้หญิงตั้งครมและครอบครัวร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุของอุปสรรคที่ไม่สามารถรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กได้ถูกต้อง และร่วมกันหาแนวทางในการลดอุปสรรคดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตระการและศิริไลซ์ (2559) ที่พบว่าหญิงตั้งครมที่ได้รับการให้ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การได้รับการกระตุ้นเตือนการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้หญิงตั้งครมมีการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครมมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและเวลา ด้านความเชื่อเกี่ยวกับยาเสริมธาตุเหล็ก และด้านอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสสิน (2555) ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครมบางรายดื่มน้ำยาเสริมธาตุเหล็กเพราะเชื่อว่าทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ คลอดยาก และอาจมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดได้ การลดลงของการรับรู้อุปสรรคนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ซึ่งระบุว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการดำเนินกิจกรรมและกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การที่โปรแกรมมุ่งเน้นการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ จึงส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ณัฐชาและคณะ (2560) ที่พบว่าการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำให้หญิงตั้งครมมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่

เหมาะสมเพื่อลดการเกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจากการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น

ด้านค่าความเข้มข้นของเลือด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หญิงตั้งครรภ์มีค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก $30.42 \pm 1.98\%$ เป็น $35.27 \pm 2.15\%$ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pavord et al. (2011) ที่พบว่าการป้องกันและการรักษาภาวะโลหิตจางตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์โดยการเสริมธาตุเหล็กและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสามารถลดผลกระทบได้อย่างมีนัยสำคัญนอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Scholl และ Reilly (2015) ที่ระบุว่าการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ควบคู่กับการเสริมธาตุเหล็กด้วยยา มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง การที่หญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นจนสูงกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ Reinold et al. (2010) ได้อธิบายว่าในระหว่างตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กวันละ 6-7 มิลลิกรัมเพื่อรองรับความต้องการธาตุเหล็กและออกซิเจนที่เพิ่มขึ้น การที่หญิงตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีค่าความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสามารถตอบสนองต่อความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและยาเสริมธาตุเหล็ก
2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะสามี ในการช่วยเหลือสนับสนุน และกระตุ้นเตือนการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก
3. ควรมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการที่เหมาะสมและรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ
4. ควรจัดทำสื่อและคู่มือเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก
3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์
4. ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการติดตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ทศพล เต็มมีย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก นางณิชกร ขำทัพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม และบุคลากรในกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ พญ.คณิตนันท์ วงษ์กาวิณ สุติแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นพ. ชนัญญู วิทิตธรรมคุณ นายแพทย์ปฏิบัติการผู้ดูแลส่วนงานแม่และเด็กโรงพยาบาลบ้านตาก นางนวลฉวี แสงพราย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จิตตระการ พิษพันธ์ุ และศิริไลซ์ วนรัตน์จิตร. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 26(3), 53-64.
- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, และคณะ. (2555). หลักการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- พิมพ์ณัฐชา ทองเจือเพชร, เนตรนภา คู่พันธ์ุ, และวนิดา เสนะสุทธิพันธ์ุ. (2560). ผลของการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 37(3), 67-78.
- ภริตา กวยรักษา. (2554). ผลของโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 45-58.
- มนัสมีน ศาสนกระบวน. (2555). ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(1), 18-32.
- รุจิพัชญ์ พรหมสุวรรณ. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 16(1), 84-99.

- วิชุลดา ตันประเสริฐ. (2559). การสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์.
วารสารการพยาบาล, 34(1), 15-28.
- สุภาวดี อัครพรไกรเลิศ, & สกาวเดือน นิยมสูตร. (2557). การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและผลกระทบต่อพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา, 21(4), 31-45.
- Kamini, M., & Avvaru, K. (2014). Impact of maternal anemia on fetal outcomes. Journal of
Clinical and Diagnostic Research, 8(4), 1-4.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8218.4266>
- Karami, M., Zare Amirizi, F., Khalili, H., Alibakhshi Kenari, M., Mansouri, A., Salem, Z., Mazloom,
Z., & Asali, Z. (2022). Determinants of anemia during pregnancy in low- and middle-
income countries: A systematic review. Frontiers in Nutrition, 9, 889561.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2022.889561>
- Pavord, S., Myers, B., Robinson, S., Strong, J., & Oppenheimer, C. (2011). UK guidelines on the
management of iron deficiency in pregnancy. British Journal of Haematology, 156(5),
588-600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.2011.09012.x>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice
(6th ed.). Pearson.
- Pillitteri, A. (2010). Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing
family (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Reinold, C. M., Kettel Khan, L., & Morrow, B. (2010). Prevalence of anemia among low-income
pregnant women. Morbidity and Mortality Weekly Report, 59(30), 909-912.
- Scholl, T. O., & Reilly, T. (2015). Anemia, iron and pregnancy outcome. The Journal of Nutrition,
135(2), 246-252. <https://doi.org/10.1093/jn/135.2.246>

การพัฒนาแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

Development of a Model for Access to Emergency Medical Services in Stroke
Patients through Community Participation in Tak-Ok Subdistrict,
Ban Tak District, Tak Province

พานู ศรีเสาวลักษณ์

Panu Srisaowalak

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบหลังการนำไปใช้ ใน การ เพิ่มความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (CVD Risk ≥ 20) ในพื้นที่ จำนวน 200 คน 2) เครือข่ายชุมชน (อส. , อาสาฯ EMS) จำนวน 209 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (IOC = 0.67-1.00) และความเชื่อมั่น ($\alpha > 0.70$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังด้วย Paired t-test และ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ EMS เพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 ($p < 0.001$) และคะแนนความเชื่อเพิ่มขึ้นจาก 4.19 เป็น 4.80 ($p < 0.001$) การเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน กลุ่มที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายมีพัฒนาการด้านความรู้และความเชื่อสูงที่สุด (+0.77 และ +0.77 ตามลำดับ)

สรุปรูปแบบการเข้าถึงระบบ EMS ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มความรู้ ส่งเสริมทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการใช้บริการฉุกเฉินในกลุ่มประชากรเสี่ยงและเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ความรู้, ทักษะ, ความเชื่อ

Abstract

This research and development study had three objectives: 1) to develop a community-based model for accessing the Emergency Medical Services (EMS) system for stroke patients, 2) to study the factors affecting access to the system, and 3) to evaluate the effectiveness of the model in increasing knowledge, attitudes, and beliefs about stroke and the EMS system after implementation.

The study's sample included 200 at-risk individuals with a CVD (cardiovascular disease) risk score of ≥ 20 , and 209 community network members (Village Health Volunteers and EMS volunteers). The research instruments were questionnaires validated for content validity (IOC = 0.67-1.00) and reliability ($\alpha > 0.70$). The data were analyzed using descriptive statistics and a comparison of pre- and post-intervention scores with the Paired t-test and Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results showed that after the model was implemented, there were significant increases in scores for knowledge, attitudes, and beliefs. Specifically, knowledge scores increased from 4.0 to 4.7 ($p < 0.001$), attitude scores increased from 4.0 to 4.7 ($p < 0.001$), and belief scores increased from 4.19 to 4.80 ($p < 0.001$). The changes were statistically significant across all areas. The group with less than a high school education showed the highest improvement in knowledge and beliefs (+0.77 and +0.77, respectively).

In conclusion, the developed community-based EMS access model is significantly effective in increasing knowledge and promoting correct attitudes and beliefs about stroke and the use of emergency services among at-risk individuals and community networks, especially in the group with lower educational levels. This model should be extended and applied in other areas with similar contexts.

Keywords: Stroke, Emergency Medical Services, Community Participation, Knowledge, Attitude, Belief

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2022 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกถึง 17 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวน 6.5 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2562-2564 อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 534, 588 และ 645 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2562-2564 พบอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 52.9, 52.8, และ 55.5 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5-2 เท่า แสดงให้เห็นว่าโรคนี้เป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย นอกจากโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ แล้ว ยังเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายอาจมีความพิการ ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแล ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งในแง่รายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่ารักษาพยาบาลในระยะยาว ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและประเทศชาติอย่างมหาศาล ดังนั้น การป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นประเด็นที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงเฉียบพลัน เนื่องจากหลอดเลือดสมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก ทำให้สมองหยุดทำงานทันที ส่งผลให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนและเกิดการตายของเนื้อสมอง ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดลำบาก ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ชนิดหลักคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2554) ในปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้า โดยวิธีที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานในการรักษา คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolysis) ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน อย่างไรก็ตาม ยาละลายลิ่มเลือดมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือจะต้องให้ยาภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด (ไพรวลัย พรหมดี และคณะ, 2564) ดังนั้นปัจจัยด้านระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษานับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือระบบ EMS (Emergency Medical Services) มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดการสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยระบบ EMS จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและรักษาเบื้องต้นจากจุดเกิดเหตุ และนำส่งไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบ EMS ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ภายใต้โครงการ Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่ายในช่วง 72 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองระยะเฉียบพลันในรูปแบบเครือข่าย รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น Stroke Mobile Application เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษา

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงสถิติยังคงแสดงให้เห็นว่า อัตราการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในแถบเอเชีย โดยในปี 2560-2564 มีอัตราการเข้าถึงยาเพียงร้อยละ 5.7, 6.9, 7.7, 8.0 และ 7.4 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันทั้งหมด (ศิริอร สินธุ, 2565) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า ทำให้ผ่านระยะเวลาที่สามารถให้ยาได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบ EMS ที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มโอกาสและความรวดเร็วในการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

โรงพยาบาลบ้านตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2564 – 2567) จากข้อมูลรายงานย้อนหลังพบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อพันประชากรเพิ่มขึ้นจาก 2.2 ในปี 2564 เป็น 2.9 ในปี 2565 และเป็น 4.2 ในปี 2566 ก่อนจะลดลงเล็กน้อยเป็น 2.0 ในปี 2567 โดยอัตราการเกิดโรคในเพศหญิง (ร้อยละ 58.1, 46.1, 51.6, 51.7) สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 41.8, 53.8, 48.3, 48.2) ในทุกปี แม้ว่าจะมีการลดลงของอัตราป่วยในปี 2567 แต่โดยภาพรวมก็ยังถือว่าอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ตำบลตากออกซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับตำบลอื่นๆ ในอำเภอบ้านตาก (ร้อยละ 19.3, 34.2, 20.1, 22.9) รองลงมาคือตำบลแม่สลิค (ร้อยละ 10.2, 11.4, 15.2, 19.5) สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน เช่น การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสถิติยังชี้ให้เห็นสภาพปัญหาด้านการเข้าถึงการรักษาอย่างทันเวลาที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อัตราผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 39.5 ในปี 2564 เหลือเพียงร้อยละ 14.5 ในปี 2567, ผู้ป่วยที่เข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการส่งต่อทันเวลาลดลงจากร้อยละ 67.3 ในปี 2565 เหลือร้อยละ 40.3 ในปี 2567, ในขณะที่ผู้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงมีเพียงร้อยละ 33.3, 20.4, 22.8 และ 21.4 ในแต่ละปีตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านตาก, 2567) ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ปัญหาดังกล่าวอาจสะท้อนถึงการขาดความตระหนักรู้ของประชาชนเกี่ยวกับอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ การตัดสินใจเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ล่าช้า รวมถึงข้อจำกัดของระบบการส่งต่อและขนย้ายผู้ป่วยในพื้นที่ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 7 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจากสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์) แม้จะมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 6.2 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี 2567 แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงระบบการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลาที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ จากการศึกษาของ บุญน้อม ไกรยา และคณะ (2566) ที่พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเน้นการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบ EMS ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน, การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประชาสัมพันธ์และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบ EMS, รวมทั้งการพัฒนา

ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการ EMS และโรงพยาบาล สามารถช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงระบบบริการได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธกฤต จันทรพลงาม (2558) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบ EMS ในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา ได้แก่ 1) การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการสำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาทันที 2) การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของชุมชนในการให้ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว 3) ระบบ EMS ที่มีศักยภาพในการประเมินอาการ รักษาเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน" ในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างมาก โดยการวิจัยนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบ EMS ในพื้นที่, พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนประเมินประสิทธิผลของรูปแบบหลังการนำไปทดลองใช้ ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยสร้างรูปแบบการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ต่อไป เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการพิการและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำถามวิจัย

1. สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีอะไรบ้าง
3. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากควรมีองค์ประกอบและกระบวนการอย่างไร
4. รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิผลเพียงใด

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านอัตราการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และอัตราการเสียชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ ทักษะและความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำปัจจัยต่างๆ เข้าสู่การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย เครือข่าย ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W.Edwards Demming ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 1) กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan)
- 2) กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do)
- 3) กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) และ
- 4) กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act) จากนั้นประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลบ้านตาก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และได้รับการ ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CV Risk score ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk score ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านตาก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk Score ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป และยังไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก
3. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. มีอาการไม่พึงประสงค์ เจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย

ประชากร คือ เครือข่ายชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาล, โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนหน่วยงานท้องถิ่น (อบต./อปท.อฉ.), หน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย จำนวน 210 คน ดังนี้

1) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ เทศบาลตำบลบ้านตาก	จำนวน	16	คน
2) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ อบต.ตากออก	จำนวน	9	คน
3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลตากออก	จำนวน	185	คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เข้าใจระบบงานและสามารถแสดงความคิดเห็นได้
2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. มีความพร้อมในการทำกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาที่กำหนดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย เครือข่าย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดตาก มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ, ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Risk Score ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป และยังไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่ ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 200 คน

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และโรคหลอดเลือดสมอง
2. เตรียมชุมชน ก่อนการดำเนินงาน
3. การศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับสถานการณ์ บริบทและสภาพปัญหาของ การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูล เอกสารและบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินการ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง
4. สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ดำเนินการทำงานตามกระบวนการ PDCA ของ M.Edward Demming 4 ขั้นตอนคือ Plan Do Check Act ดังนี้

1. กระบวนการร่วมกันวางแผน (Plan)

P1. สร้างคณะทำงาน

P2. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาร่วมกัน โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการจากระบบเวชระเบียนและทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการพัฒนา

P3. ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันเพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการ และชี้แจง รายละเอียดและขอบเขตของการดำเนินงาน รวมถึงประชุมเครือข่ายสุขภาพประกอบด้วย กู้ชีพแกนนำ เครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดคือ

1. ชี้แจงสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน
2. ชี้แจงรูปแบบการดำเนินงานในปัจจุบัน
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop)

P4. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) พร้อมทั้งสรุปผลการประชุมและกำหนดรูปแบบการดำเนินการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทบทวนรูปแบบการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่อนายกู้ชีพในเครือข่าย

2. กระบวนการร่วมกันดำเนินการ (Do)

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

D1. สื่อสารรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล

D2. ทำการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองและการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล โดยการจัดอบรม กลุ่มเสี่ยงผู้ดูแลและญาติ มีกิจกรรมประกอบด้วย

