



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งเดิมอยู่ระดับต้องพ้นจากราชการ
ไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลา ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๘
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๗ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นายพรทวี สุวรรณพรหม	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุ่งศรีอุดม
๒	นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๓	นางปริตา วรากรโอฬาร	นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๔	นางสาวกณิษชมภู ดวงศรี	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลเขมราฐ กลุ่มงานการพยาบาล
๕	นายชูชาติ จันทะมา	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวม

/ลำดับที่ ...

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๖	นางนนท์รัตน์ วรรณโคตร	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๗	นางธัญญา ทองมูล	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลสำโรง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๘	นางมารตี กัลยารัตน์	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลโพธิ์ไทร กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๙	นางอรินทร์ โสมอ่อน	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี โรงพยาบาลสำโรง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวม
๑๐	นางชบา ตลุนจันทร์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สว่างวีระวงศ์ ตำบลบึงมะแลง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บึงมะแลง
๑๑	นายพงศ์ภณต์ ศรีสมบูรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศรีเมืองใหม่ ตำบลดอนใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนใหญ่
๑๒	นางสุจิตรา บัวขาว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลกลาง
๑๓	นายศรายุทธ ศรีสันต์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตระการพืชผล ตำบลคอนสาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคอนสาย
๑๔	นางสุชาดา ภาะวัง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ม่วงสามสิบ ตำบลยางโอยภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองซุ่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑๕	นางปณมาภรณ์ จันทโรสภา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ ตำบลบุ่งใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยางสูง
๑๖	นางธนัชพร ปึกษาพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลนาตาล กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๗	นางดวงใจ พูลงาม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม ตำบลนาโพธิ์กลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘


ลงชื่อ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแบบทำยประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายพรทวี สุวรรณพรหม	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเยีย กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๗๔๔๔	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งศรีอุดม สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๙๖๒๒๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นางเยาวลักษณ์ โภคระทวีพงศ์	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ผลของโปรแกรม Smart อสม. ต่อการพัฒนาทักษะสภาพอากาศสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาทักษะสภาพอากาศสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"	๗๗๓๕๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๕๙๐๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment : CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) แบบบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"		(นายธีระพงษ์ แก้วภมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		๑๐๐% 

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางปริตา วรการไธพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๕๘๘๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและภวแพทย์ทางเลือก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๗๖๗๓	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาอาสาสมัครเพื่อช่วยงานด้านทันตกรรมในไทย จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					
๔	นางสาวกนิษฐา ควงศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานบริหารพยาบาล โรงพยาบาล งานบริหารพยาบาลผู้ช่วยแพทย์และวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๔๗๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขมรเวช กลุ่มงานบริหารพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๖๘๘๑	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในท้องผ่าตัด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย (บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด)" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอเขมรเวช" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					
				นายธีระพงษ์ แก้วกมล (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)		

บัญชีรายละเอียดแบบทำยประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประมงพิชการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี


ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นายชูชาติ จันทะมา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๕๒๘๘๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๓๕๙๕๖	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "พฤติกรรมกรรมการคุ้มครองและความเสี่ยงในกรณีเชื้อโรคในกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี Alcohol Drinking Behaviors and Risk of Tuberculosis Infection Among High-Risk Groups in Si Muang Mai District, Ubon Ratchathani Province"				๑๐๐%	
	ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนากระบวนการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้สัมผัสสุราในระดับชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					
๖	นางนันทรัตน์ วรรณโคตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๖๓๐๘	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๓๖๓๑๔	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย"				๑๐๐%	
	ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาคุณภาพ การป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					
				(นายธีระพงษ์ แก้วอมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

๓๐๕

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตำแหน่งประนะทวิวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ -- สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๗	นางธัญญา ทองมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร งนการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๗๐๔๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร งนการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๗๗๐๗๓	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยาฟาร์รินและมีการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟาร์รินในคลินิก โรงพยาบาลศิริ" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					๑๐๐%
๘	นางมารตี กัลยารัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๙๙๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสิรินธร งนการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๑๕๕๕๐๙	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยังการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (Factors affecting self-care behaviors of pregnant women with inhibited of preterm labor in Pho Sai Hospital, Ubon Ratchathani Province)" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยคลอดอีกเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					๑๐๐% ๗๗๗
				(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)		นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
	นางอรินทร์ โสมอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๓๐๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๓๓๐๕๗	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบที่ย้ายประกาศ"				๓๐๐%	
๑๐	นางชบา ตฤณจันทร์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๖๘๕๓	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ ตำบลบึงมะแตง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงมะแตง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๓๖๗๕๘	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ปากกุดหวาย ต.หนองกิงแพด อ.วารินฯ จ.อุบลฯ" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "กระบวนการสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) เพื่อการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงมะแตง" ตำบลบึงมะแตง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบที่ย้ายประกาศ"				๓๐๐%	
						
						(นายธีระพงษ์ แก้วอมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแบบทำยประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑๓	นายศรายุทธ ศรีสันต์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๗๗๖๒๔	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสาย ตำบลคอนสาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๖๐๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยกรมความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					
๑๔	นางสุชาดา ภาะวัง	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสามสิม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการ	๗๗๖๒๔	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสามสิม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขุน ตำบลดงบังโยน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๗๔๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอเมืองสามสิม จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนบ้านหนองขุน ตำบลดงบังโยน ตำบลดงบังโยน จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					
						๑๐๐% นายธีระพงษ์ แก้วอมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑๗	นางดวงใจ พูลงาม	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการ	๑๕๕๑๐๘	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๑๕๕๑๐๘	เลื่อนระดับ
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการมีส่วร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"					๑๐๐%



(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่ตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรม Smart อสม.ต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๖๘ - มกราคม ๒๕๖๙

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ระบุมความรู้ด้านต่างๆ ที่จำเป็นตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าว และ/หรือความรู้พิเศษที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ความรู้เกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ ความรู้ในเรื่องการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ ฯลฯ)

๑) ความรู้ที่จำเป็นในงาน (ความรู้เฉพาะทางในงานที่ได้รับมอบ)

๒) ความรู้เรื่องกฎหมาย (ความรู้เฉพาะทางในงานที่ได้รับมอบ)

๓) ความรู้เรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

๔) ความรู้เรื่องการจัดการความรู้

๕) ความรู้เรื่องระบบการจัดการองค์กร

๖) ความรู้เรื่องงานธุรการและงานสารบรรณ

๗) ความรู้ทั่วไปเรื่องชุมชน

๘) ความรู้เรื่องการวิเคราะห์ผลกระทบต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม(EIA) ,การ

ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ฯลฯ

๙) ความรู้เรื่องสื่อสารสาธารณะ

๓.๒ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑) ทักษะการบริหารข้อมูล

๒) ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์

๓) ทักษะการประสานงาน

๔) ทักษะการบริหารโครงการ

๕) ทักษะในการสื่อสาร การนำเสนอ และถ่ายทอดความรู้

๖) ทักษะการเขียนรายงานและสรุปรายงาน

๗) ทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์

๘) คุณลักษณะอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นหนึ่งในระบบที่เก่าแก่และประสบความสำเร็จที่สุด (สุชาติ และคณะ, ๒๕๖๔) โดยทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน ปัจจุบันประเทศไทยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า ๑ ล้านคน แพร่กระจายอยู่ทั่วทั้ง ๗๗ จังหวัด รวมถึงกรุงเทพมหานครที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน ๑๕,๐๐๐ คน (กรมสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๕) การพัฒนาศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็น

ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของไทย เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๐๙ จากโครงการนำร่อง และขยายเป็นโปรแกรมเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของ (ปารณัฐ สุขสุทธิ, ๒๕๕๐) บทบาทหลักของ อสม. ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การเก็บข้อมูลสุขภาพครอบครัว และการให้บริการทางการแพทย์เบื้องต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละคนรับผิดชอบดูแลประชากรประมาณ ๑๐-๑๕ ครัวเรือน โดยได้รับการฝึกอบรมเบื้องต้นมากกว่า ๔๐ ชั่วโมง และการอบรมติดตามเป็นระยะ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา บทบาทของ อสม. ได้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ทางสังคมและสุขภาพ จากการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพเบื้องต้น มาเป็นผู้จัดการสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดต่างๆ เช่น ไข้หวัดนก โรคพิษสุนัขบ้า และไข้เลือดออก รวมถึงล่าสุดการระบาดของ COVID-๑๙ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ทำหน้าที่เป็นแนวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันมือถือและระบบข้อมูลดิจิทัล ประเทศไทยได้มีการพัฒนาโครงการ "อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๔.๐" เพื่อยกระดับ อสม. ให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) โปรแกรม Smart อสม. หรือที่เรียกว่า "Smart Or Sor Mor" และ "AorSorMor Online (VHV Online)" เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และบริษัท แอดวานซ์ อินโฟร์ เซอร์วิส จำกัด (มหาชน) (AIS) โปรแกรมนี้มีจุดประสงค์เพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพปฐมภูมิ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัด ฟีเจอร์หลักของโปรแกรม Smart อสม. ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การจัดการความรู้ และการรายงานเหตุฉุกเฉิน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) นอกจากนี้ยังมีระบบข้อมูลเชิงภูมิศาสตร์ (GIS) ที่ช่วยในการติดตามและจัดการข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท (นาฎยา นุชนารถ, ๒๕๖๑) การใช้เทคโนโลยีนี้ช่วยให้ อสม. สามารถบันทึกและส่งรายงานข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟนหรือแอปพลิเคชันได้แทนการใช้แบบฟอร์มกระดาษแบบเดิม

จังหวัดอุบลราชธานียังเป็นพื้นที่ที่มีสมรรถนะสูง เป็นเมืองแห่งเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล การมีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีในพื้นที่ ทำให้มีศักยภาพในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ รวมถึงการฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีระบบสุขภาพที่มี อสม. เป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน การศึกษาเกี่ยวกับ อสม. ในพื้นที่พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอำเภอที่ได้นำโปรแกรม Smart อสม. มาใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข อำเภอเดชอุดมมีพื้นที่ครอบคลุม ๑๖ ตำบล ๒๓๗ หมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม, ๒๕๖๗) ลักษณะภูมิศาสตร์ที่เป็นพื้นที่ชนบทและการกระจายตัวของประชากร ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความท้าทาย การนำโปรแกรม Smart อสม. มาใช้ในพื้นที่นี้จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. และปรับปรุงคุณภาพ การดูแลสุขภาพของชุมชน แม้ว่าการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ใน

งานสาธารณสุขจะมีศักยภาพสูง แต่ยังมีความท้าทายหลายประการ เช่น ความแตกต่างของทักษะด้านเทคโนโลยีของ อสม. ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานจากแบบเดิม การศึกษาผลกระทบของโปรแกรม Smart อสม. ต่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. จึงมีความจำเป็นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม Smart อสม. ในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพของ อสม. ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน และความพึงพอใจ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพชุมชนของอำเภอ เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินการทดลองประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ดังนี้

๔.๒.๑ ขั้นตอนการทดลอง

๔.๒.๑.๑ ติดต่อประสานงานกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงาน

๔.๒.๑.๒ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกพร้อมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๔.๒.๑.๓ ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยโดยการเก็บข้อมูล ๓๐ ชุด

๔.๒.๑.๔ ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๑.๕ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ ๑ ของการเริ่มโปรแกรมการวิจัยและ

นัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม

๔.๒.๒ ขั้นตอนการทดลอง

๔.๒.๒.๑ อบรมให้ความรู้พื้นฐานหลักการสาธารณสุขในยุคดิจิทัล เพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย เชื่อถือได้ ดังนี้

๑) ความปลอดภัยในโลกดิจิทัล

๒) จริยธรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

๓) ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล

๔.๒.๒.๒ อบรมให้ความรู้พื้นฐานการสื่อสารสุขภาพดิจิทัล

๑) การใช้โซเชียลมีเดียเพื่อสื่อสารสุขภาพ

๒) การสื่อสารเนื้อหาสุขภาพที่เข้าใจง่าย

๓) การทำงานแบบบูรณาการระหว่าง อสม. ในชุมชน

๔.๒.๒.๓ อบรมให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ แอปพลิเคชัน Smart อสม. มีองค์ประกอบประเด็นต่าง ๆ เพื่อองค์ความรู้และการรายงานที่จะต้องรายงานออนไลน์ หลัก ๆ ดังนี้

๑) รายงาน อสม. ๑: การบันทึกข้อมูลพื้นฐานชุมชน

๒) คัดกรองให้ความรู้วัคซีน COVID-๑๙: การประเมินและให้ข้อมูลวัคซีน

๓) รายงานลูกน้ำยุงลาย: การเฝ้าระวังและรายงานพาหะนำโรค

๔) รายงาน ATK: การรายงานผลตรวจ Antigen Test Kit

๕) รายงาน HI CI (House Index, Container Index): การเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออก

๔.๒.๒.๔ การปฏิบัติการกิจกรรม Smart อสม.

๑) การจัดการฐานข้อมูลชุมชน จัดการบันทึกข้อมูลประชากรในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน รวมถึงข้อมูลประชากรศาสตร์ ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และปัจจัยเสี่ยง ให้มีความเป็นปัจจุบัน เป็นฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ

๒) การตรวจสุขภาพตนเองด้วยแอปพลิเคชัน การวัดค่าสุขภาพพื้นฐาน เช่น BMI, ความดันโลหิต, ระดับน้ำตาล บันทึกผลการตรวจสุขภาพและติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

๓) ค้นหาและประเมินสุขภาพประชากรเป้าหมาย เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดลำดับความสำคัญของการดูแลตามระดับความเสี่ยง การติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๔) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็น การได้ยิน สุขภาพช่องปาก โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพจิต สมองและความจำ การใช้ยา การพึ่งพาตนเอง

๕) การนับคาร์บและการจัดการ โดยการสอนใช้แอปพลิเคชันนับคาร์บไฮเดรต การวางแผนมื้ออาหารตามความต้องการพลังงานและสารอาหาร การติดตามผลการควบคุมน้ำตาลในเลือดและน้ำหนัก การให้คำปรึกษาโภชนาการแบบเฉพาะบุคคล โภชนาการ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการควบคุมอาหาร สามารถควบคุมอาหารได้อย่างปลอดภัย

๖) ออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วยด้วย Smart อสม. เพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันแบบเรียลไทม์ การติดตามอาการและการรักษาของผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง

๗) การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนจัดเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ

๗.๑) การสร้างและอัปเดตฐานข้อมูลประชากร

๗.๒) การรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

๗.๓) การสำรองข้อมูลและการกู้คืนข้อมูล

๔.๒.๓ ชั้นหลังดำเนินการทดลอง

๑) ติดตามประเมินผล เก็บข้อมูลการวิจัยหลังการทดลองโปรแกรมการวิจัย โดยใช้เครื่องมือการวิจัย (แบบสอบถามการวิจัย)

๒) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

๑. ด้านการใช้งานเทคโนโลยี

- จำนวน อสม. ผ่านการอบรม ร้อยละ ๑๐๐
- คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น $\geq ๗๐\%$
- ร้อยละของ อสม. ที่สามารถแก้ปัญหาการใช้งานพื้นฐานได้ด้วยตนเอง $\geq ๖๐\%$

๒. ด้านประสิทธิภาพการทำงาน

- เวลาในการรายงานข้อมูลลดลง ๕๐%
- ความถูกต้องของข้อมูลเพิ่มขึ้น ๘๐%
- การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ๓๐%

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. ด้านความพึงพอใจ

- ระดับความพึงพอใจในการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก (≥ ๔.๐ จาก ๕.๐)
- ทักษะที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก

๒. ด้านการพัฒนาตนเอง

- อสม. มีพฤติกรรมการเรียนรู้เทคโนโลยีด้วยตนเองเพิ่มขึ้น $\geq ๕๐\%$
- ความมั่นใจในการใช้งานเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น การเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพดีขึ้น ความไว้วางใจ

ของชุมชนต่อ อสม. เพิ่มขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

- ชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันผ่าน อสม. ที่มีความรู้ดิจิทัล
- เป็นเครื่องมือการทำงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคและการรายงานเหตุฉุกเฉินมีความรวดเร็วและแม่นยำ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือที่ทันสมัย ในการปฏิบัติงาน ลดภาระงานด้านเอกสารของ อสม.

๖.๒ ผลกระทบ

- อสม. สูงอายุ (๕๐+ ปี) อาจมีความยากลำบากในการเรียนรู้เทคโนโลยี ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟนที่แตกต่างกัน
- สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในพื้นที่ห่างไกล ไฟฟ้าดับบ่อยในบางพื้นที่
- ความต้านทานการเปลี่ยนแปลงจากวิธีการเดิมต้องใช้เวลาในการปรับตัว

๗. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

ต้องวัดผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ต้องมีการติดตามผลระยะสั้นและระยะยาว ต้องมีการประเมินผลกระทบต่อชุมชนและระบบสุขภาพโดยรวม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- อาชีพหรือภาระงานประจำที่มีอยู่แล้วของ อสม.
- การแบ่งเวลาระหว่างการเรียนรู้และการปฏิบัติงาน
- ความล่าช้าในการปรับตัวเข้ากับระบบใหม่
- สมาร์ทโฟนที่ล้าสมัยหรือไม่รองรับแอปพลิเคชัน
- การขาดแคลนอุปกรณ์เสริม เช่น Power Bank และอุปกรณ์สำรอง
- ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์และบำรุงรักษา

- การอัปเดตระบบที่ทำให้เกิดปัญหาใหม่

ปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพชุมชนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและต้องการการจัดการอย่างรอบคอบในทุกมิติ ทั้งการเตรียมความพร้อมบุคลากร การจัดหาทรัพยากร

๙. ข้อเสนอแนะ

สิ่งที่สนับสนุนความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ คือ กิจกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในกระบวนการวิจัยที่มีความต่อเนื่อง ถูกกำกับด้วยแผนปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการควบคุม กำกับ ติดตามอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น

- ควรมีการมีการสร้างระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบอัตโนมัติ ฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยไซเบอร์ให้กับ อสม.

- ควรมีการจัดทำ Career Path สำหรับ อสม. ในยุคดิจิทัล คือ การวางแผนเส้นทางการเติบโตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนในยุคปัจจุบัน

- ควรสร้างโอกาสให้ อสม. ที่เก่งเป็นผู้ฝึกสอนคนอื่น พัฒนาระบบให้ความรู้และทักษะแลกเปลี่ยนระหว่างอสม.

- ควรมีการสร้างเครือข่ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....
.....
.....

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายพรทวี สุวรรณพรม สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นายพรทวี สุวรรณพรม)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
ศตวรรษที่ ๑๐๑๑๑๑๑๑	W.P.

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายบัณฑิต สร้อยคำ)
สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม
๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพ
ปฐมภูมิ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสุขภาพ การ คัดกรองผู้บริโภครด้านสุขภาพ หรือบทบาท ๖ ประการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ แก่ ช่างร้าย กระจายข่าวดี ชี้อบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (กรม สนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ประกอบกับปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยี ยุคข้อมูล ข่าวสารที่มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำเป็นต้องมีการ พัฒนาศักยภาพเพราะหลายปัจจัยสำคัญ เช่น ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ โรคและปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบันซับซ้อนขึ้น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคจากการดำเนินชีวิต และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งต้องการความรู้ และทักษะใหม่ๆ ในการดูแล การเป็นแกนหลักในระบบสุขภาพชุมชน (สุภัทธร นักรู้กำพลพัฒน์, ๒๕๖๒) เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลแรกที่ประชาชนติดต่อเมื่อมีปัญหาสุขภาพ จึง ต้องมีความสามารถในการคัดกรอง ให้คำแนะนำเบื้องต้น และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม เทคโนโลยีและนวัตกรรม ทางการแพทย์ เครื่องมือและวิธีการรักษาใหม่ๆเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ชุมชน การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิถีชีวิต สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องปรับบทบาท ให้สอดคล้องกับบริบทเหล่านี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นของชุมชน การพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องจะทำให้ชุมชนเกิดความไว้วางใจและพึ่งพาอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากขึ้น การทำงานเป็นทีมกับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องสามารถทำงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็น เรื่องที่ท้าทาย อีกทั้งปัจจุบันเป็นยุคสารสนเทศหรือยุคข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายใน ชีวิตประจำวัน และอยู่ในรูปแบบดิจิทัลซึ่งข้อดีของดิจิทัลคือ มีความถูกต้องแม่นยำ สามารถนำไปประมวลผลใน ลักษณะต่างๆ ด้วยเครื่องมือต่างๆ ได้ง่ายดายนและรวดเร็ว มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นกับยุคสมัย ที่เปลี่ยนแปลงทาง เทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานเพื่อสร้างความสะดวก รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อน ซึ่งมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนมากที่ไม่ชำนาญการใช้เทคโนโลยี ถือเป็นความท้าทายการ เปลี่ยนรูปแบบการทำงานครั้งใหญ่ จึงเป็นเหตุแห่งการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เปลี่ยน ผ่านสู่การใช้เทคโนโลยี ในการทำงานร่วมกับเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) และ จากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีอุปสรรคและข้อจำกัดอีก

หลายประการ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ ถือเป็นโอกาสสำคัญในการยกระดับประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. และปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพของชุมชน แม้ว่า การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพจะมีศักยภาพสูง แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ เช่น ความแตกต่างของทักษะด้านเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานจากแบบเดิม (ชาญชัย จิวจินดา, ๒๕๖๒) การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน และความพึงพอใจ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพชุมชนของอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ระบบสุขภาพไทยในยุคดิจิทัล จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความซับซ้อน สร้างความสะดวก รวดเร็ว อยู่ในรูปแบบดิจิทัล ซึ่งข้อดีของดิจิทัล มีความถูกต้องแม่นยำ สามารถนำไปประมวลผลในลักษณะต่างๆ ด้วยเครื่องมือต่างๆ ใต้ง่ายและรวดเร็ว วิเคราะห์เหตุผลความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ดังนี้

๑. ปัจจัยภายนอก

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ คาดการณ์จะเป็น Super Aged Society ในปี ๒๕๗๓ (ผู้สูงอายุมากกว่า ๒๘%) ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (NCDs) การเกิดโรคอุบัติใหม่และโรคระบาด เช่น COVID-๑๙ แสดงให้เห็นความสำคัญของระบบเฝ้าระวัง ความจำเป็นในการรายงานและติดตามอย่างรวดเร็ว ต้องมีการคัดกรองและการดูแลแบบองค์รวม

๑.๒ นโยบายรัฐและความผลักดันระดับชาติ นโยบาย Thailand ๔.๐ การยกระดับประเทศด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ การพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัลและสังคมดิจิทัล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล การพัฒนาทักษะดิจิทัลของประชาชน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เป้าหมายการเป็น "Healthy Thailand ๔.๐" การใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒. ข้อจำกัดของระบบปัจจุบัน (Current System Limitations)

๒.๑ ปัญหาด้านการจัดการข้อมูล การบันทึกข้อมูลแบบกระดาษ ข้อมูลสูญหาย เสียหาย หรือไม่สามารถค้นหาได้ง่าย การทำสำเนาและการเก็บรักษาใช้พื้นที่และทรัพยากรมาก ความล่าช้าในการรายงาน การรายงานข้อมูลไปยังส่วนกลางใช้เวลา ๑-๒ สัปดาห์ ไม่สามารถตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉินได้ทันเวลา

๒.๒ ปัญหาด้านประสิทธิภาพการทำงาน การใช้เวลาในการบริหารจัดการการจัดการเอกสารและรายงานซึ่งส่งผลให้เวลาที่ควรใช้ในการดูแลสุขภาพชุมชนลดลง

๒.๓ ปัญหาด้านการสื่อสารและประสานงาน การสื่อสารแบบดั้งเดิม การติดต่อผ่านโทรศัพท์หรือพบหน้า ไม่สามารถเก็บบันทึกได้ ข้อมูลอาจสูญหาย

๓. โอกาสจากการพัฒนาเทคโนโลยี (Technology Opportunities)

๓.๑ ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน การขยายตัวของอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือ อัตราการใช้สมาร์ทโฟนในชนบทเพิ่มขึ้นเป็น ๘๒% ในปี ๒๕๖๖ นโยบายรัฐในการพัฒนาดิจิทัล การสนับสนุนการพัฒนาแอปพลิเคชันภาครัฐ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการใช้ระบบดิจิทัลในการบริหารจัดการข้อมูล

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงของ อสม. รุ่นใหม่ อสม. รุ่นใหม่มีการศึกษาสูงขึ้นและคุ้นเคยกับเทคโนโลยี ความต้องการเครื่องมือที่ทันสมัยในการทำงาน

๔. ประโยชน์ที่จากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

๔.๑ การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การลดเวลาในงานเอกสาร การรายงานแบบเรียลไทม์ทำให้ไม่ต้องรอสิ้นเดือน การค้นหาข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ข้อมูลมีความสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน ความเชื่อถือของข้อมูลเพิ่มขึ้น

๔.๒ การสร้างความเชื่อมโยงและการประสานงาน การทำงานแบบเครือข่าย อสม. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบโดยไม่มีภาระยุ่งยากระหว่างการส่งข้อมูล

บทสรุป ในยุคทันสมัยด้วยเทคโนโลยี ไม่ใช่เพียงแค่การปรับปรุงเครื่องมือการทำงานให้ทันสมัย แต่เป็น "ความจำเป็นเชิงยุทธศาสตร์" เพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคคลากร เพื่อ ๑) รองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมเนื่องจากสังคมผู้สูงอายุและครอบครัวเดี่ยวที่เพิ่มขึ้น ๒) การตอบสนองภาวะโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ๓) การเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน เพิ่มคุณภาพ ๔) การสร้างความยั่งยืนพัฒนาคุณภาพบุคคลากร (อสม. รุ่นใหม่)

ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็น "ความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้" สำหรับการรักษาและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทยให้ก้าวทันโลกและตอบสนองความต้องการของประชาชนในอนาคต

๓.๒ แนวคิด

๑. แนวคิดทฤษฎี Kotter's ๘-Step Change Model

John Kotter (๑๙๙๖) เสนอ ๘ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงองค์กรเป็นกรอบการทำงานที่ใช้ในการจัดการการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น ๘ ขั้นตอนหลัก เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ

๑.๑ สร้างความเร่งด่วน (Create Urgency) แสดงให้เห็นความจำเป็นในการใช้ Smart อสม.เน้นปัญหาของระบบเก่า เช่น ความล่าช้าในการรายงาน การสูญหายของข้อมูล

๑.๒ สร้างทีมนำการเปลี่ยนแปลง (Build a Guiding Coalition) จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนประกอบด้วย ผอ.รพ.สต., ประธาน อสม., ผู้นำชุมชน

๑.๓ สร้างวิสัยทัศน์ (Create a Vision for Change) วิสัยทัศน์: "อสม.ดิจิทัล เพื่อชุมชนสุขภาพดี"

๑.๔ สื่อสารวิสัยทัศน์ (Communicate the Vision) ใช้ช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม, LINE Group, Facebook

๑.๕ เสริมพลังให้ดำเนินการ (Empower Broad-based Action) อบรมทักษะ, จัดหาอุปกรณ์, ลดอุปสรรค

๑.๖ สร้างชัยชนะระยะสั้น (Generate Short-term Wins) ประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จเล็กๆ เช่น การลดเวลารายงาน

๑.๗ รักษาโมเมนตัม (Sustain Acceleration) ขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ

๑.๘ ฝังรากการเปลี่ยนแปลง (Institute Change) ทำให้การใช้ Smart อสม. กลายเป็นวัฒนธรรมการทำงาน

๒. แนวคิด ทฤษฎี Adult Learning Theory (Andragogy) Malcolm Knowles (๑๙๖๘) เสนอหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

๒.๑ ความต้องการรู้ (Need to Know) อธิบายว่าทำไมต้องเรียนรู้ Smart อสม.

๒.๒ ประสบการณ์เดิม (Experience) เชื่อมโยงกับประสบการณ์การทำงาน อสม. เดิม

๒.๓ ความพร้อมเรียนรู้ (Readiness to Learn) เลือกเวลาเรียนรู้ที่เหมาะสม

๒.๔ การนำไปใช้ทันที (Immediate Application) ให้ลองใช้งานจริงระหว่างการอบรม

๒.๕ แรงจูงใจภายใน (Internal Motivation) เน้นประโยชน์ส่วนตัว เช่น การยกระดับความสามารถ

๓. แนวคิดทฤษฎี Social Learning Theory Albert Bandura (๑๙๗๗) เน้นการเรียนรู้จากการสังเกต

๓.๑ การสาธิต (Modeling): ให้ อสม. ที่ใช้แล้วสาธิตให้ดู

๓.๒ การเลียนแบบ (Imitation): ให้ลองทำตาม

๓.๓ การเสริมแรง (Reinforcement): ชมเชยเมื่อทำได้

๓.๓ ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการบูรณาการกับระบบสุขภาพ การเชื่อมโยงข้อมูล พัฒนา API เชื่อมต่อกับระบบของโรงพยาบาล

๒) สร้างระบบ Single Sign-On (SSO) เพื่อลดความซับซ้อนในการเข้าใช้งาน

๓) พัฒนาระบบการรายงานแบบ Real-time Dashboard

๔) การยกระดับบทบาท อสม. ขยายบทบาท อสม. ให้เป็น "Digital Health Facilitator"

๕) สร้างระบบการรับรองมาตรฐานดิจิทัลสำหรับ อสม. พัฒนาระบบประเมินผลการทำงานแบบดิจิทัล

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี อสม. สูงอายุ (๕๐+ ปี) มีความยากลำบากในการเรียนรู้เทคโนโลยีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟนแตกต่างกัน

แนวทางแก้ไข

- จัดการอบรมแบบ Step-by-Step เริ่มจากพื้นฐาน

- ใช้วิธี Learning by Doing ให้ลองใช้งานจริง

- สร้างกลุ่ม Buddy System ให้ อสม. รุ่นใหม่จับคู่ช่วยเหลือ อสม. รุ่นเก่า

- จัดทำ Manual การใช้งานเป็นภาพและคลิปวิดีโอสั้นๆ

- มีระบบ Help Desk ผ่านไลน์หรือโทรศัพท์
- ๒) สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในพื้นที่ห่างไกลไฟฟ้าดับบ่อยในบางพื้นที่
แนวทางแก้ไข
 - จัดหา Power Bank และอุปกรณ์ Backup สำหรับ อสม.
 - ประสานกับ TOT/AIS/DTAC เพื่อขยายสัญญาณในพื้นที่เป้าหมาย
 - ใช้เทคโนโลยี Mesh Network หรือ Satellite Internet ในพื้นที่ห่างไกล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ด้านความรู้และทักษะ (Knowledge & Skills) อสม.

- มีความรู้การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ เพิ่มความเข้าใจเรื่องการจัดการข้อมูลสุขภาพแบบดิจิทัล สามารถใช้เครื่องมือเทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้
- มีทักษะการสื่อสารดิจิทัล สามารถสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ทักษะการนำเสนอข้อมูลสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชนจากระบบได้ สามารถแปลความหมายข้อมูลให้ชุมชนเข้าใจ

๔.๒ มีประสิทธิภาพการทำงาน (Work Efficiency)

- การลดเวลาในงานเอกสาร การเพิ่มคุณภาพข้อมูล ลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน การเพิ่มเวลาดูแลชุมชน ลดภาระงานจากเอกสาร ทำให้สามารถเยี่ยมบ้านได้เพิ่มขึ้น เพิ่มเวลาให้คำปรึกษาชุมชนได้มากขึ้น สามารถรายงานข้อมูลได้ทันทีหลังการบันทึก เพิ่มความถี่ในการรายงานได้ตามความต้องการ
- การสื่อสารและประสานงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีความรวดเร็วในการสื่อสาร ข้อมูลมีความแม่นยำไม่คลาดเคลื่อน เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลของทีมงานได้ทันทีที่ทุกเวลาเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานระหว่าง อสม.-รพ.สต.-รพ.ชุมชน

๔.๓ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพลดเวลาการตรวจพบโรคระบาด เพิ่มความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง เพิ่มการควบคุมโรคเริ่ร้งในชุมชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. (VHV Development Indicators)

๕.๑.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators)

- อัตราการใช้งานเทคโนโลยี Application ต่าง ๆ ในการทำงาน (อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง) \geq ๗๐%
- ทักษะและความรู้ด้านเทคโนโลยีมากขึ้น คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น \geq ๗๐%
- ความสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้น อสม. สามารถแก้ปัญหการใช้งานพื้นฐานได้ด้วยตนเอง \geq ๖๐%

๕.๑.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators)

- ระดับความพึงพอใจ: ความพึงพอใจในการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก
- ทัศนคติที่ดีมีความตั้งใจใช้งานเทคโนโลยีอยู่ในระดับมาก
- พฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง: อสม. มีพฤติกรรมการเรียนรู้เทคโนโลยีด้วยตนเอง เพิ่มขึ้น \geq ๕๐%

ตัวชี้วัดเหล่านี้จะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโครงการได้อย่างเป็นระบบและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

(ลงชื่อ) 

(นายพรทวิ สุวรรณพรม)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTX) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - มิถุนายน 2568

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.๑ ความรู้การวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบ และน่าเชื่อถือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ มี ๒ ลักษณะ ได้แก่ ๑) ผลิตภัณฑ์ประเภทวัสดุ อุปกรณ์(Material) และ ๒) ผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ (Process) โดยดำเนินการ ทดสอบในสภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลายๆรอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาในกลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กร ให้มีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในแง่ของการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุข การนำกระบวนการวิจัยและพัฒนา มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการทำงานด้วยการพัฒนากระบวนการที่เหมาะสมกับสถานการณ์จริง และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง รวมถึงการวัดผลของการทดลองใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้ กระบวนการที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ นำสู่การปฏิบัติในวงกว้างต่อไป

๓.๑.๒ ความรู้และทักษะด้านศาสตร์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เช่น กลไกการเปลี่ยนแปลงของสมองของผู้ที่เข้ายาและสารเสพติด การเปลี่ยนแปลงด้านทางด้านจิตใจ พฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ที่เข้ายาและสารเสพติด การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๓.๑.๓ ความรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เช่น การบูรณาการของภาคีเครือข่ายต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล การเฝ้าระวังการกลับไปเสพติด การไม่ตีตราผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป

๓.๑.๔ ความรู้เรื่องสถิติและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาสามารถเลือกใช้สถิติทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics) โดยเลือกใช้สถิติที่มีความเหมาะสม เพื่อทำ ให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒.๑ ความชำนาญในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ การประสานงานในหน่วยบริการคลินิกยาเสพติด เช่น งานให้คำปรึกษา งานบำบัดยาเสพติด การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

๓.๒.๒ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเข้ายาและสารเสพติด เช่น ปัญหาจากการใช้ยาบ้า กัญชา สุรา บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

๓.๒.๓ มีความชำนาญในการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านโครงการ และแผน ปฏิบัติการ ด้านแนวทางการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท

๓.๒.๔ มีความชำนาญในการจัดการผลลัพธ์ทางสุขภาพ การประกันคุณภาพการดูแลในกลุ่มโรคที่สำคัญ ทั้งในระดับ หน่วยงาน ระดับเขต และระดับประเทศ

๓.๓ ประสพการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๓.๑. ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติด ทั้งในสถานพยาบาล นอกสถานพยาบาล และในชุมชน

๓.๓.๒ การพัฒนาระบบบริการด้วย Service plan โดยใช้ Six building box plus ระบบบริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Workforce) ระบบข้อมูลข่าวสาร (IT) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Drug & Equipment) ค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ (Financing) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Governance) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation)

๓.๓.๓ ความชำนาญด้านการบริหารโครงการ การวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติงานการวางแผนแก้ไข ปัญหา แผนงานโครงการเพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติงานในการบำบัด รักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด และที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน รวมถึงการหาแหล่งทุนสนับสนุนโครงการและแผนงาน

๓.๓.๔ ความเชี่ยวชาญด้านการประสานงาน ในการชี้แจงให้รายละเอียดข้อมูล ข้อคิดเห็น คำแนะนำ แนวทางปฏิบัติ ข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดยากและยากมาก และมีความหลากหลายของบุคคลและสถานการณ์ แวดล้อมที่แตกต่างกัน เพื่อ สื่อสารความเข้าใจและสร้างความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก

๓.๔ ประสพการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๓.๑ ประสพการณ์ในการบริหารและร่วมบริหารแผนอัตรากำลังบุคลากรในกลุ่มงาน การพัฒนา บุคลากร แผนการศึกษา อบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขายาเสพติดของหน่วยงาน

๓.๓.๒ ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานวิจัยและพัฒนา การวิเคราะห์ วิพากษ์งานวิจัย งานนวัตกรรม และวิชาการเพื่อ พัฒนาผลงานวิจัย ทั้งในและนอกหน่วยงาน ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้งในภาค สถาบันการศึกษาและสถาบันภาครัฐ

๓.๓.๓ ประสพการณ์ในการนิเทศงานสาธารณสุข รวมถึงตรวจสอบ กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการ ดูแลสุขภาพในระดับกลุ่มงาน และหน่วยงานทางการแพทย์

๓.๓.๔ ประสพการณ์ในการวางแผน และร่วมวางแผน ในด้านการบริหารจัดการ การปฏิบัติงาน และการพัฒนาคุณภาพ ของงาน ที่ยากโดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถประสพการณ์และความชำนาญที่สูง มากในการแก้ไขปัญหาที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนเพื่อมาวิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่กำหนด เช่น ประสพการณ์ด้านการ บำบัด Matrix program ประสพการณ์พัฒนาคุณภาพการประกันคุณภาพสถานบำบัดยาเสพติด