1. ทดสอบวัดความรู้ก่อนการอบรม
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ชี้แจงรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. ทดสอบความรู้หลังการอบรม

3. กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check)

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วย

C1. ประเมินผลความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและความเชื่อในรูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และรวบรวมเก็บบันทึกข้อมูลในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

C2. บันทึกผลข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

C3. บันทึกผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. กระบวนการร่วมกันปรับปรุง (Act)

A1. ถอดบทเรียนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดตาก เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหา

แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงร่วมประเมินและอภิปรายผลการดำเนินการ พัฒนารูปแบบให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคณะทำงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

3.1 วิธีดำเนินการ

- 1). นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง
- 2). ทดสอบวัดความรู้ก่อนการได้รับโปรแกรม
- 3). ทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์
- 4). ทดสอบวัดความรู้หลังการได้รับโปรแกรม

3.2 เครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเรื่องการเข้าถึงระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีข้อมูล เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้โทรศัพท์ ยานพาหนะในครอบครัว การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 23 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบได้สอง ตัวเลือก คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” มีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนระดับความรู้ โดยแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ความรู้ระดับต่ำ	คะแนน น้อยกว่า 60%
ความรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 60-80%
ความรู้ระดับสูง	คะแนน มากกว่า 80%

ส่วนที่ 3. ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบได้สอง ตัวเลือก คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” มีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนระดับความรู้ โดยแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ความรู้ระดับต่ำ	คะแนน น้อยกว่า 60%
-----------------	--------------------

ความรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 60-80%
ความรู้ระดับสูง	คะแนน มากกว่า 80%

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” และ “มากที่สุด” มีข้อคำถามที่เป็นทั้งเชิงบวก และเชิงลบ จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1997)

ระดับทัศนคติไม่ดี	คะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33
ระดับทัศนคติพอใช้	คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66
ระดับทัศนคติดี	คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” และ “มากที่สุด” จากนั้นจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1997))

ระดับความเชื่อไม่ดี	คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33
ระดับความเชื่อพอใช้	คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.66
ระดับความเชื่อดี	คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.0

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์เรื่องการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ประเด็นคือ

(1) การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร

(2) ปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง

(3) สาเหตุของปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองคืออะไร

(4) วิธีการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3) บันทึกรายงานการประชุม

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเรื่องการเข้าถึงระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เหมือนกับการวิจัยในระยะที่ 1

3.2.2 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน มีดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐานในการจัดทำแบบสอบถาม
- 2) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปร ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์ แล้วนำมาสร้างข้อคำถาม
- 3) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจนของคำถาม จากนั้นวิเคราะห์ค่า IOC ซึ่ง ได้ 0.67-1
- 4) การทดสอบเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษา (จำนวน 30 คน) และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) จากผลการตรวจสอบมีค่ามากกว่า 0.7 และ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเลอร์-ริชาร์ดสัน สูตร 20 (Kuder Richardson formula 20) ในส่วนของ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการดังนี้

- 3.3.1 ดำเนินการยื่นแบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำร้องจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
- 3.3.2 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากหน่วยงานของผู้วิจัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย
- 3.3.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม
- 3.3.4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเก็บข้อมูลในกระบวนการพัฒนารูปแบบ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม นำมารวบรวมและวิเคราะห์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จัดทำข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ และประมวลผลด้วย
- 3.3.5 ทดลองใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- 3.3.6 จัดทำรูปเล่มรายงานเอกสารงานวิจัย

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด จากนั้นประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social sciences) for Windows โดยใช้สถิติดังนี้

3.4.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.4.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ pair t-test ใช้ในการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาล บ้านตาก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และได้รับการ ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk score ตั้งแต่ 20 ขึ้นไป จำนวน 200 คน (ยังไม่ได้อบรมให้ความรู้)

3.4.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อสรุปของการประชุมเชิงปฏิบัติการและ การสนทนากลุ่มย่อย การสังเกต สอบถาม จดบันทึกนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการพรรณนา (Descriptive Analysis) จาก การสรุปประเด็นสำคัญ ในระหว่างการจัดกิจกรรมเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่ศึกษา

3.5 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยยึดหลักการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล อธิบายรายละเอียดต่างๆ รวมถึงข้อคำถามของการวิจัย และเปิด โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามได้ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และการคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลแสดงออกถึงการยอมรับให้เกียรติและมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลที่อ้างอิงความเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลการลง บันทึกต่างๆจะให้รหัสซึ่งรู้ได้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่านั้นรักษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไว้เป็นความลับของ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลซึ่งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขที่โครงการ 027/2567

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 เพศชาย ร้อยละ 44.1 มีอายุเฉลี่ย 63.45 ปี (Min=39,Max=89,S.D.=11.74) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น มัธยมศึกษา ร้อยละ 74.2 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.5 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.0 ประวัติการมี

โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.00 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.5 โรคอื่นๆ ร้อยละ 6.5 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.5 ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบ ร้อยละ 72.0 รองลงมาเคยสูบและยังสู้อยู่ ร้อยละ 18.0 เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 10.0 ประวัติการดื่มสุรากล่องใหญ่เคยดื่มและยังดื่มอยู่ ร้อยละ 43.5 ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 39.0 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 17.5 ด้านการใช้โทรศัพท์ ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์ประจำ ร้อยละ 99.5 ด้านพาหนะในครอบครัว ส่วนใหญ่มีพาหนะใช้ ร้อยละ 86.2 พาหนะที่ใช้ส่วนมากเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นจักรยาน ร้อยละ 34.5 ด้านการรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รู้จัก ร้อยละ 100 และรับรู้ว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ร้อยละ 100 ด้านระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาลเฉลี่ยระยะทาง 17.40 กิโลเมตร (Min=2, Max=36, S.D.=8.75) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางถึงโรงพยาบาล น้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 74.5 นาที (Min=5, Max=60, S.D.=11.20) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 94.0 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.0 และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.0

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเครือข่าย อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จากการศึกษาปัจจัยการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การระดมสมอง การสัมภาษณ์เชิงลึกมาออกแบบ กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการ PDCA ของ M.Edwards Deming 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การนำไปใช้ (Do) 3) การประเมินผล (Check) และ 4) การปรับปรุงและนำไปใช้ (Act) ได้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอบ้านตาก คือ KTL C2NFS Model ประกอบด้วย

1. Knowledge การส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. Teamwork การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งของสหวิชาชีพในการให้บริการ ผู้ป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ให้เกิดการทำงานที่รวดเร็ว ทันเวลา
3. Learning การเรียนรู้การทำงานร่วมกัน มีการถอดบทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อปรับปรุงแก้ไข
4. Coverage มีหน่วยปฏิบัติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ความครอบคลุมใน พื้นที่ทั้ง อำเภอ ครอบคลุมทุกตำบล และเพียงพอต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. Communication การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนรับทราบและเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669

6. Network เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งจาก ภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคเอกชนในการสนับสนุน เช่น รถที่มีความพร้อม อุปกรณ์ช่วยเหลือที่ทันสมัยและครบถ้วน และพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน

7. Fast การให้บริการที่รวดเร็ว ทันเวลา และปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ภายในเวลาที่กำหนด ลดการเสียชีวิต ลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง

8. Service system การให้บริการเป็นระบบตั้งแต่เริ่มรับแจ้งเหตุไป การรับส่งต่อผู้ป่วย การให้การรักษายาบาล ณ สถานพยาบาล ตลอดจนจนถึงการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับต่อไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก การทดลองใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเครือข่าย โดยการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p=0.000$) โดยพบว่า ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.5 ด้านทักษะมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.5 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.6 และด้านความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและก่อนการทดลอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 : การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความเชื่อก่อนและหลังการทดลอง ($n=200$)

ด้าน	ก่อนอบรม (Mean±SD)	หลังอบรม (Mean±SD)	การเปลี่ยนแปลง	% การพัฒนา	p-value
ความรู้	4.0 ± 0.9	4.7 ± 0.6	+0.7	+17.5%	<0.001
ทักษะ	4.0 ± 0.7	4.7 ± 0.5	+0.7	+17.5%	<0.001
ความเชื่อ	4.19 ± 0.8	4.80 ± 0.4	+0.61	+14.6%	<0.001
รวมทั้งหมด	4.06	4.73	+0.67	+16.5%	< 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการใช้บริการฉุกเฉิน โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนา ศึกษาปัจจัย และ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว การศึกษาดำเนินการกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 200 คน และเครือข่ายชุมชน หลังจากการนำรูปแบบไปใช้ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบ EMS เพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 และคะแนนความเชื่อเพิ่มขึ้นจาก 4.19 เป็น 4.80 การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายแสดงพัฒนาการด้านความรู้และความเชื่อสูงที่สุด โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นถึง 0.77 สอดคล้องกับ เบญจมาศ มาสิงบุญ ที่ได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (9) ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 84.6 และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.8 ในแต่ละด้าน ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

การวิจัยนี้ตอกย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ล่าช้าในพื้นที่ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้นๆ ของโลกและของประเทศไทย รูปแบบการเข้าถึงระบบ EMS ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และผลกระทบที่แท้จริงต่ออัตราการใช้บริการ EMS รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารและให้ความรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่อง เพื่อรักษาความรู้และทัศนคติเชิงบวกที่เกิดขึ้นในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบ EMS โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ สร้างทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การที่กลุ่มการศึกษาต่ำมีพัฒนาการสูงที่สุดชี้ให้เห็นว่าการวิจัยนี้สามารถลดช่องว่างด้านสุขภาพ (Health Gap) ได้ การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย เครือข่าย อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ผ่านกระบวนการ PDCA ของ M.Edwards Deming 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การนำไปใช้ (Do) 3) การประเมินผล (Check) และ 4) การปรับปรุงและนำไปใช้ (Act) มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา หาสาเหตุ แนวทางการแก้ไข จากนั้นก็นำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหากับระบบเดิมที่มีอยู่ นำไปทดลองปฏิบัติ และประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ และนำรูปแบบที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำรูปแบบไปใช้งานจริง ซึ่งรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย เครือข่าย อำเภอบ้านตาก นั้นได้มาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งรูปแบบการพัฒนาที่ช่วยกันระดมความคิดตามกระบวนการ PDCA 4 ขั้นตอนจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอบ้านตาก ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์พลงาม ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบ ดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง ในการทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและมีการรับรู้การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้นโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือประชาชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินคอยติดตาม ให้กำลังใจทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในพื้นที่อื่นๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และอัตราการเข้าถึงบริการ EMS ที่เพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลภายนอกเพื่อหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงได้ อย่างไรก็ตาม สามารถขยายความส่วนของการอภิปรายผลตามข้อมูลที่มีให้ได้ ดังนี้ ประเด็นประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบ EMS สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง ผลลัพธ์ที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนด้านความรู้ ทักษะคิด และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการใช้บริการฉุกเฉินในกลุ่มประชากรเสี่ยงและเครือข่ายชุมชน คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 คะแนนทักษะคิดเพิ่มขึ้นจาก 4.0 เป็น 4.7 และคะแนนความเชื่อเพิ่มขึ้นจาก 4.19 เป็น 4.80 ซึ่งทั้งหมดนี้มีค่า p-value น้อยกว่า 0.001 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) และ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงานตั้งแต่ต้นช่วยให้รูปแบบการดำเนินงานมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง ประเด็นการลดช่องว่างด้านสุขภาพ (Health Gap) สิ่งที่ได้เด่นจากผลการวิจัยคือ การที่กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายแสดงพัฒนาการด้านความรู้และความเชื่อสูงสุด คะแนนความรู้และคะแนนความเชื่อของกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นถึง 0.77 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กษพรณ ศรีท้วม ที่ได้ศึกษารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ มีทักษะสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับ อังคาร ปลัดบาง ที่พบว่าประสิทธิผลของ โปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความรู้เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองใช้โปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับ ตรึงตรา โพธิ์อำมตร ที่พบว่าหลังการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทักษะคิดและความเชื่ออยู่ใน ระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเข้าถึงและสร้างความเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประชากรที่อาจเข้าถึงข้อมูลได้ยาก ซึ่งถือเป็นการลดช่องว่างด้านสุขภาพ (Health Gap) ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยปกติแล้ว กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยมักเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ดังนั้นการที่พวกเขามีพัฒนาการสูงสุดจึงเป็นเครื่องยืนยันว่ารูปแบบนี้สามารถเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

แม้ว่าผลการวิจัยจะน่าพอใจ แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ การวัดผลในระยะสั้นอาจไม่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามอัตราการใช้บริการ EMS และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบในแง่ของผลลัพธ์ทางคลินิก โดย

1. ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการโทรแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างทั่วถึง และควรมีการทำนวัตกรรมการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีความรอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านปัจจัยเสี่ยง อาการสัญญาณเตือน การแจ้งขอความช่วยเหลือจาก 1669 และการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงอันตราย ให้กับหน่วยงานท้องถิ่นได้รับทราบ เพื่อร่วมกันดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการบรรณฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเหตุ ทักษะการประสานงานระหว่างการส่งต่อ
4. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการรถ Mobile stroke Unit โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษารอคอยหลอดเลือดได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในขณะที่นำผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุมาโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาการขยายผลและประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความสามารถในการนำไปใช้ในวงกว้าง การพัฒนาช่องทางการสื่อสารและการให้ความรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ความรู้และทัศนคติเชิงบวกยังคงอยู่กับชุมชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2565. สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลบ้านตาก 2565. . รายงานของผู้รับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านตาก ปี พ.ศ. 2565. ตาก
- เบญจมาศ มาสิงบุญ 2566. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอตากแก้ว จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ; 8(1) : 411-422.
- พัสดราภรณ์ ปัญญาประชุม และคณะ 2560. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 17(4) : 540-547.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย 2563.. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ; 2550. 16.
- สมบัติ มุ่งทวีพงษา. โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กขพรรณ ศรีท้วม และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์ 2561. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต 2 พิษณุโลก ; 5(3) : 43-56.
- ตรึงตรา โพธิ์อำมาต 2562 . การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- อังคาร ปลัดบาง, สุวรรณ ชูติวัตรพงศธร 2566. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมิน อาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบ บริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2566]. ที่มา: <https://www2.nkh.go.th/nkh/journal/article.php?id=3>
- World Stroke Organization(WTO). About World Stroke Day 2022 [internet]. 2022 [cited 2023 Feb24].Available from: https://www.world-stroke.org/world-stroke-day_campaign/world-stroke-day/world-stroke-day-2022-tools

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
โรงพยาบาลพพร จังหัดตาก

Effect of symptoms management program among Abdominal Surgery Patients,
Phoppkra Hospital, Tak Province

รวีสรา เฟือกสิงห์

Rawisara Phuaksing

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (Post Test Measurement Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพร จังหัดตาก ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพร จังหัดตาก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis ได้เท่ากับ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยวันที่ 3 สถิติวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบระดับความปวดและการใช้ยาแก้ปวด วิเคราะห์ความแตกต่างหลังการทดลอง 72 ชั่วโมง ด้วยสถิติทดสอบ Mann -Whitney U test ผลการวิจัยพบว่าระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 72 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตามลำดับ ระยะเวลาใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลาใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่ระยะเวลาใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกัน ($p < 1.000$) ตามลำดับ การใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้มอร์ฟีน ร้อยละ 73.33 รองลงมา ไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 20.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้มอร์ฟีน ร้อยละ 93.33 รองลงมา เฟนทานิล ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ การใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัดหลังการทดลอง 48 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 73.33 รองลงมาใช้มอร์ฟีน ร้อยละ 26.67 กลุ่มควบคุม ใช้มอร์ฟีน ร้อยละ 93.33 รองลงมา เฟนทานิล ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ การใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัดหลังการทดลอง 72 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ใช้มอร์ฟีน ร้อยละ 100 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การผ่าตัดช่องท้อง,โปรแกรมการจัดการอาการ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

Abstract

This quasi-experimental, post-test-only research investigated the effects of a symptom management program for patients undergoing abdominal surgery at Pho Phra Hospital, Tak province. The study population comprised patients who had undergone abdominal surgery at the hospital. The sample size was calculated using Power Analysis, resulting in a total of 30 participants, divided into an experimental group and a control group, with 15 participants in each. The experimental group received nursing care via the symptom management program, while the control group received standard nursing care. Post-intervention evaluation was conducted on day 3. Statistical analysis was performed using the Mann-Whitney U test to compare pain levels and analgesic use at 72 hours post-intervention.