๓.๓.๕ ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน ด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพแห่งตน เจตคติในด้านคุณธรรม จริยธรรม จิตอาสาในการ ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ จิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกมายาวนาน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและคนรอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ จากข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ ๑๕-๖๔ ปี ที่ติดยาเสพติด ซึ่งคิดเป็น ๒๖% เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ เด็กและเยาวชนมีการใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่รวมถึงใช้ในปริมาณที่มากกว่าเช่นเดียวกัน จากรายงานผลการดำเนินงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ที่ผ่านมามีผู้ป่วยยาเสพติดประเทศไทยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวน ๑๒๗,๗๗๙, ๑๙๖,๐๘๘ และ ๒๑๓,๐๒๐ คน ตามลำดับ

จังหวัดอุบลราชธานี ประสบกับปัญหาการระบาดของยาเสพติด โดยเป็นทั้งพื้นที่ค้าและ มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอชายแดนที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้านโดยติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน ๘ อำเภอได้แก่ อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอโขงเจียม อำเภอสิรินธร อำเภอบุณทริก และอำเภอนาจะหลวย ติดกับราชอาณาจักรกัมพูชา ๒ อำเภอ คือ อำเภอน้ำยืน และอำเภอน้ำขุ่น มีด่านถาวร ๒ จุด คือ ด่านถาวรปากแซง อำเภอนาตาล และด่านถาวรช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จุดผ่อนปรน ๖ จุด คือ จุดผ่อนปรนอำเภอเขมราฐ จุดผ่อนปรนบ้านสองคอน อำเภอโพธิ์ไทร จุดผ่อนปรนบ้านคันท่าเกวียน อำเภอโขงเจียม จุดผ่อนปรนบ้านด่าน อำเภอโขงเจียม จุดผ่อนปรนช่องตาอู อำเภอบุณทริก และจุดผ่อนปรนช่องอานม้า อำเภอน้ำยืน โดยสถานการณ์ด้านผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่ติดชายแดนไทย - สปป.ลาว ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดทุกประเภท ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ มีทั้งสิ้น ๖๓๗, ๗๙๕ และ ๘๗๒ ตามลำดับ จะพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้จะมีการบำบัดในสถานพยาบาลที่มีครอบคลุมทุกอำเภอ ก็ยังพบว่ามีกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติดจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัด เนื่องจาก พรบ.ยาเสพติดปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เปลี่ยนมุมมองผู้เสพเป็นผู้ป่วย ยกเลิกระบบบังคับบำบัดเหลือเพียงระบบสมัครใจ และต้องโทษเท่านั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ๑) ระยะเตรียมการ ๒) ระยะดำเนินการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ วางแผน (Planing) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observeation) และ การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และ ๓) ระยะประเมินผล

ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มผู้ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งเป็น ๕ ทีม ได้แก่ ทีมค้นหา ทีมคัดกรอง ทีมบำบัดรักษา ทีมติดตามต่อเนื่อง และทีมฟื้นฟูสภาพทางสังคม จำนวน ๔๐ คน
๒. กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด จำนวน ๑๕๗ คน
๓. กลุ่มครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ครอบครัวละ ๑ คน จำนวน ๑๕๗ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ๑) แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.V.๒) ๒) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเด็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ๑) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ๒) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ๓) แบบบันทึกเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑) ระยะเตรียมการ เป็นการดำเนินงานของกลุ่มผู้ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์และศึกษาสถานการณ์การบำบัดยาเสพติดในพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว ย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๖๕-๒๕๖๗) เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ๒) ระยะดำเนินการ แบ่งเป็น ๔ ขั้นตอนดังนี้ ๒.๑) วางแผน (Planing) แต่งตั้งคณะกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ทหาร ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่าย ร่วมกันคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย วางแผนและหาแนวทางบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามบริบทของพื้นที่ ๒.๒) การปฏิบัติการ (Action) จัดประชุม/ประชาคมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแบบคัดกรอง (บคก.กสธ.V.๒) ประเภทผู้ใช้ ให้คำปรึกษา BA, BI ๔ ครั้ง ผู้เสพ บำบัดแบบผู้ป่วยนอกในชุมชน สัปดาห์ละครั้ง รวม ๑๐ ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยยาเสพติด และครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด ๒.๓) การสังเกตการณ์ (Observeation) สังเกตการณ์สัมภาษณ์ สนทนากลุ่มกับทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดและชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม๒.๔) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยเสริมและ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานนำเสนอข้อมูลให้กับทีมบำบัด และชุมชนเพื่อสะท้อนความคิดและร่วมปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ๓) ระยะประเมินผล โดยการเยี่ยมชมผู้ผ่านการบำบัดตามเกณฑ์ และประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ให้การบำบัดฟื้นฟู และชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะประชากร ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึก วิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายรูปแบบการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ปฏิบัติตามเกณฑ์การปฏิบัติที่ดี (Good Clinical Practice; GCP) สิทธิ ความเป็นส่วนตัว จะได้รับความคุ้มครองตามหลักการแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๐๑.๐๑๑ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่อำเภอติดแนวชายแดนไทย - ลาว จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

๑. สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ในห้วง ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ปี ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้ได้รับการคัดกรองจำนวน ๖๓๗ ราย เข้ารับการบำบัด ๕๐๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๗ ปี ๒๕๖๖ คัดกรอง จำนวน ๑,๘๘๕ ราย เข้ารับการบำบัด ๑,๒๗๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๔๙ ปี ๒๕๖๗ คัดกรอง จำนวน ๘๗๒ ราย เข้ารับการบำบัด ๕๕๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๘๘ จากข้อมูลจะเห็นว่าอัตราการเข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มลดลงจากหลายสาเหตุทั้งจากตัวผู้บำบัดเองไม่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากต้องเดินทางไปรับบริการบำบัดในโรงพยาบาลซึ่งไม่สะดวก กลัวถูกตีตรา จะเข้ารับการบำบัดเมื่อถูกบังคับจากคนในครอบครัว การแก้ไขปัญหามาเป็นการดำเนินการของภาครัฐเป็นหลัก ชุมชนมองว่าเป็นหน้าที่ของภาครัฐที่ต้องแก้ไขปัญหามาเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการการดำเนินงาน ปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คั้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและการบำบัดยาเสพติดให้ชุมชน จัดทำประชาคมเพื่อค้นหา และแก้ปัญหาร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาลดการตีตรา กำหนดมาตรการทางสังคม ชุมชน ครอบครัว คือกลไกสำคัญที่จะทำให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดประสบความสำเร็จ ไม่กลับไปเสพติด

๒. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การประสานความร่วมมือ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตำรวจ ทหาร ปกครอง สาธารณสุข ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อวางแผนและหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ ๒ การบูรณาการการดำเนินงานในพื้นที่ โดยแต่ละส่วนทำงานร่วมกัน แบ่งเป็น ๕ ทีม คือ ทีมค้นหา ทีมคัดกรอง ทีมบำบัดรักษา ทีมติดตามต่อเนื่อง และ ทีมฟื้นฟูสภาพทางสังคม การปราบปราม และค้นหาโดยทีมทหาร ปกครอง และผู้นำชุมชน ร่วมกัน แล้วนำผู้ป่วยเข้าสู่การขึ้นทะเบียน คัดกรอง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ เข้าสู่การบำบัด ของโรงพยาบาล และชุมชน ตามความรุนแรงของการเสพ และการติดสารเสพติด หรือโรคร่วมอื่นๆ การฟื้นฟูสภาพทางสังคมโดย ผู้นำชุมชน และเครือข่ายช่วยสังคม พัฒนาชุมชน ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การฝึกอาชีพ ความความถนัด ของผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว

ขั้นตอนที่ ๓ การจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรม หลักๆ มี ๑๒ กิจกรรม ดังนี้ ๑) การเตรียมตัวผู้เข้ารับการบำบัด ชี้แจงรายละเอียดและกระบวนการบำบัด ๒) การเตรียมครอบครัว สำรวจความคาดหวังของผู้บำบัด ครอบครัว และชุมชน ๓) การให้ความรู้สมองติดยา หยตวงจรการใช้ยา เส้นทางการเลิกยา ๔) การให้ความรู้ตัวกระตุ้นภายนอกภายใน ๕) การให้ความรู้ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ ๖) การให้ความรู้บทบาทครอบครัวสู่การเลิกยา ความทุกข์ของครอบครัว การสื่อสาร ๗) การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) ๘) สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วิถีพุทธ ๙) ความละเอียด การพูดความจริง ๑๐) งานกับการเลิกยา บุคคลต้นแบบ เป้าหมายชีวิต ๑๑)การป้องกันการกลับไปเสพยา ๑๒) คำมั่นสัญญา คืนคนดีสู่สังคม

๓. ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTX) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า แบ่งเป็น ๓ ด้าน ดังนี้ ๑) ด้านผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูจำนวน ๑๕๗ คน ไม่กลับไปเสพยา ๑๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๔ กลับไปเสพยา ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๕ มีอาชีพมีรายได้ ๑๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่มีอาชีพ ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๓๐ ๒) ด้านชุมชน พบหมู่บ้านต้นแบบ ๘ หมู่บ้าน ๓) ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของชุมชน กลุ่มผู้ให้การบำบัดฯ จำนวน ๔๐ คน กลุ่มครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัด ๑๕๗ คน รวม ๑๙๗ คน พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาฯ ก่อนดำเนินการโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} =๒.๕๒,S.D.= ๐.๕๐) หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =๔.๒๐,S.D.= ๐.๔๖) รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำแนกรายด้าน (n = ๑๙๗)

การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ			ก่อนดำเนินการ		
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ
ด้านร่วมคิด	๓.๐๐	๐.๒๐	ปานกลาง	๔.๔๐	๐.๕๑	สูง
ด้านร่วมตัดสินใจ	๒.๘๐	๐.๔๒	ต่ำ	๔.๓๐	๐.๕๖	สูง
ด้านร่วมดำเนินการ	๒.๑๐	๐.๐๐	ต่ำ	๔.๕๒	๐.๕๒	สูง
ด้านร่วมรับผลประโยชน์	๒.๒๐	๐.๔๒	ต่ำ	๔.๐๐	๐.๔๓	สูง
ด้านร่วมประเมินผล	๓.๐๐	๐.๐๐	ปานกลาง	๔.๑๐	๐.๕๖	สูง
การมีส่วนร่วมโดยรวม	๒.๘๐	๐.๕๕	ต่ำ	๔.๒๐	๐.๔๖	สูง

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่ผ่านมาเป็นการทำงานโดยภาครัฐ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน แม้แต่ตัวภาครัฐเองคนละหน่วยงานก็ต่างคนต่างทำงานขาด การบูรณาการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌรรุพร ผลงาม (๒๕๖๔) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดระยอง พบว่าปัญหาสำคัญของการ บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ การดำเนินงานโดยรัฐเป็นผู้กำหนดแนวทาง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ

- ๑) การประสานความร่วมมือ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ๒) การบูรณาการดำเนินงานในพื้นที่
- ๓) การจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรม หลักๆ มี ๑๒ กิจกรรม ดังนี้

- (๑) การเตรียมตัวผู้เข้ารับการบำบัด ชี้แจงรายละเอียดและกระบวนการบำบัด
- (๒) การเตรียมครอบครัว สืบหาความคาดหวังของผู้บำบัด ครอบครัว และชุมชน
- (๓) การให้ความรู้สมองติดยา หยุดวงจรการใช้ยา เส้นทางการเลิกยา
- (๔) การให้ความรู้ตัวกระตุ้นภายนอก ภายใน
- (๕) การให้ความรู้ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์
- (๖) การให้ความรู้บทบาทครอบครัวสู่การเลิกยา ความทุกข์ของครอบครัว การสื่อสาร
- (๗) การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction)
- (๘) สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ วิถีพุทธ
- (๙) ความละเอียด การพูดความจริง
- (๑๐) งานกับการเลิกยา บุคคลต้นแบบ เป้าหมายชีวิต
- (๑๑) การป้องกันการกลับไปเสพยา
- (๑๒) คำมั่นสัญญา คั้นคนดีสู่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร พบว่า

รูปแบบประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวข้อง สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ๑) ด้านผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูจำนวน ๑๕๗ คน ไม่กลับไปเสพยา ๑๕๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๔ กลับไปเสพยา ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๕ มีอาชีพมีรายได้ ๑๔๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่มี อาชีพ ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๓๐ ด้านชุมชน พบหมู่บ้านต้นแบบ ๘ หมู่บ้าน ด้านการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วม ในการพัฒนาฯ ก่อนดำเนินการโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลของการศึกษารั้่งนี้ทำให้ทราบถึงรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดชายแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่

๕.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
อัตราการหยุดเสฟต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัด	ร้อยละ ๖๐	๙๕.๕๔
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสฟติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ ๗๐	๙๐.๔๒

๕.๒ เชิงคุณภาพ

การพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดยาแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจัดทำ ได้ทำการศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสฟติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community based treatment :CBTx) พื้นที่อำเภอติดยาแดนไทย-ลาว จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๒ เป็นเอกสารที่เพิ่มพูนความรู้ และเพิ่มทักษะการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับภาคีเครือข่าย

๖.๓ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในการวางแผนการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๖.๔ ต่อยอดการพัฒนาในการศึกษาวิจัยในการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความหลากหลายในหน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานคล้ายกันแต่การบูรณาการยังมีน้อย

๗.๒ การประสานการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสฟติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กับภาคีเครือข่าย ทั้งกลุ่มผู้ให้การบำบัด และกลุ่มผู้ติดยาเสฟติด บางพื้นที่การให้ความร่วมมือต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจมาก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ แนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชยาเสฟติดที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากทีมสนับสนุนยังไม่ได้วางแผนอย่างเป็นระบบ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะใช้ในการดูแล ป้องกันการก่อความรุนแรงของ ผู้ป่วยจิตเวชยาเสฟติด เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสฟติดคงสภาพของสุขภาพที่ดีให้นานที่สุด และไม่ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือก่ออาชญากรรม

๘.๒ ข้อมูลไม่ครบถ้วนของที่เจ้าหน้าที่ในสถานบริการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ทำให้ข้อมูลไม่ครบองค์ประกอบในการวิเคราะห์ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ครอบคลุม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑) ควรนำการพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยสามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

๒) ควรสรุปผลการนำรูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นที่ปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๓) ควรมีการพัฒนาต่อยอดการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีต้นแบบทุกอำเภอ

๙.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) ควรสนับสนุนให้มีพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกปี

๒) ควรนำสู่การกำหนดนโยบายร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และภาคีเครือข่าย ไม่แยกส่วนในการดำเนินงาน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๙.๓ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาต้นแบบชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระดับอำเภอ/จังหวัด

๒) ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อลดการเสพยา ในชุมชนที่มีบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๓) ควรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในสถานประกอบการซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน และ สถานศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียน เพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและจะช่วยให้การเข้าถึงบริการ เป็นไปอย่างทั่วถึงเป็นธรรม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ร้อยละ ๑๐๐

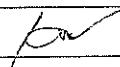
๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐%.....(ระบุร้อยละ)
 ๒)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)
 ๓)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์)
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 (วันที่) ๑๒ / มิถุนายน / ๒๕๖๘
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางรัชนิพร เชื้อสระภู)
 (ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 (วันที่)
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (.....)
 (ตำแหน่ง)
 (วันที่)
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) แบบบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ข้อมูลรายงาน World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรกว่า ๒๘๔ ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ ๑๕-๖๔ ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน ๑ ในทุก ๆ ๑๘ คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง ๒๖% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ ที่เป็นไปตามมาตรา ๓ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด กำหนดให้บริหารจัดการตามกรอบแนวคิด มองผู้เสพเป็นปัญหาในมิติด้านสุขภาพ รูปแบบการดูแลช่วยเหลือบำบัดรักษาแบบเดิมที่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์โดยใช้แนวคิด "โรงพยาบาลเป็นฐาน (Hospital base) ของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด" เพียงอย่างเดียว ย่อมไม่สามารถตอบโจทย์สภาพปัญหาที่แท้จริงของการติดยาเสพติดได้ครอบคลุมทุกมิติ จุดเน้นสำคัญของการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด คือการให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างรอบด้านครบวงจร ทั้งในมิติด้านสุขภาพและมิติด้านสังคม โดยการให้การดูแลช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูแบบไร้รอยต่อ (Seamless comprehensive health care) ยึดหลักสิทธิมนุษยชนตามความรุนแรงของผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งกรอบแนวคิดและการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และยังคงต้องมีการพัฒนาสร้างรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และอาศัยหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการติดยาเสพติด จึงเป็นที่มาของแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน หรือ Community Based Treatment : CBTx เพื่อให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วม บูรณาการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการในทุกมิติ เป็นการดูแล ผู้ติดยาและสารเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องมีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปเสพยา สามารถใช้ชีวิตในสังคมต่อไป

จากรายงานผลการดำเนินงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน ๖,๙๒๒, ๗,๒๖๒, ๓,๕๘๗, ๖,๗๑๑ และ ๓,๕๓๔ รายตามลำดับ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ แนวโน้มสูงขึ้น ในปี ๒๕๖๕ ลดลงเนื่องจากเป็นช่วงประกาศใช้ พ.ร.บ.ยาเสพติด ฉบับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปลายปี ๒๕๖๕ กระบวนการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดแบ่งตามประเภทผู้พวดยังนี้ ผู้ติดยาและสารเสพติดใช้รูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice :BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น(Brief Intervention :BI) จำนวน ๑- ๒ ครั้ง ซึ่งสามารถดำเนินการ ในศูนย์คัดกรอง สำหรับผู้เสพใช้จิตสังคมบำบัด Modified MATRIX ส่วนผู้ติดยา

ใช้รูปแบบ Matrix Program การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (๔ เดือน) นอกจากนี้จังหวัดอุบลราชธานี ยังได้ดำเนินการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care : CBTx) ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในชุมชนและสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้โอกาสผู้ป่วยยาเสพติด สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีภาคีเครือข่าย ๕ เสือ ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น การบูรณาการการดำเนินงาน วางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้มีกลไกระดับอำเภอร่วมบูรณาการการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อันจะนำไปสู่การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเป็นระบบ ป้องกันผู้ป่วยกลับไปเสพยา ป้องกันการเกิดความรุนแรงอันเนื่องมาจากการ ใช้ยาเสพติด

๒.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) แบบบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุบลราชธานี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ การรักษาในระยะเริ่มต้น การรักษาแบบการถอนพิษยา การสร้างความเสถียรภาพ ไปจนถึง การติดตามผลการรักษาและการคืนคนดีสู่สังคม เป็นการประสานงานร่วมกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สังคม และการบริการอื่นๆ จากบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาเสพติด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีรูปแบบในการดำเนินงานดังนี้

๑) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดูแลตัวเอง จากการติดยาเสพติดและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

๒) ลดหรือหยุดการเสพยาเสพติด

๓) ตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคลให้มากที่สุด และให้ได้ผลลัพธ์ ที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

๔) มีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน ทั้งตัวผู้รับการบำบัด ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ในรูปแบบของการเสริมสร้างพลัง

๕) ลดการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลยาเสพติด ที่ผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปบำบัด ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยยาเสพติดไม่ต้องขาดหรือลางานเพื่อเข้ารับการบำบัด สำคัญเป็นการบูรณาการการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน มีความยั่งยืน

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ได้นิยามเพิ่มเติมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา

เสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) คือ รูปแบบการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้นจนถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟูด้วยระบบการดูแลต่อเนื่องจนถึง การติดตามผลการรักษาตามแนวคิดการคืนคนดีสู่สังคม มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่นๆ โดยบุคคลที่ให้ความร่วมมืออาจจะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่มีความพร้อม มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยาและสารเสพติด บนพื้นฐานของความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนให้การสนับสนุนครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยอย่างจริงจังในการแก้ปัญหาและสารเสพติด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาว ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีลักษณะ ดังนี้

- ๑) มีการดำเนินการในชุมชน
- ๒) มีการระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ๓) เป็นเสมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
- ๔) มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ๕) มีการบูรณาการ การรักษาฟื้นฟูเข้ากับบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน
- ๖) การเข้ารับ การบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจและชุมชนรองรับค่าใช้จ่ายได้

หลักการของการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน หลักการของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วม ของชุมชนมีหลักการสำคัญอยู่แก่ประการในการรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามที่ระบุไว้ในเอกสาร ของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำปี ๒๐๐๘ กล่าวถึงหลักการของการรักษาผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

๑) การหาการให้บริการรักษาได้ง่ายๆ และการเข้าถึงการบริการรักษา การให้บริการรักษาจะต้องหาได้ง่ายๆ สามารถเข้าถึงได้ ราคาไม่แพง และได้รับการพิสูจน์ โดยการศึกษาวิจัยแล้วว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร สำหรับทุกคนที่ต้องการได้รับการสนับสนุน

๒) การตรวจคัดกรอง การประเมินผล การตรวจวินิจฉัย และการวางแผนการรักษา เป็นพื้นฐานการรักษารายบุคคล ที่จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาได้

๓) การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง ควรศึกษาข้อมูลแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์โดยการศึกษาและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ใน การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างละเอียด เพื่อเลือกวิธีการรักษา

๔) การรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย กระบวนการรักษาแก้ไขปัญหาติดยาเสพติด โดยค่อยๆ แทรกแซงให้คำปรึกษาให้กับผู้ป่วยยาเสพติด ให้ผู้ป่วยยาเสพติด สมัครใจเข้ารับการรักษา

๕) กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อยหลายกลุ่มต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงหญิงตั้งครรภ์ บุคคลที่มีโรคร่วมทางกายหรือทางจิต กรรมกร ชนกลุ่มน้อยที่มี เชื้อชาติหรือประเพณีและวัฒนธรรมที่ต่างไปจากคนกลุ่มใหญ่ และผู้คนที่อยู่อาศัย

๖) การรักษาพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรม ทางอาญา พฤติกรรมการติดยาเสพติด ควรจะถือเป็นสถานะสุขภาพ และผู้ป่วยที่ติดยาแต่ละคนควรจะได้การรักษาในระบบการดูแลสุขภาพแทนนำไปดำเนินคดีตามระบบยุติธรรม ทางอาญา โดยใช้การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นทางเลือกแทนการจำคุก

๗) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของชุมชน การมีส่วนร่วมและการปลุมนิเทศผู้ป่วย การตอบสนอง โดยการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการติดยาเสพติด สามารถส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง

รวมทั้งการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้เสียในท้องถิ่นที่เข้มแข็งมากขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนการระดมทุนแบบชุมชน

๘) การให้บริการการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โดยวิธีปรับปรุงคุณภาพของการบริการ ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งสำคัญที่การให้บริการรักษาจะต้องมีการกำหนดข้อปฏิบัติ ที่ชัดเจน เช่น นโยบาย วิธีการรักษา โครงการ กระบวนการ คำจำกัดความของบทบาทหน้าที่ ของผู้ประกอบการวิชาชีพ การกำกับดูแล และแหล่งการเงิน

๙) ระบบการรักษา: การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการ แนวทางปฏิบัติในเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงอย่างเป็นระบบ ในเรื่องการใช้สารเสพติดและต่อบุคคลที่ต้องการการรักษา จะมีประโยชน์สูงสุด แนวทางนี้ รวมถึงขั้นตอนการดำเนินงานที่สมเหตุสมผล ตามลำดับขั้นตอนที่สามารถแสดงความเชื่อมโยง ระหว่างนโยบายกับการประเมินความต้องการ การวางแผนการรักษา วิธีการดำเนินงาน และการติดตามและการประเมินผล

บทบาทหน้าที่ หน่วยงาน ในการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) หน่วยงานหลักภายใต้การดำเนินงาน CBTx ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/โรงพยาบาลชุมชน ท้องถิ่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง โดยสรุปบทบาทได้ดังนี้

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ตั้งทีม/ชุดปฏิบัติการหมู่บ้าน - ประชาคมหมู่บ้าน/ค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด - กำหนดธรรมนูญชุมชน - สร้างฐานข้อมูลชุมชน - นักจัดการรายกรณี (Case manager: CM) ภาคประชาชน และการติดตาม อย่างต่อเนื่อง - กำหนดแผนงานและ กิจกรรมในชุมชน เช่น การรณรงค์ป้องกัน ยาเสพติด การงดเหล้าเข้าพรรษา การงดเหล้าในงานสังสรรค์อื่นๆ TO BE NUMBER ONE กีฬา การเยี่ยมบ้าน ทาที่อยู่อาศัย สร้างบ้าน ทาทุน สวัสดิการ และการประกอบอาชีพ ฯลฯ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน - เพิ่มช่องทางในการบำบัด เช่น การบำบัดทางออนไลน์ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบออนไลน์ - การรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต - การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คณะกรรมการชุมชน CBTx เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ปรึกษาตลอดการดูแลผู้ป่วย - การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
ท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนด้านงบประมาณ เงินทุนในการดำเนินการ - ช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่ผู้ป่วย - จัดหาสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม - ประสาน ส่งต่อ เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ทั้งในชุมชนและสถานพยาบาล
ตำรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - ปราบปรามผู้ค้ารายใหญ่รายย่อยสกัดกั้นการนำยาเสพติดเข้ามาในพื้นที่ชุมชน CBTx - ดำเนินการจัดการสถานที่ที่เป็นแหล่งมั่วสุม - ประสาน ส่งต่อ เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ทั้งในชุมชนและสถานพยาบาล - ดูแลความปลอดภัยในชุมชน - ร่วมติดตาม ป้องกัน เพื่อลดการเสพยา
ฝ่ายปกครอง	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุน สั่งการ นโยบายชุมชนเข้มแข็ง - สนับสนุนการคัดกรอง ค้นหา และส่งต่อ - ดำเนินการจัดการสถานที่ที่เป็นแหล่งมั่วสุม - ร่วมสกัดกั้นการนำยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ชุมชน CBTx - สนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานในชุมชน
NGOs	<ul style="list-style-type: none"> - การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด - ประสานการช่วยเหลือแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - การขยายบริการในเชิงรุก (Outreach program)

นอกจากนี้ ยังมีบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำกับติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน และติดตามการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

๑) บูรณาการกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี (ศอ.ปส.จ.อบ.) และตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานยาเสพติด

๒) รายงานผลการคัดกรอง การบำบัด การติดตามเยี่ยม ในเวทีประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการยาเสพติดจังหวัดอุบลราชธานี

๓) ควบคุม กำกับ การบันทึกข้อมูลการคัดกรองจากศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล ลงในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของ ประเทศ (บสต.)

๔) นักจัดการระบบ (System Manager: SM) รวบรวมข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติดจากตำรวจ และกรมการปกครอง (NISPA) เพื่อนำผู้ป่วยยาเสพติดมาคัดกรอง และเข้าสู่กระบวนการบำบัด รวมถึงการหาอุบัติเหตุการของการใช้ยาเสพติดในพื้นที่

๕) จัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด หน่วยงานในสังกัด ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ไตรมาสละ ๑ ครั้ง และจัดประชุมภาคีเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปีละ ๒ ครั้ง

๖) ส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลชุมชนมีพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด และแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านยาเสพติดระยะสั้น

๓.๒ แนวความคิด

แนวความคิดการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นิยาม การดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยมี พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการดังนี้ ๑) นายอำเภอ เป็นประธาน ๒) กรรมการภาครัฐ ไม่เกิน ๖ คน ๓) กรรมการภาคเอกชน ไม่เกิน ๖ คน ๔) กรรมการภาคประชาชน ไม่เกิน ๗ คน ๕) สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ ๖) นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๒, ๓, และ ๔. ไม่เกิน ๒ คนเป็นเลขานุการร่วม

อำนาจหน้าที่

- ๑) กำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย
- ๒) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐ
- ๓) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วน โดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ
- ๔) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหา ให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้
- ๕) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ๖) ประสานหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ ส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ๗) ปฏิบัติการอื่น ตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ด้วยการดำเนินการของชุมชนเอง ภายใต้ แนวคิด การวางแผน การออกแบบ การกำหนดวิธีการดำเนินงานตามศักยภาพและบริบท ของชุมชนนั้นๆ โดยการสนับสนุนด้านวิชาการในการดำเนินกิจกรรมจากหน่วยงานภาครัฐ ที่สำคัญ คือ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ที่ใกล้ชิดชุมชน เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต). โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และมีการบูรณาการให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงต้องมีความร่วมแรงร่วมใจให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทางด้านสังคมจากทุกภาค ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกัน คือ ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาและสารเสพติดในชุมชน

การดำเนินงานการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การขับเคลื่อนการดำเนินงานการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ซึ่งจะช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

ประชาชนเป็น ศูนย์กลาง โดยกระบวนการตั้งแต่กำหนดเป้าหมาย การขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหา การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ให้คำปรึกษาและการติดตามประเมินผล โดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

๑) ประชาชนในพื้นที่เป็นเจ้าของ มีการประชาคมเพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระบวนการ AIC ประกอบด้วย การสร้างความรู้ (Appreciation: A) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

๒) มีการดำเนินการในชุมชน เสมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดย ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษา มีการคัดกรองเบื้องต้น ส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิน ความสามารถในการดูแล รวมถึงติดตามผู้ป่วยให้มาตามนัด และการติดตามหลังการรักษา การส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับ การบำบัด การคัดกรองความรุนแรงของการติดยาเสพติด ทั้งนี้รวมถึงการค้นหาเชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด

๓) ชุมชนร่วมออกแบบการช่วยเหลือโดยชุมชนเอง ซึ่งรูปแบบสามารถดำเนินการ ได้อย่างหลากหลาย ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติด ปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการในการดำเนินการบำบัดรักษา

๔) ระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน ซึ่งครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วยที่พบในชุมชนทุกกลุ่ม จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน OAS SCORE แบ่งผู้ป่วยเป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มสีแดง คือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ๑๙๑ เพื่อนำสู่กระบวนการทางกฎหมายหรือกระบวนการบำบัดรักษาต่อไป เมื่อพ้นจากอาการวิกฤติ หรือผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนได้ ตามการวินิจฉัยของแพทย์ ที่ทำการรักษา พชอ. ส่งเสริมสนับสนุน เตรียมความพร้อมครอบครัว ชุมชน ในการรับผู้ป่วยกลับมาดูแลในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือครอบครัวในการติดตามการกินยาต่อเนื่อง ของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคมต่อไป

กลุ่มสีส้ม คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน มี ๕ สัญญาณเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไป เดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มหนักต้องจัดการภายใน ๒ ชั่วโมง คณะกรรมการ พชอ. สามารถ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยกู้ชีพ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ หรือ ประสาน ตำรวจ ๑๙๑ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน จะดำเนินการรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม และอยู่ในระยะอาการสงบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบผู้ป่วยนอกหรือ ผู้ป่วยใน ต้องมีการกินยาอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการ พชอ. สามารถ ออกแบบการติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา หรือการเข้ารับการรักษาตามนัดรวมถึงวางแผนในด้านการสร้างอาชีพ สร้างรายได้ ในกรณีที่มีผู้ป่วยต้องการ การช่วยเหลือ

กลุ่มสีเขียว คือ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและไม่มีอาการทางจิตเวชร่วม กลุ่มนี้สามารถบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยไม่ต้องส่งต่อ ซึ่งชุมชนอาจออกแบบ โดยการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ ครอบครัว เช่น การสร้างแรงจูงใจให้หยุดใช้ยาเสพติด การประกาศเป็นชุมชนสีขาว ห้าม การขายยาเสพติดในชุมชน การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การดูแลต่อเนื่องใน การติดตาม

การใช้ยาเสพติด การช่วยเหลือทางสังคม ศาสนบำบัด การทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในรูปแบบค้างคืนและไป-กลับ การฝึกอาชีพกับประชาชนชาวบ้าน โดยรูปแบบการดูแลที่ไม่จำกัดขึ้นกับทรัพยากรที่มีในชุมชน ฯลฯ

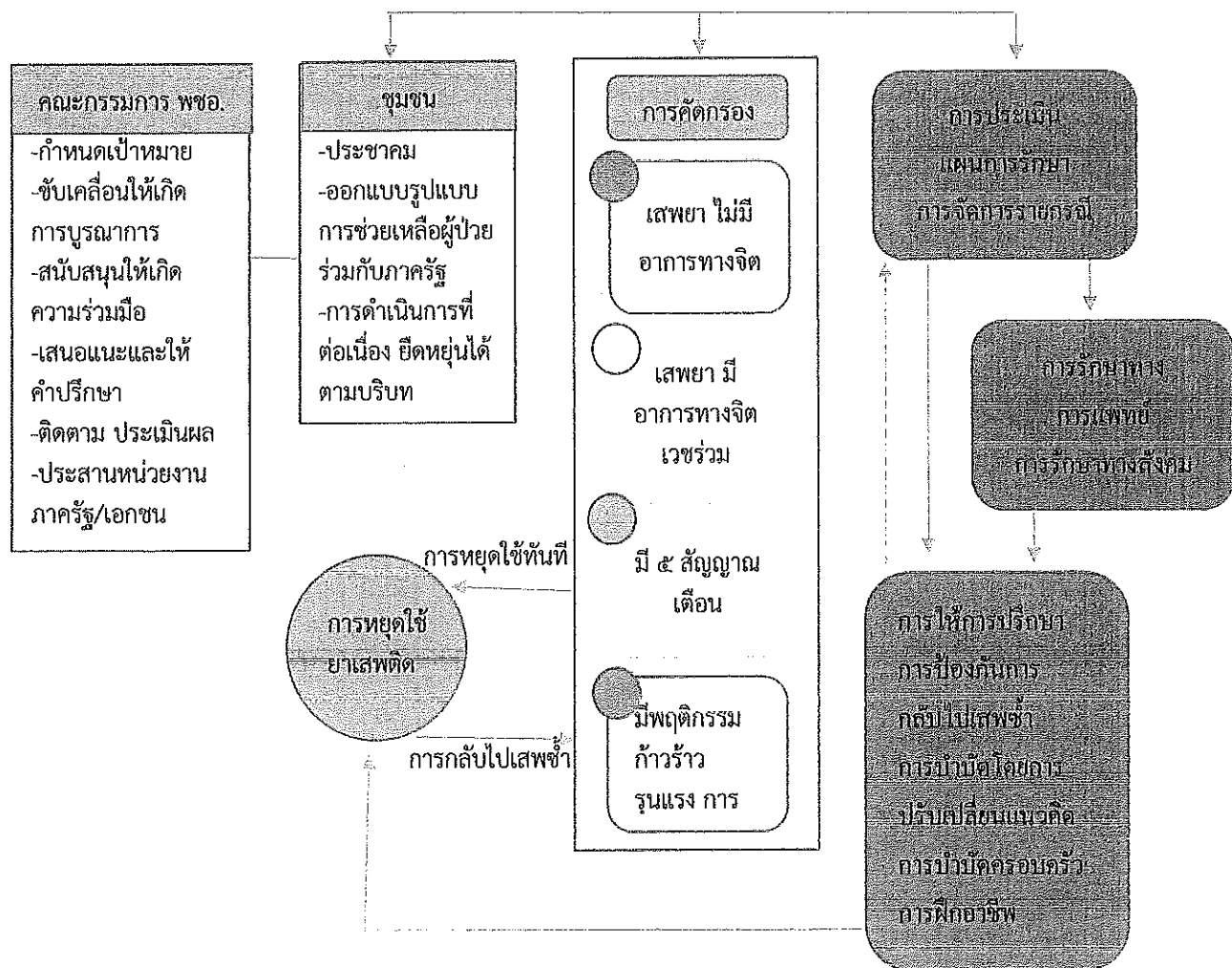
๕) มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน เป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่ง ของการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนจะไม่เจ็บป่วยพร้อมกัน และไม่หายพร้อมกัน การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงระยะเวลาใด เวลาหนึ่งจะเป็น จุดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน สะท้อนความเข้มแข็งของชุมชน

๖) บูรณาการการฟื้นฟูสภาพทางสังคมในชุมชน ทั้งด้านอาชีพ รายได้ การศึกษา ฯลฯ โดยในการสนับสนุนส่งเสริมของคณะกรรมการ พชอ.

๗) กระบวนการเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ ซึ่งปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ

๘) การดำเนินการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคมโดยการบูรณาการความร่วมมือทั้งจากภาคีเครือข่าย และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ไม่มีค่าใช้จ่าย เพียงใช้พลังความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินการสามารถปรับไปตามบริบทพื้นที่ สภาพปัญหา ระดับความรุนแรง ตามกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งกรอบแนวคิดในการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แสดงใน ภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



สรุปขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน(Community Based Treatment : CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีดังนี้

๑) วิเคราะห์ข้อมูล เลขาธิการคณะกรรมการ พชอ. ทำหน้าที่ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น จำนวน สัดส่วน คุณลักษณะทั่วไปของผู้เสพยาเสพติด ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ฯลฯ

๒) นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ. ภายใต้การดำเนินของคณะกรรมการ พชอ. สาธารณสุขอำเภอในฐานะเลขานุการ คณะกรรมการ พชอ. สรุปสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด สภาพปัญหา และความรุนแรงของปัญหา เสนอเข้าที่ประชุม เพื่อหารือ แสดงความคิดเห็นวางมาตรการในการจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหา

๓) การเตรียมชุมชน คณะกรรมการ พชอ. สามารถใช้รูปแบบ วิธีการใดก็ได้ในการเตรียมชุมชน ให้ความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในชุมชน การประชาคมเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ที่สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น มีการแสดงออกของความคิด เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเสพติดที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องร่วมมือกันในการแก้ไข ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๔) การประชุมภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะกรรมการ พชอ. โดยสาธารณสุขอำเภอในฐานะเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. สามารถรวบรวมข้อมูลและเชิญคณะกรรมการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน CBTx เข้าร่วมประชุม เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

๕) การเตรียมกิจกรรม รูปแบบกิจกรรมการบำบัดสามารถออกแบบได้โดยชุมชน โดยชุมชนเป็นฐาน และสามารถบูรณาการกับชุมชนยั่งยืนของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โครงการชุมชนเข้มแข็ง ของกระทรวงมหาดไทย หรือโครงการอื่นๆ ที่มีในการเตรียมความพร้อมของชุมชน โดยใช้ ทรัพยากรที่มีในชุมชน

๖) การดำเนินการในพื้นที่ การดำเนินกิจกรรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแนวทาง คือเหมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อมีผู้ป่วยสามารถพร้อมให้การบำบัด ช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ และบริบทของผู้ป่วย

๗) การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน คณะกรรมการ พชอ. สามารถติดตามและประเมินผลการบำบัด เพื่อรวบรวม รายงานเข้าที่ประชุมคณะกรรมการทุกเดือน โดยการรายงานผลการติดตาม สามารถรายงานได้ตามวัตถุประสงค์การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น สถานการณ์ผู้ป่วยมีอาการทุเลา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการกินยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการ ทางจิตกำเริบ มีอาชีพ มีรายได้ การได้รับการศึกษาเพิ่มเติม สัมพันธภาพของครอบครัวดีขึ้น การไม่กลับไปเสพยา

๓.๓ ข้อเสนอ

๓.๓.๑. ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนต้องร่วมกันวางแผนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน จัดระบบการบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมไปถึงการส่งต่อไปรับการบำบัดในสถานพยาบาลยาเสพติด

๓.๓.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมไปกับการบำบัด ผ่านโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

๓.๓.๓ ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๓.๔.๑ การโยกย้าย ปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในภาครัฐ มีผลกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๓.๔.๒ การดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง หากดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก เมื่อเสร็จสิ้นโครงการจะขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน

๓.๔.๓ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขาดความต่อเนื่องทั้งจากฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสาธารณสุข

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๓.๕.๑ กำหนดการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นนโยบายและเป็นวาระจังหวัด เพื่อให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคีเครือข่ายดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

๓.๕.๒ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาและต่อยอด มอบรางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

๓.๕.๓ ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บรรจุกการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในแผนปฏิบัติการ เพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่ให้ครอบคลุม ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัด ติดตามเยี่ยม ฝักอาชีวะ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ทราบรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) แบบบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒ ทราบแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) แบบบูรณาการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

๑) ร้อยละ 90 ของผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในระบบสมัครใจได้รับการบำบัดรักษาเสพติดตามความเหมาะสม และผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตได้รับการส่งต่อ ตามระบบ

๒) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดได้รับการบำบัดรักษาครบโปรแกรม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Complete Rate) ร้อยละ 80

๓) อัตราการหยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือน (Remission Rate) ร้อยละ ๖๐

๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑) มีการบูรณาการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒) ชุมชนมีความเข้มแข็ง แก้ไขปัญหายาเสพติดได้ภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน

(ลงชื่อ)

(นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๒/มิถุนายน/๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

1

๒.๕ วางแผนการดำเนินงานการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยให้คำปรึกษาและส่งต่อ เพื่อให้การยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัย

๒.๖ การพัฒนาคุณภาพงานวิจัย/R๒R จังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพงานวิจัย/R๒R ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดจังหวัดอุบลราชธานีพร้อมทั้งกำกับ ติดตาม และประเมินผล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพงานด้านพัฒนางานวิจัย/R๒R

๒.๗ วางแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ จัดทำ แผนพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) พร้อมทั้งกำกับ ติดตาม และประเมินผล ในภาพรวมจังหวัด อุบลราชธานี

๒.๘ วางแผนการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อนุรักษ์สมุนไพรหายาก และสืบสานภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านทุกสาขา

๓. ด้านการประสานงาน

๓.๑ ประสานความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

๓.๒ ประสานให้ข้อมูล เสนอแนะ และข้อคิดเห็นในการจัดรูปแบบ การจัดกิจกรรมและจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

๓.๓ ประสานการทำงาน โดยให้ความคิดเห็น คำแนะนำ กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบในจังหวัดที่มีสุขภาพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๓.๔ ประสานความร่วมมือ และการทำงานและบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๔. ด้านการบริการ

๔.๑ ให้บริการวิชาการทางการแพทย์สาธารณสุข ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้ให้บริการและสาธารณสุขที่รับผิดชอบ รวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุน การพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อเสริมสร้างสุขลักษณะที่ดีของประชาชน

๔.๒ ดำเนินการ ถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการหรือเทคโนโลยีแก่ผู้ได้บังคับบัญชา และบุคคลภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นความรู้และให้สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้มีประสบการณ์น้อยกว่า

๔.๓ ดำเนินการจัดทำเอกสาร ตำรา คู่มือ เอกสารสื่อเผยแพร่ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการเรียนรู้และความเข้าใจในระดับต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในด้านสาธารณสุข

๔.๔ ปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๕ นิเทศ ติดตาม กำกับดูแล และประเมินผล ด้านการสาธารณสุข และพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๔.๖ ให้บริการข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและจัดเก็บข้อมูล เพื่อนำมาพัฒนางานต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – มกราคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ มีความรู้ (Knowledge) และเห็นถึงความสำคัญของยาสมุนไพรไทยและสรรพคุณทางสมุนไพรที่ใช้ในชุมชน เช่น ขมิ้นชัน, ฟ้าทะลายโจร, และว่านหางจระเข้ รวมถึงวิธีการใช้และการปลูกสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ

๓.๒ มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรมผู้สูงอายุให้สามารถใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

๓.๓ มีประสบการณ์ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน

๓.๔ มีความเข้าใจในบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น ในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนในอำเภอพิบูลมังสาหาร เพื่อให้โปรแกรมสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจทักษะการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงสมุนไพรง่ายขึ้น

๓.๕ จัดระบบการติดตามและประเมินผลการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ เช่น ความดันโลหิต น้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด

๓.๖ สามารถประสานความร่วมมือและแนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

๔.๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสมุนไพรไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาและทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ จึงกำหนดให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาที่เป็นระบบอย่างยั่งยืนขึ้นโดยคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการยกร่างแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ แผนแม่บทฉบับนี้นอกจากจะมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและรักษาภูมิปัญญาอันทรงคุณค่าเกี่ยวกับสมุนไพรไทยแล้วยังมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการผลิตและใช้ประโยชน์สมุนไพรไทยอย่างมีคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพและครบวงจร ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของสมุนไพรไทย และการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจของไทย (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๒๕๖๐)

ซึ่งจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทยที่มีเจตนารมณ์มุ่งเน้น ส่งเสริมศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการพัฒนาระบบจากยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อให้ชาติมีความมั่นคง ช่วยระบบเศรษฐกิจของชาติ ได้ จึงสนับสนุนการพัฒนาและการหันกลับมาใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพรในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งหนึ่งในยาสมุนไพรที่ปรากฏในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจุบันความต้องการใช้สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งเนื่องมาจากความสนใจในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ และสมุนไพรสามารถเปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค โดยอุตสาหกรรมสมุนไพรได้รับการคาดการณ์ว่าเป็นอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพและสามารถสร้างความยั่งยืนในฐานะส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมเป้าหมาย ทั้งอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพและกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต นอกจากนี้ ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงบริษัทที่คาดการณ์ว่าจะส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ๒๕๖๐) ทั้งในส่วนของลักษณะการเจ็บป่วย และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ ส่งผลให้มีแนวคิดในการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรคและเสริมสร้างสุขภาพ กระแสความตื่นตัว ในเรื่องของการใช้สมุนไพรกับการดูแลสุขภาพ (Samranbua & Thamchareontakul, ๒๐๑๗) มากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากยาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บบางชนิดให้หายขาดได้ ประชาชนส่วนใหญ่จึงเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Thasatan, Homsin, Srisuriyawet & Klajon, ๒๐๑๕) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนจำแนกเป็น ๓ ด้าน ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชาชนผู้บริโภคสมุนไพร ได้แก่ ความรู้ เจตคติของประชาชนในการใช้ยาสมุนไพร ความต้องการใช้ยาของผู้ป่วยและการส่งเสริมใช้ยาสมุนไพรจากครอบครัว รายได้ ความสะดวกในการจัดหา

สมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในการรักษาโรคในชีวิตประจำวัน การปลูกพืชผักพื้นบ้านที่เป็นสมุนไพรไว้ในครัวเรือน การส่งเสริมความรู้ทางวิชาการเรื่องการใช้สมุนไพรที่เหมาะสมกับโรค อาชีพของประชาชน ความเชื่อมั่นต่อการใช้ยาสมุนไพร (Zaffani, ๒๐๐๖) ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้แก่ ความเหมาะสมของราคากับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร ช่องทางการจัดจำหน่ายและการส่งเสริมการตลาด คุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร (Welna, ๒๐๐๓) ข้อมูลผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ถูกต้อง และปัจจัยด้านผู้ส่งจ่ายยา ได้แก่ ผู้ส่งจ่ายยาไม่รู้จักขนานยา และสรรพคุณ ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยา ด้วยปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในประชาชน รวมถึงผู้ส่งจ่ายยา

จากการศึกษาเอกสารวิชาการ ตำรา แนวคิดทฤษฎี รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพจำแนกเป็น ๓ ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้บริโภคสมุนไพร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ สถานะสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงยาสมุนไพร ความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาสมุนไพร ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ราคา ข้อมูลผลิตภัณฑ์ คุณภาพ และการจัดจำหน่าย และปัจจัยด้านผู้ส่งจ่ายยา ได้แก่ ความรู้ และความเชื่อมั่น ในผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร หากแต่งงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรนั้น ได้พบว่า กลับมุ่งศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมความรู้ เจตคติ พฤติกรรมและการเข้าถึงยาสมุนไพรด้วยการจัดหายาสมุนไพรให้กับประชาชน แต่ยังคงขาดการส่งเสริมความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาสมุนไพร เช่นเดียวกันกับผู้ส่งจ่ายยาที่มักส่งเสริมเฉพาะความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ แต่ยังคงขาดการส่งเสริมในเรื่องความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาสมุนไพร ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นในการส่งเสริมการนำพืชสมุนไพรที่จัดหาได้สะดวกเพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นที่สามารถนำมาใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันให้ผู้สูงอายุในอำเภอพิบูลมังสาหาร สามารถดูแลสุขภาพของตนเองแบบพึ่งพาตนเองโดยใช้สมุนไพรไทย โดยเน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอพิบูลมังสาหาร เข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒) เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

๓) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

๔) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

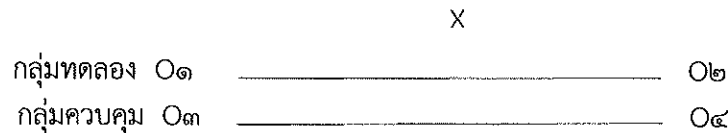
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษา และประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ ประชากร
- ๓.๔ กลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ๓.๖ การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- ๓.๗ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- ๓.๘ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๙ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๑๐ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๓.๑๑ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) โดยกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบแผนการวิจัยเป็นแบบ Pretest-Posttest control groups design โดยจะรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง ๒ กลุ่ม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๖ – มกราคม ๒๕๖๗ เป็นเวลา ๘ สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



โดยกำหนดให้

- O๑O๓ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- O๒O๔ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ภาพที่ ๓.๑ แบบแผนการทดลอง

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๑,๘๘๐ คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน ๑๐,๒๓๕ คน เพศหญิงจำนวน ๑๑,๖๔๕ คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร, ๒๕๖๖)

๓.๒.๒ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน ๖๐ คน ไม่สุ่มประชากรที่ถูกสุ่มแล้วขึ้นมาอีก แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน ๓๐ คน และกลุ่มควบคุม จำนวน ๓๐ คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารได้ดี เข้าใจ และสามารถพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ

4. ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้น
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกว่าอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ยินยอมขณะเข้าร่วมกิจกรรม
2. เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ ๘๐
3. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การคัดเลือกประชากร จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้ากลุ่มตัวอย่างจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เข้ากลุ่ม กลุ่มละเท่าๆกัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของการวิจัยแบบ ๒ กลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (ประพิมศรี หอมฉุย, ๒๕๖๒)

สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \times 2 \times (S)^2}{d^2}$$

เมื่อ

n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z_α คือ ค่าความเชื่อมั่นที่ต้องการสำหรับการทดลอง
ระดับนัยสำคัญ .๐๕ มีค่าเท่ากับ ๑.๙๖

S คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

d² คือ ขนาดอิทธิพล

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณโดยใช้ Power analysis ซึ่งอ้างอิงจากผลการศึกษาที่ผ่านมาเรื่อง ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยหาคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ ๘๐.๘ และ ๖๓.๖๖ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณได้จากสูตร

$$\bar{d}_2 = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{S_c}$$

เมื่อ

\bar{d}_2	คือ	ขนาดอิทธิพล
\bar{X}_E	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{X}_C	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

แทนค่าจากสูตร จะได้

$$\bar{d}_2 = \frac{80.8 - 63.66}{22.22} = 0.77$$

ดังนั้น การให้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วมาหาขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งได้จากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณหาค่าจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ได้กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เพื่อควบคุม Type II Error แบบมีจำนวนมากและเท่ากัน (Large n, equal n) เท่ากับ 0.8 และค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ได้ค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.61 (ประพิมศรี หอมอุย, 2562)

แทนค่าจากสูตร จะได้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 2 \times (1.61)^2}{0.77} = 25.83 = 26 \text{ คน}$$

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 26 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดปัญหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากการออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลางคันและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 ของขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มละ 4 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมานวดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Precede Model และ Self-efficacy ประกอบด้วยการพัฒนาข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการรับรู้ความสามารถในตนเอง ได้แก่

๑) สื่อการสอน ได้แก่ คู่มือการใช้ยาสมุนไพร ตัวอย่างยาสมุนไพร พืชสมุนไพร เครื่องมือการทำยาสมุนไพร

๒) แผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นเตือนโดยการประชาสัมพันธ์ จากแพทย์แผนไทยในชุมชน ซึ่งมีแผนการจัดกิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ เจตคติเรื่องการใช้ยาสมุนไพร การสาธิตฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และการกระตุ้นเตือนจากการออกเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามข้อมูล เพื่อให้เกิด

ประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม ใช้ระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ เป็นการชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ ๒ เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้การดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ ๓ เป็นกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ ๔ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ ๕ เป็นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

โดยมีแผนในการกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ดังตารางที่ ๓.๑

ตารางที่ ๓.๑ แสดงโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

แผนกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อการสอน	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	เพื่อชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	ชี้แจงวัตถุประสงค์/ลักษณะกิจกรรม/ระยะเวลาในการเข้าร่วม	การบรรยาย	1-2 ชั่วโมง	-	-
กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)	เพื่อส่งเสริมความรู้การดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	- ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ - ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรเบื้องต้น - โรคหรืออาการที่ใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาและรักษา	-บรรยายให้ ความรู้ - ชักถามและ สังเกต การมีส่วนร่วม	3 ชั่วโมง	power point	แบบทดสอบ ความรู้ เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร

ตารางที่ ๓.๑ แสดงโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

แผนกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เวลา	สื่อการสอน	การประเมินผล
กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-4)	เพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	-การเลือกใช้ยาสมุนไพรได้ถูกต้อง ถูกวิธี ถูกขนาด และถูกโรค	-การสาธิต -การฝึกปฏิบัติการใช้ยาสมุนไพรรักษาตามกลุ่มอาการโรค	5 ชั่วโมง	-ยาสมุนไพร -อุปกรณ์การปรุงยา -power point	-แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติการใช้สมุนไพร
กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5)	เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพูดคุยและเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นการเล่าเรื่องประสบการณ์เชิงบวกและประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยาสมุนไพร	แลกเปลี่ยนเรียนรู้	5 ชั่วโมง		-แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพร -แบบสอบถามพฤติกรรม
กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6-7-8)	เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรให้กับผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี	- การติดตามผล -การให้คำแนะนำ - การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร	- ประชุมกลุ่มเพื่อติดตามเยี่ยม - การออกเยี่ยมบ้าน - ใช้การติดต่อผ่านสื่อสังคมออนไลน์	1 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร (หลังทดลอง) -แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

หมายเหตุ : ประเมินหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ ๘

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง ๒ กลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น ๕ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานภาพ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ตอนที่ ๒ แบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร มีลักษณะคำถามเป็นแบบชนิด

เลือกตอบ “ถูก” “ผิด”

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้ ๑ คะแนน

ตอบผิด ให้ ๐ คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร โดยใช้เกณฑ์คิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม ดังนี้

ระดับความรู้ดี ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
(๑๐ -๑๒ คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ ๖๐ - ๗๙.๙๙
(๘- ๙ คะแนน)

ระดับความรู้ต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ ๕๙.๙๙
(๐-๗ คะแนน)

ตอนที่ ๓ แบบประเมินความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วย ให้ ๓ คะแนน

เฉยๆ ให้ ๒ คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ ๑ คะแนน

เกณฑ์การพิจารณา ระดับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร แบ่งออกเป็น ๓ ช่วง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ ๕๙.๙๙

ระดับคะแนนปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ ๖๐ -๗๙.๙๙

ระดับคะแนนสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

ตอนที่ ๔ แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่”

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบใช่ ให้ ๑ คะแนน

ตอบไม่ใช่ ให้ ๐ คะแนน

เกณฑ์การพิจารณา ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบ่งออกเป็น ๓ ช่วง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ ๕๙.๙๙

ระดับคะแนนปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ ๖๐ -๗๙.๙๙

ระดับคะแนนสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

ตอนที่ ๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็น ๓ ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความเชิงบวก

ไม่เคยปฏิบัติ	๑	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	๒	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	๓	คะแนน

ข้อความเชิงลบ

ไม่เคยปฏิบัติ	๓	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	๒	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	๑	คะแนน

เกณฑ์การพิจารณา ระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร แบ่งออกเป็น ๓ ช่วง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ ๕๙.๙๙
ระดับคะแนนปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ ๖๐ -๗๙.๙๙
ระดับคะแนนสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

๓.๓.๑ การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม

๑. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

๑) ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างแบบสอบถาม

๒) กำหนดกรอบแนวคิดและโครงสร้างของงานวิจัยเพื่อนำมาสร้างรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

๓) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของโปรแกรมและตรวจสอบ IOC นำผลมาปรับแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอ ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย

(๑) นายวานิช สายเย็น	สาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร
(๒) ดร.จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาตาล
(๓) ดร.ชนาธิป ศรีสุระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนในแต่ละข้อออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ให้ ๑ เมื่อข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ ๐ เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุม

ตัวแปรการวิจัย

ให้ -๑ เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนซึ่งถ้าค่า IOC มีค่ามากกว่า ๐.๕ ขึ้นไปถือว่าข้อคำถามนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

๒. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

๑) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำราหรือผลการวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

๒) ศึกษาเอกสารที่ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม และกำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะนำมาใช้ในการสร้างแบบสอบถามประกอบด้วยการพัฒนาข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการรับรู้ความสามารถตนเอง

๓) สร้างแบบสอบถาม ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

๔) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

๕) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง จำนวน ๓๐ คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง (Try out) นี้จะไม่นำไปทำการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑) การหาคุณภาพของแบบทดสอบ นำแบบทดสอบความรู้มาตรวจให้คะแนนโดยให้ ๑ คะแนนสำหรับข้อที่ตอบถูก และให้ ๐ คะแนน สำหรับข้อที่ตอบผิด รวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อวัดระดับความยากง่าย (Difficulty Level) เลือกใช้ข้อความที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง ๐.๒ - ๐.๘ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยวิธี คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula ๒๐ : KR. ๒๐)

๕.๒) การหาคุณภาพของแบบสอบถาม นำมาตรวจให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ แล้วรวมคะแนนของแต่ละคน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .๘๗

๓.๓.๒ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

๑) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในการสร้างแบบสอบถามผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหา จากเอกสาร ตำราและ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบการวิจัย นำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน ๓ คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม ซึ่งได้คัดเลือกข้อคำถามที่มี ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับหรือมากกว่า ๐.๕ ขึ้นไป ถือว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม

๒) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ ราย รูปแบบของแบบทดสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้การเรียงลำดับเวลาที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Conbach's Alpha Coefficient) การวิเคราะห์ค่าต้องได้ค่ามากกว่า ๐.๗๐ ขึ้นไป จึงจะยอมรับเครื่องมือที่มีความเที่ยงหรือเชื่อถือ ดังสูตร (วาโร เฟิงส์วส์ดี, ๒๕๕๑)

สูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ

α	แทน	สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
Si^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนเป็นรายข้อ
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
St^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

๓) วิเคราะห์แบบสอบถามรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correction Analysis) ในข้อคำถามทั้งหมด หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบในการวัดความรู้ ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยการใส่สูตร KR-๒๐ ในกรณีที่เครื่องมือเป็นแบบให้คะแนน ๐, ๑ คือ ตอบไม่ใช่ให้ ๐ คะแนน และตอบใช่ ให้ ๑ คะแนน พิจารณาจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบรายข้อ โดยตัวแปรข้อคำถามใดมีค่าสหสัมพันธ์ (Corrected Item Total Correlation) จากการคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ ๐.๒ ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นจำแนกและสามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

๔) การหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ +๑ ไม่แน่ใจ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ ๐ ข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยให้ -๑ กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า ๐.๕ ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน

๓.๔ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิขงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๖ - ๑๓๓ รหัสโครงการ SSJ.UB ๑๓๓

๓.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

๑. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยตนเอง
๒. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง
๓. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .๐๕ มีขั้นตอนดังนี้

๑. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความเรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์

๒. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่และค่าร้อยละตามตัวแปรอิสระ

๓.๗ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์โดยวิเคราะห์สถิติดังนี้

๑. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพทั่วไป

๒. สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ตารางที่ ๕.๑ แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
๑. สมุนไพรทุกชนิดสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะมีอาการแพ้จากสมุนไพร	26	86.70	24	80.00
๒. ทุกส่วนของพืชสมุนไพรไม่ว่าจะเป็น ราก ใบ ดอก เปลือก ผล และ เมล็ด สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้	27	90.00	24	80.00
๓. ต้นฟ้าทะลายโจรใช้บรรเทาอาการท้องเสียอย่างรุนแรงได้	27	90.00	25	83.30
๔. น้ำดอกกระเจียวสามารถใช้ในการบรรเทาอาการไข้ได้	24	80.00	23	76.70
๕. ลูกมะแว้งเครือสามารถใช้รับประทานบรรเทาอาการ อาการ ระคายคอได้	27	90.00	24	80.00
๖. ใบบัวบกมีสรรพคุณแก้ไข้แก้ร้อนใน	24	80.00	21	70.00
๗. เหน่าขมิ้นชันใช้บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ	28	93.30	28	93.30
๘. ใบพญายอใช้รักษาโรคเรื้อรัง และงูสวัด	25	83.30	25	83.30
๙. เหน่าขิงใช้บรรเทาอาการท้องเสีย	29	96.70	27	90.00
๑๐. ใบชุมเห็ดเทศใช้บรรเทาอาการท้องผูก	25	83.30	23	76.70
๑๑. เมื่อเจ็บป่วยไม่ต้องไปพบแพทย์ให้ใช้ยาสมุนไพรใน การรักษาโรคแทนได้	26	86.70	26	86.70
๑๒. เมื่อใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้นแล้วมีอาการ แพ้ไม่ต้องรักษาปล่อยให้หายเอง	29	96.70	27	90.00

จากตารางที่ ๕.๑ พบว่า

๑. กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรโดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ เหง้าชิงชังบรรเทาอาการท้องเสีย จำนวน ๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๐ และเมื่อใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้นแล้วมีอาการแพ้ ไม่ต้องรักษาปล่อยไว้ให้หายเอง จำนวน ๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๗๐ เช่นเดียวกัน รองลงมาคือ เหง้าขมิ้นชันใช้บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๐ และ ทุกส่วนของพืชสมุนไพรไม่ว่าจะเป็น ราก ใบ ดอก เปลือก ผล และ เมล็ดสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ต้นฟ้าทะลายโจรใช้บรรเทาอาการท้องเสียอย่างรุนแรงได้ ลูกมะแว้ง เครื่องดื่มสามารถรับประทานบรรเทาอาการอาการระคายเคืองได้ ซึ่งตอบถูกจำนวน ๒๗ คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๐ ตามลำดับ

๒. กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ เหง้าขมิ้นชันใช้บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๐ รองลงมาคือ เหง้าชิงชังบรรเทาอาการท้องเสีย และเมื่อใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้นแล้วมีอาการแพ้ ไม่ต้องรักษาปล่อยไว้ให้หายเอง ซึ่งตอบถูก จำนวน ๒๗ คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๐และ เมื่อเจ็บป่วยไม่ต้องไปพบแพทย์ให้ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคแทนได้ จำนวน ๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๗๐ ตามลำดับ

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร โดยใช้เกณฑ์คิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม ดังนี้

ระดับความรู้ดี ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป (๑๐ - ๑๒ คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ ๖๐ - ๗๙.๙๙ (๘- ๙ คะแนน)

ระดับความรู้ต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ ๕๙.๙๙ (๐-๗ คะแนน)

ตารางที่ ๕.๒ แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง (n = ๓๐)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			p-value
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	
กลุ่มทดลอง	5 (16.67)	19 (63.33)	6 (20.00)	12 (40.00)	15 (50.00)	3 (10.00)	.013
กลุ่มควบคุม	6 (20.00)	18 (60.00)	6 (20.00)	7 (23.33)	18 (60.00)	5 (16.67)	.792
χ^2	19.360			.301			
p-value	.024			.685			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๕.๒ พบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๓๓ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐๐ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐๐ เช่นเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕ และภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๕.๓ แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
กลุ่มทดลอง	5 (16.67)	21 (70.00)	4 (13.33)	28 (93.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	.035
กลุ่มควบคุม	18 (60.00)	7 (23.33)	5 (16.67)	22 (73.33)	8 (20.00)	2 (6.67)	.963
X^2	23.63			5.79			
p-value	.018			.022			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๕.๓ พบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๐๐ หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับสูง จำนวน ๒๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓ และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับสูง จำนวน ๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐๐ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับสูง จำนวน ๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๓๓ และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของ

กลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เมื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕ และภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๕.๔ แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
กลุ่มทดลอง	0 (0.00)	16 (53.33)	14 (46.67)	3 (10.00)	26 (86.67)	1 (3.33)	.020
กลุ่มควบคุม	7 (23.33)	10 (33.33)	13 (43.34)	7 (23.33)	12 (40.00)	11 (36.67)	.975
χ^2	6.35			17.66			
p-value	.069			.025			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จากตารางที่ ๕.๖ พบว่า

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๓ หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๖๗ และเมื่อเปรียบเทียบเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ จำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๓๔ หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐ และเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕ และภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑) ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้จริง เช่น การใช้ฟ้าทะลายโจร แก้ไข้ หรือโพลตออาการปวดเมื่อย

๒) ช่วยลดการพึ่งพายาแผนปัจจุบันในโรคที่อาการไม่รุนแรง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

๓) เพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงคนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. หรือสมาชิกครอบครัว

๖.๒ ผลกระทบ

ด้านบวก : ๑) เพิ่มการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ

๒) พื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น และส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนผ่านการใช้และจำหน่ายสมุนไพรท้องถิ่น

๓) ส่งเสริมความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข อสม. และประชาชน

ด้านลบ : หากขาดความรู้ความเข้าใจ อาจเกิดการใช้สมุนไพรอย่างไม่ถูกต้องหรือเกินขนาด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ความหลากหลายของระดับการรู้หนังสือและความเข้าใจของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องปรับเนื้อหาให้เหมาะสม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) ขาดแคลนบุคลากรหรือวิทยากรที่มีความรู้ด้านสมุนไพรโดยเฉพาะ

๒) ทศนคติของบางกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของสมุนไพร

๓) ขาดระบบติดตามผลหรือประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ, คลิปวิดีโอสั้นๆ

๒) สร้างระบบติดตามผลและประเมินพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น แบบสอบถามหลังการอบรม

๓) ส่งเสริมให้เกิดกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุด้านสมุนไพรในแต่ละชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ” เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘


๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางปริตา วรากรโอฬาร สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

๒)-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

๓)-.....สัดส่วนของผลงาน.....-.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางปริตา วรากรโอฬาร)

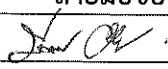
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่)๒๐/... มิถุนายน.... /... ๒๕๖๘ ...

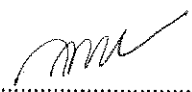
ผู้ขอประเมิน

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางปริตา วรากรโอฬาร	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(.....นางภนภวรรณ กุแก้ว.....)

ที่ปรึกษาสำนักงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
(วันที่) ๑๓ / มิถุนายน / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(.....นายคำภีร์ เขตมินทร์.....)

(ตำแหน่ง) ภัตตาคารเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

(วันที่) ๑๓ / มิถุนายน / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีพันธกิจในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน อสม. มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาโรคที่สามารถป้องกันได้ และคาดหวังให้ อสม. มีคุณลักษณะสำคัญ ๒ ประการ คือ ๑) เป็นผู้นำด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชน และ ๒) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) โดยบทบาทพื้นฐานของ อสม. ครอบคลุม ๖ ด้าน ได้แก่ การแก้ไขข้อร้องเรียน กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขในระดับชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน” ได้แก่ หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอสาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว โดย อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนใกล้ชิด เพื่อลดภาระการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ (ambulatory care sensitive conditions: ACSC) ซึ่งการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทยและการใช้สมุนไพร เป็นมรดกวัฒนธรรมที่มีคุณค่าและสะท้อนถึงภูมิปัญญาที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันรัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔) จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๔) การแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการเบื้องต้น การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และการอบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในครัวเรือน เช่น ฟ้ายาลายโจร ขมิ้นชัน และใบย่านาง ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน และสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในระดับชุมชน

การแพทย์แผนไทยเป็นมรดกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีคุณค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนไทยมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและยังคงมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านและการดูแลสุขภาพตามแนวทางการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคคลในชุมชนที่มีความสนใจและมีพื้นฐานด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็น "อาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย" จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ การพัฒนาอาสาสมัครเชี่ยวชาญฯ จะช่วยเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม สนับสนุนการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่คู่ชุมชนอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสามารถลดภาระของระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ด้วยการดูแลสุขภาพในระดับเบื้องต้นโดยอาสาสมัครที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้าน

จังหวัดอุบลราชธานีจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุมชน โดยเน้นการฝึกอบรม ถ่ายทอดองค์ความรู้ และส่งเสริมให้เกิดการนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

๒.๑ วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยให้แก่อาสาสมัครในชุมชน
- ๒) เพื่อสร้างเครือข่ายอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยที่สามารถให้คำแนะนำ และดูแลสุขภาพประชาชนในระดับเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
- ๓) เพื่อส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและสมุนไพรไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- ๔) เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์แผนไทย
- ๕) เพื่อลดภาระของระบบบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ด้วยการสร้างระบบดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็งผ่านอาสาสมัครเชี่ยวชาญ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นพื้นที่ที่มีทรัพยากรธรรมชาติหลากหลาย มีภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่ยังคงมีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค ดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ความรู้และการใช้การแพทย์แผนไทยในชุมชนยังคงกระจายตัวอยู่ในวงจำกัด และขาดกลไกในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น หากได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติมจะสามารถยกระดับศักยภาพในการให้บริการประชาชนได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่แนวคิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การใช้สมุนไพร และการรักษาแบบองค์รวม ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากทั้งภาครัฐและประชาชนจากการสำรวจเบื้องต้น พบว่าในหลายชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานีมีบุคลากรหรือผู้มีความรู้ด้านสมุนไพรและแพทย์แผนไทยที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาในรูปแบบทางการ อีกทั้งยังขาดช่องทางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระดับเครือข่าย การพัฒนาอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การมีเครือข่ายอาสาสมัครที่มีความรู้เฉพาะทาง ยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน และช่วยเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งพร้อมรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืน แม้ว่าแพทย์แผนไทยจะเป็นภูมิปัญญาที่มีคุณค่าทางวัฒนธรรมและมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในด้าน การฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค แต่ในปัจจุบันประชาชนยังขาดความเข้าใจในการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยอย่างถูกต้องและปลอดภัย ส่งผลให้การนำไปใช้ยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะเดียวกัน ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในหลายพื้นที่ยังขาดการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพหลัก ทั้งในด้านข้อมูล การวินิจฉัย และการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลแบบองค์รวม ขาดความมั่นใจจากผู้รับบริการ และมีข้อจำกัดในการบูรณาการกับระบบสุขภาพหลัก

๓.๒ แนวความคิด

แนวความคิดในการพัฒนาอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดอุบลราชธานี ควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างเครือข่ายบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อสนับสนุนระบบสาธารณสุขและสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยสามารถ“การพัฒนาอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนบนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน”

๑) ยกระดับความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย, การประคบสมุนไพร, การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน

- สนับสนุนให้อาสาสมัครเข้ารับการอบรมเพื่อรับใบรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทย

๒) พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครเชี่ยวชาญ

- สร้างระบบเครือข่ายในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครกับหมอพื้นบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข

๓) บูรณาการกับระบบสาธารณสุข

- ประสานงานกับ รพ.สต. และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

- ให้อาสาสมัครร่วมกับเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมเชิงรุก เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำสมุนไพรพื้นบ้าน

๔) สืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

- เก็บรวบรวมและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและการรักษาแบบดั้งเดิมจากหมอพื้นบ้าน

- สร้างฐานข้อมูลสมุนไพรท้องถิ่นของอุบลราชธานี

๕) ส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพชุมชน

- ส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ยาหม่อง ยาสมุนไพร ชา

- สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนด้านแพทย์แผนไทย

๓.๓ ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

๓.๓.๑ ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการบูรณาการหลักสูตรอบรมกับหน่วยงานวิชาการ และประสานการปฏิบัติกับวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย หรือมหาวิทยาลัยในพื้นที่เพื่อจัดหลักสูตรอบรมที่ได้รับการรับรอง

๒) การเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยการพัฒนาอาสาสมัครให้สามารถร่วมให้บริการนักท่องเที่ยว เช่น นวดแผนไทย หรือจัดกิจกรรมเรียนรู้สมุนไพร

๓) ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและฐานข้อมูลดิจิทัล สร้างฐานข้อมูลสมุนไพรท้องถิ่น/ตำรับยาพื้นบ้านของจังหวัดอุบลฯ ในรูปแบบแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์

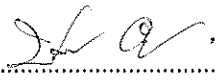
๔) สร้างแรงจูงใจและความยั่งยืน พัฒนาระบบค่าตอบแทนหรือสิทธิประโยชน์สำหรับอาสาสมัคร เช่น การรับรองสถานะวิชาชีพ หรือการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพท้องถิ่น

๓.๓.๒ ข้อจำกัด

ขาดแรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัคร อาสาสมัครอาจมีภาระงานประจำหรือมีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องได้

๓.๔ แนวทางแก้ไข

- ๑) จัดทำระบบ “เกียรติบัตร/วุฒิบัตรรับรอง” เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และมอบรางวัล “อาสาสมัครดีเด่นด้านแพทย์แผนไทย” ประจำปีระดับอำเภอ/จังหวัด
- ๒) ส่งเสริมอาชีพเสริมให้กับอาสาสมัคร เช่น การผลิตสมุนไพรเพื่อจำหน่ายในชุมชนหรือออนไลน์
- ๓) ประสานความร่วมมือกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการรับรองหลักสูตร
- ๔) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้รู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และเยาวชนในพื้นที่ ทำงานร่วมกับอาสาสมัครชุมชนเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

(ลงชื่อ) 

(นางปริตา วรากรโอฬาร)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่)/...../.....มิถุนายน.....๒๕๖๘..