The results showed a statistically significant difference in surgical wound pain levels between the experimental and control groups at 24 hours ($p < .001$), 48 hours ($p < .001$), and 72 hours ($p < .001$) post-intervention. For analgesic duration, there were also statistically significant differences at 24 hours ($p < .001$) and 48 hours ($p < .001$) post-intervention. However, there was no significant difference in the duration of analgesic use between the two groups at 24 hours post-intervention ($p < 1.000$).

Regarding analgesic use at 24 hours post-intervention, the majority of the experimental group (73.33%) used morphine, followed by no medication (20.00%). In contrast, the majority of the control group (93.33%) used morphine, followed by fentanyl (6.67%). At 48 hours, the majority of the experimental group did not use any medication (73.33%), while the control group predominantly used morphine (93.33%). At 72 hours, 100% of the experimental group did not use any medication, whereas 100% of the control group used morphine.

Keywords: abdominal surgery, symptom management program

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องคือการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องเพื่อซ่อมแซมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ฝีในช่องท้อง และที่ตับ (Kapoor et al., 2017) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีความเครียด เคลื่อนไหวน้อยลงลง มีการหายใจสั้น ๆ เนื่องจากความเจ็บปวดและกลัวแผลแยก (Udomkhamsuk, Vuttanon & Limpakan, 2020) การผ่าตัดช่องท้องเป็นกระบวนการที่มีหลากหลายขั้นตอน และมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายและส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเจ็บปวด การใช้ยาแก้ปวดควรคำนึงถึงปัจจัยของผู้ป่วยและขั้นตอนการผ่าตัด ระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้การฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดถาวรและการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในระยะยาวเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 10 (Pirie, Traer, Finniss, Myles & Riedel, 2022) สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของประเทศไทย ระหว่างปี 2563 – 2565 เท่ากับ 143,153 ,150,572, และ 141,600 รายตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ 15,142, 14,882, และ 16,427 รายตามลำดับ สำหรับข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก ระหว่างปี 2562-2566เท่ากับ 141,181, 350 ,489 และ 593 รายตามลำดับ ผลกระทบของการผ่าตัดเปิดช่องท้องจะส่งผลต่อการปรับตัวของระบบต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัดระหว่างการทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดผลกระทบโดยตรงจากการผ่าตัดช่องท้องเริ่มตั้งแต่ ผิวน้ำ ก้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้องที่ได้รับการบาดเจ็บจากวิธีการผ่าตัดรวมถึงการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ในระหว่างการผ่าตัด (Alasousi, Shuaib, & Aljasmi, 2020) จากกระบวนการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การเสียเลือดและเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการแผลผ่าตัด เกิดภาวะอ่อนล้าและอ่อนเพลียภายหลังการผ่าตัด (อรรณพ หลงเวช, ผ่องศรี ศรีมรกต, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, และเชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์, 2563) ร่วมกับมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัด เป็นผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมภายหลังผ่าตัดแสดงออกโดยนอนนิ่ง ๆ เฉย ๆ บนเตียง ไม่กล้าลุกนั่ง ลุกเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัดภายในเวลาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ความกลัวการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วเกินไปอาจทำให้เกิดแผลแยก หรือมีเลือดออกที่แผลจะทำให้แผลหายช้า หรือแม้กระทั่งไม่กล้าทำอะไรด้วยตนเอง เนื่องจากกลัวสายอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับร่างกายหลุด และเป็นอุปสรรคไม่สะดวกต่อการเคลื่อนไหวลุกจากเตียง (สิริอร ข้อยุ่น, วรริศา ภู่วี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษาพบว่าแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larsan et al., 1994) ซึ่งดอดด์เชื่อว่าเมื่อบุคคลรับรู้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือ

เปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ยังได้ตระหนักถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ที่ประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ มีรายละเอียดดังนี้บุคคล (person domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึง จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (physiological) รวมทั้งระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) และพบว่ามีงานวิจัยต่าง ๆ ที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ เช่น ณชนก เอียดสุข, วริษา กันบัวลา และ สมจิตต์ จันทร์กุล (2563) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการฯ ในวันที่ 7 และวันที่ 14 สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ และการวิจัยของจิราณัฐวัฒน์ ชาญสูงเนิน และ ธิติรัตน์ สุภานันท์ (2565) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ กับอาการ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.089, p<0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.427, p<0.05$) และการวิจัยของรัศมี ลือฉาย (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อัมภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะได้ผลดีกับงานวิจัยในพื้นที่ต่าง ๆ ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก จึงมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก เป็นอย่างไร

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการหลังทดลอง 72 ชั่วโมง มีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการหลังทดลอง 72 ชั่วโมง มีระยะเวลาการใช้ยาลดปวดนานกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังทดลอง 72 ชั่วโมง
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้ยาลดปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังทดลอง 72 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) ซึ่งทั้ง 3 มโนทัศน์หลักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตากจึงมีความสนใจ ที่จะทำการศึกษาวิจัยโดยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยจัดทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการให้การดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการบำบัดการปวดที่ถูกและเหมาะสมต่อไปดังแสดงตามกรอบแนวคิด ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการจัดการอาการปวด

1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร จากนั้นให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองบอกเล่าอาการ ลักษณะ ความรุนแรง และความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแต่ละบุคคล การรู้สึกร่างกายมีความผิดปกติในการทำหน้าทีไปจากเดิม โดยผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัดส่วนใหญ่รับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวด ประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวด ว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไรแล้วจึงตอบสนองต่ออาการปวด (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นการให้การพยาบาล (Who) โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย (To Whom) สามารถจัดการอาการปวด (What) ภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง โดยการให้ดูวิดีโอพร้อมฝึกทักษะการจัดการอาการปวดภายหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพระ จังหวัดตาก (Where) เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตัว (How) อาการปวดที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scales (NRS) Visual Analog Scale (VAS) การจัดการความปวดด้วยตนเอง (When) และการขอความช่วยเหลือ (Why)

3) ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยประเมินจากสภาพของอาการ (Symptom status) ได้แก่ อาการปวดภายหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการรับรู้ความรุนแรงของความปวด โดยแบบประเมินระดับความปวด (How much)

1. ระดับความปวดแผลผ่าตัด
2. ระยะเวลาการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด
3. ยาที่ใช้ลดปวดแผลผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post Test Measurement Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
กลุ่มทดลอง	O1X1	X1	O2X1
กลุ่มควบคุม	O1Y1	Y1	O2Y1

O1 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวดและแบบบันทึกระยะเวลาการใช้ยาลดปวด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบไปด้วย แบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัดและแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง

X1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง

Y1 หมายถึง การให้การรักษาตามปกติกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2567 จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณดังนี้คือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน กำหนดค่า Effect size 0.5, Alpha 0.05, Power 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และ กลุ่มควบคุม 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. พุดคุยรู้เรื่องและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่านและเขียนหนังสือได้

3. ไม่มีไข้ก่อนผ่าตัด หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้ออยู่ก่อน

4. ไม่มีโรคร่วมเป็นโรคภัยร่อยด้อยโรคเบาหวาน ความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ต่อมใต้สมองทำงานน้อย โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต พาร์กินสัน สมองเสื่อม

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. การเสียเลือดขณะผ่าตัด มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร

2. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะ Hypovolemic shock ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

3. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจก่อนมาผ่าตัด

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้ดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น

5. ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาศึกษา หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ วิจัยในภายหลัง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination of study criteria)

กลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายหรือเกิดเหตุการณ์ที่ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพบพระ จังหวัดตาก ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร จากนั้นให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองบอกเล่าอาการ ลักษณะ ความรุนแรง และความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแต่ละบุคคล การรู้สึกว่าร่ากายมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ไปจากเดิม โดยผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัดส่วนใหญ่รับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวด ประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวด ว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไรแล้วจึงตอบสนองต่ออาการปวด (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นการให้การพยาบาล (Who) โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย (To Whom) สามารถจัดการอาการปวด (What) ภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง โดยการให้ดูวีดิทัศน์ พร้อมฝึกทักษะการจัดการอาการปวดภายหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพบพระ จังหวัดตาก (Where) เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตัว (How) อาการปวดที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scales (NRS) Visual Analog Scale (VAS) การจัดการความปวดด้วยตนเอง (When) และการขอความช่วยเหลือ (Why)

3) ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยประเมินจากสภาพของอาการ (Symptom status) ได้แก่ อาการปวดภายหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการรับรู้ความรุนแรงของความปวด โดยแบบประเมินระดับความปวด (How much)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด โรค โรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด ที่ลงบันทึกในฟอร์มปรอทในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง), 2 (48 ชั่วโมง), 3 (72 ชั่วโมง) ซึ่งเป็นการประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) เป็นการประเมินความปวด โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด (Melzack & Katz, 1999) โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดดังนี้

ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน(Absent to minimal)

ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน(Moderate)

ปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน(Severe) (ลลิตา อาชานานุกาญและรังจิต

เต็มศิริกุลชัย,2552

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด เป็นแบบฟอร์มสำหรับระบุนายละเอียดระยะเวลาการใช้ยาลดปวด (นาที่) และยาที่ใช้ลดปวด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยผ่านความเห็นชอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาล วิทยาลัย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 แบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านความเห็นชอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิทยาลัย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัดมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

แบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลแม่สอด โดยนำแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด ไปทดลองใช้จำนวน 10 ราย หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก หลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัยได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับทราบข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยละเอียด ได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ได้รับการชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ได้รับทราบขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ และสิทธิการออกจากการศึกษาวิจัยในขณะการศึกษาวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น การรักษาความลับของข้อมูล นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อใช้ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีวิธีการทดลอง ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการดำเนินงานวิจัยตามโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก โดยทบทวนความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในประเทศไทยและจังหวัดตาก และอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเรื่องแบบประเมินความปวด เพื่อช่วยกันในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัดหลังการทดลอง

2. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอนโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ก่อนอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบข้อตกลงและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และดำเนินการวิจัยดังนี้

ขณะผู้ป่วยกลุ่มทดลองอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตากประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร จากนั้นให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองบอกเล่าอาการ ลักษณะ ความรุนแรง และความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแต่ละบุคคล การรู้สึกร่างกายมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ไปจากเดิม โดยผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัดส่วนใหญ่รับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวด ประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวด ว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไรแล้วจึงตอบสนองต่ออาการปวด (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นการให้การพยาบาล (Who) โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย (To Whom) สามารถจัดการอาการปวด (What) ภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง โดยการให้คู่มือทัศน์ พร้อมฝึกทักษะการจัดการอาการปวดภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก (Where) เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตัว

(How) อาการปวดที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scales (NRS) Visual Analog Scale (VAS) การจัดการความปวดด้วยตนเอง (When) และการขอความช่วยเหลือ (Why)

ขั้นตอนที่ 3 ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยประเมินจากสภาพของอาการ (Symptom status) ได้แก่ อาการปวดภายหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการรับรู้ความรุนแรงของความปวด โดยแบบประเมินระดับความปวด (How much) เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้น ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลอง โดยบันทึกหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจากแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และข้อมูลจากแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด ดังนี้

ขณะผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ก่อนอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบข้อตกลงและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม และดำเนินการวิจัยดังนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ความปวดภายหลังการผ่าตัด และการรักษาความปวดผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ก่อนการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซักถามสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินในวันที่ 1, 2 และ 3

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. หลังสิ้นสุดการผ่าตัดและกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องพักฟื้น ทำการบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยแจ้งผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามระดับความปวดแผลผ่าตัด และแบบบันทึกการใช้ยาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบระดับความปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Mann Whitney U Test

3. เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Mann Whitney U Test

4. เปรียบเทียบการใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติร้อยละ

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.60 ปี (S.D.=17.23) และ 43.87 ปี (S.D.=22.12) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 23,333 บาท (S.D.=17.23) และ 19,600 บาท (S.D.=18,935.22) ตามลำดับ เพศ ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 73.33 และ 60.00 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 26.33 และ 40.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ร้อยละ 100 และ 66.66 ตามลำดับ อาชีพ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เกษตรกรร้อยละ 46.66 รองลงมา ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 26.66 รับจ้างร้อยละ 20.00 และ พนักงานบริษัทร้อยละ 6.68 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ รับจ้างร้อยละ 60.00 เกษตรกรและ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประถมศึกษาร้อยละ 46.66 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 20.00 และ 40.00 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 26.66 และ 13.34 ตามลำดับ โรคประจำตัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ร้อยละ 93.33 และ 86.66 ตามลำดับ รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.67 และ 13.34 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความปวดแผลผ่าตัด ระยะเวลาการใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด และการใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และระดับความปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 72 ชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ตามลำดับ

ระยะเวลาใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ระยะเวลาใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 48 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ในขณะที่ระยะเวลาใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกัน ($p<1.000$) ตามลำดับ

การใช้อาลดปวดแผลผ่าตัด หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้มอร์ฟิน ร้อยละ 73.33 รองลงมา ไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 20.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้มอร์ฟิน ร้อยละ 93.33 รองลงมา เฟนทานิล ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ การใช้อาลดปวดแผลผ่าตัดหลังการทดลอง