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาดำเนินการ: วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ศึกษาทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาล และทบทวนความรู้มาใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด ดังนี้

ทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาปรับใช้ได้ดังนี้:

๑. ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Theory):

- แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ไม่ใช่แค่เพียงการรักษาอาการทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย

• การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ:

- ด้านร่างกาย: การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง (เช่น การให้สารน้ำที่มี Dextrose, การปรับยาอินซูลิน/ยาลดน้ำตาล), การประเมินและดูแลแผลอย่างถูกวิธี (การทำความสะอาดแผล, การปิดแผล), การสังเกตอาการแทรกซ้อน (เช่น การติดเชื้อ, ภาวะขาดน้ำ) และการให้ยาตามแผนการรักษา
- ด้านจิตใจและอารมณ์: การให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ด้านสังคม: การสนับสนุนจากครอบครัว การวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล การแนะนำแหล่งข้อมูลหรือกลุ่มสนับสนุน
- ด้านความรู้/การศึกษา: การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (อาการ, สาเหตุ, การแก้ไขเบื้องต้น), การดูแลบาดแผลหลังผ่าตัด, การจัดการอาหารและยา รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๒. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Theory):

- แนวคิด: ทฤษฎีนี้มองว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) และพยาบาลจะเข้ามาช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

• การประยุกต์ใช้:

- การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย: พยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดและแผลผ่าตัด Debridement มากน้อยแค่ไหน สามารถจัดการยา อาหาร และสังเกตอาการผิดปกติได้หรือไม่
- การส่งเสริมการดูแลตนเอง: หากผู้ป่วยมีความสามารถ พยาบาลจะส่งเสริมและให้การสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้สูงสุด เช่น การสอนวิธีการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การเตรียมอาหารที่เหมาะสม
- การชดเชยการดูแลตนเอง: หากผู้ป่วยมีความสามารถบกพร่อง (เช่น สับสนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, ปวดแผลมาก) พยาบาลจะเข้ามาให้การดูแลทดแทนหรือช่วยเหลือทั้งหมด เช่น การป้อนอาหาร การให้ยา การทำแผล การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

๓. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model):

- แนวคิด: ทฤษฎีนี้มองว่าบุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งจากภายในและภายนอก และพยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี

- การประยุกต์ใช้:

- การระบุสิ่งกระตุ้น (Stimuli): พยาบาลต้องระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (เช่น การอดอาหารก่อนผ่าตัด, การได้รับยาอินซูลิน/ยาลดน้ำตาลในปริมาณที่ไม่เหมาะสม, การออกกำลังกายมากเกินไป) และสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับแผลผ่าตัด (เช่น อาการปวด, การติดเชื้อ)
- การประเมินการปรับตัว (Adaptive Responses): ประเมินว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอย่างไร ทั้งในด้านสรีรวิทยา (ระดับน้ำตาล, การหายใจของแผล), แนวคิดในตนเอง (ความรู้สึกต่อตนเองและโรค), บทบาทหน้าที่ (การกลับไปทำกิจกรรมเดิม), และความสัมพันธ์ระหว่างกัน (การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น)
- การส่งเสริมการปรับตัว: พยาบาลจะให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เช่น การวางแผนการรับประทานอาหารและยาอย่างเหมาะสมก่อนและหลังผ่าตัด การให้ยาแก้ปวดเพื่อลดอาการไม่สบาย การให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพและฟื้นฟูตนเอง

แนวคิดสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้:

- การประเมินอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว: โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด รวมถึงอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างทันท่วงที: การให้คาร์โบไฮเดรตที่ออกฤทธิ์เร็วเมื่อมีอาการน้ำตาลตก และการให้สารน้ำที่มี Dextrose ตามแผนการรักษา
- การดูแลแผลผ่าตัดอย่างเข้มงวด: เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาเบาหวาน
- การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ: การประสานงานกับแพทย์ นักโภชนาการ และทีมอื่นๆ เพื่อวางแผนการดูแลที่ครอบคลุม
- การให้ความรู้และการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว: เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นเมื่อกลับไปที่บ้านและป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนที่แผล

โดยสรุปแล้ว การพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ต้องใช้การผสมผสานแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักคือการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ การดูแลแผลให้หายเร็วที่สุด และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะที่สถิติผู้ป่วยเบาหวานมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

ในประเทศไทยปี ๒๕๖๖ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม ๓.๓ ล้านคน

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลขนาด F๑ มี ๙๐ เตียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ๑๐๕ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๑ ชั่วโมง ๔๕ นาที ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีผู้ป่วยเบาหวานปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๒๕๐ ราย และมีรายงานว่ามีแผลที่เท้า ๑๘๐ ราย พบว่าเข้ารับการทำ Debridement ๑๐๔ ราย ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัด Debridement (การตัดเนื้อตาย) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ๑๐ ราย มักเกิดในระดับปานกลางและรุนแรงและได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ยังพบว่ามีความดันต่ำ ความดันเลือดสูง และมีภาวะปวดรุนแรง

ความสำคัญของปัญหาการพยาบาล

๑. ความเสี่ยงต่ออันตรายต่อชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง (Hypoglycemic Crisis):

- ก่อนผ่าตัด: ผู้ป่วยมักจะงดน้ำงดอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลงได้ง่ายอยู่แล้ว ยิ่งถ้าผู้ป่วยได้รับยาอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลในเลือดปริมาณมากเกินไปก่อนมาโรงพยาบาล ก็จะมีเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงเฉียบพลัน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหมดสติ ชัก และสมองขาดน้ำตาลถาวรได้
- ระหว่างผ่าตัด: แม้จะมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่การผ่าตัดเป็นภาวะเครียดที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลได้ง่าย หากระดับน้ำตาลต่ำลงมากขณะผ่าตัด อาจส่งผลต่อการทำงานของสมองและหัวใจ และทำให้การผ่าตัดไม่ปลอดภัย
- หลังผ่าตัด: ผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทันที หรืออาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ยาก

๒. ผลกระทบต่อการฟื้นตัวและการหายของแผล:

- แผลหายช้าและติดเชื้อง่าย: ผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัญหาเรื่องการไหลเวียนเลือดไม่ดีและภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้ว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำเติมอาจทำให้ร่างกายยิ่งอ่อนแอลง ส่งผลให้แผลผ่าตัด Debridement ซึ่งมักเป็นแผลใหญ่หรือแผลติดเชื้ออยู่แล้ว หายช้าลงและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำสูงขึ้นมาก
- เนื้อเยื่อเสียหายเพิ่มขึ้น: หากร่างกายขาดพลังงานจากน้ำตาลอย่างรุนแรง อาจส่งผลให้เซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับความเสียหายเพิ่มขึ้น ทำให้แผลแยก

๓. ความซับซ้อนในการประเมินและดูแลผู้ป่วย:

- อาการซ้อนทับ: อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น สับสน วิงเวียน เหงื่อออก อาจคล้ายคลึงกับอาการของภาวะอื่นๆ ที่เกิดจากการผ่าตัดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ทำให้การวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาทำได้ยากขึ้น
- การจัดการยา: การปรับขนาดยาอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่ต้องงดอาหารก่อนผ่าตัด และต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมในช่วงเวลาผ่าตัดและหลังผ่าตัดเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและการประเมินอย่างใกล้ชิด

๔. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ:

- ผู้ป่วยและญาติอาจมีความกังวลสูงทั้งในเรื่องของการผ่าตัด การฟื้นตัว และความเสี่ยงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ความร่วมมือในการดูแลตัวเองลดลง หรือเกิดความเครียดสะสมได้

ด้วยเหตุผลเหล่านี้ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องเน้น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การประเมินอาการและระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ การจัดการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรวดเร็วและถูกต้อง รวมถึง การให้ความรู้ และ เตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการผ่าตัด Debridement ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเขมราฐ
๒. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเขมราฐ
๓. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเขมราฐ

๔. วิธีการศึกษา

๑. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement จำนวน ๒ ราย
๒. เปรียบเทียบโดยการศึกษาตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลติดเชื้อ การคัดกรอง การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด
๓. รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล สรุปประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และดูแลอย่างต่อเนื่อง
๔. จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่

พยาธิสภาพ

๑. พยาธิสภาพของ Debridement หรือ การตัดเนื้อตาย

Debridement คือขั้นตอนทางการแพทย์ที่สำคัญในการกำจัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว เนื้อเยื่อที่เสียหาย หรือเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อออกจากบาดแผล เพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การทำความเข้าใจพยาธิสภาพที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำ Debridement จะช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

๑.๑ สาเหตุหลักของเนื้อเยื่อตายที่นำไปสู่การทำ Debridement

เนื้อเยื่อตายหรือเนื้อเยื่อเสียหายที่ต้องทำ Debridement มักเกิดจากสาเหตุหลักๆ ดังนี้:

- การขาดเลือดมาเลี้ยง (Ischemia): เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังเนื้อเยื่อได้อย่างเพียงพอ เซลล์จะขาดออกซิเจนและสารอาหาร ทำให้เซลล์ตายในที่สุด ตัวอย่างเช่น:
 - แผลกดทับ (Pressure Ulcers): เกิดจากการกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไม่ไหลเวียนไปยังบริเวณนั้น
 - โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ (Peripheral Artery Disease - PAD): การตีบแคบของหลอดเลือดแดงทำให้เลือดไปเลี้ยงแขนขาได้ไม่เพียงพอ
 - ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis/Embolism): การอุดตันของหลอดเลือดเฉียบพลัน
- การติดเชื้อ (Infection): การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา หรือเชื้ออื่น ๆ อย่างรุนแรง โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียที่ผลิตสารพิษ สามารถทำลายเนื้อเยื่อรอบข้างได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดหนอง เนื้อเยื่อเน่าเปื่อย (Gangrene) และเนื้อตาย (Necrosis) ที่จำเป็นต้องกำจัดออก
 - เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบจากแบคทีเรีย (Cellulitis) รุนแรง: การติดเชื้อที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว
 - เนื้อตายเน่าจากก๊าซ (Gas Gangrene): การติดเชื้อแบคทีเรีย Clostridium perfringens ที่สร้างก๊าซและทำลายเนื้อเยื่ออย่างรวดเร็ว
 - ภาวะติดเชื้อที่ทำให้เกิดเนื้อตาย (Necrotizing Fasciitis): การติดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรงและรวดเร็ว ทำลายชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ
- การบาดเจ็บ (Trauma): การบาดเจ็บรุนแรง เช่น การฉีกขาดของเนื้อเยื่อ การถูกของมีคมบาดลึก การถูกกระแทกอย่างแรง หรือแผลไหม้ อาจทำให้เนื้อเยื่อเสียหายเกินกว่าที่จะฟื้นตัวได้
 - แผลไหม้ (Burns): ความร้อนสูงทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดเนื้อตาย
 - การบาดเจ็บจากการบดขยี้ (Crush Injuries): แรงบดขยี้ทำลายโครงสร้างเซลล์และหลอดเลือด
- การได้รับสารเคมี (Chemical Exposure): สารเคมีบางชนิดสามารถกัดกร่อนและทำลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดเนื้อตาย

- **โรคประจำตัวบางชนิด:** ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน อาจมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลเรื้อรัง เนื้อเยื่อตาย และการติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ ทำให้ต้องทำ Debridement บ่อยครั้ง

๑.๒ พยาธิสภาพเมื่อเกิดเนื้อเยื่อตาย

เมื่อเนื้อเยื่อตายไปแล้ว ร่างกายจะไม่สามารถซ่อมแซมส่วนนั้นได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ และเนื้อตายเหล่านั้นจะกลายเป็น:

- **แหล่งเพาะเชื้อโรค:** เนื้อตายเป็นแหล่งอาหารชั้นดีของแบคทีเรีย ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดี เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น และอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ได้
- **อุปสรรคต่อการหายของแผล:** เนื้อตายจะขัดขวางกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อใหม่และการหดตัวของบาดแผล ทำให้แผลปิดไม่สนิทและหายช้าลง
- **สร้างสารพิษ:** เซลล์ที่ตายแล้วอาจปล่อยสารพิษออกมา ซึ่งสามารถทำลายเนื้อเยื่อรอบข้างที่ยังปกติได้

๑.๓ เป้าหมายและประโยชน์ของ Debridement

การทำ Debridement จึงมีเป้าหมายเพื่อ:

- **กำจัดแหล่งสะสมเชื้อโรค:** เพื่อลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียในบาดแผล และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อรุนแรง
- **ส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่:** เมื่อกำจัดเนื้อตายออกไปแล้ว ร่างกายจะสามารถเริ่มต้นกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Granulation Tissue) ได้ดีขึ้น
- **ลดกลิ่นไม่พึงประสงค์:** แผลที่มีเนื้อตายมักมีกลิ่นเหม็น ซึ่งการกำจัดเนื้อตายออกจะช่วยลดปัญหานี้
- **เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา:** ช่วยให้ยาปฏิชีวนะหรือการรักษาอื่น ๆ ทำงานได้ดีขึ้น เนื่องจากยาจะสามารถเข้าถึงเนื้อเยื่อที่มีชีวิตได้โดยตรง

โดยสรุปแล้ว การทำ Debridement เป็นหัตถการที่จำเป็นเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพของบาดแผลที่มีเนื้อตายและติดเชื้อ เพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นฟูและซ่อมแซมตัวเองได้ตามธรรมชาติ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และส่งเสริมการหายของบาดแผลให้เร็วที่สุด

๒. พยาธิสภาพของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) คือภาวะที่ระดับน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (โดยทั่วไปคือต่ำกว่า ๗๐ mg/dL หรือ ๓.๙ mmol/L) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากกลูโคสเป็นแหล่งพลังงานหลักที่จำเป็นต่อการทำงานของเซลล์ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะสมอง แบ่งเป็น Mild Hypoglycemia: มีระดับพลาสมากลูโคสต่ำ แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการทาง autonomic บ้าง เช่น ใจสั่น ใจเต้นเร็ว รู้สึกหิว ร้อน เหงื่อออก มือสั่น Moderate Hypoglycemia: มีระดับพลาสมากลูโคสต่ำและมีอาการ autonomic ร่วมกับอาการสมองขาดกลูโคสเกิดขึ้น เช่น ใจสั่น หัวร้อน เหงื่อออก มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว กังวล คลื่นไส้ และชา Severe Hypoglycemia: มีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรง เช่น ชัก หหมดสติ

๒.๑ กลไกการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กลไกหลักที่นำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างกลูโคสที่เข้าสู่ร่างกายและการใช้กลูโคสของเซลล์ หรือความผิดปกติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด:

- **อินซูลินส่วนเกิน (Excess Insulin):**
 - การได้รับยาอินซูลินหรือยากระตุ้นการหลั่งอินซูลินมากเกินไป: ในผู้ป่วยเบาหวาน การฉีดอินซูลินหรือรับประทานยา (เช่น sulfonylureas) เกินขนาด, ฉีดผิดขนาด, หรือได้รับยาโดยไม่ได้นกินอาหารตาม ทำให้มีอินซูลินในเลือดมากเกินไป อินซูลินจะเร่งการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และเก็บสะสม ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว

- เนื้องอกที่ผลิตอินซูลิน (Insulinoma): เนื้องอกที่ตับอ่อนซึ่งผลิตอินซูลินออกอย่างต่อเนื่องในปริมาณที่มากเกินไป
- การผลิตกลูโคสไม่เพียงพอ (Inadequate Glucose Production):
 - การอดอาหาร/ภาวะทุพโภชนาการ: ร่างกายไม่ได้รับคาร์โบไฮเดรตเพียงพอที่จะรักษาระดับน้ำตาลในเลือด
 - การทำงานของตับผิดปกติ: ตับมีบทบาทสำคัญในการสร้างกลูโคสจากแหล่งอื่น (gluconeogenesis) และสลายไกลโคเจน (glycogenolysis) หากตับถูกทำลายรุนแรง (เช่น ตับแข็ง ตับวาย) จะไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลได้
 - ภาวะพร่องฮอร์โมนบางชนิด: เช่น ภาวะพร่องฮอร์โมนคอร์ติซอล (Addison's disease) หรือภาวะพร่องโกรทฮอร์โมน (Growth hormone deficiency) ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีบทบาทในการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด
- การใช้กลูโคสเพิ่มขึ้น (Increased Glucose Utilization):
 - การออกกำลังกายอย่างหนัก: โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาอินซูลิน/ยาลดน้ำตาล การออกกำลังกายจะเพิ่มการนำกลูโคสเข้าสู่กล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องใช้อินซูลิน
 - ภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis): ร่างกายจะใช้พลังงานและกลูโคสจำนวนมากในการต่อสู้กับการติดเชื้อ
- การตีบแอลกอฮอล์: แอลกอฮอล์จะยับยั้งกระบวนการสร้างกลูโคสจากสารที่ไม่ใช่คาร์โบไฮเดรตในตับ (gluconeogenesis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง

๒.๒ การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มลดต่ำลง ร่างกายจะพยายามรักษาสมดุลโดยการกระตุ้นกลไกต่างๆ:

- การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System):
 - การหลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline): ฮอร์โมนเหล่านี้ถูกหลั่งจากต่อมหมวกไตและปลายประสาท ทำให้เกิดอาการเตือนเช่น ใจสั่น เหงื่อออก มือสั่น กระสับกระส่าย วิดกกังวล คลื่นไส้ และหิวจัด เพื่อกระตุ้นให้บุคคลรับประทานอาหาร
- การหลั่งฮอร์โมนที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด:
 - กลูคากอน (Glucagon): หลั่งจากตับอ่อน มีบทบาทหลักในการสลายไกลโคเจนในตับ (glycogenolysis) และกระตุ้นการสร้างกลูโคสใหม่ (gluconeogenesis)
 - คอร์ติซอล (Cortisol) และโกรทฮอร์โมน (Growth hormone): ฮอร์โมนเหล่านี้หลั่งจากต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองตามลำดับ มีบทบาทในการส่งเสริมการสร้างกลูโคสใหม่และลดการใช้กลูโคสของเซลล์อื่นๆ เพื่อรักษากลูโคสไว้ให้สมอง

๒.๓ ผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ

- สมอง (Brain): สมองพึ่งพากลูโคสเกือบ ๑๐๐% ในการทำงาน เมื่อระดับกลูโคสต่ำลงถึงระดับวิกฤต (Neuroglycopenia) สมองจะขาดพลังงานและทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการ:
 - สับสน มึนงง วิงเวียน ปวดศีรษะ
 - พูดไม่ชัด ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน
 - อ่อนแรง ง่วงซึม ซึมลง
 - พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ก้าวร้าว
 - หากรุนแรงและไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ภาวะหมดสติ โคม่า ชัก และสมองเสียหายถาวรหรือถึงแก่ชีวิตได้

- หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด (Cardiovascular System): การหลั่งอะดรีนาลีนเพื่อตอบสนองต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่แล้ว
- การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการอดอาหาร
- แหล่งพลังงานหมดไป: โดยปกติร่างกายจะใช้กลูโคสเป็นแหล่งพลังงานหลัก เมื่อผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารเพื่อเตรียมผ่าตัด ร่างกายจะเริ่มใช้ไกลโคเจนที่สะสมในตับและกล้ามเนื้อเป็นพลังงานทดแทน ซึ่งไกลโคเจนนี้มีจำกัดและจะหมดลงภายในไม่กี่ชั่วโมง
- การกระตุ้นฮอร์โมนที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด: เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง ร่างกายจะตอบสนองโดยการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด เช่น กลูคากอน (Glucagon), อะดรีนาลีน (Adrenaline), คอร์ติซอล (Cortisol) และโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ฮอร์โมนเหล่านี้มีบทบาทในการสลายไกลโคเจน (Glycogenolysis) และสร้างน้ำตาลจากสารที่ไม่ใช่คาร์โบไฮเดรต (Gluconeogenesis) เพื่อพยายามรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ
- อาการทางระบบประสาท: สมองต้องการกลูโคสอย่างต่อเนื่องในการทำงาน เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง สมองจะขาดพลังงาน ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น สับสน มึนงง วิงเวียน ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ ขาดสมาธิ มือปลายเท้า หากรุนแรงอาจหมดสติ ชัก และนำไปสู่ภาวะสมองเสียหายถาวรได้
- อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ: การหลั่งอะดรีนาลีนจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออก มือสั่น กระสับกระส่าย ทิว และคลื่นไส้ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

สาเหตุการเกิดแผลเรื้อรังและเนื้อตาย:

- โรคประจำตัว: ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง
- การไหลเวียนโลหิตไม่ดี: การไหลเวียนโลหิตไม่ดี ทำให้เนื้อเยื่อไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหาร ส่งผลให้เนื้อเยื่อตายและเกิดแผล
- การติดเชื้อ: การติดเชื้อแบคทีเรีย ทำให้แผลอักเสบ บวม แดง ร้อน เจ็บปวด และมีหนองไหลออกมา
- แรงกดทับ: แรงกดทับจากเนื้อเยื่อ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เนื้อเยื่อตายและเกิดแผล
- ความชื้น: ความชื้นสะสมในแผล ทำให้แผลอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย
- การวางแผนการผ่าตัด
 ๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินความพร้อมทั้งด้านสภาพร่างกาย ด้านสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยได้รับการค้นหาปัญหาและความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลผ่าตัดตลอดการผ่าตัดทั้ง ๓ ระยะ
 ๒. เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้มารับบริการผ่าตัด
 ๓. เพื่อให้ทีมผ่าตัดได้เตรียมความพร้อมในการเตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการใช้ผ่าตัดได้ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะฉุกเฉิน

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

โรงพยาบาลของรัฐได้จัดตามชนิดการผ่าตัดออกเป็น ๒ ประเภท คือ:

๑. ในกรณีไม่เร่งด่วน: จะมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ๑ วัน และตอนเช้าก่อนผ่าตัด
 ๒. ในกรณีเร่งด่วน: จะมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทันที
- พยาบาลผู้ช่วยแพทย์เมื่อได้รับการแจ้งการผ่าตัดแล้ว ให้ทำการเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและ

ครอบครัวก่อนผ่าตัด การลดความวิตกกังวล นอกจากผู้ป่วยจะมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยจะมีความผันแปรทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยมีการแสดงออกทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว อาจแสดงอาการซึมเศร้า เก็บกด ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว หรืออาจแสดงอาการเพื่อปิดบังความรู้สึกที่แท้จริงในด้านตรงข้าม หรือก้าวร้าว โกรธฉุนเฉียว ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าว มีพื้นฐานมาจาก ความกลัว ได้แก่ ความเจ็บ กลัวการสูญเสียอวัยวะ กลัวความพิการ กลัวการดมยา กลัวผู้ใกล้ชิดตรงเคียง กลัวถูกทอดทิ้ง และกลัวตาย เป็นต้น การช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจ มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา (counseling) และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายๆ

๑. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

๑.๑ ประเมินสภาวะจิต อารมณ์ และลดความวิตกกังวล โดย:

- สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่ตนยังวิตกกังวล
- ชักถามความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาของแพทย์
- อธิบายให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเข้าใจผิด
- อธิบายพอสังเขปและตอบข้อซักถามผู้ป่วยทุกครั้งที่ส่งไปตรวจวินิจฉัยต่างๆ

๑.๒ สอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

- สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ
- แนะนำให้รู้จักเครื่องมือเครื่องใช้ เฝ้านึ่งเกิดอาการเปลี่ยนแปลงข้างเตียง เครื่องที่ติดตัวภายหลังผ่าตัด
- อธิบายความจำเป็นที่ผู้ป่วยอาจถูกรบกวนเวลานอน เนื่องจากต้องเฝ้ารอสังเกตอาการและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะสม่ำเสมอ
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะได้รับยาแก้ปวดเมื่อจำเป็น

๑.๓ บอกให้ทราบถึงอาจมีความจำเป็นต้องผูกข้อมือหรือแขนผู้ป่วยอย่างหลวมๆ ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันการดึงสายท่อระบายหรือสายสวนวัดแรงดันหลอดเลือด

๑.๔ อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายที่ผู้ป่วยจะได้รับคืนก่อนวันผ่าตัด เช่น โกนขน ทำความสะอาด งดน้ำงดอาหาร และยา ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

๑.๕ แนะนำผู้ป่วยให้งดสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๑.๖ บันทึกข้อแนะนำ และการสอนที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมทั้งเปรียบเทียบพฤติกรรม และระดับความเข้าใจ ภายหลังการสอน

๒. การเตรียมความพร้อมของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ที่สุดก่อนการผ่าตัดและได้รับผลกระทบน้อย

๓. การให้ความรู้ ความไม่รู้เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล พยาบาลจึงเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่จะช่วยลดช่องว่างของผู้ป่วย เกี่ยวกับความไม่รู้ได้ดีที่สุด การตอบคำถามต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ การไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เป็นวิธีการ ลดปัญหา ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยสามารถวางแผนด้านครอบครัว ค่าใช้จ่าย การลางาน การเปลี่ยนอาชีพและอื่นๆ ได้ซึ่งเป็นผลดีต่อการให้ความร่วมมือตลอดการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นการประเมินระดับคุณภาพของการบริการพยาบาลได้ เป็นอย่างดี

๔. แจกข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในกรณีดังนี้

๑. การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม
๒. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ไม่ครบ
๓. อาการผิดปกติที่ยังควบคุมไม่ได้

๕. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดังนี้

๑. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด
๒. ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตามแผนการรักษา
๓. ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

๖. บันทึกรายงานและส่งข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ/ภาวะเสี่ยงที่พบร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

- ๑.๑ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจากทีมผ่าตัดที่มีมาตรฐาน บริการผ่าตัดถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย สามารถประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน
- ๑.๒ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดไม่มีสิ่งของตกค้างในผู้ป่วย
- ๑.๓ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
- ๑.๔ อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้า เครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)
- ๑.๕ แนะนำการปฏิบัติตนและวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)
- ๑.๖ อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือก่อนการผ่าตัดและปฏิบัติการให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ
- ๑.๗ สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการเครื่องมือ เครื่องใช้เพิ่มเติม เพื่อสั่งการให้ผู้ช่วยรอบนอกจัดหาให้ได้ทันเวลา
- ๑.๘ ช่วยผ่าตัดร่วมกับทีมผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะวิกฤติ และแจ้งทีมผ่าตัดให้ทราบทันที สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน
- ๑.๙ ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการตั้งรั้งของ Retractor เครื่องจี หรือการวาง Plate และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลาการส่งเครื่องมือผ่าตัด ตรวจนับจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ร่วมกับผู้ช่วยรอบนอก และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
- ๑.๑๐ ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามหลักการ Standard Precaution
- ๑.๑๑ ตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผลตาม Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
- ๑.๑๒ ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย/การใช้สารน้ำและอุปกรณ์ที่มีความอบอุ่นในร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia หลังผ่าตัด
- ๑.๑๓ เตรียมตัวเข้าร่วมทีมผ่าตัดตามเทคนิคและขั้นตอนการการเตรียมตัวเข้าผ่าตัด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนสิ้นสุดการผ่าตัด
๒. ผู้ป่วยผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๒๕๕๒	ปี๒๕๕๓	ปี๒๕๕๔
๑. อัตราการเกิดmortality / mobility จากการผ่าตัด	๐%	๐%	๐%	๐%
๓. จำนวนการผ่าตัดผิดคน	๐%	๐%	๐%	๐%

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๒๕๕๒	ปี๒๕๕๓	ปี๒๕๕๔
๔. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอันตรายจากการจัดทำและเคลื่อนย้าย	๐%	๐%	๐%	๐%
๕. อัตราการมีสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด	๐%	๐%	๐%	๐%

ผลการศึกษา

- กรณีศึกษารายที่หนึ่ง กรณีศึกษารายที่หนึ่ง ผู้ป่วยหญิง อายุ ๕๘ ปี ๓ วัน ก่อนมา เข้าขวามแดง ร้อน โรคประจำตัวเบาหวาน นอนโรงพยาบาลด้วยระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเตรียมผ่าตัด Debridement จากแผล cellulitis ที่เท้าขวา ขณะผ่าตัด ซึมลง สับสน เหงื่อออกตัวเย็นตรวจน้ำตาลในเลือดได้ ๓๒๒mg% ได้รับการแก้ไขทันสามารถรับการรักษาจนจำหน่ายได้
- กรณีศึกษารายที่สอง ผู้ป่วยหญิง อายุ ๗๗ ปี ๗วันก่อนมารพ.หลังมีก้อน บวม แดง นอนโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัด debridement วันที่ผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เข้าห้องผ่าตัด ขณะทำ Debridement มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึมลง ง่วง เหงื่อออก ตัวเย็นตรวจน้ำตาลในเลือดได้ ๒๕mg% ได้รับการแก้ไขทันสามารถรับการรักษาจนจำหน่ายได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การพยาบาลนี้มุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการผ่าตัด Debridement (การตัดเนื้อตาย) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ ในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะที่ซับซ้อนและต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญในโรงพยาบาลเขมราฐ การศึกษาครั้งนี้ใช้กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สาระสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากในประเทศไทยและทั่วโลกเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น แผลที่เท้า ซึ่งนำไปสู่การผ่าตัด Debridement โรงพยาบาลเขมราฐ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีสถิติผู้ป่วยเบาหวานสูง และพบอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยผ่าตัด Debridement ถึง ๑๐ ราย ในปี ๒๕๖๖ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความเสี่ยงสูงต่ออันตรายถึงชีวิต ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของแผล และเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีอาการซ้อนทับกับภาวะอื่นๆ ที่เกิดจากการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและญาติ

ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาใช้

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาศัยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสำคัญดังนี้:

- ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Theory): เน้นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย (การจัดการน้ำตาลและแผล, จิตใจและอารมณ์ (ลดวิตกกังวล, ให้ข้อมูล), สังคม (สนับสนุนจากครอบครัว, วางแผนดูแลต่อเนื่อง), และความรู้/การศึกษา (ให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, การดูแลแผล, การจัดการอาหารและยา)
- ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Deficit Theory): เน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการส่งเสริมหรือชดเชยการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่อง

- ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model): เน้นการระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและแผลผ่าตัด และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น

เป้าหมายของงาน

๑. ศึกษาปัจจัยเสี่ยง: เพื่อระบุปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement
๒. ศึกษาแนวปฏิบัติ: เพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้
๓. พัฒนาแนวทาง: เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเขมราฐ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. การคัดเลือกกรณีศึกษา: เลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะทำ Debridement จำนวน ๒ ราย เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบ
๒. การศึกษาและรวบรวมข้อมูล:
 - ศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลติดเชื้อ
 - ทำการคัดกรอง ตรวจสอบร่างกาย และประเมินสภาพผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัด (ก่อนผ่าตัด, ขณะผ่าตัด, และหลังผ่าตัด)
 - รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการวางแผนการพยาบาล
๓. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลจะวางแผนการพยาบาลจากข้อมูลที่ได้ ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง
๔. การจัดทำและเผยแพร่เอกสารวิชาการ: สรุปผลการศึกษาและแนวทางปฏิบัติที่ได้ เพื่อนำไปจัดทำเป็นเอกสารวิชาการและเผยแพร่ต่อไป

แนวคิดสำคัญในการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เน้นย้ำที่ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และ การประเมินระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ รวมถึง การจัดการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรวดเร็วและถูกต้อง นอกจากนี้ การดูแลแผลผ่าตัดอย่างเข้มงวด การทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการ ให้ความรู้เสริมพลังอำนาจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ผลสำเร็จเชิงปริมาณ (Quantitative Outcomes)

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย:
 - ลดอุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง: จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ต้องได้รับการแก้ไขฉุกเฉิน (เช่น ต้องให้ Dextrose IV, ต้องให้ Glucagon) ลดลงจากค่าตั้งต้นหรือไม่พบเลยระหว่างการดูแลในโรงพยาบาลและช่วงหลังผ่าตัดระยะแรก

- รักษาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัด (Pre-operative Blood Sugar) ให้อยู่ในช่วงปลอดภัย: เช่น สามารถปรับระดับน้ำตาลให้อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๘๐ mg/dL ก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่
 - รักษาระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างและหลังผ่าตัด (Intra-operative & Post-operative Blood Sugar) ให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม: เช่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้ต่ำกว่า ๗๐ mg/dL และไม่สูงเกิน ๒๐๐ mg/dL อย่างต่อเนื่อง
 - ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง: ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดและแผลได้รับการจัดการที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
 - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง:
 - ลดอัตราการติดเชื้อซ้ำที่แผล (Re-infection Rate): ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป
 - ลดอัตราการเกิดแผลลุกลาม (Wound Progression): แผลไม่ขยายวงกว้างหรือเนื้อตายเพิ่มขึ้นหลังการทำ Debridement
 - ลดอัตราการต้องทำ Debridement ซ้ำ: จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องกลับมาทำ Debridement ซ้ำลดลง
 - การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย:
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเบื้องต้นได้ถูกต้อง
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถสาธิตการดูแลแผลเบื้องต้นหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง
- ๒. ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (Qualitative Outcomes)**
- ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่ดีขึ้น:
 - ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการเตือน และวิธีการแก้ไขเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง
 - ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในการหายของแผลและวิธีการดูแลแผลหลัง Debridement
 - ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองมากขึ้น
 - ความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น:
 - ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อสมองและหัวใจ
 - ลดความเสี่ยงจากการหกล้มหรือได้รับบาดเจ็บจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น:
 - ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัวขึ้น อาการปวดแผลลดลง และความกังวลเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลดลง
 - ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นตามลำดับของการฟื้นตัว
 - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

- **การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพ:**

การประสานงานระหว่างพยาบาล แพทย์ นักโภชนาการ และทีมอื่น ๆ ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

โดยสรุปแล้ว ผลสำเร็จของการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของทีมพยาบาลในการจัดการปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การส่งเสริมการหายของบาดแผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมความเข้าใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแสดงความถูกต้อง ความเรียบร้อย ครบถ้วนสมบูรณ์ ความรวดเร็วตรงเวลา ความคุ้มค่า ความสะดวก ความเป็นมาตรฐาน การบรรลุวัตถุประสงค์ของผลงาน รวมทั้งตอบสนองนโยบายแนวคิดยุทธศาสตร์ขององค์กร/หน่วยงาน มีการพัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึกแบบฉุกเฉิน ทำให้เกิดแนวทางการดูแลและเตรียมผู้ป่วยที่ชัดเจนมีการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง มีการสื่อสารและประสานการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย สามารถพักฟื้นและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข อีกทั้งครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องได้อย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย" นี้ มีศักยภาพที่จะนำไปใช้ประโยชน์และก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกในหลายมิติ ดังนี้

๑. การนำไปใช้ประโยชน์

- **พัฒนาระบบบริการพยาบาล:**

- **แนวปฏิบัติที่ชัดเจน:** ผลจากการศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนาหรือปรับปรุง แนวทางการพยาบาล (Clinical Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด Debridement และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยเฉพาะ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน และลดความแปรปรวนในการดูแล
- **การเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน:** พยาบาลจะมีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ และการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้สามารถเฝ้าระวังและให้การแก้ไขได้อย่างทันทั่วถึง ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
- **การวางแผนการพยาบาลรายบุคคล:** การนำทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ มาประยุกต์ใช้จะช่วย ให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และความรู้ โดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละราย

- **การพัฒนาบุคลากร:**

- **เพิ่มพูนความรู้และทักษะ:** ผลงานวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจะเป็นแหล่งเรียนรู้สำคัญสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเขมรรัฐและโรงพยาบาลอื่นๆ

ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อน

- การฝึกอบรมและพัฒนา: สามารถนำเนื้อหาไปใช้ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) หรือการประชุมวิชาการเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะให้กับทีมผู้ดูแลผู้ป่วย
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ:
 - เสริมสร้างความเข้าใจ: สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยเฉพาะในส่วนของ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลแผล และการจัดการโรคเบาหวานไปใช้เป็นสื่อการสอนหรือคู่มือสำหรับผู้ป่วย
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วม: ผู้ป่วยและญาติจะเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลและร่วมตัดสินใจมากขึ้น ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

๒. ผลกระทบ

- ต่อผู้ป่วย:
 - ความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น: การเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างทันที่ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหมดสติ ชัก สมองเสียหายถาวร และอาจถึงแก่ชีวิต
 - ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมและการดูแลแผลที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น ลดอัตราการติดเชื้อซ้ำ และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
 - คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น: ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดความพิการ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น
 - ลดความวิตกกังวล: การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและได้รับข้อมูลที่ชัดเจน จะช่วยลดความกังวลและความเครียดลงได้
- ต่อโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ:
 - เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ: โรงพยาบาลจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เป็นมาตรฐาน ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น
 - ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข: การป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นจากการต้องดูแลภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น
 - ยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาล: การที่โรงพยาบาลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยยกระดับความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในบริการของโรงพยาบาลเขมราฐ
 - เป็นต้นแบบ (Best Practice): แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอาจกลายเป็นต้นแบบ (Best Practice) ให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในประเทศไทยได้
- ต่อวิชาชีพการพยาบาล:
 - แสดงถึงความเชี่ยวชาญ: ผลงานนี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

- **สร้างองค์ความรู้:** เป็นการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลเฉพาะทางที่สามารถต่อยอดไปสู่การวิจัยและพัฒนาในอนาคตได้

โดยรวมแล้ว งานการพยาบาลนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเท่านั้น แต่ยังมีศักยภาพในการสร้างผลกระทบเชิงบวกที่ยั่งยืนต่อผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการงานศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย"

การดำเนินงานศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย" มีความยุ่งยากและซับซ้อนหลายประการ ทั้งในด้านการจัดการผู้ป่วยโดยตรง และในด้านการทำวิจัยแบบกรณีศึกษา ซึ่งต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบและทรัพยากรที่เหมาะสม ดังนี้

๑. ความซับซ้อนทางคลินิกของผู้ป่วย

- **ภาวะเบาหวานที่ไม่คงที่:** ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องผ่าตัด Debridement มักมีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีอยู่แล้ว การที่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด ยิ่งทำให้ระดับน้ำตาลผันผวนง่ายขึ้น การประเมินและปรับขนาดยาอินซูลิน/ยาลดน้ำตาลให้เหมาะสมทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจึงเป็นเรื่องที่ทำหาย
- **ความเสี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระหว่างผ่าตัด:** การผ่าตัดเป็นภาวะเครียดต่อร่างกาย อาจทำให้ระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ การเฝ้าระวังอาการน้ำตาลตกที่อาจถูกบดบังด้วยฤทธิ์ยาชา/ยาสลบ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างผ่าตัดนั้นทำได้ยากและต้องการการสังเกตที่แม่นยำ
- **ผลกระทบต่ออาการหายใจของแผล:** ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำเติมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการไหลเวียนเลือดและภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้ว จะยิ่งส่งผลให้แผล Debridement หายช้า ติดเชื้อง่ายขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงของเนื้อเยื่อเสียหาย ซึ่งการจัดการแผลให้หายอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการควบคุมน้ำตาลต้องใช้ความเชี่ยวชาญ
- **อาการช็อนทับและวินิจฉัยแยกโรค:** อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น สับสน วิงเวียน อาจคล้ายคลึงกับอาการจากยาชา/ยาสลบ อาการปวดหลังผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทำให้การวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องรวดเร็วเป็นไปได้ยาก

๒. ความยุ่งยากในการดำเนินงานวิจัยแบบกรณีศึกษา

- **การคัดเลือกกรณีศึกษา:** การหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษา (ผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่าตัด Debridement และเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด) อาจมีความท้าทาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก อาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล
- **ความแตกต่างระหว่างกรณี:** แม้จะเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย แต่ผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทั้งสาเหตุของแผลเบาหวาน ระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน ปัจจัยร่วมอื่นๆ (โรคประจำตัวอื่น, ยาที่ใช้) และการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งทำให้การเปรียบเทียบและสรุปผลเป็นไปได้ยาก
- **การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก:** การศึกษาแบบกรณีศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลที่ละเอียดและหลากหลาย ตั้งแต่ประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ การบันทึกทางการพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ และการสังเกตการณ์ในห้องผ่าตัด ซึ่งต้องใช้เวลา ความแม่นยำ และการประสานงานกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง

- **ข้อจำกัดของข้อมูลย้อนหลัง:** หากข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการเก็บย้อนหลังจากเวชระเบียน อาจมีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา
- **จริยธรรมการวิจัย:** การดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเฉพาะในภาวะวิกฤต เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำเป็นต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย/ญาติ และการรักษาความลับของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ
- **ทรัพยากรและเวลา:** การศึกษาเชิงลึกแบบกรณีศึกษาต้องการทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ เวลาที่ทุ่มเทในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และเขียนรายงาน รวมถึงการสนับสนุนจากทีมงานและผู้บริหารโรงพยาบาล

๓. ความซับซ้อนในการประยุกต์ใช้ทฤษฎี

- **การเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ:** การนำทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ (Holistic Care, Self-Care Deficit, Roy Adaptation) มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงที่มีความเร่งด่วนและซับซ้อน ต้องอาศัยความเข้าใจที่ลึกซึ้งและการตีความที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดประโยชน์สูงสุด
- **การบูรณาการองค์ความรู้:** พยาบาลต้องสามารถบูรณาการความรู้จากหลากหลายสาขา ทั้งพยาธิสรีรวิทยาของเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หลักการผ่าตัดและดูแลแผล เกสัชวิทยาของยาเบาหวาน และทฤษฎีการพยาบาลเข้าด้วยกัน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างรอบด้าน
ดังนั้น การดำเนินงานศึกษาครั้งนี้จึงไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ต้องฝ่าฟันอุปสรรคและความซับซ้อนในหลายมิติ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย"

การดำเนินงานศึกษาเชิงกรณีศึกษาเปรียบเทียบในประเด็นที่ซับซ้อนอย่างการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนั้น มักเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในมิติทางคลินิกและระเบียบวิธีวิจัย นี่คือประเด็นสำคัญที่อาจพบ

๑. ปัญหาและอุปสรรคด้านการจัดการทางคลินิกและตัวผู้ป่วย

- **ความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือดสูง:** ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องผ่าตัดมักมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่คงที่อยู่แล้ว การงดอาหารก่อนผ่าตัด ภาวะเครียดจากการผ่าตัด และการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา อาจทำให้ระดับน้ำตาลผันผวนรวดเร็วและคาดการณ์ได้ยาก การปรับขนาดยาอินซูลินหรือยาลดน้ำตาลในเลือดจึงต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระงานที่สูงสำหรับพยาบาล
- **การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ยาก:** อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น สับสน ซึม เหงื่อออก อาจถูกบดบังด้วยฤทธิ์ยาชา ยาสลบ หรือยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างและหลังผ่าตัด ทำให้การประเมินและการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทำได้ยากและอาจล่าช้ากว่าที่ควร

- ภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนและซ้อนทับกัน: ผู้ป่วยเบาหวานมักมีโรคประจำตัวร่วมหลายอย่าง และแผล Debridement ก็มักเป็นแผลติดเชื้อ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไปพร้อมกับการดูแลแผล การป้องกันการติดเชื้อ และการจัดการโรคอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม เป็นงานที่ต้องบูรณาการความรู้และทักษะหลายด้าน
- ข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ: ในภาวะฉุกเฉินหรือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนจากน้ำตาลในเลือดต่ำ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลหรือขอความร่วมมือในการดูแลอาจเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ ญาติอาจมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและความร่วมมือ
- ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์: การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินและตัดสินใจอย่างรวดเร็ว รวมถึงอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานสำหรับการตรวจระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องและให้สารน้ำ/ยาที่จำเป็นในทันที หากบุคลากรหรืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญ

๒. ปัญหาและอุปสรรคด้านระเบียบวิธีวิจัยและการเก็บข้อมูล

- การคัดเลือกกรณีศึกษา: การศึกษาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย อาจพบความยุ่งยากในการค้นหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาและมีความคล้ายคลึงกันในด้านที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อให้การเปรียบเทียบมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ยิ่งในโรงพยาบาลขนาด F๑ อย่างเขมราฐ การหาเคสที่เหมาะสมอาจใช้เวลานาน
- ความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล: การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังอาจมีปัญหาเรื่องความสมบูรณ์หรือความถูกต้องของการบันทึก ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือการตอบสนองที่ไม่ใช่ตัวเลข
- การควบคุมปัจจัยรบกวน: แม้จะเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ แต่การควบคุมปัจจัยรบกวนหรือตัวแปรภายนอกที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในสภาพแวดล้อมจริง เช่น ความแตกต่างของพยาธิสภาพแผล การตอบสนองต่อยาที่ต่างกัน หรือภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย
- จริยธรรมการวิจัยและข้อจำกัดด้านความเป็นส่วนตัว: การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะข้อมูลทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การขออนุญาตยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ และการรักษาความลับของข้อมูล ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญและอาจใช้เวลา
- ทรัพยากรและเวลาในการวิเคราะห์เชิงลึก: การศึกษาแบบกรณีศึกษาต้องการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณอย่างละเอียด การใช้เวลาในการตีความข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความทุ่มเทและเวลามาก

๓. ปัญหาและอุปสรรคด้านการเผยแพร่และการนำไปใช้

- ข้อจำกัดของผลการศึกษาจากกรณีศึกษา: แม้การศึกษาแบบกรณีศึกษาจะให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่า แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากผู้ป่วยเพียง ๒ ราย อาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลเพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในวงกว้าง จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผล

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน: การนำแนวทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จริงในหน่วยงาน อาจเผชิญกับอุปสรรคด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร การขาดความตระหนัก การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง หรือภาระงานที่มากเกินไป

การตระหนักถึงปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้ล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนการดำเนินงานได้อย่างรัดกุม คาดการณ์ความท้าทายที่อาจเกิดขึ้น และเตรียมแนวทางแก้ไขหรือปรับแผนให้เหมาะสม เพื่อให้การศึกษابรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙. ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานศึกษา "การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย" บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ขอเสนอแนะแนวทางดังนี้:

๑. ด้านการจัดการผู้ป่วยทางคลินิก

- การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างละเอียด:
 - ประเมินความเสี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเฉพาะบุคคล: นอกจากประวัติการใช้ยาและการงดอาหาร ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ประวัติการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้ง ภาวะไต/ตับบกพร่อง การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อวางแผนการจัดการอินซูลิน/ยาเบาหวานก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม
 - ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ: อธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (การงดอาหาร, การปรับยา) รวมถึงอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีการแก้ไขเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง
- การเฝ้าระวังและการจัดการระดับน้ำตาลในห้องผ่าตัดอย่างเข้มงวด:
 - ใช้เครื่องมือติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง (Continuous Glucose Monitoring - CGM) ถ้าเป็นไปได้: เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลได้แบบเรียลไทม์ และให้การแก้ไขได้อย่างทันที่ทันทั้งที่ในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งอาจช่วยลดความยุ่งยากในการวินิจฉัยอาการที่ซ่อนทับได้
 - กำหนดโปรโตคอลการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ชัดเจน: สำหรับทีมผ่าตัดโดยเฉพาะในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยงดอาหารและอาจได้รับยาชา/ยาสลบ ครอบคลุมถึงชนิดและปริมาณของสารน้ำ Dextrose ที่ให้ การปรับขนาดยาอินซูลิน และการประเมินการตอบสนอง
- การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ:
 - ร่วมวางแผนกับแพทย์และโภชนาการ: เพื่อกำหนดแผนการปรับยาเบาหวาน แผนการให้อาหารและสารน้ำทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและการผ่าตัด
 - แลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมวิสัญญีแพทย์: เพื่อให้เข้าใจผลของยาชา/ยาสลบต่อระดับน้ำตาลและการสังเกตอาการน้ำตาลตก

๒. ด้านระเบียบวิธีวิจัยและการเก็บข้อมูล

- กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาที่แม่นยำ:
 - ระบุคุณสมบัติของ "ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ" ให้ชัดเจน (เช่น ระดับน้ำตาลที่เท่าไร, อาการทางคลินิกที่เข้าได้) เพื่อให้การเปรียบเทียบระหว่าง ๒ กรณีเป็นไปได้เหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ
 - พิจารณาปัจจัยร่วมที่สำคัญ เช่น ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน การทำงานของไต/ตับ หรือโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการตอบสนอง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกรณีได้ละเอียดขึ้น
- สร้างแบบฟอร์มเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียด:
 - บันทึกข้อมูลทุกขั้นตอนการพยาบาลอย่างละเอียด ทั้งการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ โดยเฉพาะช่วงก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด
 - ระบุเวลาที่บันทึกข้อมูล (เช่น ระดับน้ำตาล, สัญญาณชีพ, การให้ยา) อย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ได้
- วางแผนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพควบคู่กัน:
 - นอกจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (ระดับน้ำตาล, สัญญาณชีพ) ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลผู้ดูแล แพทย์ หรือแม้แต่ผู้ป่วย/ญาติ (หากทำได้) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และแนวทางการจัดการในมุมมองที่หลากหลาย
- จัดการกับข้อจำกัดของข้อมูลย้อนหลัง:
 - หากจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน ควรระบุข้อจำกัดนี้ในงานวิจัย และพยายามตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ หรือการสอบถามเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้บันทึก (หากทำได้และไม่กระทบความเป็นส่วนตัว)
- เตรียมความพร้อมด้านจริยธรรม:
 - ดำเนินการตามกระบวนการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการขอความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยละเอียด

๓. ด้านการนำไปใช้และการเผยแพร่

- พัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม:
 - จากผลการศึกษา ควรพัฒนาเป็น "แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัด Debridement ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในห้องผ่าตัด" ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลเขมราฐ
 - แนวปฏิบัตินี้ควรรวมถึงเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง อาการเตือน กลไกการจัดการ (เมื่อใดควรให้ Dextrose, อินซูลิน) การเฝ้าระวังหลังแก้ไข และข้อควรระวัง
- จัดการอบรมและถ่ายทอดความรู้:
 - จัดประชุมหรืออบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ให้กับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเขมราฐ เพื่อทำความเข้าใจแนวปฏิบัติใหม่และฝึกทักษะที่จำเป็น
- ส่งเสริมการติดตามและประเมินผล:

- เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (เช่น อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, การหายของแผล) เพื่อปรับปรุงแนวทางให้ดียิ่งขึ้น

การใส่ใจในรายละเอียดเหล่านี้จะช่วยให้นักศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนในโรงพยาบาลเขมรรัฐและอาจเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลอื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอในเวทีการประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี ๒๕๖๗ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ ๔-๕ มกราคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน นางสาวกนิชชมภู ดวงศรี ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน นางสาวกนิชชมภู ดวงศรี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวกนิชชมภู ดวงศรี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘.

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกนิชชมภู ดวงศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางนวลศิริรินทร์ ปิยะชัยกวี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายแพทย์ภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแผลผู้ป่วยเรื้อรังในอำเภอเขมราฐแบบ Wound Care Center

๒. หลักการและเหตุผล

แผลเรื้อรัง หรือ Chronic wound หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นแล้วไม่หายในระยะเวลาที่ควรจะเป็น โดยทั่วไปแผลจะหายภายในเวลา ๑-๒ สัปดาห์ ดังนั้นแผลที่ไม่หายภายในเวลา ๔-๘ สัปดาห์ ถือเป็นแผลเรื้อรัง แผลเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหว มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวานโรคหลอดเลือดตาเสื่อม และโรคมะเร็ง ในแต่ละปีประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาแผลเรื้อรังเป็นจำนวนมากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เผยผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ ๑๒.๕๕ ซึ่งถือว่ามากที่สุด ในประเทศอาเซียน และกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าในปี ๒๕๖๘ ประเทศไทยจะก้าวเข้าการเป็น "สังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" โดยจะมีผู้สูงอายุ ๑ คน ในประชากรทุกๆ ๕ คน

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปี ๒๕๖๘ มีผู้สูงอายุ ๒๙๑,๕๙๙ คน จากการประเมินคัดกรอง สุขภาพผู้สูงอายุโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL (Barthel Activities of Daily Living) จำนวน ๒๑๒,๐๑๙ คน พบว่า กลุ่มติดเตียง จำนวน ๑,๒๔๖ คน หรือร้อยละ ๐.๕๘ ของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัด กรองทั้งหมด (Health Data Center, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๘) เครือข่ายโรงพยาบาลเขมราฐ มีประชากร ๘๒,๖๘๒ คน คิดเป็นผู้สูงอายুর้อยละ ๑๖.๖ ดังนั้นจึงอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)

ดังนั้นความรุนแรงของปัญหาแผลเรื้อรัง ในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของการเกิดแผลเบาหวานในโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน ๙๐ เตียง ในปี พ.ศ.๒๕๖๗ พบว่าความชุกของการเกิดแผลเบาหวานทั้งหมดในโรงพยาบาล และในชุมชน พบร้อยละ ๘.๑๕ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ ๕ ในโรงพยาบาลเขมราฐ การเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน พบร้อยละ ๑๒.๑๑ สาเหตุการเกิดแผลเบาหวานเรื้อรังมักเกิดจากการกดทับหลอดเลือด หลอดเลือดอักเสบ หรือมีการอักเสบของเส้นประสาทที่รับความรู้สึกจนทำให้แผลได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง รวมทั้งสภาวะทางโภชนาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการมีแผล ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มระยะเวลาการรักษา ยาวนาน เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุทำให้พิการและเสียชีวิตได้ ที่สำคัญในผู้ป่วยแผลเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง การดูแลรักษาแผลเรื้อรังในโรงพยาบาลเขมราฐมีรูปแบบการดูแลแผลเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งแผลในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งในปัจจุบันแผลในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลเขมราฐให้การดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนไม่ทั่วถึง การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์เพื่อดูแลแผลยังไม่ครอบคลุม รวมทั้งแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแผลยังไม่เพียงพอ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแผลอย่างถูกต้อง มีมาตรฐานในการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์การดูแล อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลแผลอย่างเพียงพอและครอบคลุม
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลจากผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ
๔. เพื่อให้ผู้ป่วยมีศูนย์การดูแลแผลในโรงพยาบาลเขมราฐ และเข้าถึงการดูแลรักษา สะดวก
๕. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชน
๖. เพื่อลดผู้ป่วยที่ไม่ใช่ฉุกเฉินที่ต้องไปใช้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินฉุกเฉิน

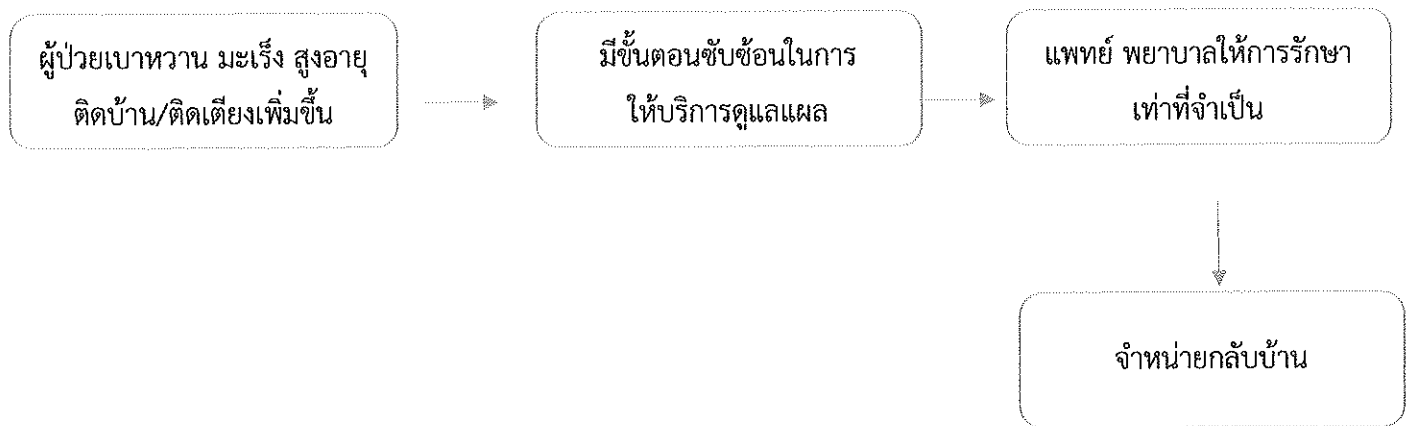
๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ กระบวนการทำงาน(Workflow)

การเตรียมความพร้อมของโครงการ Wound Care Center มักจะดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในโรงพยาบาลเขมราชู และเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างครอบคลุมและครบวงจรทำให้เกิดความสมดุลและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและประสิทธิภาพที่มีประสิทธิภาพสูง:

- การสอบสวนและการดำเนินการเบื้องต้น: ส่วนใหญ่แผลส่วนใหญ่มักจะเข้ามาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน (ER) หรือคลินิกทั่วไป ตรวจสอบการตรวจพบหรือประเมินแผลเป็นเวลานานๆ ในพื้นที่แรกๆ การดูแลอาจล่าช้าและอาจล่าช้าของแผล
- การส่งต่อข้อมูลและการประสานงาน: การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เช่น จาก ER แผนกผู้ป่วยนอกหรือจากแผนกผู้ป่วยนอกไปยังทีมเยี่ยมชมบ้านยังคงขาดระบบหาข้อมูลที่ไม่ค่อยครบถ้วนในการดูแลไม่ต่อเนื่องและต่อเนื่องในการทบทวนข้อมูลซ้ำ
- การดูแลแผลในโรงพยาบาล: ผู้ป่วยมักจะรักษาบาดแผลในโรงพยาบาล มักจะได้รับการดูแลรักษาโดยอาจไม่ใช่แผลโดยตรง ส่วนใหญ่มักจะใช้วัสดุอุปกรณ์หรือเทคนิคการทำแผลอาจเป็นสาเหตุที่สุดสำหรับแผลแต่ละประเภทโดยเฉพาะห้องทำแผลอาจไม่ได้แยกจากส่วนบริการอื่น ๆ การสร้างความละเอียดและรอบคอบ
- การดูแลแผลในชุมชน: สำหรับผู้ป่วยที่กลับไปดูแลที่บ้านตนเองหรือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน การเอาใจใส่มักจะอาศัยการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. ขาดความสามารถในการพิจารณาด้านอุปกรณ์เวชภัณฑ์และคำแนะนำที่ได้มาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดแผลอาจพบว่าการดูแลรักษานั้นเกิดจากสาเหตุอื่นและต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง
- หมายเหตุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์: ผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนมีบางครั้งในอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทำแผลที่ความร้อนหรือชนิดพิเศษซึ่งบางครั้งจำเป็นต้องรักษาแผลเรื้อรังเป็นเวลานานต้องรับค่าใช้จ่ายหรือไม่สามารถดูแลแผลได้ตามปกติ
- ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง: จำนวนแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาการแพทย์ที่แพทย์เฉพาะเฉพาะด้านการดูแลรักษาแผลเรื้อรังยังรวมถึงการวินิจฉัยการให้คำปรึกษา เข้ารับการรักษาหรือการรักษาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษยังทำได้จำกัด
- ความคุ้มค่าและประเมินผล: ดูแลผลการรักษาและคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องของแผลเรื้อรังที่ยังไม่เป็นที่ทราบและต่อเนื่องที่ยากต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ไปและความต้องการของข้อมูลมาปรับปรุงการรักษาประจำปี

ระบบควบคุมการทำงานที่ยังไม่เน้นและขาดการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความไม่สะดวกในบริการใช้ระยะเวลาการรักษานานขึ้นขึ้นแกนกลางและความเสี่ยงต่อการพิจารณา เช่น การกลับมาเป็นซ้ำหรือแผลใหม่ซึ่งในท้ายที่สุดจะลดความน่าเชื่อถือลงลงที่สุดในที่สุด และถือเป็นแกนกลางของระบบสุขภาพโดยรวม

กระบวนการทำงาน(Workflow)กระบวนการทำงานก่อนมีการพัฒนา



กลยุทธ์และกระบวนการพัฒนางาน

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาผลลัพธ์ของการรักษาแผลเรื้อรัง

- ๑.๑ พัฒนาเทคนิคการดูแลรักษาแผลเรื้อรัง (การใช้วัสดุ และผลิตภัณฑ์ที่ช่วยกระตุ้นการหายของแผล)
- ๑.๒ พัฒนาแนวทางดูแลรักษาแผลเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ๑.๓ พัฒนาแนวทางสื่อสารระหว่างเครือข่ายพยาบาล ผู้ประสานงานด้านการดูแลรักษาแผลเรื้อรัง (แผลกดทับ แผลเบาหวาน และแผลจากหลอดเลือดเสื่อม)
- ๑.๔ พัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดแผลใหม่/แผลซ้ำ
- ๑.๕ พัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกจำนวนมากจากแผล

กลยุทธ์ที่ ๒ ลดขั้นตอนและพัฒนาแนวทางการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการของผู้ป่วย

- ๒.๑ พัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างเครือข่ายพยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลรักษาแผลเรื้อรังผ่าน (Line application)
- ๒.๒ จัดตั้งและพัฒนาคลินิกดูแลแผลแบบ Wound Care Center
- ๒.๓ พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลกับทีม พยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลรักษาแผลเรื้อรัง (Line application)

กลยุทธ์ที่ ๓ จัดระบบบริการที่มีคุณภาพและพัฒนาให้ เกิดนวัตกรรม

- ๓.๑ พัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลใหม่/แผลซ้ำ
- ๓.๒ พัฒนาแนวทางสำรวจความพึงพอใจและคุณภาพ ชีวิตหลังการรักษาแผลเรื้อรัง
- ๓.๓ พัฒนางานวิจัยเพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดการดูแล รักษาแผลเรื้อรัง

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (แพทย์ และพยาบาล)

- ๔.๑ พัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลปฏิบัติการ และพยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลรักษาแผลเรื้อรัง
- ๔.๒ พัฒนาความรู้และทักษะแพทย์ ด้านการดูแลแผลเรื้อรัง ผลลัพธ์ที่คาดหวัง: บุคลากรมีสมรรถนะในการ ประเมิน และดูแลรักษาแผลเรื้อรัง

ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนาเทคนิคการดูแลรักษาแผลเรื้อรัง และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้สนับสนุน รูปแบบการสนับสนุนและการจัดสรรทรัพยากร

- เพิ่มรายรับให้โรงพยาบาล

- ปรับปรุงพื้นที่เพื่อเปิดให้บริการคลินิกดูแลแผลแบบบูรณาการ Wound Care Center เวชภัณฑ์/ เครื่องมือ/ ผลิตภัณฑ์/ วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาการบริการและการนำไปปฏิบัติ

ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา ลำดับขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มี ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ทบทวนสภาพปัญหา วิเคราะห์สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยพิการที่มีแผลเรื้อรังทั้งผู้ป่วยที่มา รับบริการแบบไป-กลับ และผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่เป็นอุปสรรคทำให้กระบวนการทำงานไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

ข้อเสนอ/แนวคิดพัฒนางาน

จากกระบวนการทำงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลในโรงพยาบาลของรัฐ ได้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ โดยการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลให้บริการผู้ป่วยที่มีแผลแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ซึ่งมุ่งเน้นการอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน เข้าถึงบริการได้ทันถ่วงทีและต่อเนื่อง ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพิ่มอัตราการหายให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่มี

แนวคิดเชิงระบบ,แนวคิดการมีส่วนร่วม

แนวทางการดูแลแผลแบบมีส่วนร่วมในการจัดการแผลมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรรวมถึงการมีส่วนร่วมของญาติ และผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจในการดูแลแผล รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ สถานบริการ ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแผล ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน องค์กร และภาคส่วนประชาสังคมต่างๆ ล้วนแล้วแต่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาแผลอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน เพิ่มบทบาทของสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน นักบริหาร อสม. ในการดูแล และติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum of Care)

แนวคิดนี้เน้นบริการสุขภาพแบบองค์รวมและไม่จำเป็นต้องแยกส่วนสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระดับและทุกช่วงเวลาของการเจ็บป่วยที่เริ่มวินิจฉัยการรักษาในสถานพยาบาล จะต้องดูแลที่บ้านและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพไม่ขาดตอน:

๑. การดูแลเชิงรุกและคำแนะนำบริการ: Wound Care Center จะเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ผู้ป่วยบริการดูแลแผลอย่างรวดเร็วและอำนวยความสะดวกในการตรวจสอบ ประเมินสภาพแผล และวางแผนการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อให้ลุกลามของแผล
๒. การประสานงานระหว่างการตรวจสอบ: การสังเกตการทำงานระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล (เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด) กับการดูแลสุขภาพในชุมชน (เช่น พยาบาลประจำ รพ.สต., อสม., นักบริการบาล) เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยและแผนถูกการรักษาส่งต่ออีกครั้งเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน
๓. การดูแลรักษาถึงมิติ: การดูแลรักษาจะมีความสำคัญมากกว่าแค่การทำแผล แต่รวมถึงการจัดการโรคที่มีความสำคัญ (เช่น เบาหวาน วิจารณ์) การเตือนด้านโภชนาการ การดูแลรักษาสภาพร่างกาย และการฟื้นฟูด้านจิตใจและสังคม
๔. การเสริมสร้างผู้ป่วยและผู้ดูแล: เน้นการให้ความรู้ความสามารถ และเป็นหลักแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถควบคุมแผลและการดูแลตนเองที่บ้านและลดการพึ่งพาการตรวจสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น

๕. **ตรวจสอบและประเมินผลต่อเนื่อง:** ระบบสามารถควบคุมผลการรักษาการหายของแผลและคุณภาพชีวิตได้อย่างปกติตั้งแต่การเยี่ยมบ้านการควบคุมทิศทาง (เช่น แอปพลิเคชัน Line สำหรับ PUWN) เพื่อปรับแผนการดูแลให้เป็นอย่างต่อเนื่องอย่างต่อเนื่องแต่ละราย

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)

แนวคิดนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคลในผู้จัดการรายกรณี (ผู้จัดการกรณี) ซึ่งจะเป็นพยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลแผลเป็นประจำ สืบค้นแกนหลักหลักในการประสานงาน วางแผนและติดตามการดูแลทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสม ตรงไปที่ประโยชน์สูงสุดในการดำเนินการ:

๑. **ความต้องการอีกครั้ง:** ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินสภาพผู้ป่วยและแผลอย่างรอบด้านและความสำคัญ โดยตรงหมายถึงร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเพื่อระบุข้อเรียกร้องโดยเฉพาะแต่ละราย
๒. **การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยครอบครัว:** ผู้จัดการรายกรณีจะพยาบาล สหสาขาการแพทย์ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การรักษาและการดูแลวางแผนที่สอดคล้องกับธรรมชาติอย่างเหมาะสมและการควบคุมดูแล
๓. **การประสานงานและการเชื่อมโยงทรัพยากร:** ผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้นำในการประสานงานกับทางการทางการแพทย์ทุกฝ่ายในโรงพยาบาลและชุมชน อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และทรัพยากรที่มีความสำคัญและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่เป็นแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น สวัสดิการสังคมผู้ป่วยหรือส่วนประชาสังคม
๔. **ตรวจสอบและแก้ไขปัญหา:** ผู้จัดการรายกรณีจะติดตามแนวทางของการรักษาแผลควบคุม ประเมินผล และพร้อมแผนการดูแลเมื่อกล่าวถึงหรือสถานการณ์การปรับปรุงเพื่อให้การดูแลระบบคอนโซลเมนบอร์ด
๕. **นำเสนอความเห็น:** ผู้จัดการรายกรณีจะให้ความสมบูรณ์และเป็นกลางแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เหตุผลในการดูแลแผลต่างๆ การดำเนินการตามดุลยพินิจของลูกค้ำที่ดียิ่งขึ้น

การแนวคิดสู่ Wound Care Center อำเภอเขมราฐ

Wound Care Center ส่วนใหญ่จะมีความสำคัญในการนำสองแนวคิดนี้ไปปฏิบัติจริง โดย:

- เป็นศูนย์รวมผู้เชี่ยวชาญ: แพทย์ พยาบาลอย่างเป็นทางการของแผล และสหสาขาที่จะเป็นทีมไม่ได้เป็นมาตรฐานของระบบนั้นรวมในศูนย์
- สร้างระบบ One Stop Service: ผู้ป่วยสามารถตั้งศูนย์เพื่อรับการวินิจฉัยทำแผลรับคำปรึกษาและอุปกรณ์ได้ในที่เดียวลดขั้นตอนและระยะเวลา
- โดยทั่วไป: การสมัคร Line สำหรับ PUWN (เครือข่ายพยาบาลประสานงานด้านการดูแลแผลเป็นประจำ) และผู้ป่วย/ผู้ดูแลจะเป็นช่องทางหลักในการสื่อสารให้คำปรึกษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้าน
- ขยายเครือข่ายสู่ชุมชน: พยาบาลประจำ รพ.สต., อสม., และนักบริการบาลในพื้นที่ ส่วนหนึ่งของการสร้างความรู้และทักษะจาก Wound Care Center จนถึงทีมดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ส่วนผู้จัดการรายกรณีผู้ประสานงานหลัก
- เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ: โดยทั่วไปการรักษาแผลแล้วศูนย์ยังจะให้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลใหม่ แผลซ้ำและการดูแลสุขภาพโดยรวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

แนวคิดการดูแลต่อเนื่องและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนำมาใช้ช่วยให้การดูแลแผลเร็วขึ้นในอำเภอเขมราฐที่มีประสิทธิภาพในการลดความต่อเนื่องของระบบควบคุมและร่างกายคือช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามส่วนของแต่ละบุคคล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลแผลผู้ป่วยเรื้อรังในอำเภอเขมราฐ แบบ Wound Care Center พบว่า การพัฒนาการดูแล หรือการพัฒนาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในอำเภอเขมราฐ โดยมีแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน จะเกิดผลลัพธ์ ดังนี้

๑. ด้านผู้รับบริการ

- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างมีมาตรฐานจากศูนย์ Wound Care Center ได้สะดวก
- การลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องแบบไม่พักค้างให้ดีขึ้น โดยจัดตั้งคลินิกดูแลแผลแบบบูรณาการ (Wound Care Center) ที่ห้องผ่าตัดเล็กอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องในรูปแบบ One Stop Service
- ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแผล เพิ่มโอกาสฟื้นหาย
- ลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งเสี่ยงต่อความพิการ และเสียชีวิต
- มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ

๒. ด้านผู้ให้บริการ

- ลดปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ลดความขัดแย้งของผู้ป่วยและบุคลากรในการให้บริการรักษา
- ได้พัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ

๓. ด้านองค์กร

- มีศูนย์การดูแลแผลแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว โดยมุ่งเน้นการให้บริการที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุม มีมาตรฐาน และประสิทธิภาพสูง
- ลดความแออัดในจุดให้บริการโดยเฉพาะแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- เครือข่ายพยาบาล ประสานงานด้านการดูแลแผลเรื้อรัง ผ่านทางไลน์กลุ่ม ซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการวางแผนการรักษาจึงสามารถทำได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลแผลผู้ป่วยเรื้อรังในอำเภอเขมราฐแบบ Wound Care Center

๑. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Outcome Indicators): ตัวชี้วัดเหล่านี้จะสะท้อนถึงผลลัพธ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเป้าหมายสูงสุดของโครงการ

- อัตราการหายของแผลเรื้อรัง (Wound Healing Rate):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของแผลเรื้อรังที่หายสนิท (epithelialization complete) ภายในระยะเวลาที่กำหนด (เช่น $\geq 75\%$ หรือตามเป้าหมายของแต่ละประเภทแผล)
 - เป้าหมาย: เช่น $\geq 75\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง
- ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการหายของแผลตามระดับความรุนแรง:
 - ตัวชี้วัด:
 - แผลกุดที่ระดับ ๑ หายภายใน ๓ วัน
 - แผลกุดที่ระดับ ๒ หายภายใน ๗ วัน
 - แผลกุดที่ระดับ ๓ ที่ไม่มีการขอนใต้ผิวหนัง หายภายใน ๖ เดือน
 - แผลกุดที่ระดับ ๓ ที่มีการขอนใต้ผิวหนัง หายภายใน ๘ เดือน
 - แผลกุดที่ระดับ ๔ ที่ไม่มีการขอนใต้ผิวหนัง หายภายใน ๑.๕ ปี
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก ๓ เดือน หรือเมื่อสิ้นสุดการรักษาของแต่ละราย
- อัตราการเกิดแผลซ้ำ/แผลใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล (Recurrence Rate of Chronic Wounds):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังหายแล้ว แต่กลับมาเป็นซ้ำ หรือเกิดแผลใหม่ในบริเวณอื่นภายในระยะเวลาที่กำหนด (๑ ปี หลังแผลหาย)
 - เป้าหมาย: \leq ร้อยละที่กำหนด (เช่น $\leq 10\%$)

- ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง
- อัตราการติดเชื้อในแผลเรื้อรัง (Wound Infection Rate):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของแผลเรื้อรังที่เกิดการติดเชื้อขณะอยู่ภายใต้การดูแลของ Wound Care Center
 - เป้าหมาย: \leq ร้อยละที่กำหนด (เช่น $\leq 5\%$)
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก ๓ เดือน
- อัตราการลดลงของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (Complication Rate):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของการลดลงของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด, การดื้อต่อยา, หรือการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแผล
 - เป้าหมาย: ลดลงจากค่าตั้งต้น (Baseline) ร้อยละ ๕
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of Life - QOL):
 - ตัวชี้วัด: คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแบบประเมินมาตรฐาน (เช่น SF-๓๖, EuroQol EQ-๕D, หรือเครื่องมือเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยแผล) ก่อนและหลังการรักษา
 - เป้าหมาย: คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากค่าตั้งต้น
 - ความถี่ในการประเมิน: ก่อนรักษา และที่ ๓, ๖, ๑๒ เดือนหลังเริ่มการรักษา
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแผลของผู้ป่วย (Patient's Cost of Care):
 - ตัวชี้วัด: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วย ๑ ราย ในการดูแลแผลทั้งหมด (รวมค่าเวชภัณฑ์, ค่ายา, ค่าเดินทาง, ค่าแรงผู้ดูแล)
 - เป้าหมาย: ลดลงจากค่าตั้งต้น หรือไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับคุณภาพที่ได้รับ
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง

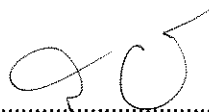
๒. ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process Indicators): ตัวชี้วัดเหล่านี้จะบอกว่ากระบวนการทำงานของ Wound Care Center เป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพเพียงใด

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแผลด้วยมาตรฐานเดียวกัน:
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการบันทึกการประเมินแผลครบถ้วนตามแบบฟอร์มมาตรฐาน
 - เป้าหมาย: $\geq 95\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุกเดือน
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับแผนการดูแลเฉพาะบุคคล:
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังที่ได้รับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ
 - เป้าหมาย: $\geq 90\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก ๓ เดือน
- ระยะเวลาการรอคอยการเข้ารับบริการที่ Wound Care Center:
 - ตัวชี้วัด: เวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยติดต่อขอรับบริการจนถึงวันที่ได้รับการตรวจครั้งแรกที่ศูนย์
 - เป้าหมาย: ≤ 3 วันทำการ (หรือตามที่กำหนด)
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุกเดือน
- ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลมาตรฐาน (Clinical Practice Guidelines Adherence):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติตาม CPGs ในการทำแผลและให้การดูแล
 - เป้าหมาย: $\geq 95\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละ ๒ ครั้ง (เช่น โดยการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียน)

- ร้อยละของความครอบคลุมของการติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit Coverage):
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้รับการเยี่ยมตามแผน
 - เป้าหมาย: $\geq 90\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก 3 เดือน
 - ร้อยละของการสื่อสารประสานงานผ่าน Line Application
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของกรณีแพทย์ที่ได้รับการปรึกษา/ส่งต่อข้อมูลผ่าน Line Group และได้รับการตอบกลับภายในเวลาที่กำหนด (เช่น ๒๔ ชั่วโมง)
 - เป้าหมาย: $\geq 90\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุกเดือน
๓. ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง (Structure Indicators): ตัวชี้วัดเหล่านี้จะสะท้อนถึงทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่สนับสนุนการทำงาน
- ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแผล:
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของแพทย์และพยาบาลที่ประจำ Wound Care Center และในเครือข่ายที่ผ่านการอบรม/พัฒนาทักษะการดูแลแผลเรื้อรัง
 - เป้าหมาย: $\geq 80\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง
 - ความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน:
 - ตัวชี้วัด: ร้อยละของรายการเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลแผลที่มีในคลังของ Wound Care Center (ไม่ขาดแคลน)
 - เป้าหมาย: $\geq 95\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก 3 เดือน
 - การมีอยู่ของคลินิก Wound Care Center ที่ได้มาตรฐาน:
 - ตัวชี้วัด: มีพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับการให้บริการ Wound Care Center (โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด)
 - เป้าหมาย: ๑ แห่ง
 - ความถี่ในการประเมิน: ครั้งเดียวเมื่อจัดตั้ง (และทบทวนเมื่อมีการปรับปรุง)
๔. ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจและรายได้ (Satisfaction & Financial Indicators):
- ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:
 - ตัวชี้วัด: คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยและผู้ดูแล (จากแบบสอบถาม)
 - เป้าหมาย: $\geq 80\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก ๖ เดือน
 - ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ:
 - ตัวชี้วัด: คะแนนความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อระบบการทำงานและสนับสนุนของ Wound Care Center
 - เป้าหมาย: $\geq 75\%$
 - ความถี่ในการประเมิน: ปีละครั้ง
 - ร้อยละของการลดลงของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน:
 - ตัวชี้วัด: สัดส่วนของผู้ป่วยแผลที่ไม่ใช่ฉุกเฉินที่เข้ามาใช้บริการใน ER ลดลง
 - เป้าหมาย: ลดลงจากค่าตั้งต้น ร้อยละ ๑๕%
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุกเดือน

- รายรับของโรงพยาบาลจากบริการ Wound Care Center:
 - ตัวชี้วัด: จำนวนเงินรายรับรวมที่เพิ่มขึ้นจากบริการดูแลแผลใน Wound Care Center
 - เป้าหมาย: เพิ่มขึ้นจากค่าตั้งต้น ร้อยละ ๕%
 - ความถี่ในการประเมิน: ทุก ๓ เดือน หรือทุก ๖ เดือน