48 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 73.33 รองลงมาใช้มอร์ฟิน ร้อยละ 26.67 กลุ่มควบคุม ใช้มอร์ฟินร้อยละ 93.33 รองลงมา เฟนทานิล ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ การใช้ลดปวดแผลผ่าตัดหลังการทดลอง 72 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองไม่ใช้ยาใด ๆ ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ใช้มอร์ฟินร้อยละ 100 ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการหลังทดลอง 72 ชั่วโมง มีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการ มีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดในทิศทางที่ดีกว่าก่อนการทดลอง จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มีผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ (2564) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทิมสหสาขา ต่อความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการจัดการอาการและผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความทุกข์ทรมานจากการจัดการอาการและความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บปวดลดลง ภาวะโภชนาการดีขึ้นและความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผลลัพธ์อื่น ๆ ไม่พบมีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการวิจัยของรัศมี ลือฉาย (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าอาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการวิจัยของพรอุษา ภัทรดิษฐ์, เบญญพร บรรณสาร และวีรภัทร โอวัฒนาพานิชย์ (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการดีกว่าทั้งก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของศิวพล ศรีแก้ว, ชนิสรา แสนยุบุตร, ปวีณกานต์ จวนสง และ นิสากร วิบูลชัย (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม $\bar{X}=19.40$, $SD= 2.06$) และหลังเข้าร่วม $\bar{X}= 27.10$, $SD= 0.95$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม $\bar{X}= 55.56$, $SD= 6.63$ และหลังเข้าร่วม $\bar{X}= 42.40$, $SD= 9.53$)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหลังทดลอง 72 ชั่วโมง มีระยะเวลาการไ้ย้ยาลดปวดนานกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษารังนี้พบว่าภายหลังการวิจัย กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีระยะเวลาการไ้ย้ยาลดปวดนานกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้คือผู้ป่วยได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาการไ้ย้ยาลดปวดไปในทิศทางที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มีผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ธนิกานต์ กฤษณะ และ ปชานัญญ์ นันทไทยวิกุล (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของสิริรัตน์ สิริสุรชัชवाल และ ปชานัญญ์ นันทไทยวิกุล (2566) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตส์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตส์ มีอาการปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตส์ มีอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการวิจัยของสุจิตา แสงดี, วราภรณ์ วังหอม, อนุชา ไทยวงษ์, กำพร ดานา, สายวสุน จันทาคม และ สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง (2567) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการอาการความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังใหม่ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่อง โรคปอดและการจัดการอาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.5$, $p < .05$) กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (อย่างน้อย 1 อาการ) และอาการข้างเคียงนั้นได้รับการจัดการจนทุเลา (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 100) และมาตรวจรับการรักษาตามนัดภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 100) และร้อยละ 80 มีผลการส่งมอบหะเพาะเชื้อเป็นลบ และสอดคล้องกับ

การวิจัยของวินยา ธนาสุวรรณ (2567) ทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดการอาการไข้ของเด็กหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.45$, $p < 0.000$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการผลการวิจัยครั้งนี้และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการอาการ จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการภายใต้ชุดของกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมตามโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จัดสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร การให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองบอกเล่าอาการ ลักษณะ ความรุนแรง และความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแต่ละบุคคล การรู้สึกว่าร่ากายมีความผิดปกติในการทำหน้าทีไปจากเดิม โดยผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัดส่วนใหญ่รับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวด ประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวดว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไรแล้วจึงตอบสนองต่ออาการปวด (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) การให้การพยาบาล (Who) โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย (To Whom) สามารถจัดการอาการปวด (What) ภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง โดยการให้ดูวิดีโอทัศน์ พร้อมฝึกทักษะการจัดการอาการปวดภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก (Where) เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การปฏิบัติตัว (How) อาการปวดที่เกิดขึ้น ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical Rating Scales (NRS) Visual Analog Scale (VAS) การจัดการความปวดด้วยตนเอง (When) และการขอความช่วยเหลือ (Why) ขั้นตอนที่ 3 ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยประเมินจากสภาพของอาการ (Symptom status) ได้แก่ อาการปวดภายหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการรับรู้ความรุนแรงของความปวด โดยแบบประเมินระดับความปวด (How much)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการ นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มเป้าหมายลดอาการปวดและลดการใช้ยาลดปวด
2. ด้านวิชาการ นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เผยแพร่ในงานศึกษาวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่การนำองค์ความรู้ไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องต่อไป

3.ด้านนโยบาย นำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เสนอต่อหน่วยงานในระดับสูงต่อไป เช่น โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายการดำเนินงานให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จิราณัฐณ์ ขาญสูงเนิน และ ชิดารัตน์ สุภานันท์.(2565). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(3), 924-938.
- ธนิกานต์ กฤษณะ และ ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง. วารสารพยาบาล, 72(4), 21-3.
- พรอุษา ภัทรดิษฐ์, เบญญพร บรรณสาร และวีรภัทร โอวัฒนาพาณิชย์. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 50(3), 149-162.
- รัศมี ลือฉาย. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 8(2), 88-99.
- วินยา ธนาสุวรรณ. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 2(2), 70-81.
- ลิกิจ ไทราษฎร์ และ ยุภาพร จิตรจักษ์. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 8(2), 228-239
- ศิวพล ศรีแก้ว, ขนิษฐา แสนยบุตร, ปวีณกานต์ จวนสง และ นิสากร วิบูลชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 20(2), 100-115.
- สิริรัตน์ สิริสุรชัชวาล และ ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการออกกำลังกายแบบมัลติฟิตส์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 72(4), 11-20.
- สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนและทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขา ต่อความรู้สึกละอายใจในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 8(1), 20-36.

- สุธิดา แสงดี, วราภมล วั่งหอม, อนุชา ไทยวงษ์ , กำพร ดานา, สายวสุน จันทคาม และ สุคนธ์ทิพย์ ปัตติหานัง. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการอาการความร่วมมือในการรับประทุษร้ายและผลลัพธ์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังใหม่. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 16(1), 26-41.
- สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วั่งศรีคุณ และ อัจฉรา สุคนธ์สรพ. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 49(4), 179-192
- รัศมี ลือฉาย. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อามะโรรังกา จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 88-99.
- Alasousi, M., Shuaib, A., & Aljasm, M. (2020). Bowel injury post liposuction: Case report. Journal of Surgical Research, 2(1), 1-3.
- Udomkhamsuk, W., Vuttanon, N., & Limpakan, S. (2020). Situational analysis on the recovery of patients who have undergone major abdominal surgery. Nursing Open. doi:10.1002/nop2.612 10.1002/nop2.612
- Pirie, K., Traer, E., Finniss, D., Myles, P. S., & Riedel, B. (2022). Current approaches to acute postoperative pain management after major abdominal surgery: a narrative review and future directions. British journal of anaesthesia, 129(3), 378–393. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.05.029>

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อบริเวณชายแดนไทย-เมียนมา พื้นที่ ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตไหมริมเมย-ชเวโก๊โก

Development of a Surveillance, Prevention, and Control System for Communicable Diseases along the Thai-Myanmar Border: The Mae Kuet Mai Rim Moei-Shwe Kokko Natural Crossing Point

ปราริชาติ เขียวฉ้วน
Prarichat Khiewchaon

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมาบริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตไหมริมเมย-ชเวโก๊โกใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาวิธีการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ของการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดน ขั้นตอน ที่ 2 พัฒนาความร่วมมือ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดน ขั้นตอน ที่ 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดน ขั้นตอน ที่ 4 ทดลองและประเมินการใช้ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดน ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่กืตหลวง โรงพยาบาลชเวโก๊โกและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชายแดน บ้านชเวโก๊โก รัฐกะเหรี่ยง ประเทศเมียนมา ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และเขียนรายงานวิจัยเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมาบริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตไหมริมเมย-ชเวโก๊โก ทำให้เกิดความร่วมมือ ดังนี้ การบันทึกข้อตกลงและกลไกความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่กืตหลวงและโรงพยาบาลชเวโก๊โก ได้แก่ ระบบการรายงานโรคติดต่อข้ามแดน ระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน และในระดับชุมชนเกิดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครต่างดาว (อสต.) ที่เป็นกลไกในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ชุมชนชายแดน ดังนั้นข้อเสนอแนะจากการวิจัยการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา, ช่องทางข้ามธรรมชาติ

Abstract

This research and development project aimed to develop a surveillance, prevention, and control system for cross-border communicable diseases between Thailand and Myanmar, specifically at the Mae Kuet Mai-Rim Moei-Shwe Kokko natural border crossing. The study employed a research and development process with two phases. Phase 1 focused on developing a collaborative memorandum. Step 1 involved a situational analysis of cross-border communicable disease surveillance, prevention, and control. Step 2 focused on developing the collaboration. Phase 2 focused on developing the cross-border communicable disease surveillance, prevention, and control system. Step 3 involved the development of the system itself, while Step 4 consisted of piloting and evaluating its use.

The study population included medical and public health personnel from Ban Mae Kuet Luang Health Promotion Hospital, Shwe Kokko Hospital, and residents of Mae Kasa sub-district, Mae Sot district, Tak province, as well as residents in the border area of Shwe Kokko village, Kayin State, Myanmar. A purposive sampling method was used, and data were analyzed using content analysis and descriptive research reporting.

The results of the study found that the development of the Thai-Myanmar cross-border communicable disease surveillance, prevention, and control system at the Mae Kuet Mai-Rim Moei-Shwe Kokko natural border crossing led to significant cooperation. This included a memorandum of agreement and a collaborative mechanism for cross-border disease surveillance, prevention, and control between Ban Mae Kuet Luang Health Promotion Hospital and Shwe Kokko Hospital. Key components were a cross-border disease reporting system and a cross-border patient referral system. At the community level, the capacity of foreign volunteers (ออสต. - Aor Sor Tor) was enhanced to serve as a mechanism for disease surveillance, prevention, and control in the border communities.

Therefore, the recommendations from this research suggest that developing a cross-border communicable disease surveillance, prevention, and control system is a crucial guideline for its application in other Thai-Myanmar border areas.

Keywords : Development of a surveillance, prevention, and control system for communicable diseases at the Thai-Myanmar border, Natural border crossing

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงกระแสโลก โดยเฉพาะการรวมกลุ่มประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ได้นำมาซึ่งการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศที่มีเศรษฐกิจด้อยกว่าเข้าสู่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง รายงานการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของประเทศไทยระบุว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นจาก 826,399 คนในปี 2551 เป็น 1,133,861 คนในปี 2555 การเคลื่อนย้ายแรงงานนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งในเชิงบวกและลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การระบาดของโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

ประเทศไทยมีแนวชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านยาวกว่า 2,401 กิโลเมตร โดยเฉพาะชายแดนไทย-เมียนมาที่มีความยาวกว่า 600 กิโลเมตรในจังหวัดตาก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ชายแดนสำคัญที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเมียนมาทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการควบคุมประชากรและความท้าทายด้านสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคติดต่อ ตับล้มเหลวในอำเภอแม่สอดมีหมู่บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย ซึ่งติดกับบ้านชเวโก๊โกในเมียนมา ทั้งสองฝั่งมีสถานบริการสาธารณสุขคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กิดหลวง และโรงพยาบาลชเวโก๊โก ในอดีตพื้นที่แม่สอดประสบปัญหาการระบาดของโรคต่างๆ อาทิ อหิวาตกโรค (พ.ศ. 2550), หัด (พ.ศ. 2557), คอตีบ (พ.ศ. 2558), ไข้เลือดออก (พ.ศ. 2559-2561), ชิคุนกุนยาและโควิด-19 (พ.ศ. 2562-2563) แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานเกษตรกรรมในพื้นที่บ้านแม่กิดใหม่ริมเมยผ่านช่องทางธรรมชาติ และระบบสาธารณสุขฝั่งเมียนมาที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการนำโรคติดต่อเข้ามาในชุมชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สถานการณ์ด้านสุขภาพนั้น ทางหน่วยบริการสุขภาพอำเภอแม่สอดรายงานปัญหา โรคติดต่อของอำเภอแม่สอด ในปี พ.ศ.2550 มีการระบาดของโรคอหิวาตกโรค และปี พ.ศ.2557 เกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน คือ โรคหัด ปี พ.ศ.2558 พบโรคคอตีบที่ตำบลแม่กาษา 2 ราย เป็นผู้ป่วยนำเข้าหมู่บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย ปี พ.ศ.2559-2561 เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2562 เกิดการระบาดของโรคชิคุนกุนยาและโรคโควิด-19 ปีพ.ศ.2563 การระบาดของโรคโควิด-19 บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย หมู่ที่ 10 ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตากเป็นพื้นที่มีชายแดนติดกับประเทศเมียนมาทำให้แรงงานต่างด้าวชาวพม่าและกระเหรี่ยงข้ามแดนมาประกอบอาชีพรับจ้างทางการเกษตร ซึ่งมีทั้งแรงงานต่างด้าวถูกต้องตามกฎหมายและแรงงานลักลอบผิดกฎหมาย ซึ่งช่องทางข้ามแดนเหล่านี้เป็นช่องทางธรรมชาติที่แรงงานต่างด้าวสามารถข้ามแดนเข้าออกอยู่ตลอดเวลา จึงมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่จากแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพซึ่งอาจเป็นพาหะนำโรคได้ตลอดทั้งปี และแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ที่มีเป็นจำนวนมากเข้ามารับจ้างทำงานเกษตรกรรมอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย ซึ่งในฝั่งตรงข้ามแนวชายแดนตำบลแม่กาษา มีหมู่บ้านฝั่งเมียนมาที่อยู่ตรงข้ามหนึ่งหมู่บ้าน คือ บ้านชเวโก๊โก อยู่ในพื้นที่เขตการปกครองของรัฐกระเหรี่ยงที่รัฐบาลเมียนมาหนุนหลัง ซึ่งยังมีระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่ล้าหลังไม่ได้มาตรฐานและยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเสี่ยงต่อการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและในพื้นที่มีเด็กที่เป็นชาวต่างด้าวเดินทางเข้ามาอาศัยกับบิดา มารดาที่เข้ามารับจ้างใช้แรงงานส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและนำโรคติดต่อเข้ามาระบาดในหมู่คนไทยที่อาศัยอยู่ร่วมกันในพื้นที่เดียวกันได้ ซึ่ง

เคยมีการระบาดของโรคที่เกิดขึ้น อาทิ โรคไข้เลือดออก โรคชิคุนกุนยา โรคมาลาเรีย โรคหิวาต์ คอติบและ วัณโรค ซึ่งสถานการณ์โรคติดต่อชายแดน บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย พบว่าเคยเกิดการระบาดของไข้เลือดออก ไข้ มาลาเรีย คอติบ วัณโรค พิชุนัขบ้า โรคชิคุนกุนยา และโรคโควิด-19 โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วย ทุกปีหากดูสถิติย้อนหลังการระบาดตั้งแต่ปี 2556 มีผู้ป่วย จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 98.72 ต่อแสน ประชากร ปี 2557 มีผู้ป่วย จำนวน 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 197.37 ต่อแสนประชากรปี 2558 มีผู้ป่วย จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 94.30 ต่อแสนประชากร ปี 2559 มีผู้ป่วย จำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 293.0 ต่อแสนประชากร ปี 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 219.8 ต่อแสนประชากร และมี ผู้ป่วยที่ข้ามแดนมาจากฝั่งเมียนมาที่ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย โปลิโอ โรคคอติบ จำนวน 2 ราย เนื่องจากพื้นที่ รับผิดชอบติดต่อกับชายแดนเมียนมาและหมู่บ้านมีขนาดใหญ่ พื้นที่กว้างขวาง มีประชากรอาศัยประกอบด้วย หลายเชื้อชาติ คนไทย ม้ง เมียนมา กะเหรี่ยง คนต่างถิ่นและมีการเคลื่อนย้ายของประชากรและใน ปี 2562 เกิดการระบาดของโรคชิคุนกุนยา พบผู้ป่วยจำนวน 4 ราย อัตราป่วย 293.0 ต่อแสนประชากร (งานระบาด วิทยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านแม่กิดหลวง, 30 กันยายน 2563) และช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มี ผู้ติดเชื้อที่ข้ามฝั่งแม่สอดในเขตเทศบาลแม่สอด จำนวน 53 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาด โรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 จังหวัดตาก, 2 กุมภาพันธ์ 2564) และต้องดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ขณะในปี 2550-2558 มีการระบาดของโรคหิวาต์ (Cholera) ในพื้นที่อำเภอแม่สอด นอกจากนี้ยังพบการ เกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน คือ โรคหัด (Measles) และโรคคอติบเกิดขึ้นที่ตำบลแม่กาษา จำนวน 2 รายซึ่ง เป็นผู้ป่วยที่ข้ามแดนมาจากเมียนมา ด้วยสถานการณ์ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในฝั่งเมียนมาที่ เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคและมีระบบการป้องกันและควบคุมโรคที่ยังไม่ได้มาตรฐานทำให้เกิดโรคระบาดและ จำนวนหนึ่งข้ามฝั่งมารับการรักษาฝั่งแม่สอด ประเทศไทย โดยเฉพาะการข้ามมารับบริการในสถานการ พยาบาลอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแนวชายแดน (สำนักสาธารณสุขอำเภอแม่สอด, 2564)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้พื้นที่ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่กิดหลวง เกิดโรคระบาดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและบางโรค เป็นโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อเหล่านี้หากไม่ได้รับการควบคุมที่ทันท่วงที จะส่งผลให้เกิดการระบาดในวง กว้างทั้งในพื้นที่อำเภอแม่สอดและอาจเกิดการระบาดออกไปสู่ในจังหวัดตากและกระจายเข้าสู่พื้นที่ประเทศ ไทยขึ้นในส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมรวมถึงภาพลักษณ์ความเชื่อมั่นต่อการค้า การลงทุนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษอำเภอแม่สอด จังหวัดตากและของประเทศไทยได้และการดำเนินงาน ป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนแม่สอด ช่องทำข้ามธรรมชาติบริเวณเมืองชเวโก๊โก๊ ฝั่งเมียนมาและฝั่งไทย พื้นที่บ้านแม่กิดใหม่ริมเมย ฝั่งประเทศไทยเป็นพื้นที่ข้ามแดนที่ต้องมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคข้ามแดน จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ แนวชายแดนแม่สอด ช่องทางธรรมชาติบ้านแม่กิดใหม่ริมเมยและชเวโก๊โก๊ในด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) พบว่า ด้านปัจจัย นำเข้า (Input) ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อตามแนวชายแดน 2) การกำหนด วัตถุประสงค์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 3) กำหนดขอบเขตการป้องกันและ

ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 4) การกำหนดเครื่องมือและวิธีการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 5) การกำหนดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 6) การกำหนดระยะเวลาของการดำเนินงาน 7) การนำผลการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไปใช้ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการนำแนวทางบันทึกความเข้าใจหรือการบันทึกความร่วมมือวิธีการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ด้วยวงจรคุณภาพเริ่มต้นตั้งแต่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การติดตามตรวจสอบผล (Check) และการปรับปรุงดำเนินการ (Act) ด้านผลลัพธ์ (Output) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบ ประกอบด้วยแนวทาง จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อชายแดน และข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรค และด้านการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) เป็นข้อเสนอแนะและปัญหาอุปสรรคต่างๆจากวิธีการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืดใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก และนำมาใช้ในทางปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนดังกล่าวเพื่อจะได้นำไปสู่การขยายผลของการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมาบริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืดใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ที่มุ่งการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืดใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก โดยดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน จากนั้น พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในพื้นที่หมู่ที่ 10 บ้านแม่กืดใหม่ริมเมย ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประชากร คือ ประชากรที่อาศัยในหมู่ที่ 10 บ้านแม่กืดใหม่ริมเมย ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และพื้นที่ฝั่งประเทศสหภาพเมียนมา เมืองชเวโก๊โก จังหวัดเมียวดี รัฐกะเหรี่ยงคือ ประชากรเมืองชเวโก๊โก จังหวัดเมียวดี รัฐกะเหรี่ยง จำนวนประชากรเชื้อชาติไทย 1,365 คน ประชากรชาวเมียนมา 600 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในฝั่งไทยและฝั่งประเทศสหภาพเมียนมา ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด รพ.สต. 7 แห่งที่มีพื้นที่ติดต่อชายแดนไทยพม่า จำนวน 10 คน และ บุคลากร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเมืงวดี และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชเว็กโกโก จำนวน 5 คน

วิธีการและขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาร่างทักความร่วมือ (Memorandum of Understanding : MOU) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก (Research I : R1) เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาที่เป็นอยู่จากการดำเนินงานตามแนวทางการบันทึกความร่วมือ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือประเด็นอภิปรายกลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Group discussion) ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

1.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด รพ.สต. 7 แห่งที่มีพื้นที่ติดต่อชายแดนไทยพม่า จำนวน 10 คน

1.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ของ รพ.เมืงวดี และ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชเว็กโกโก จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาร่างทักความร่วมือ (Memorandum of Understanding : MOU) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก (Development I : D1) เพื่อให้ได้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ ประเด็นสนทนากลุ่ม (Group discussion) กลุ่มเป้าหมายบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต.แม่กิดหลวง และบุคลากรสาธารณสุข อสม. อสต.ฝั่งไทย อสต.บัดดี ของโรงพยาบาลชเว็กโกโก ของรัฐกะเหรี่ยง ประเทศเมียนมา อสต.บัดดี ฝั่งเมียนมา จำนวน 20 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิดใหม่ริมเมย-ชเว็กโกโก (Development I : R2) รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือประเด็นสนทนากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการเก็บ คือ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองและประเมินการใช้ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก่ ตามแนวทางการร่วมมือแหล่งข้อมูล (Research II : D2) กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด จำนวน 2 คน โรงพยาบาลแม่สอด จำนวน 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ติดต่อชายแดน จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง กันยายน พ.ศ.2564 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบรายงานการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค ใช้เลือดออก โรคโควิด-19 แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อ ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก๊ และประเมินประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก๊ ตามแนวทางการร่วมมือ 3 ประเด็น 1.กลไกความร่วมมือระหว่าง รพ.สต.แม่กืตหลวงฯและโรงพยาบาลชเวโก๊โก๊ 2.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดน รพ.สต.แม่กืตหลวงและโรงพยาบาลชเวโก๊โก๊ 3.การจัดตั้งระบบความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างรพ.สต.แม่กืตหลวงฯ และโรงพยาบาลชเวโก๊โก๊ ภายใต้ข้อตกลงการพัฒนา กลไกความร่วมมือควบคุมป้องกันโรคติดต่อข้ามแดนระหว่าง แม่สอด-เมียวดี ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2564 และวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแบบโครงสร้างคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (Un-structured interview) เกี่ยวกับบริบทพื้นที่และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน และร่วมระดมความคิด วิธีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อข้ามแดนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน บ้านแม่กืตใหม่ริมเมย หมู่ที่ 10 ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดประเด็นหรือแนวคำถามไว้ล่วงหน้าก่อน และใช้การสังเกต(Observe) เพื่อให้ได้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Content analysis and theme analysis รวมไปถึงการสอบทานคุณภาพของข้อมูลโดยใช้ Triangulation และนำมาเขียนรายงานเชิงพรรณนา

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

บริบทพื้นที่และสถานการณ์ด้านสุขภาพชายแดนไทย-เมียนมา ตำบลแม่กาษา เป็นตำบลหนึ่งของอำเภอแม่สอดที่มีพื้นที่ติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา มีเนื้อที่ 68,934 ไร่ มี 16 หมู่บ้าน มีเพียงหมู่บ้านเดียวที่มีพื้นที่ติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา มีระยะทางยาว 16 กิโลเมตรและมีแม่น้ำเมยเป็นแนวกั้นแดน คือ บ้านแม่กืตใหม่ริมเมยติดต่อกับชเวโก๊โก๊(เมืองจันทใหม่)ของฝั่งประเทศเมียนมา มีจำนวนครัวเรือน 424 หลัง(คนไทย)กระต้อม

ห่างนา 250 หลัง(พม่า/กะเหรี่ยง)มีประชากร 1,365 คน ชาย628 คนหญิง 737 คน พม่า/กะเหรี่ยง 600 คน ข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่ามีปัญหาผู้ป่วยไข้เลือดออก โควิด-19 ความดันเลือดสูง เบาหวาน การพัฒนาระบบ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืดใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โกเป็นกลไกสร้างความร่วมมือในการทำงานพัฒนาระบบนั้นเป็นไปได้ยากลำบากเนื่องจากพื้นที่ที่เป็นรัฐซ้อนรัฐซึ่งมีข้อขัดแย้งกันทางการเมืองภายในประเทศ การประสานงานและสร้างเครือข่ายอย่างเป็นทางการค่อนข้างยากซึ่งโครงการวิจัยได้พยายามดึงนักวิจัยพื้นที่และบุคลากรทางฝั่งสหภาพเมียนมาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและทำข้อตกลงร่วมกัน การทำงานในอำเภอแม่สอดนั้นจะแบ่งเป็นสองรูปแบบ คือ เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นการทำงานควบคู่กันไปกับทางโรงพยาบาลเมียวดีการดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนส่วนใหญ่เป็นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัดลงมา ภายใต้ข้อตกลงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย(แม่สอด)-เมียนมา (เมวดี) การประเมินประสิทธิภาพ พบว่า ผลผลิต โรคมาลาเรีย โรคไข้เลือดออก มีอัตราป่วยโรคลดลง โรคโควิด-19 การระบาดระลอกที่1-3 มีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมดีมีการคัดกรอง/กักตัวกลุ่มเสี่ยงชายแดนไทย-เมียนมาโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีนมีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น โรคโปลิโอ ตัวชี้วัด ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอ/ความครอบคลุมวัคซีนโปลิโอ ผ่านเกณฑ์ 90% ทำให้ผู้ป่วยโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนลดลง โรคพิษสุนัขบ้าคนปลอดภัยจากโรค ผลลัพธ์เป็นพื้นที่ควบคุมโรค อยู่ในระดับ A คือพื้นที่ที่ไม่พบโรคในคนและในสัตว์ ผลลัพธ์ มีเครือข่ายเพื่อรับแจ้งข่าวสารเข้าออกพื้นที่คนไทยและคนพม่าที่เข้าออกผ่านช่องทางธรรมชาติ ช่องทางการติดต่อประสานงานและแจ้งเหตุศูนย์ประสานงาน COVID-19 มีเครือข่ายสุขภาพทำหน้าที่เป็นเชื้อกันโรคตามแนวชายแดน มีอสม.54 คนและอสต.บ้านคู่ขนาน (อสต.บัดดี้) 8:12 คนและเป็นหมู่บ้านต้นแบบ ไม่มีผู้ป่วยโรคติดต่อเกิดขึ้นในชุมชนและเป็นแหล่งศึกษาดูงาน ผลกระทบ ส่งผลดีต่อการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อชายแดนสู่การประเมินรับรองอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของกรมควบคุมโรคและปี 2564 ผลการประกวด อสม.ดีเด่นได้รับคัดเลือกชนะเลิศอันดับ 1 เป็นอสม.ดีเด่นระดับชาติ สาขากการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้อเสนอแนะจากการวิจัยการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจึงเป็นแนวทางที่สำคัญนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาเพื่อให้ระดับพื้นที่สามารถขับเคลื่อนงานสาธารณสุขชายแดนได้อย่างเป็นระบบ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืดใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก

กลไกความร่วมมือในการทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแนวชายแดน ช่องทางธรรมชาติข้ามแดน ของพื้นที่แม่สอด จังหวัดตาก นั้นเป็นไปได้ยากลำบากเนื่องจากความยากของพื้นที่ที่เป็นรัฐซ้อนรัฐซึ่งมีข้อขัดแย้งกันทางการเมืองภายในประเทศทำให้การดำเนินการยากลำบากมากในเรื่องของการประสานงานและการสร้างเครือข่ายอย่างเป็นทางการ ซึ่งโครงการวิจัยได้พยายามดึงนักวิจัยในพื้นที่และบุคลากรทางฝั่งสหภาพเมียนมาร์นั้นเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และทำข้อตกลงร่วมกัน โดยการทำงานแม่สอดนั้นจะแบ่งเป็นสองรูปแบบ ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการซึ่งเป็น

การทำงานควบคู่กันไปกับทางโรงพยาบาลเมียวดี การดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนส่วนใหญ่เป็นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ และชนกลุ่มน้อย โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากระดับจังหวัดลงมา ภายใต้ข้อตกลงการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย (แม่สอด) – เมียนมา (เมียวดี)

ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวไกโก่ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19



โดยใช้ 3 แนวคิดหลัก คือ

1. การพัฒนาเครือข่ายภายใน (ใช้กลยุทธ์หลัก 3 กลุ่ม 3 วัย 4 เสาหลัก ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง)
2. แนวคิด การพัฒนาเครือข่ายต่างด้าว ภายใน (อสต./ผู้นำต่างด้าว/ครู รร.ต่างด้าว/แกนนำต่างด้าว)มีการคัดเลือกผู้นำต่างด้าว ทำหน้าที่ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างด้าวเน้นความสงบเรียบร้อยของชุมชนและมีการรับสมัครและที่มีจิตสาธารณะเป็น อสม. ต่างด้าวเพื่อเข้ารับการอบรมด้านสาธารณสุข
3. การพัฒนาเครือข่ายภายนอก (เชื่อมกันโรค) คือ ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ระหว่างสองฝั่งชายแดน(แบบไม่เป็นทางการ) ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ(อสต.)และอาสาสมัครสาธารณสุข ลักษณะของเชื่อม มี 2 ชั้น เชื่อมชั้นนอก มีการสร้างเครือข่าย อสต.และอสม.บ้านคูขุนานเพื่อเป็นการทำงานร่วมกัน เชื่อมชั้นใน มี อสต.ที่อยู่ฝั่งไทย และ อสม.บ้านแม่กืตใหม่ริมเมย มีหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้โรคติดต่อระบาดเข้าสู่หมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและภัยสุขภาพ

การป้องกัน เฝ้าระวัง และการประสานงาน ศูนย์ COVID-19 แนวชายแดนไทย-เมียนมา
ตำบลแม่กาษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก



ระบบการรายงานโรคติดต่อข้ามแดน (ข้อมูลข่าวสารเชิงพื้นที่)

เป็นการพัฒนาเครือข่ายกลไกความร่วมมือที่เกิดขึ้นในระดับชุมชนชายแดนทั้งในชุมชนชายแดนของไทยและชุมชนชายแดนของรัฐกะเหรี่ยงผ่านการสื่อสารข้อมูลการเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่เกิดขึ้นโดยประชาชนสองฝั่งที่มีอาสาศักยภาพสุขภาพสูงประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) เป็นกลไกที่สำคัญ

1. จัดตั้งเครือข่ายเพื่อรับแจ้งข่าวสาร การเข้าออกพื้นที่ของคนไทยและคนพม่าที่เข้าออกผ่านช่องทางธรรมชาติ ช่องทางการติดต่อประสานงานและแจ้งเหตุศูนย์ประสานงาน COVID-19 หมู่ 10 และในตำบลแม่กาษา การรายงานและแจ้งข่าวสารทางของผู้บริหารทางหมายเลขโทรศัพท์
2. จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อแจ้งข่าวสารเกิดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) ที่เป็นกลไกในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นเครือข่ายสุขภาพทำหน้าที่เป็น เชื้อกันโรค

เครือข่ายต่างด้าว

อสม.ทั้งหมดของบ้านแม่กิตติใหม่ริมเมย มีจำนวน 53 คน
อสต.ต่างด้าว ในบ้านแม่กิตติใหม่ริมเมย มีจำนวน 5 คน
อสม./อสต.บัดดี บ้านคูขนาน บ้านแม่กิตติใหม่ริมเมย กับ บ้านชเวนโกไก๊ 8 : 12

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กิตติใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โกโดยให้ประชาชนในหมู่บ้านพื้นที่ชายแดนระหว่างไทย-เมียนมา เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงานช่วยเพิ่มความเข้มแข็งและความชัดเจนจากมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของหน่วยงานภาครัฐที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งการ

กำหนดมาตรการโดยชุมชนโดยใช้พื้นฐานบริบทและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเห็นได้ชัด ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชินพันธ์ วิริยะวิภาคและคณะ (2559) ที่ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน ไทย-ลาวในพื้นที่จังหวัดหนองคาย โดยมีการบันทึกความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ประกอบด้วย ประเด็นการอ้างอิง ได้แก่ กรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกรอบนโยบายระดับท้องถิ่น ประเด็นการ รายงานโรค รายงานตาม MBDS: Mekhong Basin Disease Surveillance และประเด็นกลไกการประสานงาน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรค การจัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ข้ามช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน หนองคาย ทั้งนี้เป็นเพราะพื้นที่ชายแดนจังหวัดหนองคายติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านประเทศลาว จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการทำบันทึกข้อตกลงในการทำงานเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ในชุมชนให้สามารถเฝ้าระวังเหตุการณ์และแจ้งข่าวเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ เพิ่มการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคที่รวดเร็วทำให้โดยพบว่า การดำเนินงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องแบบมีส่วนร่วมและติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้มีการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ จากที่ไม่เคยมีการรายงานมาก่อน ทำให้สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ทันทั่วทั้งที่ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปานิจ สวงโทและคณะ (2564) ที่ทำการศึกษา การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวในปี พ.ศ. 2558-2559 โดยพัฒนาศักยภาพแรงงานต่างด้าวในชุมชนให้สามารถเฝ้าระวังเหตุการณ์และแจ้งข่าวเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ เพิ่มการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคที่รวดเร็ว ทำให้โดยพบว่า การดำเนินงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องแบบมีส่วนร่วมและติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ทำให้มีการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ 24 เหตุการณ์ จากที่ไม่เคยมีการรายงานมาก่อน ทำให้สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ทันทั่วทั้งที่และสอดคล้องกับการศึกษาของภุชงค์ ชื่นชมและคณะ(2565) ที่ทำการศึกษาพัฒนาระบบการจัดการการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 บริเวณชายแดน ไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยพบว่า การรับทราบข้อมูลข่าวสารเป็นไปในทิศทางเดียวกันได้ และเกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานและจะสามารถรับมือการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปานิจ สวงโทและคณะ(2564) ที่ทำการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชนต่างด้าวในปี พ.ศ. 2558-2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค และพัฒนาศักยภาพแรงงานต่างด้าวในชุมชนให้สามารถเฝ้าระวังเหตุการณ์และแจ้งข่าวเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ เพิ่มการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างด้าวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคที่รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำหรับพื้นที่ศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ทั้งในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ ในพื้นที่โดยการขยายพื้นที่ไปยังพื้นที่ข้างเคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและขยายแนวร่วมโดยการพัฒนาศักยภาพทุนที่มีอยู่ในพื้นที่ทั้งทุนทรัพยากรมนุษย์ ทุนทางสังคม เครือข่ายในการทำงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดนที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนในชุมชนชายแดนต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการทำศึกษาต่อไป ควรจะเป็นการศึกษาอย่างต่อเนื่องจากข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในพื้นที่วิจัยชายแดนที่มีความซับซ้อนของปัญหาที่หลากหลาย ทั้งการเมือง การปกครอง สังคม วัฒนธรรมชาติพันธุ์ เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โจทย์วิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัญหาสาธารณสุขชายแดน ซึ่งจากการซึ่งยังคงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในการศึกษาทั้งเชิงลึกในการแก้ไขปัญหาเฉพาะโรค เช่น วัณโรคที่พบได้บ่อยและมีภาวะดื้อยา ปัญหาโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

เอกสารอ้างอิง

เทพินทร์ พัทธนาธิกุล และคณะ.(2561). เครือข่ายสุขภาพชายแดนและบริการสุขภาพพื้นฐาน:การ

ส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด.รายงานการวิจัย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

ณัฏฐา ทริตวร และชนินทร์นันท์ สุขเกษม.(2561). สุขภาพชายแดน: การข้ามพรมแดนเพื่อมารับ

บริการสุขภาพในประเทศไทยของผู้ป่วยจากประเทศเมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา.รายงาน

วิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปภาณิจ สวงโท และคณะ.(2564). การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดใน

ชุมชนต่างดาว. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 17(2): 49-62.

ภูษงค์ ชื่นชมและคณะ. (2565). การพัฒนาระบบการจัดการการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 บริเวณชายแดน

ไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 14(1/2565): 71-92

ลัดดา ลิขิตยงวร.(2552). รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2552. สรุป

รายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. สำนักโรคติดต่อวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.

สุทัศน์ ศรีวิไล.(2556). ผลกระทบของแรงงานข้ามชาติต่อระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประเทศ

ไทย. รายงานการศึกษาส่วนบุคคลส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่

5 ปี 2556 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด .(2560). รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอแม่สอด ปี 2560. (เอกสารอัดสำเนา).

Baldwin, D.A.(1997).The Concept of Security. Review of International Studies (1997),

23,5-26.

- Donnan, H. and D. Haller.(2000). **Liminal No More**: The Relevance of Borderland Studies.Ethnologia Europaea 30;7-23.
- Frenk, J. and O. Gomez-Dantes.(2002). **Affterword Globalization and Health**:Risks And Opportunities for the Mexico-U.S. Border. Globalization and Health, 2002; 280-288.
- Martinez, O. J.(1994). **Border People**: Life and Society in the US-Mexico Borderlands.USA: The Arizona Broad of Regents.
- Tsing, A. L.(1994).**From the Margins**. Cultural Anthropology 9:279-297.
- Wasserman, S. and Faust, K. (1994). **Social Network Analysis** : Methods and Applications.Cambridge: Cambridge University Press.

การพัฒนาแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะลาตระฮัง ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

Development of a model for risk prevention of depression in elderly people with
non-communicable chronic diseases in Chalatrahang Subdistrict Health Promoting
Hospital Pong Daeng Subdistrict, Mueang Tak District, Tak Province

อุมา จันทรินิธิ

Uma Junnithi

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงสร้างและทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ดังกล่าวตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก การศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 76 คน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นองค์ประกอบในการสร้างรูปแบบฯ ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่าง 60 คนและขั้นตอนที่ 4 จัดทำแนวทางการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) จากการทดสอบรูปแบบฯพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภายในตัวบุคคล ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด การได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.01^{**}$) และหลังการทดสอบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.01^{**}$) สามารถนำผลการศึกษามาจัดทำแนวทางการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ 1) สร้างเสริมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุตำบลโป่งแดง 2) อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านในผู้สูงอายุ 4) ติดตามสนับสนุนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 5) การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

Abstract

This research is a research and development. The objectives are to study the factors that are the cause and related to the risk of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases, create and test the effectiveness of the risk prevention model for depression, and use it as a guideline for depression prevention. The study consists of step 1: study the factors related to the risk of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases, 76 people; step 2: develop a program to prevent the risk of depression by using the data of factors related to the risk of depression as components in the program development; step 3: test the effectiveness of the mental health promotion program to prevent the risk of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases using a quasi-experimental research method of two groups, measuring before and after (two group pre-post test design) in a sample group of 60 people; and step 4: develop a guideline for developing the risk prevention of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases in Pong Daeng Subdistrict. Data were analyzed using statistics: number, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, Pearson's correlation, paired t-test, and independent t-test. The results of the study found that 1) occupation, adequacy of income, family relationships, ability to help oneself Self-esteem, self-health awareness, social support, and care were significantly related to the incidence of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases ($p\text{-value} \leq 0.05$). The program testing found that after the experiment, the experimental group had significantly higher average scores of intrapersonal perception, problem-solving/stress ability, and family and social support than the comparison group ($p\text{-value} = <0.01^{**}$). After the experiment, the experimental group had significantly lower average scores of depression than the comparison group ($p\text{-value} = <0.01^{**}$). The results of the study were used to develop guidelines for risk prevention of depression in the elderly with non-communicable chronic diseases as follows: 1) Strengthening activities for the elderly clubs 2) Providing training on health care for the elderly and their caregivers 3) Training public health volunteers to screen the elderly for 9 health aspects 4) Following up and supporting home visits for the elderly with non-communicable chronic diseases and 5) Developing the potential of communities to care for the elderly with non-communicable chronic diseases

Keywords: Depression, Elderly with non-communicable chronic diseases, Depression prevention

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงควบคู่กับอายุขัยที่เพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2021 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,875 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 1,080 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 แล้ว จึงถูกจัดว่าเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในขณะที่หลายประเทศกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัย ยกเว้นทวีปแอฟริกาที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่ำกว่าร้อยละ 10 ประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลกคือญี่ปุ่น (ร้อยละ 35) รองลงมาคืออิตาลี และโปรตุเกส (ร้อยละ 30) องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่า และมีจำนวนสูงถึง 1.5 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด ช่วงวัยผู้สูงอายุเป็นระยะที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางกายภาพ จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เปราะบาง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่างกายที่เสื่อมถอยตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลารักษานานหรือยากที่จะหายขาด (วัลยา ตูพานิช, 2566)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีความเสื่อมถอย การเคลื่อนไหวและกำลังกายลดลง การเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง รวมถึงผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่เปลี่ยนไป สถานภาพทางสังคมที่ลดลง และภาวะพึ่งพิงบุตรหลาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ รวมถึงมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ย่อมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่า การสูญเสียคู่ชีวิตก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและทำใจไม่ได้ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่า ประมาณร้อยละ 5.70 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และร้อยละ 8.60 นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (กฤษณีย์ ศรีใจ, 2566)

โรคเรื้อรังเป็นภาวะสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ยากในผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามวัย ทำให้เผชิญกับอาการของโรคต่างๆ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก จากข้อมูลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และแนวโน้มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุยังคงเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายแล้ว ยังส่งผลต่อจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุระบุว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในผู้สูงอายุชาย (จำนวน 5.1 ล้านคน) ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.90) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 5.83) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 5.80) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 3.75) และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 2.59) สำหรับผู้สูงอายุหญิง (จำนวน 6.4 ล้านคน) พบว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 30.97) รองลงมาคือโรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 12.67) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ

4.12) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 4.07) และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 1.68) (เกษมณี นบน์อมและคณะ, 2565)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย ระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง มักเผชิญกับปัญหาทางจิตใจซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ความจำเป็นในการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นบ่อยครั้งนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียและ ความเครียด ซึ่งในหลายกรณีอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดกำลังใจ มองคุณค่าในตนเอง ลดลง เกิดความรู้สึกแยกตัวจากสังคม และไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ นอกจากนี้ ผู้ป่วยใช้เวลาในการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากปรับตัวได้ไม่ดีพอ ปัญหาทางจิตใจอาจทวีความ รุนแรงขึ้นจนเกิดภาวะหงุดหงิด วิตกกังวล และท้ายที่สุดอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลของกรม สุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะประสบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 43.7 และหาก อาการรุนแรงขึ้น ภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย สถิติชี้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุอยู่ที่ ประมาณ 9.5 คนต่อประชากรแสนคน โดยปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหา ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย (ร้อยละ 43.7) ความผิดปกติทางจิตเวช (ร้อยละ 24.2) และการใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 21.0) (วิลยา ตูพานิช, 2566)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูกมองเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นตามวัย จึงมักถูกมองข้ามและละเลยไม่ได้ รับความสำคัญ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก อาจพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ได้ในอนาคต และหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ อาจรุนแรงขึ้นจน กลายเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ และนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า การตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้เร็วจะสามารถช่วยเหลือรักษาและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ รุนแรงได้ (กฤษฎาญ์ ศรีใจ, 2566) ดังนั้น หากผู้สูงอายุและคนในครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งทราบแนวทางสำคัญในการหลีกเลี่ยง ป้องกัน และดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าแล้ว จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สรร กลิ่นวิจิตและ คณะ, 2558)การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพการดำเนินการตามสาเหตุและ ปัจจัยที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการป้องกันให้ตรงกับ สถานการณ์และสภาพแวดล้อมต่างๆ สอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และมีการเฝ้า ระวังป้องกันปัญหาอย่างมีแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (กฤษฎาญ์ ศรีใจ, 2566)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ชะลาตระฆัง ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัด ตาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า สร้างและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อมูลที่ได้จาก การศึกษานี้จะถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อช่วยป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรก

และลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงที่สุด คือ การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนพื้นที่ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาภายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชะลาตระฮัง ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 4 บ้านชะลาตระฮัง และหมู่ที่ 12 บ้านหนองมะค่า