(ลงชื่อ)



(นางสาวกนิชชมภู ดวงศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง พฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

Alcohol Drinking Behaviors and Risk of Tuberculosis Infection Among High-Risk Groups in Sri Muang Mai District, Ubon Ratchathani Province

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน มิถุนายน ๒๕๖๘ ถึง เดือนสิงหาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานข้อมูลจากทั้งแบบสอบถามและการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะประชากร พฤติกรรมการดื่มสุรา ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค โดยครอบคลุมกระบวนการวิจัยตั้งแต่การออกแบบเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตำรา เอกสาร ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความรู้ความชำนาญ หรือ ความเชี่ยวชาญ พร้อมทั้งประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานดังนี้

๓.๑ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคที่ทำให้มนุษย์ป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมากมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ ซึ่งต่อมาถูกค้นพบเมื่อวันที่ ๒๔ มีนาคม ปี ค.ศ. ๑๘๘๒ ที่กรุงเบอร์ลิน โดย Dr. Robert Koch ชาวเยอรมัน ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ *Mycobacterium tuberculosis* ติดต่อทางการหายใจ สำหรับ *M. africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา ส่วน *M. bovis* นั้นมักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้ โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกเหนือจากเชื้อ Mycobacterium สามชนิด ข้างต้นแล้วเราอาจพบ Mycobacterium ชนิดอื่นๆ ได้ในธรรมชาติ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค เชื้อเหล่านี้ เดิมเรียก Atypical Mycobacterium หรือ Mycobacterium other than tuberculosis (MOTT) ในปัจจุบันเรียกว่า Nontuberculous Mycobacteria (NTM) อย่างไรก็ตามหากเชื้อเหล่านี้ก่อโรคในคนแล้วมักจะมีปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยยาวัณโรคทั่วไป สำหรับประเทศไทย สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ทรงเห็นว่า วัณโรคเป็นโรคระบาดที่ค่อยเป็นค่อยไปกว่าที่ ผู้ป่วยจะรู้ตัวโรครักก็ได้ลุกลามไปมากแล้วเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตของประชาชน รวมทั้ง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศโดยรวม พระองค์จึงได้ทรงนิพนธ์ เรื่อง พู เบอร์ คูโลซิส ในปี พ.ศ. ๒๔๖๓ โดยมีข้อเสนอหลายตอนในเรื่องวัณโรค ซึ่งยังเป็นพื้นฐานของหลักการป้องกัน และรักษาที่ยังยึดถือปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบันจึงนับว่าพระองค์เป็นผู้ริเริ่มการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย (วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, ๒๕๖๐)

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเข้าสู่ร่างกายของผู้อื่น โดยวัณโรคปอดเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๓) ระบุว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกประมาณ ๑๐.๖ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคราว ๑.๓ ล้านคน ส่วนในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ ๑๓๓,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นอัตราป่วย ๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ๑๓,๐๐๐ คน ซึ่งสะท้อนว่าวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ ขาดโภชนาการ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖)

การคัดกรองวัณโรคด้วยเอกซเรย์ทรวงอก การคัดกรองวัณโรคด้วยเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เป็นเครื่องมือสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ต้องขัง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างเรื้อรัง เอกซเรย์สามารถตรวจพบรอยโรคในปอดที่อาจเป็นสัญญาณของวัณโรค เช่น ภาวะฝ้าขาวหรือโพรงอากาศได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ (Ahmad et al., ๒๐๒๐)

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ในการแปลผลภาพเอกซเรย์ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยลดภาระของรังสีแพทย์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด (Qin et al., ๒๐๒๒)

๓.๑.๑ สาเหตุของวัณโรค

จากการที่ร่างกายของคนเราได้รับเชื้อวัณโรคที่ชื่อว่า Mycobacterium Tuberculosis จากการสูดอากาศที่มีตัวเชื้อนี้เข้าไปโดยผ่านทางลมหายใจ เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายจากปอดหรือ หลอดลม กล้องเสียง ของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอ จาม พุดตะโกนคังๆ หัวเราะหรือร้องเพลงเชื้อเหล่านี้จะอยู่ในฝอยละออง (Droplets) ละอองฝอยของเสมหะที่ออกสู่อากาศ อุณหภูมิของละอองฝอย ขนาดใหญ่มากมักจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไปเหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มี เชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมง คนที่อยู่ในบริเวณที่มี ละอองฝอยที่มี เชื้อวัณโรคอยู่สามารถสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ ร่างกายได้ เมื่อผู้สัมผัสสูดหายใจเอาอากาศที่มี เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย ละอองฝอยจะเข้าไปสู่ปอด และร้อยละ ๗๐-๙๐ ถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย บางส่วนประมาณ ร้อยละ ๑๐-๓๐ ที่ ไม่ถูกทำลายก็จะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย แข็งแรง ก็จะสามารถยับยั้ง การแบ่งตัวของเชื้อวัณโรค ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วย และไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ ๑๐ เท่านั้นของผู้ที่ ติดเชื้อเหล่านี้ที่ จะป่วยเป็นวัณโรค (TB Disease) โดยครึ่งหนึ่ง หรือประมาณ ร้อยละ ๕ จะป่วยเป็นวัณโรค ภายใน ๒ ปี หลังการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ที่เหลืออีกร้อยละ ๕ จะป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อไปแล้วนานหลายปี เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มี ประวัติสัมผัสวัณโรคตั้งแต่เด็ก โดยธรรมชาติของวัณโรคผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๕๐ จะเสียชีวิตภายใน ๒ ปี (วีระวุธ แก่นจันทร์ ๒๕๖๐)

นอกจากนั้นยังพบว่าสาเหตุของวัณโรคเกิดจากการติดเชื้อวัณโรค Mycobacterium Tuberculosis ซึ่งเป็นเชื้อที่อยู่ใน genus Mycobacterium, family Mycobacterium, order Actinomycetales และ phylum Actinobacteria ซึ่งคำว่า Mycobacterium มีความหมายว่า Fungus-bacterium มีที่มาจากลักษณะของเชื้อที่เจริญคล้ายเชื้อราบน liquid media ในปัจจุบันมีรายงานเชื้อนี้มากกว่า ๑๔๐ species แต่มีเพียงจำนวนหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ เชื้อที่ก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ แบ่งออกเป็นดังนี้ (รติพร คล้ายสุบรรณ, ๒๕๖๐)

๑. Tuberculosis หรือ วัณโรค เกิดจากเชื้อในกลุ่ม Mycobacterium Tuberculosis complex ซึ่งประกอบด้วย

๑.๑ M. tuberculosis เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์มากที่สุด

๑.๒ M. bovis เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคในวัว ควาย ติดต่อมายังมนุษย์ได้โดยการรับประทานนมที่มี

เชื้อเข้าไป

๑.๓ M. africanum เป็นเชื้อที่มีคุณสมบัติคล้าย M. tuberculosis และ M. bovis ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในทวีปแอฟริกา พบได้น้อย

๑.๔ M. microti เป็นเชื้อที่พบในสัตว์แทะ เช่น หนูนา เชื้อตัวนี้ไม่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์

๒. Non-tuberculosis mycobacterium (NTM) ซึ่งเชื้อในกลุ่มนี้มีหลาย species ที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ โดยจะพบเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๒ อาการและอาการแสดง

อาการที่สำคัญของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานกว่า ๒ สัปดาห์ อาการอื่นที่อาจพบได้ คือน้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (Haemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด ซึ่งคนส่วนมากเมื่อติดเชื้อวัณโรคไม่แสดงอาการใด ๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อได้ มีเพียงร้อยละ ๘-๑๐ ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่จะเกิดโรคและ แสดงอาการ และพบว่า ประมาณร้อยละ ๓-๕ จะเกิดโรภายใน ๒ ปีแรกของการติดเชื้อและอีก ร้อยละ ๕ จะเกิดโรคภายหลังจาก ๒ ปีผ่านไปแล้ว (รตีพร คล้ายสุบรรณ,๒๕๖๐)

๓.๑.๓ การวินิจฉัย

ในผู้ที่มีอาการทำให้แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรค การตรวจเพิ่มเติมในขั้นแรก คือ การฉายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งจะพบความผิดปกติได้บ่อย กล่าวคือมีความไวในการวินิจฉัยสูง แต่มี ความจำเพาะต่ำ เพราะสิ่งผิดปกติที่พบในภาพรังสีทรวงอกอาจไม่ใช่วัณโรค แต่เป็นการติดเชื้ออื่นๆ เนื้องอก หรือการอักเสบอื่นก็ได้ จึงต้องมีการตรวจเพิ่มเติม โดยการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค นอกจากนั้นยังมีการตรวจเสมหะ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้ (รตีพร คล้ายสุบรรณ,๒๕๖๐)

๑. การย้อมโดยวิธี Ziehl Neelsen หรือ acid fast stain ทำได้ง่าย ได้ผลเร็ว ราคาถูก และมีความแม่นยำสูง แต่การตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยไม่ได้เป็นวัณโรค เพราะอาจมีเชื้อจำนวนน้อยจึงย้อมไม่พบ

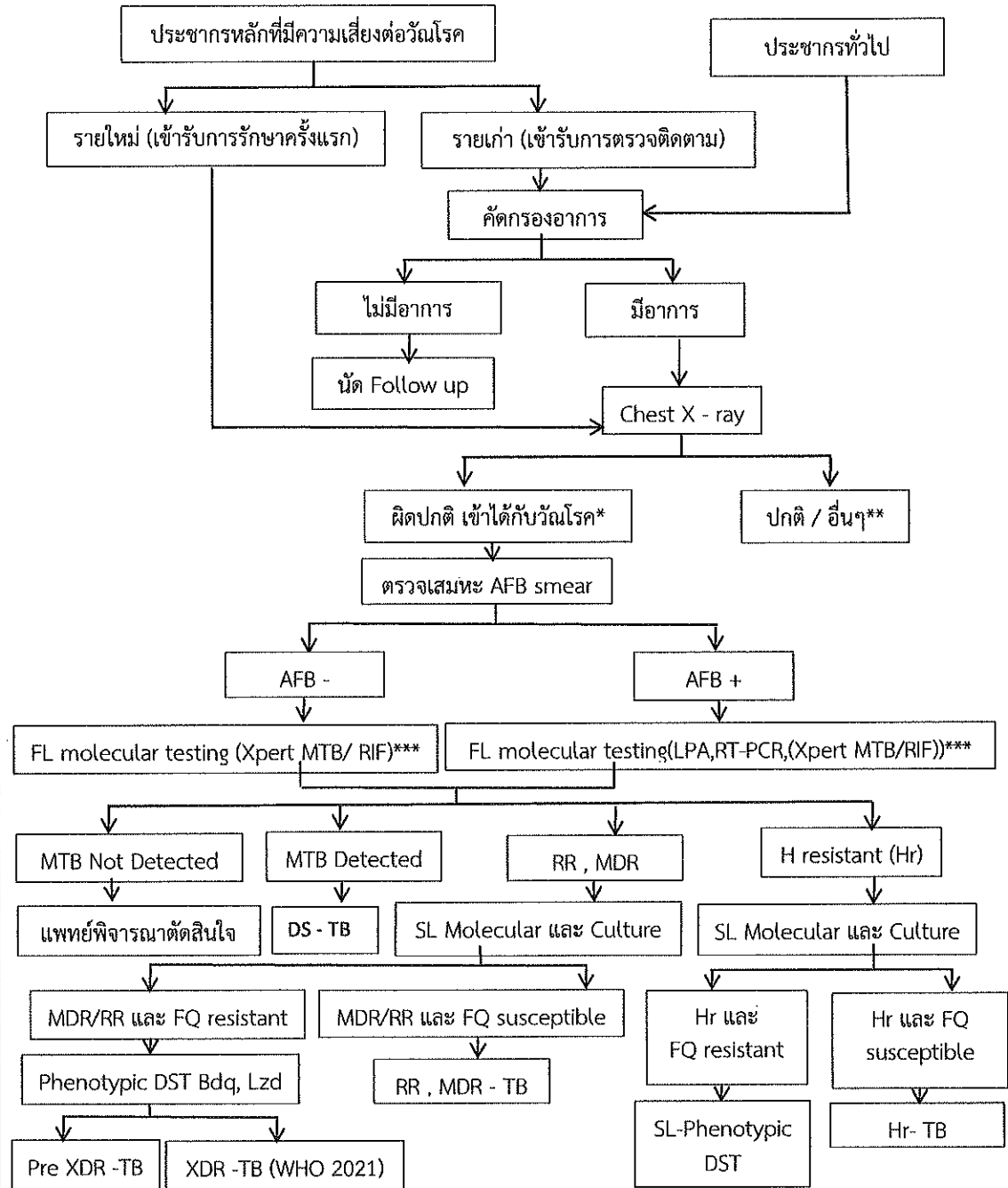
๒. การเพาะเชื้อวัณโรค ใช้เวลานาน ๔-๘ สัปดาห์ แพทย์ส่วนใหญ่จึงมักตัดสินใจให้การรักษาโรคจากอาการประกอบกับภาพรังสีทรวงอก และการตรวจเสมหะเท่านั้น

นอกจากนั้น กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) ได้มีการคัดกรอง เพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา โดยกำหนดแนวทาง การคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (key populations) ดังภาพที่ ๒.๑

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)



ภาพที่ ๓.๑ แนวทาง การคัดกรองวัณโรค (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

หมายเหตุ : *Key population for TB ที่มีผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค ให้ส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีอณูชีววิทยา หากผลการตรวจปกติ แนะนำให้ถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) ปีละครั้ง

** ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคให้เก็บเสมหะส่งตรวจด้วย

*** อาจตรวจด้วยวิธี TB-LAMP หากสามารถทำได้

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๔ ระบาดวิทยา ผู้ป่วยมักจะได้รับเชื้อจากผู้ที่เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อโดยเชื้อจะออกมากับการไอจาม ทำให้เชื้อกระจายในอากาศ ในห้องที่หีบอัดแสง เชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตอยู่ได้ถึง ๑ สัปดาห์ ถ้าเสมหะที่มีเชื้อลงสู่พื้นที่ไม่มี แสงแดดส่อง เชื้ออาจอยู่ได้ในเสมหะแห้งได้นานถึง ๖ เดือน เชื้อจะกระจายอยู่ในอากาศ และเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจเอาเชื้อเข้าไป บางครั้งเชื้ออาจผ่านจากแม่ไปยังลูกในท้อง โดยผ่านทางรกได้ ส่วนใหญ่โรคนี้จะเป็นกับเด็กหรือผู้ที่มีฐานะยากจนอยู่ในชุมชนแออัด ผู้ที่ติดเชื้อ แต่ไม่มีอาการและตรวจไม่พบวัณโรคในปอดโดย X-rays จะทราบว่าติดเชื้อวัณโรคได้โดยการทดสอบทูเบอร์คิวลิน จะให้ผลบวก ผู้ป่วยวัณโรคในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะเคยติดเชื้อมาในวัยเด็ก ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อ เกิดมีอาการของโรคได้แก่ การติดเชื้อในวัยทารก และในวัยหนุ่มสาว การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ(ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น) ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV ผู้ติดยาเสพติดและโรคขาดอาหาร (รุจิเรช ล้อไป,๒๕๖๐)

๓.๑.๕ การจำแนกประเภทของผู้ป่วย

การวินิจฉัยวัณโรค คือ การค้นหาผู้ที่เป็นวัณโรคระยะลุกลาม เพื่อที่จะให้การรักษา ผู้ป่วยให้หาย และหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้ใกล้ชิดและชุมชน เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วจะต้องจำแนกประเภทของผู้ป่วย เพื่อจัดระบบการรักษาให้เหมาะสมรวมทั้งการประเมินผลการรักษา ที่เน้นระบบมาตรฐาน ซึ่งจะสามารถรวบรวมข้อมูลของสถานบริการทุกแห่งให้เป็นไปในทางมาตรฐานเดียวกัน เพื่อการประเมินผลภาพรวมของประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (รติพร คล้ายสุบรรณ,๒๕๖๐)

๑.) จำแนกตามอวัยวะที่เป็นวัณโรค

วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis : PTB) คือ การที่พยาธิสภาพของวัณโรคใน เนื้อปอด ถ้าพบความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลืองซั้วปอด หรือน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) โดยไม่พบแผลในเนื้อปอดจะจัดอยู่ในประเภทของวัณโรคนอกปอด แต่ถ้าพบวัณโรคที่เนื้อปอดร่วมกับที่อื่นๆ จะจำแนกเป็นวัณโรคปอดวัณโรคนอกปอด(Extrapulmonary Tuberculosis: EPTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆ ที่มีไขเนื้อปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยขึ้นกับการตรวจเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้นๆ ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ซึ่งแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรค

๒.) จำแนกตามผลเสมหะ

เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจเสมหะและบางรายมีการเอกซเรย์ปอด ร่วมด้วยเพื่อจัดระบบยาให้เหมาะสม

๒.๑ วัณโรคปอดเสมหะบวก(PTB+) หมายถึง

๒.๑.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย ๒ ครั้ง

๒.๑.๒ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย ๑ ครั้ง

และภาพรังสีทรวงอก พบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะลุกลาม

๒.๑.๓ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย ๑ ครั้ง

และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก ๑ ครั้ง

๒.๒ วัณโรคปอดเสมหะลบ (PTB-) หมายถึง

๒.๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย ๓ ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบแผลพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะลุกลาม ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาด้วยยารักษาวัณโรค

๒.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย ๓ ครั้ง แต่ผลเพาะเชื้อเป็นบวก

<p>๓.แบบแสดงสรุปรูปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>๓.) จำแนกตามความรุนแรงของโรค</p> <p>ผู้ป่วยวัณโรคชนิดรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอันตรายถึงชีวิต และเสี่ยงต่อความพิการของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงวัณโรคปอดชนิดแพร่เชื้อกระจาย เช่น Miliary และ Disseminated ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่จำแนกกว่าเป็นชนิดรุนแรง ได้แก่ เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง เยื่อหุ้มสมอง ๒ ข้าง กระดูกสันหลัง ลำไส้ และระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนอวัยวะที่เป็นโรค ที่จำแนกว่ารุนแรงน้อยกว่า ได้แก่ ต่อม น้ำเหลือง เยื่อหุ้มปอดข้างเดียว กระดูก(ยกเว้น กระดูกสันหลัง) ข้อและผิวหนัง</p> <p>๔.) จำแนกตามประวัติการรักษาในอดีต</p> <p>หลังจากที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรคแล้วจะต้องซักประวัติว่าผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เพราะประวัติการรักษาจะมีผลต่อการจัดระบบยา WHO แบ่งประเภทการ ขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยดังต่อไปนี้</p> <p>๔.๑. ใหม่ (New)</p> <p>๔.๑.๑ ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน</p> <p>๔.๑.๒ ผู้ป่วยที่เคยได้ยาต้านวัณโรคมาไม่เกิน ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>๔.๒ กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว หรือได้รับการรักษาครบ แล้วกลับมาเป็นวัณโรคอีก โดยมีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Direct smear และ/หรือ Culture</p> <p>๔.๓ รักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว (Treatment after failure)</p> <p>๔.๓.๑ ผู้ป่วยที่รักษาด้วย แต่ผลเสมหะเมื่อเดือนที่ ๕ เป็นบวก หรือหลังจากนั้นยังคงเป็นบวก (Remained positive) หรือกลับเป็นบวกอีก (Become positive)</p> <p>๔.๓.๒ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบเมื่อเริ่มการรักษา เมื่อได้รับการรักษาแต่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ ๒ กลับเป็นบวก</p> <p>๔.๓.๓ ผู้ป่วยที่เริ่มรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำหลังจากล้มเหลวต่อระบบยาที่รักษามาก่อน</p> <p>๔.๔ รักษาซ้ำหลังจากขาดยา (Treatment after default) ผู้ป่วยที่กลับมารักษาอีก หลังจากขาดการรักษาไปมากกว่า ๒ เดือนติดต่อกัน</p> <p>๔.๕ โอน (Transfer in) ผู้ป่วยซึ่งรับโอนจากสถานพยาบาลอื่นโดยขึ้นทะเบียนและได้รับการรักษาแล้วระยะหนึ่ง</p> <p>๔.๖ อื่น ๆ (Other)</p> <p>๔.๖.๑ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ตัวอย่างของ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น Bacteriological negative relapse (M-C-R)</p> <p>๔.๖.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคจากคลินิกหรือหน่วยงานเอกชนมากกว่า ๑ เดือน โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน</p> <p>๔.๖.๓ Chronic case ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาซ้ำแล้วเสมหะยังคงเป็นบวก</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>๓.๑.๖ พยาธิสภาพของวัณโรคปอด</p> <p>พยาธิสภาพของวัณโรคปอด แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ (วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ,๒๕๖๐)</p> <p>๑.) วัณโรคปฐมภูมิ (Primary Tuberculosis) เป็นการป่วยเป็นวัณโรคจากการติดเชื้อครั้งแรกเนื่องจากร่างกายยังไม่มีภูมิต้านทานจำเพาะส่วนมากเป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิต้านทานโรคต่ำ เมื่อมีการติดเชื้อในเนื้อปอด เชื้อวัณโรคจะมีการแบ่งตัวและทำลายเนื้อปอดบริเวณนั้นๆ ทำให้มีรอยโรค ในเนื้อปอดเรียกว่า Primary Focus หรือ Ghon's Focus มักพบบริเวณตรงกลาง (Mid-zone) ซึ่งเป็นส่วนล่างของปอดกลีบบนหรือส่วนบนของปอดกลีบล่างส่วนมากมักจะเป็นแห่งเดียว แต่ก็อาจพบหลายแห่งได้ ถ้าเชื้อวัณโรคแบ่งตัวในเนื้อปอดมากขึ้น อาจลุกลามไปตามหลอดน้ำเหลือง (Lymphatic Vessels) ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด (Hilar Lymphnode) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้นสำหรับ Primary focus และต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นรวมเรียกว่า Primary Complex ถ้าพยาธิสภาพเกิดอยู่ใกล้กับเยื่อหุ้มปอดอาจเกิดของเหลวในเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion) ต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอดโตและอาจกดหลอดลม ทำให้เกิดปอดแฟบ (Atelectasis) ในภาวะที่มีการทำลายของผนังหลอดลมเล็กๆ จะทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง (Bronchiectasis) หรือปอดอักเสบ และถ้าเชื้อเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดจะทำให้เชื้อสามารถกระจายไปอวัยวะอื่นๆ ได้</p> <p>๒.) วัณโรคทุติยภูมิหรือวัณโรคหลังปฐมภูมิ (Secondary or Postprimary Tuberculosis) คือการป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้อมานานหลายปี เมื่อร่างกายมีภาวะอ่อนแอ ระบบภูมิต้านทานไม่แข็งแรง มีการกระตุ้นให้เชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในร่างกายเป็นเวลานานมีการแบ่งตัวขึ้นมาใหม่หรือรับเชื้อ วัณโรคจากนอกร่างกายเข้าไปใหม่แล้วก่อให้เกิดโรค มักเกิดพยาธิสภาพในเนื้อปอดบริเวณส่วนบน (Upper Part) ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ ๑๐ ของผู้ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคตลอดช่วงชีวิต ส่วนใหญ่พบใน ๒ ปีแรกของการติดเชื้อปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจาก ร่างกายมีภูมิต้านทานที่ลดลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้โอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคมีมากขึ้นในปัจจุบันนี้ การติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค</p> <p>การตายเนื่องจากป่วยเป็นวัณโรค (Death due to TB) การป่วยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและ ความรุนแรงของโรครวมทั้งระยะเวลาที่ให้การวินิจฉัย เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมองจะมีอัตราการตายสูงกว่าอวัยวะอื่น ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อ ถ้าไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ ๓๐-๔๐ จะตายภายใน ๑ ปี และร้อยละ ๕๐ -๗๐ จะตายภายใน ๕-๗ ปี (วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ,๒๕๖๐)</p> <p>๓.๑.๗ การแพร่เชื้อและการติดเชื้อวัณโรคปอด</p> <p>๑) การแพร่เชื้อ โดยที่ผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจายเมื่อผู้ป่วย จาม ไอ หัวเราะร้องเพลงหรือแม้กระทั่งพูดก็สามารถแพร่เชื้อออกทางน้ำลาย Droplet Nuclei กระจายไปในอากาศและสามารถอยู่ในอากาศได้นาน เมื่อคนหายใจจะได้รับเชือนั้นเข้าไปในถุงลมในปอด (Alveoli) หากร่างกายแข็งแรงภูมิคุ้มกัน Immune ปกติ ร่างกายก็สามารถกำจัดเชือนั้นได้โดยการทำลายของ Macrophages ผู้ป่วยเด็กหรือเป็นเอดส์เชื้อจะแพร่กระจายไประบบอื่น เช่น เยื่อหุ้มสมองและเกิดโรค หลังจากได้รับเชื้อ ประมาณ ๒ - ๘ สัปดาห์ หากร่างกายแข็งแรงสามารถทำลายเชื้อได้หมด เราทดสอบผิวหนัง PPD Skin Test จะให้ผลบวก หมายถึงผู้ป่วยติดเชื้อแต่ไม่เกิดโรค เรียก Latent Infection ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ติดต่อ วัณโรคไม่ติดต่อทางสัมผัส ไม่ติดต่อทางเสื้อผ้า หรือเครื่องใช้ จะมีเชื้อบางส่วนอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดขาว จนกระทั่งร่างกายอ่อนแอ หรือมีโรค เช่น ภูมิคุ้มกันบกพร่องเชื้อจะเจริญเติบโตและเกิดโรคได้ (รุจิเรข ล้อไป,๒๕๖๐) สำหรับการติดเชื้อ พบว่าผู้ที่ได้รับเชื้อ (Latent Infection) ทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นวัณโรคทุกคน ประมาณร้อยละ ๑๐ จะเป็นวัณโรคโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ (รุจิเรข ล้อไป,๒๕๖๐) เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับยา Prednisolone หรือยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน หรือเปลี่ยนไต ผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อย</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.๑.๗ การแพร่เชื้อและการติดเชื้อวัณโรคปอด(ต่อ)</p>
<p>ผู้ป่วยที่เป็น Silicosis ผู้ป่วยที่ตัดกระเพาะ หรือตัดต่อลำไส้ เมื่อร่างกายอ่อนแอเชื้อที่อยู่ในปอด จะเจริญและแพร่กระจายเข้ากระแสเลือดและต่อมน้ำเหลืองไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ผิวหนัง ไต กระดูก และ อวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคจะมีอาการ ไข้ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง บางรายไอจนเสมหะมีเลือดปน หากเป็นมากขึ้นจะมีการทำลายเนื้อปอดทำให้หอบเหนื่อย</p>
<p>นอกจากนั้นกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) ได้จำแนกการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease) ออกเป็น ๒ ประเภท คือ</p>
<p>๑) การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection: LTBI) เมื่อบุคคลมีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ ๓๐ ของผู้สัมผัสจะพบการติดเชื้อวัณโรคในระยะแฝง โดยทั่วไป หลังติดเชื้อวัณโรค เชื้อจะไม่ลุกลามจนทำให้ป่วยเป็นโรค แม้เชื้อบางตัวยังคงมีชีวิตแต่จะสงบอยู่ใน scarred foci ของอวัยวะต่างๆ ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๙๐ จะคงสภาพการติดเชื้อ ระยะแฝงตลอดชีวิต โดยไม่ป่วยเป็นวัณโรคและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ ร่างกายจะตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน โดย macrophages และเซลล์เม็ดเลือดขาวอื่นๆ จะฆ่าทำลาย หรือทอหุ้มเชื้อไว้แล้วก่อตัวเป็น granuloma การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงนี้ตรวจได้ด้วยวิธี tuberculin skin test (TST) หรือวิธี interferon – gamma release assay (IGRA) โดยสามารถตรวจได้หลังจากการติดเชื้อแล้ว ๒ – ๘ สัปดาห์ กรณีตรวจพบการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง แม้ว่าผลตรวจเสมหะและภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอกไม่พบว่าป่วยเป็นวัณโรค แต่ยังคงต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค</p>
<p>๒) การป่วยเป็นวัณโรค (TB disease) ร้อยละ ๑๐ ของผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง จะป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถจัดการทำลายเชื้อได้โดยร้อยละ ๕ ของผู้ติดเชื้อจะป่วยภายใน ๒ ปี หลังการติดเชื้อ และอีกร้อยละ ๕ จะป่วยหลังจากนั้น ผู้ป่วยวัณโรคอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ทั้งนี้ผู้ป่วยวัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด บางตำแหน่ง เช่น วัณโรคกล่องเสียง วัณโรค nasopharynx จะสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้</p>
<p>๓.๑.๘ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อและการป่วยวัณโรค</p>
<p>การที่คนเรารับเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกายโดยการสูดหายใจเอาอากาศที่มีอนุของเชื้อวัณโรค (Droplets) ที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอมากไม่ทำให้เกิดโรคแต่ส่วน Droplets ที่มีขนาดเล็กๆที่เข้าไปสู่ปอด เชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอีกชั้น หากมีเชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดเชื้อจะมีการแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ (TB Infection) หากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงจะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อ ประมาณร้อยละ ๙๐ มีเพียงร้อยละ ๑๐ ของผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่จะป่วยเป็นวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖)</p>
<p>ปัจจัยเสี่ยงของการป่วยวัณโรคขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบสำคัญ ๓ ประการ</p>
<p>๑. ปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อวัณโรคซึ่งได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดวัณโรคในชุมชนระยะเวลาของการสัมผัสเชื้อ ความบ่อยครั้งในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเป็นระยะเวลานานเมื่อเทียบกับระยะเวลาสั้นๆ และการได้รับเชื้อจะแตกต่างกันตามพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ความหนาแน่นของประชากร</p>
<p>๒. ปัจจัยเสี่ยงด้านตัวผู้ติดเชื้อวัณโรค โดยทั่วไปประมาณร้อยละ ๑๐ ของผู้ติดเชื้อวัณโรค มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคตลอดชีวิต ปัจจัยเสริมที่จะทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้มากขึ้นคือการที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยากภูมิคุ้มกัน ทำให้โอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรค</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.๑.๘ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค(ต่อ)</p>
<p>มีมากขึ้น ในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการป่วยเป็นวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖)</p>
<p>๓. ปัจจัยเสี่ยงของการพัฒนาเชื้อวัณโรค ปัจจุบันวัณโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยใช้ยารักษานาน ๖-๘ เดือน ในผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยาสามารถรักษาให้หายขาดได้สูงสุดถึง ร้อยละ ๙๘ ในทางตรงกันข้ามหากกินยาไม่ครบไม่ต่อเนื่องจะทำให้เชื้อมีการพัฒนาตัวเองจนทำให้เกิดการดื้อยาได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่น่ากลัวมาก ต้องใช้ยาจำนวนมากขึ้น ราคาสูงขึ้น ใช้ในการรักษาเวลานานขึ้นผลข้างเคียงจากการใช้ยามากขึ้น โอกาสในการรักษาหายขาดลดลง และในกรณีผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง หรือ มีภาวะดื้อยาเชื้อวัณโรคก็จะทำลายเนื้อปอดมากขึ้นเรื่อยๆ จะมีอาการไอมากและอาจไอออกเป็นเลือดปริมาณมากจนเสียชีวิตกะทันหันได้ นอกจากนี้อาจมีอาการเบื่ออาหาร และผอมโทรมลงเรื่อยๆ จนเดินและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และทำให้เสียชีวิตในที่สุด (วารสารคณา กิริติขานานนท์, ๒๕๕๒)</p>
<p>๓.๑.๙ หลักการให้ยารักษาผู้ป่วยวัณโรค</p>
<p>ในปัจจุบัน การให้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หาย ได้เกือบ ร้อยละ ๑๐๐ หากผู้ป่วยรับประทานยาครบกำหนด ความสำเร็จในการรักษาวัณโรครายใหม่จะสามารถป้องกันการล้มเหลว และการเกิดวัณโรคดื้อยา และผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค การรักษาผู้ป่วยให้หายควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (ระติพร คล้ายสุบรรณ, ๒๕๖๐)</p>
<p>๑. ให้ยาถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ยาบางชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อในขณะที่บางชนิดมีฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ ซึ่งยาชนิดใดชนิดหนึ่งนั้นไม่สามารถจะรักษาวัณโรคได้จะต้องให้ เป็นระบบ ดังนั้นเราต้องให้ระบบยาที่ถูกต้อง และจะต้องไม่รักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาเพียงตัวเดียว การรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ มี ๒ ระยะ คือ ๑) ระยะเข้มข้น (Initial phase) คือ ระยะต้องการยาไปฆ่าเชื้อวัณโรคที่เจริญเติบโตเร็วมากและมีจำนวนมาก รวมทั้งกลุ่มเจริญเติบโตช้า ต้องใช้ยาตั้งแต่ ๓ ชนิดขึ้นไป เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างรวดเร็วจนไม่แพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นภายหลังได้รับยาประมาณ ๒ สัปดาห์ ในระยะนี้ควรให้ยาแบบ DOT ทุกวันนานประมาณ ๒ เดือน ๒) ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) คือ ระยะต้องการฆ่าเชื้อวัณโรคที่มีจำนวนเหลือน้อย ซึ่งมีโอกาสเชื้อดื้อยาต้องใช้ยา ๒ ชนิดเป็นเวลานาน ๔-๖ เดือน การให้ยาในช่วงนี้แบบ DOT และเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิดจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา</p>
<p>๒. ให้ยาถูกต้องตามขนาด การรักษาจะได้ผลดีต้องให้ยาถูกต้องตามขนาด ถ้าขนาดของยาต่ำเกินไปเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย และจะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยา ในขณะที่เดียวกันหากขนาดของยาสูงเกินไป ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา</p>
<p>๓. ให้ยาระยะยาวเพียงพอ ระบบยาระยะสั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันตั้งแต่ ๖ เดือนและ ๘ เดือน การที่ผู้ป่วยจะต้องได้ยาครบตามกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรค อาจจะไม่ตายทั้งหมด และผู้ป่วยอาจจะเป็นวัณโรคอีกครั้ง</p>
<p>๔. ความต่อเนื่องของการรักษา หากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องเชื้อวัณโรคจะไม่ตาย ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่หาย การให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรักษาอย่างเหมาะสมจึงควรจะทำโดยอาศัยพี่เลี้ยง ดังนั้นระบบการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) จึงเป็นสิ่งที่ควรจะนำมาปฏิบัติโดยเร็วที่สุด</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>๓.๑.๑๐ การรักษาวัณโรค</p> <p>เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ก่อนเริ่มการรักษาควรปฏิบัติ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) พิจารณาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ๒) พิจารณาเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปี ต่อมสุราเป็นประจำ เคยมีประวัติโรคตับหรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะทุพโภชนาการ หรือหญิงตั้งครรภ์ ๓) พิจารณาเจาะเลือดดูการทำงานของไต ในผู้ป่วยที่มีโรคไตหรือเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลัน เช่น nephrotic syndrome ไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวานที่มีการทำหน้าที่ของไตบกพร่อง ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ต้องใช้ยาในกลุ่ม aminoglycosides ๔) พิจารณาตรวจสายตา ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มีความผิดปกติของสายตาอยู่เดิม ๕) ผู้ป่วยที่ดื่มสุราทุกราย ต้องได้รับคำแนะนำ ให้หยุดสุรา และระมัดระวังการใช้ยาอื่นที่อาจมีผลต่อดับ (ควรได้รับยาต่าง ๆ ภายใต้อาณัติของแพทย์) <p>๓.๑.๑๑ การติดตามการรักษา</p> <p>การติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจะติดตามการรักษาด้วยอาการและอาการแสดงทางคลินิกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น อาการทางคลินิกจะมีความจำเพาะในการบ่งบอกการรักษาล้มเหลว โดยมี ๔ วิธี ดังนี้ (ระติพร คล้ายสุบรรณ, ๒๕๖๐)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การตรวจเสมหะโดยการย้อมสีทุกเดือน จะเป็นการติดตามผลการรักษาได้ดี ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเสมหะที่ ๒ และ ๕ เดือน หลังการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ๒. การตรวจเสมหะหลังการรักษา ๒ เดือน ถ้าตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ต้องยืด ระยะเวลาการรักษาเข้มข้นโดยการให้ยา ๔ ตัว ต่อไปอีก ๔ เดือน ๓. การตรวจเสมหะที่ ๕ เดือน หลังการรักษาและก่อนสิ้นสุดการรักษาจะใช้พิจารณาว่ามีการรักษาล้มเหลวหรือไม่ ถ้ายังตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคจะถือว่าการรักษาล้มเหลว จะต้องตรวจเสมหะเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรคและพิจารณารักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยาสำรอง ๔. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกระหว่างการรักษาจะทำต่อเมื่อสงสัยว่ามีภาวะอื่นแทรกด้วยหรือมีการวินิจฉัยอื่น ๆ <p>๓.๑.๑๒ การป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด</p> <p>การป้องกันและควบคุมวัณโรค มีหลัก ๓ ประการ ได้แก่ การใช้ยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ระติพร คล้ายสุบรรณ, ๒๕๖๐)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การใช้ยา เป็นการช่วยลดอาการไอ และปริมาณเสมหะ จึงทำให้สามารถลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับประทานยาวัณโรคครบทุกชนิด ขนาดยาถูกต้อง ตรงตามเวลา และไปตรวจตรงตามวันนัดหรือไม่ตรงวันนัดไม่เกิน ๗ วัน จำนวน ๑ ครั้งต่อเดือน ๒. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยดำเนินการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ ระวังการแพร่เชื้อ ด้วยการใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอ จามหรือหัวเราะ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดขอบเรียบ ป้องกันเสมหะเประตามเกลียวฝาขณะเทเสมหะทิ้งลงโถส้วม ราดน้ำทำความสะอาด แยกตัวจากผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๑๒ การป้องกันและควบคุมโรคปอด(ต่อ)