2. ขอบเขตด้านเวลา

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ชะลาตระฮัง หมู่ที่ 4 บ้านชะลาตระฮัง และหมู่ที่ 12 บ้านหนองมะค่า จำนวน 93 คน

- ขั้นตอนที่ 1: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน

- ขั้นตอนที่ 3: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

ขั้นตอนและวิธีการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านชะลาตระฮัง จำนวน 2 หมู่บ้าน เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ (Questionnaires) ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ภายในตัวบุคคล ส่วนที่ 3 ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด ส่วนที่ 4 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel ADL Index) ส่วนที่ 5 ปัจจัยการ

ได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม และส่วนที่ 6 การประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปข้อมูลที่ค้นพบสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำผลการศึกษานำมากำหนดเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ จัดทำรูปแบบป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) และวิธีดำเนินการของรูปแบบฯ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำรูปแบบไปทดสอบประสิทธิผลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนหลัง (two group pre-post test design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ วิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ วัดเปรียบเทียบผลของรูปแบบวัดก่อน-หลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบการรับรู้ภายในตัวบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียดของส่วนที่ 3 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้ paired t-test และ independent t-test

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแนวทางการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำข้อมูลด้านต่างๆมาจัดทำแนวทางการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดรายละเอียดของแผนปฏิบัติการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (IOC)
- ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้รูปแบบคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) paired t-test และสถิติ Independent t-test ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ

วัตถุประสงค์ (IOC : Index of item objective Congruence) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

การศึกษาพบว่าปัจจัยหลายประการมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้แก่ อาชีพ ($r = 0.55$, $p\text{-value} = 0.02$) ความเพียงพอของรายได้ ($r = 0.41$, $p\text{-value} = 0.02$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = 0.62$, $p\text{-value} = 0.01$) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ($r = 0.38$, $p\text{-value} = 0.02$) การรับรู้คุณค่าในตนเอง ($r = 0.59$, $p\text{-value} = 0.03$) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ($r = 0.44$, $p\text{-value} = 0.02$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.68$, $p\text{-value} = 0.01$) การได้รับการดูแล ($r = 0.52$, $p\text{-value} = 0.16$) (* $p\text{-value} > 0.05$ ในต้นฉบับ แต่ยังถูกนำมารายงาน*)

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นำข้อมูลปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเน้นส่งเสริมการรับรู้ตนเองในเชิงบวก และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นองค์ประกอบในการสร้างรูปแบบฯ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Quasi-Experimental Research : Two group, Pre-test and Post-test Design) กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกเน้นส่งเสริมการรับรู้ตนเองในเชิงบวกและกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมตามรูปแบบฯ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยง

หลังการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าการรับรู้ภายในตัวบุคคลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (12.48 ± 2.55) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (8.11 ± 2.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.45$, $p\text{-value} < 0.01$) ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (28.44 ± 2.97) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (15.11 ± 3.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.32$, $p\text{-value} < 0.01$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (63.57 ± 5.56) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (41.40 ± 5.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.48$, $p\text{-value} < 0.01$) ภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง (15.51 ± 3.51) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (35.25 ± 3.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56$, $p\text{-value} < 0.01$)

การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดสอบรูปแบบป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าหลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.01^{**}$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	38.76	3.32	36.45	4.85	13.69	0.74
หลังทดลอง	15.51	3.51	35.25	3.47	-8.56	<0.01**

4. จัดทำแนวทางการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สามารถนำข้อมูลข้างต้นมาจัดทำแนวทางการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงาน/โครงการสร้างเสริมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ 2) แผนงาน/โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) แผนงาน/โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) แผนงาน/โครงการติดตามสนับสนุนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5) แผนงาน/โครงการส่งเสริมบทบาทความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทางอาชีพ และความเพียงพอของรายได้: ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดของ Maslow's Hierarchy of Needs ที่ว่าความต้องการพื้นฐานทางกายภาพและความปลอดภัย (ในที่นี้คือความมั่นคงทางเศรษฐกิจ) ได้รับการตอบสนองก่อนที่บุคคลจะสามารถมุ่งไปสู่ความต้องการระดับสูงได้ เช่น การมีสุขภาพจิตที่ดี การที่ผู้สูงอายุมีอาชีพหรือรายได้ที่เพียงพอช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นเกราะป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลยา ตูพานิช (2566) ที่ความสำคัญของความมั่นคงทางเศรษฐกิจต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุปัจจัยด้านจิตสังคม (สัมพันธภาพใน

ครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, การได้รับการดูแล): ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบหลักของทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งพบว่าการได้รับความรัก ความห่วงใย ความเข้าใจ และการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง เป็นเกราะป้องกัน(Buffer) ที่สำคัญ จากความเครียดและภาวะซึมเศร้า การที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะไม่ได้ต่อสู้กับโรคร้ายเพียงลำพัง มีที่พึ่งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และความคิดในเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565) ที่ศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมต่อประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยภายในตัวบุคคล (การรับรู้คุณค่าในตนเอง, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง): ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ในทฤษฎีสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Albert Bandura ผู้สูงอายุที่มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจ และสามารถดูแลตนเองได้ดี จะรู้สึกว่ามีอำนาจควบคุมชีวิต (Perceived Control) จัดการปัญหาโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีและไม่เกิดภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพในเชิงบวกก็มีส่วนสำคัญ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยทางกายก็ตาม แต่หากการยอมรับและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดความเครียดทางจิตใจได้เช่นกัน ชนนิ ปิตะนิละผลิน (2565) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า ความสามารถในการตนเองและความนับถือตนเองเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญ

อภิปรายผลเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ภายในตัวบุคคล ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ประสิทธิผลของรูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งผสมผสานระหว่างกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Activities) มีประสิทธิภาพเนื่องจากได้ออกแบบมาเพื่อผลลัพธ์ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกิดจากการศึกษาขั้นต้น โดยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ตนเองในเชิงบวก (กิจกรรมสร้างความภาคภูมิใจ และการรู้ทันอารมณ์) ช่วยเสริมสร้าง resilience coping ability ให้กับผู้สูงอายุ ในขณะที่กิจกรรมเยี่ยมบ้านและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมสร้าง safety net ทางจิตใจ ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฤดี ชลชาติบดี (2563) ที่ค้นพบรูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีกิจกรรมหลายรูปแบบสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกของการเปลี่ยนแปลง การที่คะแนนด้านต่างๆ ในกลุ่มทดลองดีขึ้นนั้น อาจอธิบายได้จากกลไกที่ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงบวกและการเผชิญปัญหา (Intrapersonal & Coping Skills) พร้อมๆ กับการได้รับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ supportive (Social Support) ก็จะนำไปสู่การรับรู้ตนเองและคุณค่าในตัวเองที่ดีขึ้น (Improved Self-perception) ซึ่งสุดท้ายก็กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ความยั่งยืนของรูปแบบ แม้ว่ารูปแบบแม้ว่าโครงการนี้จะเห็นผลทันที แต่เพื่อความยั่งยืน สิ่งสำคัญคือต้องเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ เข้ากับโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่เดิม (เช่น ชมรม

ผู้สูงอายุ และระบบอาสาสมัครสาธารณสุข) ดังที่แสดงในแนวทางที่เสนอไว้ในการศึกษานี้ ซึ่งทำให้มีแนวโน้มมากขึ้นที่โครงการจะยังคงดำเนินงานต่อไปหลังจากการศึกษาสิ้นสุดลง

ผลในภาพรวมของการวิจัยรูปแบบการป้องกันที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้มีจุดแข็งอยู่ในการออกแบบมาจากระบบและปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนของพื้นที่ studied ทำให้มีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในชุมชน similar settings การตั้งค่า อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในหลายระดับ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข โดยมีแนวทางการนำไปใช้ดังนี้

1. ระดับบุคคลและครอบครัว

- 1.1 ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองและทักษะการเผชิญปัญหา โดยจัดกิจกรรมเชิงจิตวิทยาเชิงบวก เช่น กิจกรรมกลุ่มพูดคุยเชิงบวก การบันทึกความสำเร็จประจำวัน การฝึกทักษะการจัดการความเครียด
- 1.2 การเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยบุคลากรหรืออาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว

2. ระดับชุมชน

- 2.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบกิจกรรมจากวิจัยมาขยายผล เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- 2.2 ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้คำแนะนำเบื้องต้นได้
- 2.3 จัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีระบบการเยี่ยมบ้านและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. ระดับหน่วยงานสาธารณสุข

- 3.1 นำรูปแบบไปขยายผลในพื้นที่อื่น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น
- 3.2 บูรณาการรูปแบบเข้าในแผนงานส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ
- 3.3 พัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงาน สำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครในการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. ระดับนโยบาย

- 4.1 เสนอเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

4.2 สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4.3 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะของความคงทนของรูปแบบในการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง เพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือและการนัดหมายเพื่อติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาอย่างเกิดประสิทธิภาพ

2. ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมการสร้างอาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ

3. ควรมีการวิจัยต่อในเรื่องของการป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเฉพาะโรค เพื่อเปรียบเทียบความต่างของประสิทธิภาพของรูปแบบในการนำมาใช้แยกกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง

4. ควรนำรูปแบบไปใช้บำบัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นในชุมชน และเปรียบเทียบประสิทธิภาพว่าได้ผลมากน้อยแตกต่างกับการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- การิยะ วิเชียรและทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2567). ภาวะพึงพิง การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลท่าขนอน อำเภอศีร์ษะเกษ จังหวัดสุราษฎร์ธานี . วารสารมหาวิทยาลัยวิชาการ, 170-179.
- เกษมณี นบน์อมและคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอชุมพวง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 65-84.
- กิตติมา เศรษฐบุญสร้างและประเสริฐ ประสมรักษ์. (2567). การเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระหว่างผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ , 348-361.
- กฤษฎานัย ศรีใจ. (2566). รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร .
- กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า . วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 15-26.
- ชัชวาล ศรีเมือง. (2567). ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 231-244.
- ชนนี ปิตะนิละผลิน. (2565). ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 7. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณฤดี ชลชาติบดี. (2563). ผลของรูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงพร พิกุลทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยง
ในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วชากร นพนรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของ
ประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วัฒนศักดิ์ สุกใส. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอ
พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วัลยา ตูพานิช. (2566). รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง . พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สรรร กลิ่นวิชิตและคณะ. (2558). การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีรูปแบบภาษา
ประสาทสัมผัส ปีที่ 3 : ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีรูปแบบภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง . ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา .
- องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งแดง. (14 มกราคม 2558). ข้อมูลหน่วยงาน. เรียกใช้เมื่อ 29 กันยายน 2567
จาก องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก:
<https://www.pongdangtak.go.th/history>
- TSIS Team. (2563, พฤษภาคม 25). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูป. Retrieved
from TSIS NURTURE ONE RESEARCHER AT A TIME.:
<https://www.thetsis.com /post/research-tips-sampling>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

Factors related to the response to the provision of health services for the elderly
in The Community Health Security Fund, Muang Tak District, Tak Province.

ปาณิสรา แก้วบุญธรรม

Panisara Kaewbuntham

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม, ประเมินการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุใน อ.เมืองตาก จ.ตาก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อ.เมืองตาก จ.ตาก ปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 16 คน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อ.เมืองตาก จ.ตาก จำนวน 355 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดทำแผนงานกองทุนฯ ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในการค้นหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เพื่อให้ได้มาซึ่งโครงการผู้สูงอายุ และโครงการที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ โดยสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม คือ จากผู้ให้บริการ คือ ไม่มีการจัดบริการ และจากผู้รับบริการ คือ ติดภารกิจ/ ทำงาน และไม่มีคนพามา ตามลำดับ โดยการจัดบริการสุขภาพของกองทุนฯ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ในบางกิจกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุใน อ.เมืองตาก จ.ตาก ได้แก่ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว และการรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

คำสำคัญ : ตอบสนอง, การจัดบริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

Abstract

This mixed-methods study aimed to evaluate the provision of activities under the benefits of each elderly group, assess the response to the provision of health services for the elderly under the benefits, and study the factors associated with the response to the provision of health services for the elderly under the benefits of the Health Security Fund at the local or area level in Mueang Tak District, Tak Province. The sample consisted of 16 members of the local or area Health Security Fund committees of Wang Hin and Nam Ruem Subdistrict Administrative Organizations, Mueang Tak District, Tak Province, in fiscal year 2025, and 355 elderly people residing under the responsibility of Wang Hin and Nam Ruem Subdistrict Administrative Organizations, Mueang Tak District, Tak Province. Data were collected using semi-structured interviews and questionnaires. The results revealed that the fund's planning process utilized participatory community analysis tools to identify and analyze the causes of problems in order to develop elderly projects and related projects. The majority of the sample participated in health services for the elderly under the benefits of the Health Security Fund at the local or area level. The reasons for not participating were, respectively, from service providers (no services provided), and from service recipients (being busy/worked), and not having someone to accompany them. The health services provided by the fund Able to meet the needs of the elderly in some activities and factors that are related to the response to the provision of health services for the elderly according to the benefits that the local or area health insurance fund provides for the elderly in Muang Tak District, Tak Province, include occupation, chronic diseases, and perception of the provision of health services for the elderly according to the benefits that the local or area health insurance fund provides for the elderly, with a significance level of 0.05.

Keywords: Response, Health services, Elderly, Community Health Security Fund.