๒.๒ กำจัดปนเปื้อนเชื้อวัณโรค โดยการเปิดหน้าต่างและประตูห้องให้อากาศถ่ายเท สะดวก แสงแดดส่องนานถึง ๒๐-๓๐ ชั่วโมง นำเครื่องนอนออกผึ่งแดดนานอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง ก่อนนำมาใช้อีก เพื่อให้แสงแดดและแสงอุลตราไวโอเล็ตทำลายเชื้อวัณโรคในเสมหะแห้ง ถ้าใช้วิธีต้มในน้ำเดือดใช้เวลา ๕ นาที กระจายชำระที่ใช้แล้วควรนำไปเผาไฟ ส่วนภาชนะที่ใส่เสมหะ ให้ล้างทำความสะอาดไว้ใช้อีกได้ ภาชนะทั่วไปที่ใช้แล้วต้องล้างให้สะอาด ผึ่งแดดให้แห้ง หรือต้มในน้ำเดือด ๑๕-๓๐ นาที และแยกภาชนะเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน และควรใช้ช้อนกลางตักอาหาร เมื่อใช้เสร็จต้องล้างและผึ่งแดดให้แห้ง

๓. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป โดยการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ๒๐-๓๐ นาที อย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง ๕ หมู่ โดยเน้นอาหารประเภท เนื้อ นม ไข่ ผักและผลไม้ ดื่มน้ำสะอาด วันละ ๑,๕๐๐ - ๒,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน หรือ ๖ - ๘ แก้วต่อวัน งดสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และฝุ่นละออง พักผ่อนวันละไม่ต่ำกว่า ๖ - ๘ ชั่วโมง แนวทางการป้องกันวัณโรคหรือการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นนั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมาก และวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ผ้าปิดปากหรือกระดาษปิดปาก จมูก เมื่อไอจาม หรือหัวเราะ บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิด กำจัดสิ่งปนเปื้อนเชื้อวัณโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การเปิดหน้าต่าง ให้แสงแดดส่องถึง การทำความสะอาดเครื่องนอน และการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์

๓.๒ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๖๔) พบว่า ร้อยละ ๒๙.๖ ของประชากรชายไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมดื่มสุราที่แพร่หลาย ในสังคม และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว พฤติกรรมการดื่มสุรา การดื่มสุรามีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งอาจมีทั้งลักษณะเป็นครั้งคราว หรือเรื้อรัง หากดื่มในปริมาณมากเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงระบบภูมิคุ้มกัน การดื่มสุราเรื้อรังอาจทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค นอกจากนี้ การดื่มสุรายังสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การละเลยสุขภาพ ไม่เข้ารับการตรวจร่างกายหรือรับบริการสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับวัณโรค มีหลักฐานทางวิชาการมากมายที่ยืนยันว่าการดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค โดย WHO (๒๐๒๒) รายงานว่าการดื่มสุราเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดวัณโรค โดยประมาณร้อยละ ๘ ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกมีประวัติการดื่มสุราร่วมด้วย เช่น งานวิจัยของ Lin et al. (๒๐๐๗) ในประเทศจีนพบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มถึง ๒-๓ เท่า เนื่องจากสุราส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน และยังมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยง เช่น การอยู่ในแหล่งชุมชนแออัดหรือการใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มเสี่ยงอื่น

๓.๓ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรค ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เช่น สาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกัน และการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน บุคคลที่มีความรู้เพียงพอจะสามารถตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษา และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เช่น การกินยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น และการติดตามผลการรักษา (Hoa et al., ๒๐๐๙)

ทัศนคติของประชาชนต่อโรควัณโรคก็มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการติดตามทางสังคม ผู้ที่มองว่าผู้ป่วยวัณโรคเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ หรือเป็นโรคของคนจน อาจทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเปิดเผยข้อมูลหรือไม่เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน (Somma et al., ๒๐๐๘)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรอง และการควบคุมโรค ซึ่งทฤษฎีที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ ได้แก่

๓.๔.๑ แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแบบจำลองทางทฤษฎีที่ถูกพัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ ๑๙๕๐ โดยนักวิจัยในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ Irwin M. Rosenstock คณะ เพื่ออธิบายและคาดการณ์พฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคหรือปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี (Rosenstock, ๑๙๗๔) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพ เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีน หรือ การดูแลตนเองเบื้องต้น ต่อมาแบบจำลองนี้ได้ถูกพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการศึกษาทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพอย่างกว้างขวาง (Becker, ๑๙๗๔; Glanz, Rimer, & Viswanath, ๒๐๐๘)

แนวคิดหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก ๖ ด้าน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนี้

๑. การรับรู้ความไวต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสหรือความเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพ เช่น เชื่อว่าตนมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานเนื่องจากมีประวัติครอบครัวหรือพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม (Rosenstock, ๑๙๗๔) การกระตุ้นความตระหนักรู้ในประเด็นนี้สามารถช่วยให้บุคคลตัดสินใจป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น

๒. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือผลกระทบทางลบจากการไม่ดูแลสุขภาพ เช่น อาจทำให้สูญเสียการทำงาน ทูพลาภาพ หรือเสียชีวิต (Becker, ๑๙๗๔) การสื่อสารที่เน้นความรุนแรงของผลกระทบมีผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

๓. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits) คือ ความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์ เช่น การออกกำลังกายสามารถช่วยลดน้ำหนักและควบคุมความดันโลหิตได้ (Glanz et al., ๒๐๐๘) หากบุคคลมองเห็นประโยชน์ที่ชัดเจน จะมีแรงจูงใจสูงขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๔. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง ความเชื่อว่ามีสิ่งขัดขวางที่ทำให้ ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีทรัพยากร หรือรู้สึกว่าการปฏิบัติใหม่ นั้นยากต่อการปฏิบัติ (Becker, ๑๙๗๔) การลดอุปสรรค เช่น การให้บริการใกล้บ้าน หรือจัดโปรแกรมสุขภาพให้เหมาะกับวิถีชีวิตจะช่วยให้บุคคลลงมือทำได้ง่ายขึ้น

๕. สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cues to Action) คือ สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจในการเริ่มต้นพฤติกรรม เช่น ข่าวสารด้านสุขภาพ คำแนะนำจากแพทย์ หรือเหตุการณ์เฉพาะ เช่น คนใกล้ตัวล้มป่วย (Rosenstock, ๑๙๗๔)

๖. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) เป็นองค์ประกอบที่ถูกเพิ่มเติมในภายหลังโดย Bandura (๑๙๗๗) หมายถึง ความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถดำเนินพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ได้สำเร็จการส่งเสริม Self-Efficacy ด้วยการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติ การให้กำลังใจ และการตั้งเป้าหมายอย่างเป็นขั้นตอนสามารถช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้จริง (Glanz et al., ๒๐๐๘)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพสามารถเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างเป็นระบบ และสามารถออกแบบกิจกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความเชื่อ ความรู้สึก และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

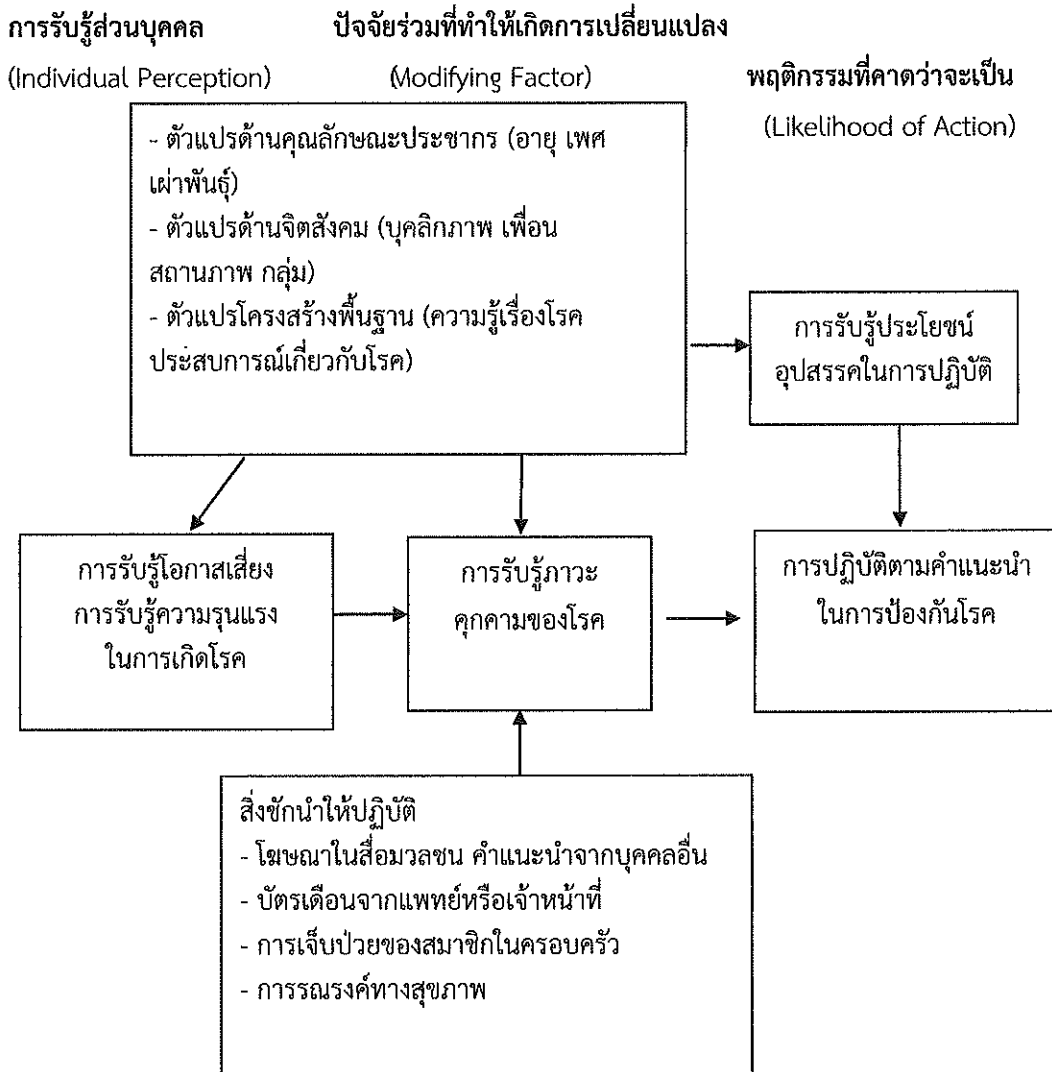
<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.๔.๑ แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (ต่อ)</p>
<p>Rosenstock (๑๙๗๔) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานระยะแรกของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรู้ว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะอาด ความเจ็บปวด และความอาย</p>
<p>O'Donnel (๒๐๐๒) ได้กล่าวไว้ว่า ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี ๔ องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ</p>
<p>๑)การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น</p>
<p>๒)การรับรู้ความรุนแรงของโรค</p>
<p>๓)การรับรู้ประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติ</p>
<p>๔)การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค</p>
<p>องค์ประกอบทั้ง ๔ นี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔.๑ แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (ต่อ)



ภาพที่ ๓.๒ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : Becker, Drachman และ Kirscht (๑๙๗๔)

นอกจากนั้น แนวคิดนี้ยังช่วยอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อการตัดสินใจเพื่อ ป้องกันโรค หรือการ รับการรักษา โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ ๓ ประการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรค (Perceived Severity) และการประเมินประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการปฏิบัติ ตาม (Perceived Benefits and Barriers) ในกรณีนี้ ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมการดื่มสุราและความรู้สึก เสี่ยงต่อการติดเชื้อมโรค รวมถึงการตัดสินใจไม่เข้ารับ การตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

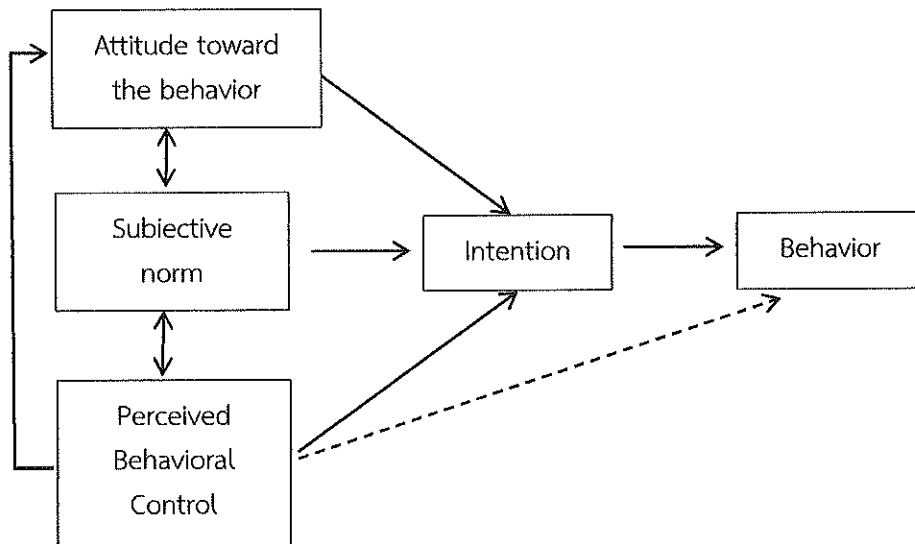
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๕.๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior -TPB) เป็นทฤษฎีที่ใช้ทำนาย พฤติกรรมซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านพฤติกรรมโดยตามทฤษฎี ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งเป็นแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการแสดงพฤติกรรมจริงมากที่สุด (Judge, et al.,๒๐๑๙) ทำให้ทฤษฎีนี้เป็นประโยชน์ต่อการทำนาย และอธิบายความตั้งใจกับแสดงพฤติกรรมจริง ช่วยให้เข้าใจตัวกำหนดจิตใจของมนุษย์และการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ (P. Vanichkitpisan, C. Temiyasathit, ๒๐๑๗)

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อมีการวางแผนจะกระทำพฤติกรรม เหล่านั้น ซึ่งการกระทำนี้ย่อมเกิดจากความตั้งใจ ความตั้งใจจึงเป็นการรับรู้โอกาสว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนี้ในอนาคต เป็นตัวชี้วัดความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ก่อนการกระทำพฤติกรรมจริง ความตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจเหล่านี้สามารถทำนายโดยผ่านปัจจัย ๓ ปัจจัย ได้แก่ (ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล และสุพรรณยา โลหาชีวะ, ๒๕๖๓) ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (Perceived Behavioral Control) โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ดังภาพที่ ๓.๓



ภาพที่ ๓.๓ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)

ที่มา : ทรศน์มน ทิมทอง, ๒๕๖๕

ทฤษฎีนี้เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่าน ๓ ปัจจัยหลัก ได้แก่ เจตคติ (Attitudes) นอร์มทางสังคม (Subjective Norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ซึ่งช่วยอธิบายเหตุผลที่ผู้ดื่มสุราอาจไม่เห็นความจำเป็นในการรับการตรวจคัดกรองไวรัสโรค และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรค

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>๓.๔.๓ ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to Healthcare Model)</p> <p>การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุม ๔ องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (อาจรีย์ เขิดชู,๒๕๖๑)</p> <p>๑. ความครอบคลุม (Coverage) ของประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้ประเมินความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การประกันสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการในระบบการดูแล สุขภาพในขณะที่เดียวกันคนที่ไม่มีประกันสุขภาพ จะได้รับโอกาสน้อยกว่าการดูแลทางการแพทย์ และมีแนวโน้มที่จะสถานะสุขภาพไม่ดีและตายในช่วงต้น การขาดความครอบคลุมทำให้ไม่ได้รับบริการ ในระบบการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ ความพยายามของนโยบายปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การให้ความคุ้มครองประกันเป็นหลัก เพื่อสร้างความมั่นใจการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชากรทั่วไป และจัดอุปสรรคใน การเข้าถึงและการใช้บริการ</p> <p>๒. บริการ (Services) งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน ซึ่งอาจมีรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีองค์ประกอบหลักๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายที่ให้บริการครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนใน กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงงานป้องกัน งานรักษา งานฟื้นฟูสภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ปราศจากอุปสรรคในเรื่องค่าบริการ ภาษา วัฒนธรรมหรือภูมิประเทศ มีเครือข่ายการให้บริการไปถึงระดับชุมชน ระบบบริการสุขภาพนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตการคุ้มครองค่าบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน มีความต่อเนื่องในกระบวนการรักษาข้ามเครือข่ายเขตพื้นที่บริการ ได้แยกบริการรักษาขั้นสูงเป็นระดับความซับซ้อน และยังคงครอบคลุมไปทุกกลุ่มอายุ คุณภาพงานบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดี เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดีไปพร้อมกัน และที่สำคัญต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ ไม่ใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและการประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการร่วมกันรับผิดชอบ ปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย</p> <p>๓.及时性 (Timeliness) ความสามารถในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้การดูแล สุขภาพอย่างรวดเร็ว ลดความล่าช้าในการใช้เวลารอคอยพบแพทย์และภาวะฉุกเฉิน ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในด้านความทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ลดจำนวนของผู้ป่วยที่รอคิว และ ลดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพได้ กำลังแรงงาน (Workforce) กำลังคนด้านสุขภาพก็ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมก็มีส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้เช่นกัน</p> <p>๔.ความสามารถในการเข้าถึง(Accessibility / Affordability) หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่ติดอุปสรรคด้าน ค่าใช้จ่าย สถานที่ตั้ง เวลาเดินทาง ภาษา หรือปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน ไม่มีพาหนะเดินทาง หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล</p> <p>นอกจากนั้นเมื่อก้าวถึงมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เสนอโดย Penchansky and Thomas ซึ่งเสนอว่าการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรประเมินจาก ๕ มิติ ดังต่อไปนี้ (อาจรีย์ เขิดชู,๒๕๖๑)</p> <p>๑. ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) ซึ่งพิจารณาจากความเหมาะสมของ สัดส่วนของการมีอยู่ของสถานบริการต่อจำนวนของผู้ที่ต้องการรับบริการ จำนวนจุดที่ให้บริการ ให้ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ ตลอดจนความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่ตรงตามความ ต้องการของประชาชน</p> <p>๒. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) พิจารณาการเข้าถึงทางกายภาพจากความเหมาะสมทางด้านภูมิศาสตร์ของสถานบริการว่าเอื้อต่อการใช้บริการหรือไม่ โดย พิจารณาจาก ๓ องค์ประกอบ คือ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง และวิธีการ เดินทางที่สะดวก</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔.๓ ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to Healthcare Model)(ต่อ)

๓. ความเพียงพอ (Adequacy) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่อำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้มาใช้บริการ ประเมินจากความไว้วางใจและเชื่อมั่นของประชาชนต่อความสามารถของสถานบริการ ความพึงพอใจต่อลักษณะการจัดบริการ เช่น ช่วงเวลา ให้บริการมากเพียงพอที่ประชาชนจะได้ใช้บริการ ขั้นตอนการใช้บริการที่ไม่มีความยุ่งยากหรือซับซ้อน จนเกินไป

๔. ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นการพิจารณา ราคาของบริการเทียบกับความสามารถในการจ่ายของผู้ต้องการบริการ โดยพิจารณาทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทางที่ใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ รวมทั้งอัตราความครอบคลุมของประกันสุขภาพ ประเภทของโรคหรือยาที่ครอบคลุมในประกันสุขภาพ

๕. การยอมรับ (Acceptability) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับในเชิงวัฒนธรรม ภาษาและศาสนา เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการปฏิบัติ ของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น การปฏิบัติตนของผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกมีกำแพงขวางกั้น เมื่อต้องมาใช้บริการ ผู้ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารในการให้บริการที่ดี ทฤษฎีนี้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การรับรู้ถึงประโยชน์ของบริการสุขภาพ และความพร้อมทางการเงิน โดยสามารถอธิบายได้ว่าทำไมกลุ่มผู้ที่มีสุราจึงอาจไม่เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงการขาดการตรวจคัดกรองวันโรคในกลุ่มนี้

๓.๔.๔ ทฤษฎีการควบคุมโรค (Infectious Disease Control Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายการแพร่กระจายของโรคและการควบคุมการระบาด โดยเน้นการป้องกันและการตรวจคัดกรองโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในกรณีของวัณโรค การศึกษานี้สามารถใช้ทฤษฎีการควบคุมโรคเพื่อทำความเข้าใจว่าการดื่มสุรามีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคอย่างไร รวมถึงกลยุทธ์ในการควบคุมการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มเสี่ยง

๓.๔.๕ ทฤษฎีความรู้สึกเสี่ยงและการตอบสนอง (Risk Perception and Response Theory)

ความหมายของการรับรู้ความเสี่ยงการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception)

คือ ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของผู้บริโภค ที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่อการตัดสินใจต่าง ๆ โดยที่ผู้ใช้บริการไม่ทราบผลที่ตามมา หรือผลที่เกิดขึ้นหลังจากการซื้อหรือใช้บริการ ซึ่งความสามารถในการประเมินความเสี่ยงของแต่ละบุคคลนั้นอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ โดยความสามารถเหล่านั้นล้วนส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมขึ้นระหว่างการตัดสินใจ ซึ่ง ปัจจัยเหล่านี้คือปัจจัยหนึ่งที่ถ่วงการตัดสินใจของผู้บริโภค ส่งผลให้เกิดเป็นสภาวะที่ผู้บริโภคเกิดการรับรู้หรือตื่นตัวถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงมาอย่างยาวนานโดยและกว้างขวาง โดยสรุปโดยสังเขปดังนี้ (ตรีรักษ์ ศรีรัตนพงศ์, ๒๕๖๔)

Cunningham (๑๙๖๗) การรับรู้ความเสี่ยงกล่าวว่า ความไม่แน่นอนของผู้บริโภคที่รับรู้ได้ถึงสินค้าและการบริการนิ่งของผู้บริโภค ที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบในการซื้อหรือใช้บริการ ซึ่งหาก ผู้บริโภครับรู้ ถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการในระดับที่มากซึ่งหมายถึงผู้บริโภคเกิดความไม่แน่นอน หรือมีการรับรู้ความเสี่ยงอย่างมีความสำคัญ

Roselius (๑๙๗๑) ได้อธิบายว่าเมื่อไรก็ตามที่ผู้บริโภครับรู้ความเสี่ยงจากการซื้อหรือใช้บริการเขาจะเปลี่ยนเป็นผู้ที่คอยระวังและเฝ้าตามความเสี่ยงต่างๆ ทั้ง ๔ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยง ทางด้านประสิทธิภาพ ความเสี่ยงทางด้านกายภาพ ความเสี่ยงทางด้านสังคมและจิตวิทยา ความเสี่ยงด้านเวลา

Tharkur and Sricastava (๒๐๑๕) กล่าวว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัว คือ มิติที่สำคัญของการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลทางช่องทางออนไลน์

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p>
<p>๓.๕ ทฤษฎีความรู้สึกเสี่ยงและการตอบสนอง (Risk Perception and Response Theory)(ต่อ)</p>
<p>การตอบสนองความเสี่ยง (Risk Response) หมายถึง การพิจารณาเลือกวิธีการที่ควรกระทำเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิด ขึ้นตามผลการประเมินความเสี่ยง ซึ่งต้องพิจารณาโอกาสที่จะเกิดและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงที่เกิดกับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ และความคุ้มค่าในการบริหารความเสี่ยงที่เหลืออยู่ โดยมีวิธีการที่ใช้ในปัจจุบัน คือ</p>
<p>๑. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) คือ การหลีกเลี่ยงหรือหยุดการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น งานส่วนใดที่องค์กรไม่ถนัด อาจหลีกเลี่ยงหรือหยุดการทำงานในส่วนนั้น และอาจใช้การ Outsource แทน</p>
<p>๒. การลดความเสี่ยง (Risk Reduction) คือ การลดโอกาสที่จะเกิดหรือลดผลกระทบ หรือลดทั้งสองส่วน โดยการจัดให้มีระบบการควบคุมต่างๆเพื่อป้องกัน หรือค้นพบความเสี่ยงอย่างเหมาะสมทันเวลา</p>
<p>๓. การแบ่งความเสี่ยง (Risk Sharing) คือการลดโอกาสที่จะเกิดหรือลดผลกระทบ หรือลดทั้ง ๒ ส่วนโดยการหาผู้ร่วมรับผิดชอบความเสี่ยง เช่น การทำประกันต่างๆ ทฤษฎีนี้เน้นการรับรู้ถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในชีวิต และวิธีการที่บุคคลตอบสนองต่อความเสี่ยงนั้น โดยการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสในผู้ดื่มสุราอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและการตรวจคัดกรองไวรัสได้</p>
<p>๓.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>งานวิจัยหลายชิ้นทั้งในระดับโลกและในประเทศไทยได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัส ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญของการดื่มสุราต่อการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่เพียงพอ</p>
<p>๓.๕.๑ งานวิจัยภายในประเทศ</p>
<p>อรุณรุ่งชัย และคณะ (๒๐๑๖) ได้ศึกษาผลกระทบของ การดื่มสุราต่อการติดเชื้อไวรัส ในกลุ่มประชากรผู้ดื่มสุราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) และ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ซึ่งผลการศึกษาเน้นย้ำถึงความสำคัญในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในกลุ่มประชากรเสี่ยงเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส</p>
<p>สุชาติ และคณะ (๒๐๑๗) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราและการ ตรวจคัดกรองไวรัส ในประชากรภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำมักไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัส และมีอัตราการติดเชื้อไวรัสสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญ (OR = ๒.๒; ๙๕% CI: ๑.๕-๓.๑) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ดื่มสุราหันมารับการตรวจคัดกรองไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค</p>
<p>วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ (๒๕๖๐) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ต่อการป้องกัน โรคไวรัสตับอักเสบของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยาจังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม ๒๕๕๙ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ ๔๐ คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ๘ สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรม ๔ สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน การรับรู้ต่อการป้องกันไวรัสตับอักเสบของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ ทักษะการป้องกันไวรัสตับอักเสบสูงขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลวิเคราะห์ความแปรปรวนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแต่ละช่วงการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ การรับรู้ต่อการป้องกันไวรัสตับอักเสบ และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบดีขึ้น ส่งผลให้มีการป้องกันไวรัสตับอักเสบดีขึ้นไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกัน</p>

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๕.๑ งานวิจัยภายในประเทศ(ต่อ)

วัณโรคปอดมีผลต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในงานประจำคลินิกวัณโรค จัดให้อยู่ในแผนงานการป้องกันโรคประจำปี และกำหนดให้เป็นนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น

ดารณี อินทรลาวัณย์ และ ภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์ (๒๕๖๒) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นการศึกษาระยะย้อนหลังแบบกลุ่มควบคุม (retrospective case control study) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในช่วง มกราคม ๒๕๕๕ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๐ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นวัณโรคปอด (Case) จำนวน ๕๒ ราย และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เป็นวัณโรคปอด (Control) จำนวน ๑๕๓ ราย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ เพศชาย (AOR ๓.๑๑; ๙๕%CI ๑.๓๓-๗.๓๐; p-value ๐.๐๐๙) ค่าดัชนีมวลกาย <math>< ๑๘.๔ </math> กก./

ประยุทธ์ และคณะ (๒๐๑๙) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรับการรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีอัตราการไม่มาตามนัดในการรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นถึง ๒๕% ซึ่งส่งผลให้การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคมีประสิทธิภาพต่ำลง

นงนภัส และคณะ (๒๐๒๐) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการติดเชื้อวัณโรค ในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า การดื่มสุราสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มผู้ที่มี ภาวะเบาหวานและโรคประจำตัวอื่นๆ การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

นวลฉวี และคณะ (๒๐๒๑) ได้ศึกษาการใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มผู้ดื่มสุราในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย โดยพบว่า การใช้เทคโนโลยีเอกซเรย์ทรวงอกร่วมกับการสัมภาษณ์เบื้องต้น สามารถช่วยคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การตรวจคัดกรองโดยใช้เทคโนโลยีนี้สามารถเพิ่มความแม่นยำในการตรวจพบวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

สุชีรา พระมาลา (๒๕๖๔) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองวัณโรคปอดเบื้องต้นจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยใช้โครงข่ายประสาทเทียม ซึ่งวัณโรคเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก่อให้เกิดความทุพพลภาพและมีการเสียชีวิตสูงที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา วิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวินิจฉัยวัณโรคปอดในระยะแรกสำหรับค้นหาผู้ป่วยด้วยวัณโรค คือการวินิจฉัย โดยใช้ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๕.๑ งานวิจัยภายในประเทศ(ต่อ)

ร่วมกับการตรวจคัดกรองด้วยอาการก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงตรเพื่อยืนยันการตรวจพบวัณโรคได้ แต่เนื่องจากลักษณะของวัณโรคที่ปรากฏในภาพถ่ายรังสีทรวงอกนั้น ไม่เฉพาะเจาะจงและยากต่อการสังเกต งานวิจัยนี้จึงได้พัฒนาขั้นตอนวิธีสำหรับตรวจคัดกรองวัณโรคปอดเบื้องต้นจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยใช้หลักการประมวลผลภาพ (Image Processing) ร่วมกับโครงข่ายประสาทเทียม (Artificial Neural Network) เพื่อตรวจสอบคุณลักษณะเบื้องต้นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในปอดสูงได้แก่ เส้นเงาไขว้แบบร่างแหจากการติดเชื้อ (Reticular Infiltration) โพรงแผลในเนื้อปอด (Cavity) และเงาทึบจากพยาธิสภาพเนื้อปอดตัน (Consolidation) จากนั้นนำวิธีการขั้นตอนนี้มาเรียนรู้กับภาพถ่ายรังสีทรวงอกจำนวน ๑๔,๐๐๐ ภาพและนำไปทดสอบการตรวจคัดกรองเบื้องต้นกับชุดภาพทดสอบจำนวน ๖,๐๐๐ ภาพ พบว่ามีระดับ ความแม่นยำร้อยละ ๘๒.๘๐ และมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ ๘๖.๘๐ ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ ๗๙.๕๙ และค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ ๗๗.๓๗ เมื่อเทียบกับผลการอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอกของรังสีแพทย์

๓.๕.๒ งานวิจัยต่างประเทศ

Lönroth et al. (๒๐๐๘) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและวัณโรคในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามีโอกาสติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มถึงสองเท่า Risk การศึกษานี้ยังได้เน้นถึงกลุ่มที่มีปัจจัยร่วม เช่น ภาวะขาดสารอาหาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคสูงขึ้น การศึกษาได้เน้นถึงความสำคัญในการควบคุมการดื่มสุราเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคในกลุ่มประชากรเสี่ยงเหล่านี้

Rehm et al. (๒๐๐๙) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ อัตราการไม่มาตามนัดในการรักษาวัณโรค ในกลุ่มผู้ดื่มสุรา โดยพบว่า ผู้ที่ดื่มสุราไม่มาตามนัดในการรักษาวัณโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มถึง ร้อยละ ๓๐ (OR = ๑.๓; ๙๕% CI: ๑.๑-๑.๖) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการจัดการกับปัญหาการไม่มาตามนัดในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา โดยการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายของวัณโรคในสังคม

Hoa et al. (๒๐๐๙) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการเข้ารับ การตรวจคัดกรอง โดยพบว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองสูงกว่าคนที่ไม่มีความรู้ (OR = ๒.๕; ๙๕% CI: ๑.๘-๓.๓) การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มักจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับบริการสุขภาพ การให้ความรู้ที่เหมาะสมสามารถช่วยให้กลุ่มนี้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองวัณโรคและการป้องกันการติดเชื้อ

Ahmad et al. (๒๐๒๐) การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาการใช้ เอกซเรย์ทรวงอก ในการวินิจฉัย วัณโรค ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบว่า การใช้เอกซเรย์ทรวงอกช่วยลดระยะเวลาในการวินิจฉัยวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sensitivity = ๙๐%; Specificity = ๘๘%) การใช้เทคโนโลยีนี้ทำให้การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา ซึ่งมีมักจะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเทคโนโลยีในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๕.๒ งานวิจัยต่างประเทศ(ต่อ)

Qin et al. (๒๐๒๒) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการแปลผลเอกซเรย์เพื่อการตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบว่า AI มีความแม่นยำสูงในการตรวจ คัดกรองวัณโรค (AUC = ๐.๙๕, Sensitivity = ๙๒%, Specificity = ๘๙%) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ AI ในการแปลผลเอกซเรย์ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองวัณโรค แต่ยังช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่การแพทย์และลดข้อผิดพลาดจากการวินิจฉัย

จากการทบทวนเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการติดเชื้อวัณโรค ทั้งในด้านชีวภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ความรู้ ทักษะ และการเข้าถึงบริการสุขภาพก็มีผลต่อการป้องกันและตรวจคัดกรองวัณโรคอย่างครอบคลุม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องช่วยให้เข้าใจกลไกการตัดสินใจของบุคคล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การออกแบบการวิจัยในบริบทของอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีได้อย่างเหมาะสม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ ๑๖-๒๐ ล้านคน ซึ่ง ๘-๑๐ ล้านคนเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Infectious Case) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปีละ ๘.๔ ล้านคน เสียชีวิตปีละ ๑.๙ ล้านคน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศ ที่กำลังพัฒนา ถึงร้อยละ ๙๕ (วิระวุธ แก่นจันทร์ไพบ, ๒๕๖๐)

จากการศึกษาข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (ค.ศ. ๒๐๒๓) ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ ๑๓๓,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นอัตราป่วย ๑๕๗ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ ๑๓,๐๐๐ คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วัณโรคยังคงเป็นภาระสำคัญต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ (WHO, ๒๐๒๓) ขณะที่ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) ระบุว่าอัตราผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ประมาณ ๑๐๓ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ มีความชุกของวัณโรคสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งวัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่การแพร่ระบาดของวัณโรคยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบางกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นประจำ โดยที่การดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น งานวิจัยของ Lin และคณะ(พ.ศ. ๒๕๕๐) พบว่าผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ถึง ๒ เท่า นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มสุรายังสัมพันธ์กับการละเลยต่อสุขภาพ การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค และการหลีกเลี่ยงการพบแพทย์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การวินิจฉัยวัณโรคล่าช้า และอาจนำไปสู่การแพร่เชื้อในชุมชนได้

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ หลักการและเหตุผล(ต่อ)

ในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล เช่น อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งยังพบผู้ป่วยวัณโรคในระดับหนึ่ง และมีประชากรบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพใน บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัด แม้ว่าจะจะมีการณรงค์ด้านวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค รวมถึงความรู้ ทักษะ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ จากสถิติการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอศรีเมืองใหม่ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗) พบว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนยังไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยมีอัตราการค้นหาได้จริงเมื่อเทียบกับเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ ๔๙.๐๗, ๔๙.๐๕, ๔๕.๒๘, ๕๓.๔๖ และ ๔๐.๙๐ ตามลำดับ ซึ่งถือว่าห่างจากเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก สะท้อนให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ยังมีผู้ป่วยวัณโรคตกหล่นอยู่ในชุมชน และอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อไปได้ หากไม่มีการค้นหาและควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราและประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มประชากรที่ดื่มสุราเป็นประจำในอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินมาตรการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาลักษณะประชากรและพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

๔.๒.๓ เพื่อประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคโดยใช้การเอกซเรย์ทรวงอกในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

๔.๒.๔ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยเสี่ยง และผลการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

๔.๓ คำถามการวิจัย

๔.๓.๑ กลุ่มผู้ดื่มสุราในอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีมีลักษณะประชากรและพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างไร

๔.๓.๒ กลุ่มผู้ดื่มสุรามีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคในระดับใด

๔.๓.๓ ผลการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยเอกซเรย์ทรวงอกในกลุ่มผู้ดื่มสุราแสดงถึงความเสี่ยงระดับใด

๔.๓.๔ มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรา ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และผลการตรวจคัดกรองวัณโรคหรือไม่

๔.๔ สมมติฐานการวิจัย

๔.๔.๑ กลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มถี่หรือระยะเวลาการดื่มยาวนาน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงกว่ากลุ่มที่ดื่มในระดับต่ำหรือดื่มไม่เป็นประจำ

๔.๔.๒ ความรู้และทักษะที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับวัณโรค มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค

๔.๔.๓ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขอบเขตของการวิจัย

๑) ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๗๐,๖๙๑ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๓๕,๖๒๑ คน และเพศหญิง ๓๕,๐๗๐ คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง , ๒๕๖๖) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๔) ระบุว่า ร้อยละ ๓๒.๒ ของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น คาดว่ามีผู้ดื่มในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ประมาณ ๒๒,๗๖๕ คน ($๗๐,๖๙๑ \times ๐.๓๒๒$) นอกจากนี้ จากข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่า ร้อยละ ๔๐ ของผู้ดื่มเหล่านี้เป็นนักดื่มประจำ คิดเป็นจำนวนประมาณ ๙,๑๐๖ คน ($๒๒,๗๖๕ \times ๐.๔๐$)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทดื่มประจำ ในเขตพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐๐ คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้พิจารณาในการคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้มาจากการใช้สูตรของ Yamane (๑๙๗๓) ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

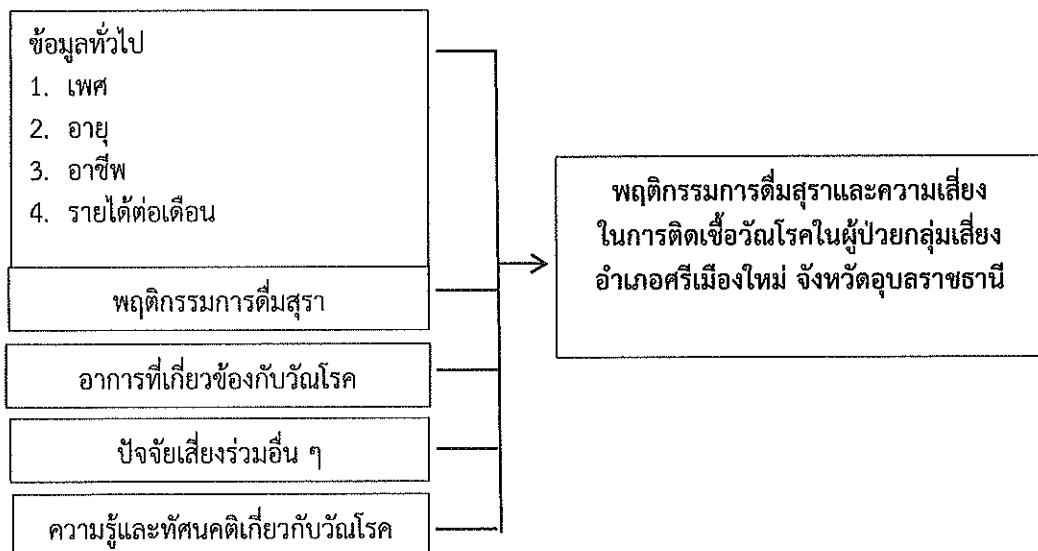
๒) ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ยังพบผู้ป่วยวัณโรค