บทนำ

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) หรือที่รู้จักและเรียกกันทั่วไปว่า “กองทุนตำบล” จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามประกาศฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2557 [1] ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนรายละ 45 บาท และงบประมาณสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามอัตราที่สำนักงานกำหนด ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน 7,759 แห่ง แบ่งเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล 5,489 แห่ง เทศบาล 2,270 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.98 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในประเทศไทย ซึ่งถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก มีจำนวนทั้งหมด 11 กองทุน มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้ จากข้อมูลการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของอำเภอเมืองตาก ปีงบประมาณ 2566 – 2568 [2] จำนวน 4,512,512.71, 6,069,487.94 และ 5,827,479.50 บาท ตามลำดับ พบว่า สัดส่วนการใช้งบประมาณประเภท 10 (3) กิจกรรม สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เด็กเล็ก คนพิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 792,087, 936,145 และ 457,160 บาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.18, 0.15 และ 0.08 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ใช้ง่ายมากกว่าร้อยละ 15 ของรายรับในปีนั้น ๆ ในขณะเดียวกันประชากรของจังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2568 [3] มีประชากรทั้งสิ้น 411,784 คน เป็นประชากรสูงอายุ 83,738 คน คิดเป็นร้อยละ 20.34 ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอำเภอเมืองตาก เป็นอำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัดตาก และแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 – 2568 อำเภอเมืองตาก มีผู้สูงอายุ 18,094 คน, 18,700 คน และ 20,351 คน ตามลำดับ และจากข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเมืองตาก ปี 2566 – 2568 [4] พบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.19, 19.55 และ 20.02 ตามลำดับ) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 54.84, 55.25 และ 55.80 ตามลำดับ)

ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตากนั้น มีการเสนอโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนในการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กำหนด ซึ่งการได้มาของกิจกรรมโครงการในแต่ละกองทุนฯ มีลักษณะที่แตกต่างกัน บางกองทุนฯ จะมีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนทุกปี เพื่อให้ประชาชน ภาครีเอกชน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วม

ระดมความคิด ร่วมแก้ไขปัญหาที่เป็นปัญหา หรือความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และบางกองทุนฯ การเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนจากภาคประชาชนนั้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชาชนไม่เข้าใจกระบวนการจัดทำแผน แต่จะเป็นการนำแผนโครงการเดิมจากปีที่ผ่านมา นำมาปรับปรุงใหม่ แต่รายละเอียดกิจกรรมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง โครงการที่ขอรับงบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ สอดคล้องกับการวิจัยของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า โครงการส่วนใหญ่ยังมีฐานจากงานนโยบายสาธารณสุขเป็นหลัก จึงไม่มีการบูรณาการงบประมาณกับกองทุนอื่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกอื่น ๆ [5]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้มีความสนใจศึกษาการจัดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือน, จำนวนสมาชิกในครัวเรือน, สถานภาพในครัวเรือน, ลักษณะที่อยู่อาศัย, โรคประจำตัว, บทบาทในชุมชน, การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน, วิธีการเดินทางมาร่วมกิจกรรมในชุมชน และการรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการอธิบายลักษณะการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และการวิจัยเชิงปริมาณในการประเมินการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ

และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 30 คน (อบต.วังหิน จำนวน 15 คน และ อบต.น้ำร้อน จำนวน 15 คน)

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ในระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2568 จำนวนทั้งสิ้น 4,686 คน (อบต.วังหิน จำนวน 2,372 คน และอบต.น้ำร้อน จำนวน 2,314 คน)

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2568 เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ (1) ทีมเลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แห่งละ 3 คน จำนวนทั้งสิ้น 6 คน และ (2) ผู้แทนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแต่ละสัดส่วน ๆ ละ 1 คน แห่งละ 5 คน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ในระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Krejcie & Morgan [6] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 355 คน (อบต.วังหิน จำนวน 180 คน และ อบต.ตำบลน้ำร้อน จำนวน 175 คน) และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เป็นรายตำบล รายหมู่บ้าน ภายในแต่ละหมู่บ้าน โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรจริง ในอัตราร้อยละ 7.58 จากนั้น ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อประชากร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1. เชิงคุณภาพ: เครื่องมือในการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ (1) การรับรู้การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ (2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนสุขภาพชุมชนของกองทุนฯ และ (4) แนวทางพัฒนาการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง

ทางเนื้อหา (Content Validity) รวมถึงความชัดเจน ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความครอบคลุมครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

3.2. เชิงปริมาณ: เครื่องมือในการศึกษาประเด็นการตอบสนอง (Responsive) ต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพในครัวเรือน ลักษณะที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว บทบาทในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และวิธีการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

4.การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2568

4.2. นัดหมายวันเวลา ในการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-deep Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง มีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อบันทึกเสียง และจดบันทึก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจำแนก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดระบบและวิเคราะห์ข้อมูล

4.3. นัดหมายวันเวลา สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง จะอธิบายข้อคำถามในแต่ละส่วน เมื่อได้แบบสอบถามมาแล้ว จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่เก็บทั้งหมด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ chi-square, Pearson's Correlation Coefficient

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
เอกสารรับรองเลขที่ NERC 0035/2568 วันที่รับรอง 8 เมษายน 2568

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่ รับรู้การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ภายใต้ข้อกำหนดสำนักหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะทีมเลขานุการของคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มีการรับรู้การจัดบริการตามชุดสิทธิ
ประโยชน์ของผู้สูงอายุมากกว่าคณะกรรมการกองทุนฯ ในสัดส่วนอื่น ๆ

ปีงบประมาณ 2568 อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนิน
กิจกรรมตามโครงการแก้ไขปัญหผู้สูงอายุ จำนวน 11 โครงการ และ 1 โครงการ ตามลำดับ แต่ยังไม่
ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ควรได้รับ ส่วนใหญ่เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิด
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แต่จะมีบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ที่ดำเนินการโดย รพ.สต.
ให้กับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ทั้งที่ใช้งบประมาณ และไม่ใช้งบประมาณจากกองทุนฯ กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการ
นั้น มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง และกลุ่มวัยทำงานเป็นหลักแต่ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ ซึ่ง
สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ได้มากกว่า เมื่อเทียบกับ
โครงการต่าง ๆ ที่ใช้งบประมาณจากกองทุนฯ โดยกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการของกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ: เป็นขั้นตอนนำเข้าสู่ที่สำคัญของการได้มาซึ่งแผนงานโครงการแก้ไขปัญหในพื้นที่ ตั้งแต่
การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการ เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เป็น
ตัวแทนในการจัดทำแผน ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ต้องมีความพร้อม สถานที่ในการจัดทำแผนเหมาะสมในการ
แบ่งกลุ่มร่วมคิด วิเคราะห์ เสนอปัญหาาร่วมกัน วิเคราะห์ทุนในชุมชน ผ่านเครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน เพื่อให้รู้
ทุนในสังคม จุดเสี่ยงที่ต้องระวังในพื้นที่ของตนเอง ทุนทางสังคมที่ร่วมกันวิเคราะห์นั้น สามารถช่วยสนับสนุน
กิจกรรมบางกิจกรรมตามโครงการในการแก้ไขปัญหได้ การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา จากการที่
ชุมชนเสนอปัญหาที่มีผลกระทบกับตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การ
ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง) เป็น ปัญหาที่สำคัญควรได้รับ
การดูแลแก้ไขเป็นลำดับแรก ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ว พฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญ เช่น
การบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม บุตรหลาน เป็นผู้ประกอบอาหาร หรือการบริโภคอาหารปรุงสำเร็จจาก
ร้านค้า ตลาดนัด ความเครียด การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น จากนั้นวิเคราะห์
สุขภาพแบบองค์รวม ผ่านเครื่องมือวิเคราะห์ ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหผู้สูงอายุในพื้นที่

ขั้นตอนการ: เป็นการพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการที่ชุมชนร่วมกันคิดวิเคราะห์ และดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่เสนอ โดยการเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน ต้องยึดตามระเบียบกองทุนฯ ผ่านการกลั่นกรองพิจารณาโครงการจากคณะกรรมการกองทุนฯ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุนั้น มีข้อจำกัดของชมรมผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้เอง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะต้องเป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ หรือจัดทำโครงการให้

ขั้นสรุปผล: การสรุปผลการดำเนินโครงการต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และจัดทำเอกสารหลักฐานเบิกจ่ายงบประมาณตามโครงการ เพื่อส่งคืนให้กับกองทุนฯ ต่อไป

ทั้งนี้ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ อบต.วังหิน และ อบต.น้ำร้อน มีแผนพัฒนาการจัดกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ตาม 2 แนวทางหลัก คือ (1) การมีบริการที่เอื้อต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลเกี่ยวกับโรคประจำตัว รวมทั้งการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ออกเยี่ยมบ้าน (2) ความต้องการที่จะมีผู้ดูแลในภาวะพึ่งพิง การได้รับการเอาใจใส่จากญาติ และการสนับสนุนบทบาทในการเป็นองค์ความรู้ที่มีค่าของชุมชน

2. การตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 209 คน (ร้อยละ 58.87), อายุระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 227 คน (ร้อยละ 63.94) อายุเฉลี่ย 71.89 ปี, ยังประกอบอาชีพ จำนวน 199 คน (ร้อยละ 56.06), การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 323 คน (ร้อยละ 90.98), รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600 - 1,800 บาท จำนวน 222 คน (ร้อยละ 62.53) รายได้เฉลี่ย 1,872.81 บาท, จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2 - 4 คน จำนวน 286 คน (ร้อยละ 80.56), สถานภาพในครัวเรือน เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 187 คน (ร้อยละ 52.67), ลักษณะที่อยู่อาศัย เป็นบ้านของตนเอง จำนวน 187 คน (ร้อยละ 52.68), มีโรคประจำตัว จำนวน 301 คน (ร้อยละ 84.79) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 199 คน (ร้อยละ 66.11), เป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ของหมู่บ้าน จำนวน 265 คน (ร้อยละ 74.65), เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นบางครั้ง จำนวน 321 คน (ร้อยละ 90.42) และเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนโดยบุตร/หลานไปส่ง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 52.11)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ในระดับมาก จำนวน 237 คน (ร้อยละ 66.76) รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 19.72) และระดับน้อย จำนวน 48 คน (ร้อยละ 13.52) โดยร้อยละ 100 รับรู้จากบุคคล คือ อสม./ ญาติ และหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง จำนวน 281 คน (ร้อยละ 79.15) รองลงมาในระดับน้อย จำนวน 70 คน (ร้อยละ 19.72) และระดับมาก จำนวน 48 คน (ร้อยละ 13.52) โดยสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ จากผู้ให้บริการเนื่องจากไม่มีการจัดบริการ คือ กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การนวด

การรอบประคบสมุนไพร จำนวน 175 คน (ร้อยละ 49.29) และจากผู้รับบริการ คือ ตัดภารกิจ/ ทำงาน จำนวน 291 คน (ร้อยละ 81.97) รองลงมา คือ ไม่มีคนพามา จำนวน 64 คน (ร้อยละ 18.03)

การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง จำนวน 241 คน (ร้อยละ 67.88) รองลงมาในระดับน้อย จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.56) และระดับมาก จำนวน 41 คน (ร้อยละ 11.55) โดยกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพของกองทุนฯ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ในบางกิจกรรม และบางกิจกรรมตอบสนองได้น้อย ได้แก่ กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (3๐ 2ส) จำนวน 170 คน (ร้อยละ 47.88) กิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 151 คน (ร้อยละ 42.53) และกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพช่องปาก จำนวน 134 คน (ร้อยละ 37.75)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว และการรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดำเนินงานแผนงานโครงการและวิเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตอบสนองการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้นั้น กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนเป็นการรับฟังปัญหาจากพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการการดำเนินงานของผู้สูงอายุในพื้นที่ กองทุนฯ ทั้งสองแห่งมีกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการคล้ายคลึงกัน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน เป็นหลักสำคัญ โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน จากตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เข้าร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการ ดำเนินกิจกรรมตามโครงการในการแก้ไขปัญหามากที่สุด เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญทำให้เกิดการเป็นเจ้าของปัญหาโดยชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของภูติทิ เตชาดิวัฒน์ และคณะ [7] พบว่า การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตัวแทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทรัพยากร ร่วมตัดสินใจวางแผน จนถึงร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน สนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนโดยชุมชน แม้ว่ากระบวนการนำเข้าแผนงานโครงการจะสามารถตอบโจทย์ปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ แต่ต้องดำเนินการควบคู่กับแผนงานประจำของ รพ.สต. ด้วย จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.15 เข้าร่วมกิจกรรมบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดบริการให้ โดยสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุหลัก คือ จากผู้ให้บริการเนื่องจากไม่มีการจัดบริการ คือ กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การนวด การรอบประคบสมุนไพร ร้อยละ 49.29 และจากผู้รับบริการ คือ ตัดภารกิจ/ ทำงาน ร้อยละ 81.97 รองลงมา คือ ไม่มีคนพามา ร้อยละ 18.03

โดยกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพของกองทุนฯ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ในบางกิจกรรม และบางกิจกรรมตอบสนองได้น้อย ได้แก่ กิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส) ร้อยละ 47.88 กิจกรรมการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) ร้อยละ 42.53 และกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 37.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินลา ตู่เอื้อง [8] ที่พบว่า รูปแบบความต้องการในการได้รับการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการที่เอื้อต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลเกี่ยวกับโรคประจำตัว รวมทั้งการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ออกเยี่ยมบ้าน กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัด ร้อยละ 80 และ กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 78.90

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้แก่ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว และการรับรู้การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรรดา พงศธราริก และคณะ [9] พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุมีอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้สูงอายุบางคนอยู่คนเดียว ไม่มีคนเฝ้าบ้าน และยังมีผู้สูงอายุที่มีภาระต้องทำ ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุบางส่วนออกมาไม่ได้ เพราะไม่มีคนมาส่ง ไม่มีรถมารับ ลูกหลานออกไปทำงาน ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ ทั้งหนังสือเชิญ การบอกปากต่อปาก รถประสัมพันธ์ ป้ายโฆษณา ซึ่งถ้าผู้สูงอายุได้รับหนังสือเชิญ ก็จะมาเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าไม่ได้รับก็ไม่ได้เข้าร่วม จึงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต้องให้ความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนโครงการกองทุนฯ ในการเสนอปัญหา วางแผนการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จะทำให้การพิจารณาอนุมัติงบประมาณ หรือกิจกรรมบางส่วนที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ สามารถขอรับการสนับสนุนได้จากหน่วยใดเพิ่มเติม เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้
2. การจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามสิทธิประโยชน์ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุ นั้น ควรปรับเปลี่ยนระยะเวลาการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพราะผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ หรือการสนับสนุนส่งเสริมสิ่งอำนวยความสะดวกและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การจัดให้มีรถรับส่งในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการใช้บริการสุขภาพที่กองทุนฯ หรือหน่วยงานอื่นที่เข้ามาช่วยเหลือ และเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

3. รูปแบบการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุ จะเกิดความยั่งยืน และผสมผสานกับความต้องการของชุมชน ได้นั้น ต้องมาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคิดร่วมกัน ผสมกับการสนับสนุนจากองค์กร ทั้งภาครัฐและองค์กรในชุมชนเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่. [Online]. เข้าถึงได้จาก: <https://obt.nhso.go.th/obt/home>. นนทบุรี. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ. [Online]. เข้าถึงได้จาก https://doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=2&prov=NjM=&provn=4LiV4Liy4LiB. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน: สถานะสุขภาพการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [Online]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/tak/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). รายงานการศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน [Online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiichr.org/autopagev4/show_page.php?topic_id=159&auto_id=8&TopicPk=91. นนทบุรี. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2554. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ภูติห เตชาดิวัฒน์, พชรินทร์ สิริสุนทร, ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. 2555. ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 26(3), 1 - 15.
- ลินลา ตูเอื้อง. 2561. รูปแบบความต้องการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน, วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 14(2), 47 - 52.
- จิตรรดา พงศธราริก, วีรยุทธ ศรีทุมสุข, ณัฐกร นิลเนตร, บุญตา กลิ่นมาลี, บวรจิต เมธาทิธี, อรุณรัตน์ หวังถนอม. 2562. รูปแบบการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ต.บ้านหม้อ อ.เมือง จ.เพชรบุรี, วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 150 - 59.