๓) ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาข้อมูลด้านประชากร พฤติกรรมการดื่มสุรา ความรู้ ที่สทนคติ พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ และผลการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก

๔) ขอบเขตด้านระยะเวลา : ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ (๓ เดือน)

๔.๖ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ ๑.๑



ภาพที่ ๑.๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

๔.๗.๑. ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคในพื้นที่ศึกษา

๔.๗.๒ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนคัดกรองไวรัสโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดื่มสุราในพื้นที่ชนบท

๔.๗.๓ ช่วยพัฒนานโยบายหรือมาตรการป้องกันไวรัสโรคที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

๔.๗.๔ ส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมของประชาชนเกี่ยวกับไวรัสโรคและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

๔.๘ นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยความถี่ในการดื่ม ปริมาณที่บริโภคในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่มีพฤติกรรมดังกล่าว รวมถึงประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภค

ผู้ดื่มสุราเป็นประจำ หมายถึง บุคคลที่มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องหรือสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้งขึ้นไปติดต่อกันเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยฉบับนี้

ความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโรค หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสโรคเพิ่มขึ้น อาทิ การดื่มสุราเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน) ภาวะทุพโภชนาการ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือการขาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

การตรวจคัดกรองไวรัสโรค หมายถึง การใช้การเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อไวรัสโรคในระยะใดระยะหนึ่ง โดยผลการตรวจจะบันทึกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย

ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรค หมายถึง ระดับความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับไวรัสโรคในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สาเหตุของโรค พาหะและวิธีการติดต่อ อาการที่พบได้ วิธีการป้องกัน และแนวทางการรักษา

ทัศนคติเกี่ยวกับไวรัสโรค หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อไวรัสโรค ซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการยอมรับในการตรวจ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยไวรัสโรค รวมถึงการยอมรับต่อบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับไวรัสโรค

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัส โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๖ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน ๔ ข้อ

ตอนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นการสอบถามความถี่ในการดื่ม ปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง และระยะเวลาที่ดื่มสุราเป็นประจำ เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน ๔ ข้อ

ตอนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับไวรัส เป็นการสอบถามอาการที่อาจสัมพันธ์กับไวรัส เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกกลางคืน หรือไข้เรื้อรัง เพื่อประเมินความเสี่ยงทางคลินิกเบื้องต้น จำนวน ๔ ข้อ

ตอนที่ ๔ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆ ครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด โรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส เช่น เบาหวาน เอชไอวี/เอดส์ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น จำนวน ๓ ข้อ

ตอนที่ ๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับไวรัส เป็นการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของไวรัส และทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัส จำนวน ๒ ข้อ

ตอนที่ ๖ แบบประเมินการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก สำหรับเจ้าหน้าที่ใช้บันทึกผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ วันที่ตรวจ สถานที่ตรวจ ผลการเอกซเรย์ สรุประดับความเสี่ยงเบื้องต้น และการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม

แบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมศาสตร์ และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการทดสอบแบบนำร่อง (Pilot Test) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง โดยแบ่งออกเป็น ๖ ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่มสุรา อาการที่เกี่ยวข้องกับไวรัส ปัจจัยเสี่ยงร่วม ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับไวรัส และข้อมูลผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (เฉพาะสำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก) เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องมือมีคุณภาพและเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใน ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๑) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในสาขาสาธารณสุข พฤติกรรมศาสตร์ และระบาดวิทยา โดยใช้แบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามแต่ละข้อในระดับ ๔ ระดับ (ตั้งแต่ไม่เหมาะสมเลยจนถึงเหมาะสมมาก) จากนั้นผู้วิจัยนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-Content Validity Index: I-CVI) ซึ่งพบว่าข้อคำถามมีค่า I-CVI อยู่ในช่วงระหว่าง ๐.๘๐ ถึง ๑.๐๐ และข้อคำถามที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า ๑.๐๐ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล(ต่อ)

๑) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)(ต่อ)

นอกจากนี้ ยังได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Scale-Content Validity Index; S-CVI) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ ๐.๙๔ จัดอยู่ในระดับดีมาก ตามเกณฑ์ของ Lynn (๑๙๘๖) ที่กำหนดว่าแบบสอบถามควรมีค่า S-CVI ไม่น้อยกว่า ๐.๘๐ จึงจะถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม

๒) การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากการปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน ๓๐ ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แต่ไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา จากนั้นนำผลการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ ๐.๘๑ แสดงว่าเครื่องมือมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี ตามเกณฑ์ของ Nunnally and Bernstein (๑๙๙๔) ที่ระบุว่าค่าความเชื่อมั่นควรมีค่าไม่น้อยกว่า ๐.๗๐ จึงจะถือว่าเหมาะสมสำหรับการใช้ในการวิจัยด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ จากผลการตรวจสอบข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นในระดับที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้

๔.๑๐ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน รวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียด โดยเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ๑) ต่อสิทธิหรือสวัสดิภาพของตนเอง

หลังจากการอธิบายข้อมูลอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมผ่านการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยให้ผู้เข้าร่วมกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเรื่องการใช้แบบสอบถามอย่างเหมาะสมจะเป็นผู้ดำเนินการอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่ผู้เข้าร่วมระบุ โดยหลีกเลี่ยงการชี้นำหรือแทรกแซงความคิดเห็นของผู้ตอบอย่างเด็ดขาด เพื่อรักษาความเป็นกลางและความถูกต้องของข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลและวิธีป้องกันข้อมูลรั่วไหล โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในแฟ้มที่มีการล็อกอย่างปลอดภัย และนำเข้าสู่ระบบจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบดิจิทัลโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ (anonymous) เพื่อรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างสูงสุด กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p> <p>๔.๑๑ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น ๒ ประเภทหลัก ดังนี้</p> <p>๔.๑๑.๑ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับสรุปและอธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้</p> <p>๑) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เพื่อแสดงการแจกแจงของข้อมูล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้</p> <p>๒) ค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อหาค่ากลางของข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุที่เริ่มดื่ม ปริมาณการดื่มต่อครั้ง</p> <p>๓) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวัดการกระจายของข้อมูลจากค่าเฉลี่ย</p> <p>๔.๑๑.๒ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับทดสอบสมมติฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยพิจารณาเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล และสมมติฐานเบื้องต้น เช่น การแจกแจงแบบปกติของข้อมูล และความแปรปรวนที่เท่ากันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ ๐.๐๕ (p-value < ๐.๐๕) ดังนี้</p> <p>๑) การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเดียว (One-Sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่กำหนดไว้ล่วงหน้า</p> <p>๒) การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอิสระ (Independent Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน เช่น เพศชายกับเพศหญิง</p> <p>๓) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสามกลุ่มขึ้นไป เช่น กลุ่มตามระดับการศึกษา หรือช่วงอายุ</p> <p>๔) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เช่น ความถี่ในการดื่มกับระดับความรู้เกี่ยวกับไวรัสโรค</p>

<p>๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) การวิจัยอยู่ระหว่างการดำเนินการ</p> <p>๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ</p> <p>๖.๑ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้</p> <p>ด้านผู้รับบริการ</p> <p>๑) ผู้ป่วยกลุ่มดื่มสุราที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคโดยใช้การเอกซเรย์ทรวงอก</p> <p>๒) กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว</p> <p>ด้านผู้ให้บริการ</p> <p>๑) ผู้ให้บริการมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรค ในชุมชน</p> <p>๒) มีแนวปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงต่อวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา ที่เป็นมาตรฐาน</p> <p>ด้านองค์กร</p> <p>๑) หน่วยงานได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่</p> <p>๒)ยกระดับคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดื่มสุราที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>๖.๒ ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิด</p> <p>๑) ผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้รับการประเมินความเสี่ยงโดยการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ส่งผลให้สามารถค้นหาและดูแลผู้มีความเสี่ยงได้อย่างตรงจุด</p> <p>๒) ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น</p> <p>๓) ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคในชุมชน ส่งผลให้สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p> <p>๔) เกิดแนวปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานซึ่งสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้</p> <p>๕) ได้ข้อมูลเชิงพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนกลยุทธ์ วิธีการ และแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๖) ส่งผลให้โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่สามารถยกระดับคุณภาพการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

๑) กระบวนการคัดกรองวัดโรคจำเป็นต้องอาศัยการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งต้องประสานงานร่วมกับบุคลากรทางรังสีวิทยาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล และเวลาในการดำเนินการ

๒) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงในพื้นที่ที่มีความยุ่งยาก เนื่องจากกลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นประจำมักมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ และขาดความร่วมมือในการให้ข้อมูล

๓) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องใช้ทักษะในการสื่อสารที่มีความละเอียดอ่อน รวมถึงต้องอาศัยการสร้างใจกว้างใจจากกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มไม่เปิดเผยข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งอาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑) พื้นที่บางแห่งในอำเภอศรีเมืองใหม่มีสภาพภูมิประเทศที่ห่างไกลและการคมนาคมไม่สะดวก ทำให้กลุ่มเป้าหมายบางรายไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการเพื่อรับการคัดกรองได้ และบางรายมองว่าไม่คุ้มค่ากับการเดินทาง จึงหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ

๒) กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งส่งผลต่อระดับสติสัมปชัญญะและภาวะการรับรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งยังมีทัศนคติที่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองและการป้องกันโรค โดยมักแสดงออกถึงความเฉยเมยหรือขาดความตระหนักในคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี

๓) งบประมาณในการดำเนินการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกมีข้อจำกัด ไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดได้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงานเครือข่าย

๔) กลุ่มเป้าหมายบางส่วนมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว และขาดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้ปฏิเสธการเข้ารับการตรวจและไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่จำเป็น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรพัฒนาระบบการติดตามและดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการคัดกรอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการ และลดโอกาสในการหลุดจากระบบการดูแลรักษา

๒) ควรส่งเสริมและจัดอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขในเรื่องทักษะด้านสุขภาพจิตและการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ดื่มสุรา หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคติดต่อ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) ควรนำแนวทางและรูปแบบการคัดกรองวัดโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ดื่มสุราในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลความรู้ และผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้จริงในระดับปฏิบัติการ เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมวัดโรคมีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงได้มากยิ่งขึ้น

๔) เสนอให้นำแนวทางการดำเนินงานจากโครงการนี้ไปปรับใช้และขยายผลในระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมวัดโรค โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเสี่ยงและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

๕) เสนอให้มีการจัดตั้งทีมคัดกรองวัดโรคเคลื่อนที่ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ชนบทห่างไกล โดยทีมงานดังกล่าวจะทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาจากข้อมูลวิจัย (Risk Questionnaire) และจัดลำดับความเสี่ยง เพื่อวางแผนการส่งต่อเข้ารับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การวิจัยอยู่ระหว่างการดำเนินการ

๑๑. สัปดาห์ผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑)-.....สัปดาห์ของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๒)-.....สัปดาห์ของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๓)-.....สัปดาห์ของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

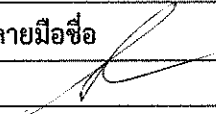
(นายชูชาติ จันทะมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 18 / 12 / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายชูชาติ จันทะมา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางไฟ ชมทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) 16 / 12 / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวศรัณ วัฒนธีรางกูร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่) 16 / 12 / 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

บรรณานุกรม

- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค(ฉบับปรับปรุง พ.ศ.๒๕๖๖). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์, ๒๕๖๖.
- ดุริยภัทร ศรีรัตนพงศ์. การรับรู้แบรนด์ต้องค์กร การรับรู้ความเสี่ยงเรื่อง พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และความตั้งใจในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน).นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๖๔.
- ทรศน์มน ทิมทอง. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อศึกษาความตั้งใจซื้อที่อยู่อาศัยแบบยั่งยืน (Sustainable Housing) ของผู้บริโภคในประเทศไทย. การจัดการมหาบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๕.
- ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล และสุจรรยา โลหาชีวะ. แนวทางในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วารสารพยาบาลสภาอากาศไทย, ๒๕๖๓.
- รติพร คล้ายสุบรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์ในการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคสถาบันโรคทรวงอก.วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๐.
- รุจิเรข ล้อไป. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๖๐.
- วรางคณา กิรติชนานนท์. วัณโรคในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร.วารสารวัณโรคและโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ, ๓๐(๔), ๑๗๙-๑๘๓, ๒๕๕๒.
- วีระวุธ แก่นจันทร์ไบบ. ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๖๐.
- สุชีรา พระมาลา. การคัดกรองวัณโรคปอดเบื้องต้นจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกโดยใช้โครงข่ายประสาทเทียม .ปรัชญาดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้าและคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ๒๕๖๔.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย, ๒๕๕๖.
- อาจารย์ เชิดชู .การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ,๒๕๖๑.
- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, ๘๔(๒), ๑๙๑-๒๑๕, ๑๙๗๗.
- Becker, M. H. (Ed.). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, ๒(๔), ๓๒๔-๔๗๓.(๑๙๗๔).

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Becker,R.H.,R.H.Drachman and J.P. Kirscht. "A new approach to explaining sick –role behavior in low –income population. " **American Journal of Public Health**.64 (3) 1974: 206 ,1974.
- Cunningham, Scott M. "Perceived Risk as a Factor in Product-Oriented Word-of-Mouth Behavior: A First Step." In Bennett, Peter (ed.). **Proceedings American Marketing Association**,pp. 229-238,1967.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th^{ed}.)**. San Francisco: Jossey-Bass , 2008.
- Judge, Warren-Myers and Paladino. Using the theory of planned behaviour to predict intentions to purchase sustainable housing. **Journal of Cleaner Production**, 2019.
- P. Vanichkitpisan, C. Temiyasathit. Factors Influencing Attitude toward Behavior in Using Mass Transit System in Bangkok: A Case Study in Car Users.IEEE,2017.
- Roselius, Ted ."Consumer Rankings of Risk Reduction Methods," **Journal of Marketing**, 35 (January), 56-61,1971.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, 2(4), 328–335 , 1974.
- Thakur, R. & Srivastava, M."A study on the impact of consumer risk perception and innovativeness on online shopping in India", **International Journal of Retail & Distribution Management**, Vol. 43 No. 2, pp. 148-166,2015.

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ของระบบสาธารณสุข ของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งมีแนวโน้มผลึกเสี่ยง การเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ส่งผลให้การตรวจพบโรคมักเกิดขึ้นในระยะลุกลาม และเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ ๑๑๓,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย ๑๕๗ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ ๑๓,๐๐๐ ราย (WHO, ๒๐๒๓) ขณะที่ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖) รายงานว่า กลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ มีความชุกของวัณโรคสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

สำหรับพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ยังคงพบผู้ป่วยวัณโรคในระดับหนึ่ง มีประชากรบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราสูง และการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัด จากข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗) พบว่าอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง โดยอยู่ที่ร้อยละ ๔๙.๐๗, ๔๙.๐๕, ๔๕.๒๘, ๕๓.๔๖ และ ๔๐.๙๐ ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงและเข้าถึงบริการได้น้อย

การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการดูแลรักษาโรควัณโรคจึงควรเน้นไปที่การป้องกันการเกิดโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น กลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นประจำ การพัฒนาระบบคัดกรองวัณโรคเชิงรุกจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยควรใช้เครื่องมือที่สามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบุคลากรในระดับปฐมภูมิ เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับการดำเนินการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง หลักการและเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๓. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งมักมีพฤติกรรมละเลยต่อสุขภาพและเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้น้อย ส่งผลให้การตรวจวินิจฉัยโรคมักเกิดขึ้นในระยะลุกลาม การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการดูแลรักษาโรควัณโรคจึงควรเน้นไปที่การป้องกันการเกิดโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า โดยการพัฒนาระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ดื่มสุราในระดับชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข(ต่อ)

แนวคิด: แนวทางที่นำเสนอคือ

๑. การพัฒนาระบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ดื่มสุรา กลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย และกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุม มีความเร็วในการคัดกรอง ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับบุคลากรในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควบคู่กับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเชิงรุกเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

๒. เสนอให้มีการจัดตั้งทีมคัดกรองวัณโรคเคลื่อนที่ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ซึ่งจะทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบประเมินที่พัฒนาจากข้อมูลการวิจัย (risk questionnaire) เพื่อจัดลำดับ และวางแผนการส่งคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกในลำดับต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข:

๑. การไม่ให้ความร่วมมือของกลุ่มผู้ดื่มสุรา บางคนอาจยังไม่เห็นความสำคัญหรือประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และอาจมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเอง

แนวทางแก้ไข: ใช้แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้นำจิตวิญญาณ หรือบุคคลที่ประชาชนให้ความเคารพนับถือในพื้นที่ เป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นในกระบวนการตรวจคัดกรอง

๒. ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคนและทรัพยากรในการจัดบริการเอกซเรย์ทรวงอกเชิงรุก

แนวทางแก้ไข: วางแผนคัดกรองตามระดับความเสี่ยง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินคะแนนความเสี่ยงล่วงหน้า และให้กลุ่มที่อยู่ในระดับ High-risk ได้รับการตรวจเอกซเรย์ก่อน อาจพิจารณาใช้ Mobile X-ray ในพื้นที่ที่มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงมาก

๓. ขาดระบบติดตามหลังการคัดกรอง ซึ่งอาจทำให้กลุ่มเสี่ยงไม่เข้าสู่กระบวนการตรวจ X-ray หรือหลุดจากระบบการดูแลรักษา

แนวทางแก้ไข: พัฒนาแบบฟอร์มติดตามผู้เสี่ยงร่วมกับ รพ.สต. และเครือข่าย เพิ่มช่องทางการติดตามและติดต่อ เช่น กลุ่มไลน์ (Line Group), แบบฟอร์ม Google Form หรือการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เสี่ยงเข้าสู่ระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แนวทางและรูปแบบการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มผู้ดื่มสุราในชุมชน ที่สามารถนำไปใช้จริงในระดับปฏิบัติการ และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมดื่มสุราได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ถูกค้นพบ (missed cases)

๓. บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้งานแบบประเมินความเสี่ยงร่วมกับการดำเนินการคัดกรองวัณโรคได้อย่างถูกต้อง

๔. ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนจากผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกวินิจฉัย และสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ตั้งแต่ระยะแรก

๕. เกิดระบบการติดตามผู้มีความเสี่ยงต่อวัณโรคอย่างต่อเนื่อง และมีฐานข้อมูลที่สามารถใช้วางแผนบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของกลุ่มผู้ดื่มสุราที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงและเข้าสู่กระบวนการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ภายในระยะเวลาดำเนินงาน ๓ เดือน
๒. จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบจากการดำเนินการคัดกรองเชิงรุกเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยเดิมอย่างน้อย ร้อยละ ๒๐
๓. ร้อยละของบุคลากร รพ.สต. และ อสม. ที่ผ่านการอบรมและสามารถใช้แบบประเมินความเสี่ยงวัณโรคได้อย่างถูกต้อง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐
๔. ผู้ที่ได้รับการประเมินว่าเสี่ยงสูงและมีผลเอกซเรย์ผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาครบถ้วนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๕
๕. มีการพัฒนาชุดแบบประเมินและแนวทางการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ดื่มสุรา และนำไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) อย่างน้อย ๑๐ แห่งในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่

(ลงชื่อ)

(นายชูชาติ จันทะมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 16 / 2 / 2568

ผู้ขอประเมิน

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). Thailand Operational Plan: To End Tuberculosis, Phase ๒ (๒๐๒๓-๒๐๒๗). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). รายงานสถานการณ์วัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๖. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชูชาติ ภูมิสุวรรณ. (๒๕๖๒). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐนรี ขำสุข. (๒๕๖๔). “ความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการคัดกรองวัณโรคในชุมชน”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๔(๒), หน้า ๑๑๐-๑๑๗.
- ดัดดา, เอส. และอีแวนส์, ซี. เอ. (๒๐๒๐). “The uncertainty of tuberculosis diagnosis”, วารสาร The Lancet Infectious Diseases, ๒๐(๙), e๒๔๓-e๒๕๒.
- นิตยานันต์, ดับปลิว. และคณะ. (๒๐๐๗). “Social stigma and knowledge of TB and HIV among TB/HIV co-infected patients in Thailand”, วารสาร PLoS ONE, ๒(๑๒), e๑๒๘.
- ปิยวรรณ อุ่นจิตต์. (๒๕๖๓). “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรควัณโรคในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว”, วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, ๑๘(๓), หน้า ๘๙-๙๘.
- มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (๒๕๖๔). “โครงการ ‘The ๕A’s model to proactively stop smoking’ ในอุบลราชธานี”, วารสารสาธารณสุขชุมชน, ๙(๓), หน้า ๔๕-๖๐.
- รัตน์ภรณ์ แสงมณี. (๒๕๖๕). “พฤติกรรมการดื่มสุราและการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, ๑๑(๑), หน้า ๔๕-๕๘.
- AIDS Data Hub. (๒๐๒๒). Thailand Tuberculosis (TB) fact sheet. กรุงเทพมหานคร: AIDS Data Hub.
- CDC และ WHO Western Pacific Regional Office. (๒๐๐๗). A revised framework to address TB-HIV co-infection in the Western Pacific Region. มะนิลา: WHO WPRO.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (๒๐๒๕). Clinical Overview of Tuberculosis Disease. Atlanta, GA: CDC.
- Tobin, E. H. และ Tristram, D. (๒๐๒๔). Tuberculosis Overview. ใน StatPearls. Florida: StatPearls Publishing.
- United Nations. (๒๐๒๓). UN high-level meeting political declaration on TB. นครนิวยอร์ก: United Nations General Assembly.

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๔ - กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ทบทวนความรู้ ศึกษาทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาลและนำมาใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ดังนี้

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะนี้เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ใน ๓ สาเหตุแรกของการตาย ของสตรีมีครรภ์ทั่วโลกประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ รวมทั้งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด

ทั้งนี้ การตั้งครรภ์สามารถชักนำ ให้หญิงตั้งครรภ์ มีความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งนับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีอาการบวม มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้การไหลเวียนโลหิตในมดลูกลดลง หลอดเลือดที่สมองแตก ทำให้เกิดภาวะรุนแรง เป็นอันตรายถึงชีวิต และยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงขึ้น

ดังนั้นในฐานะพยาบาลที่ดูแลมารดาที่มาคลอดได้เล็งเห็นความสำคัญเรื่องนี้ จึงสนใจทำกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลมารดาที่มาคลอด ที่ภาวะความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์ เพื่อเข้าใจถึงความหมาย ประเภท พยาธิสภาพ ผลต่อมารดาและทารก จะได้สามารถนำมาวิเคราะห์ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา ทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด และสามารถนำหลักการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลมารดาที่ความดันโลหิตสูง ทั้ง ๓ ระยะ ได้ถูกต้อง ตามสถานการณ์ได้

ชนิดและความรุนแรงของ Pre-eclampsia จำแนกเป็น Mild Pre-eclampsia และ Severe Pre-eclampsia โดยอาศัยอาการแสดง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- Mild Pre-eclampsia ตรวจพบความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๖๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท โปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๒ กรัมต่อวัน (dipstick ๑+ หรือ ๒+) และมักมีอาการบวมร่วมด้วย

- Severe Pre-eclampsia ตรวจพบความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท โปรตีนในปัสสาวะมากกว่า ๒ กรัมต่อวัน (dipstick ๓+ หรือ ๔+) เกล็ดเลือดต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บลิ้นปี่ หรือได้ชายโพรงขาว ชัก ปัสสาวะออกน้อย น้ำคั่งในปอด

eclampsia อาศัยประวัติ การชัก และลักษณะทางคลินิกร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สาเหตุ ของการเกิด

๑. ความผิดปกติของรก คือมีการฝังตัวของรกที่ตื้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์

๒. ความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงตับ ไต ลดลง

๓. พันธุกรรม เช่น คนที่มีแม่หรือพี่สาวเคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษ จะมีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้มากกว่าคนอื่น ๆ

๔. ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันหรือฮอร์โมน ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดในร่างกายไม่สามารถสร้างหลอดเลือดไปเลี้ยงรกได้เพียงพอ ทำให้รกขาดเลือดเกิดการตายของเนื้อรก ส่งผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

พยาธิสภาพของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การหดเกร็งของหลอดเลือดเป็นพยาธิสภาพแรกที่เกิดขึ้นมีผลทำให้การไหลเวียนแรงดันของโลหิตมามากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าแองจิโอเทนซินทู ที่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวยังทำให้เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดมีการหดตัวมากขึ้น จึงทำให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดถูกทำลายจนกระทั่ง เกิดเลือดและไฟบริโนเจนถูกทำลายลดน้อยลง พลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือดแดงมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เซลล์บริเวณรอบๆ หลอดเลือดที่หดตัวขาดออกซิเจนจนเกิดภาวะเลือดออกและเกิดเนื้อตาย สามารถจำแนกพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับแต่ละระบบดังนี้

๑.ระบบประสาท ทำให้เนื้อเยื่อในสมองบวมมีเลือดออกและเกิดเนื้อตายขึ้นในสมองผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ เห็นภาพเบลอ ภาพซ้อนหรืออาจมองไม่เห็นเกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เร็วเกินไป มีการกระตุกสั่นของกล้ามเนื้อ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง และมักจะชักเสมอเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมอง

๒.ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีการเพิ่มของเลือดที่ออกจากหัวใจอย่างมากและหลอดเลือดหดตัวทั่วร่างกาย ทำให้หัวใจล้มเหลวและการกำซาบของเนื้อเยื่อในสมองและไตลดลง

๓. ระบบโลหิตวิทยา เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดแดงแตกและเกล็ดเลือดน้อยลงซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า HELLP syndrome

๔. ระบบการทำงานของปอด เกิดภาวะปอดบวมซึ่งมีผลมาจากการลดลงของแรงดันพลาสมาออนโคติคและเพิ่มการดูดซึมในหลอดเลือดชั้นเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด

๕. ระบบปัสสาวะ เกิดการกำซาบในไตลดลงทำให้ครีเอตินินและกรดยูริกเพิ่มขึ้นพบโปรตีนในปัสสาวะ และพบปัสสาวะเป็นเลือด ถ้ามีอาการแตกของเม็ดเลือดแดง

๖. ระบบการทำงานของตับ มีเลือดออกจากรอยโรคมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดบริเวณชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่ ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องผ่าตัดอย่างรีบด่วน เพื่อป้องกันการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก

๗. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและรก มีหลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณรกลดลงน้อยกว่าปกติ จึงมีผลต่อทารกทำให้ทารกได้รับเลือดจากแม่ลดลง และทารกในครรภ์ มีขนาดเล็กกว่าปกติ

การวินิจฉัย

๑. ความดันโลหิตสูง ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท ค่า systolic pressure เพิ่มขึ้น ๓๐ มม.ปรอทและค่า diastolic pressure เพิ่มขึ้น ๑๕ มม.ปรอท จากระยะที่ไม่ตั้งครรภ์

๒. บวม เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด โดยน้ำหนักเพิ่ม ๑ ปอนด์ (๐.๕ กก) ต่อสัปดาห์ในไตรมาสที่สอง และเพิ่ม ๐.๙ กก. ต่อสัปดาห์ ในไตรมาสที่สาม หรืออาจพบน้ำหนักเพิ่มมากกว่านี้ก็ได้

๓. มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) โดยพบ ๕๐๐ มก.ใน ๒๔ ชม.หรือตรวจพบ ๑+ หรือมากกว่า (โดยใช้ urine dipstick ตรวจ)

การวินิจฉัยภาวะ eclampsia เป็นภาวะวิกฤตทางสูติศาสตร์ อาการชักมีลักษณะเฉพาะเรียกว่า Tonoclonic seizures ซึ่งอาการและอาการแสดง ที่ขึ้นมาก่อนเกิดอาการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน จับได้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อนเร็วเกินไป (hyperreflexia) และอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ (clonus) โดยเฉพาะบริเวณเข่า (ankle clonus) ซึ่งเป็นอาการนำสำคัญที่แสดงถึงสมองได้รับการระคายเคืองอย่างรุนแรง ในระหว่างที่มีอาการชัก อัตราการเต้นของชีพจรมารดาจะเพิ่มขึ้น systolic pressure อาจเพิ่มถึง ๒๐๐ มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิ ๓๙-๔๐ องศาเซลเซียส อาการชักอาจพบได้ทั้งก่อนหรือหลังการคลอด หรือกำลังอยู่ในระยะคลอดหรือระยะเริ่มแรกหลังคลอดก็ได้ พบว่าประมาณ ๑ ใน ๓ ของการชัก พบในระยะหลังคลอด และระยะที่เสี่ยงที่สุดที่อาจเกิดอาการชักได้ คือ ระยะ ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

๑. ผลต่อมารดา ได้แก่

๑.๑. อันตรายจากภาวะชัก อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าหลอดลม

๑.๒. ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว (Congestive heart failure) จากภาวะ Pre lode ลดลง และ After lode เพิ่มขึ้นเกินไปเป็นระยะเวลานาน

๑.๓. เสียเลือดและช็อคจากรกลอกตัวก่อนกำหนด ตับแตก และตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากการหดตัวของเส้นเลือดทั่วร่างกาย การสูญเสียเลือดเพียงเล็กน้อยจะนำไปสู่ภาวะช็อคได้ทันทีและรวดเร็ว

๑.๔. เกิดภาวะ HELLP Syndrome และภาวะDIC มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Severe Pre -eclampsia และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์

๒. ผลต่อทารก ได้แก่

๒.๑. รกเสื่อม (Placental Insufficiency) ทำให้แท้งได้ (Spontaneous abortion) หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้

๒.๒. คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมตัวเร็ว

๒.๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้ทารกขาดออกซิเจนทำให้เสียชีวิตได้ โดยพบได้ร้อยละ ๑๐-๓๐

๒.๔. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เนื่องจากได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ

๒.๕. ทารกที่คลอดออกมาอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ขาดออกซิเจนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด หรือถ้าทารกที่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะคลอดมากเกินไป อาจเกิดภาวะ Hypermagnesemia คือ ทารกจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า ไม่หายใจ เป็นผลให้ Apgar score ต่ำ แต่จากการศึกษาพบว่า ภายใน ๓๖-๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด ทารกจะสามารถขับแมกนีเซียมซัลเฟตออกมาทางไตได้และกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

การรักษา Mild preeclampsia การนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย อาจให้ยานอนหลับเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ควบคุมอาหารเค็ม โดยรับเกลือไม่เกิน ๖ กรัม/วัน และโปรตีนได้รับประมาณ ๘๐-๑๐๐ กรัม/วันทำ NON Stress test และทำ Ultrasound เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทุก ๔ สัปดาห์ หรืออาจทำการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อส่งประเมินความสมบูรณ์ของปอด ให้ยาสเตียรอยด์ (Glucocorticoid) เพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอด

การรักษา Severe pre eclampsia

นอนพักในท่านอนตะแคงตลอดเวลา เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดการชัก ควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเข้มงวด โดยควบคุมเค็มปานกลาง และโปรตีนให้ได้รับ ๘๐-๑๐๐ กรัม/วัน ติดตามดูอาการคลื่นไส้ อาเจียนซึ่งเป็นการนำสู่ภาวะชัก ดูแลให้ได้รับยาต้านการชัก ได้แก่ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาอื่นๆ อีก ดังนี้

๑. แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) โดยให้ ๑๐% $MgSO_4$ ๔๐ ml. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทาง IV fluid ซ้ำๆ ประมาณ ๕-๑๐ นาที จากนั้นให้ ๕๐% $MgSO_4$ ๒๐ ml. แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกด้านละ ๑๐ ml. โดยฉีดทุก ๔ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมง

ก่อนให้ $MgSO_4$ ควรประเมินสภาพ

๑. ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๒๐-๓๐ ml/hr หรือน้อยกว่า ๑๐๐ ml. ใน ๔ ชั่วโมง

๒. อัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๒ ครั้ง/นาที

๓. Deep tendon Reflex (DTRs) เท่ากับ ๐ (ศูนย์)

ถ้าพบอาการเหล่านี้อย่างใดอย่างหนึ่งให้หยุดการให้ $MgSO_4$

๑. ขณะฉีด $MgSO_4$ ควรมียา ๑๐% calcium Gluconate เป็น Antidote ของ ๑๐% $MgSO_4$ โดยพบว่าถ้าได้รับพิษผลข้างเคียงจากยา หญิงตั้งครรภ์หยุดหายใจ ให้ฉีด ๑๐% Calcium Gluconate ๑๐ ml. เข้าเส้นเลือดดำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

ประมาณ ๓-๕ นาที

๒. ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ ยาในกลุ่ม hydralazin เช่น Apresoline เพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของไตให้ดีขึ้น หลังฉีดควรวัดความดันโลหิตทุก ๕-๑๕ นาที ควบคุมให้ความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure อยู่ระหว่าง ๙๐-๑๐๐ มม.ปรอท เพราะอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ซึ่งมีผลทำให้การ perfusion ของเนื้อเยื่อบริเวณรกจะลดลงด้วย

๓. ยานอนหลับ (Diazepam หรือ valium) ประมาณ ๕-๑๐ mg. เข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ เพื่อป้องกันอาการชัก หลังฉีดควรสังเกตการหายใจ เพราะผลข้างเคียงของยาอาจทำให้หยุดหายใจได้

๔. ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Furosemild เช่น Lasix ให้ ๒๐-๔๐ mg. ทางหลอดเลือดดำ ฉีดช้า ๆ นานมากกว่า ๑ นาที กรณีที่เกิดภาวะปอดบวม น้ำ ดังนั้น ควรตรวจปริมาณปัสสาวะตลอดเวลา เพื่อประเมินการทำงานของไต

๕. Retained Foley's catheter เพื่อประเมินการทำงานของไต หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ lactated ringer's solution ประมาณ ๗๕-๑๒๕ ml/hr. ระหว่างการให้ควรระมัดระวังอาการปอดบวม น้ำ ซึ่งอาจพบได้ ถ้าให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป

การคลอด การเร่งคลอด มักนิยมทำในรายที่เป็น pre-eclampsia ที่รุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ถ้าการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์ล้มเหลว แพทย์อาจตัดสินใจผ่าคลอดทางหน้าท้อง

การรักษา eclampsia

โดยปกติถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับ ให้ $MgSO_4$ ตั้งแต่เริ่มแรก มักไม่ค่อยพบอาการชัก อย่างไรก็ตาม เมื่อพบอาการชัก ควรได้รับยา $MgSO_4$ ๔-๖ กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้าๆ อย่างน้อย ๕ นาที ถ้าการให้ ๑๐% $MgSO_4$ ไม่ได้ผล ควรให้ Diazepam ๕-๑๐ มก. ต่อ ๑ นาที ในระหว่างการชัก ถ้าชักในระยะที่ทารกอยู่ในครรภ์จะทำให้หัวใจทารกเต้นช้าลง ควรสังเกตการณ์เต้นของหัวใจทารกทุก ๑๕ นาที ดูแลให้ออกซิเจน ๘-๑๒ ลิตร/นาที และตรวจสอบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด สังเกตการณ์เกิดภาวะปอดบวม น้ำ ภาวะไตวาย ตลอดจนอาการ และอาการแสดงของเลือดออกในสมอง

การพยาบาล กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Eclampsia (แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) ด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิด

๑. การดูแลทั่วไป

๑.๑ นอนราบศีรษะต่ำ ตะแคงศีรษะไปด้านข้าง clear airway ใส่ mouth gag

๑.๒ ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๑.๓ Retain foley's catheter พร้อมบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า/ออก

๑.๔ ฟังเสียงหัวใจทารก

๑.๕ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที จนกว่าจะคงที่

๒. การควบคุมการชัก

๒.๑ ให้ ๑๐% $MgSO_4$ ขนาด ๔-๖ กรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ช้าๆ อัตราช้ากว่า ๑ กรัม/นาที และ ๕๐% $MgSO_4$ -ขนาด ๑๐ กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบ่งฉีดที่สะโพกข้างละ ๕ กรัม กรณีชักซ้ำพิจารณาให้ ๑๐% $MgSO_4$ ขนาด ๒ กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ เพิ่มเติม

๓. ควบคุมความดันโลหิต พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตในกรณีที่ ความดันโลหิตสูงกว่า ๑๖๐/๑๑๐ mmHg

๔. หลังการชักประเมินความรู้สึกตัว ตรวจ neuro sign ทุก ๑๕ นาที, ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์, วัดสัญญาณชีพ, เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการชัก

๕. ให้ refer ตามแนวทางการส่งต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนางาน

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติกรพยาบาลในระดับวิชาชีพ ต้องคิดริเริ่มสร้างสรรค์จากทักษะการปฏิบัติ สร้างความคิดการตัดสินใจอย่างทันการและสมเหตุสมผล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้เฉพาะเพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติ ต้องอาศัยทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดี แก้ไขความผิดปกติ ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและตามศักยภาพที่แตกต่างกันในมารดาและครอบครัวแต่ละครอบครัว เพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถดำรงภาวะสุขภาพดีในการดูแลตนเองและดำเนินบทบาทมารดา บิดาและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษารายนี้คือ

๑.ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's function health pattern) มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน สภาพการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพการพยาบาลและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ซึ่งในแต่ละแบบแผนคือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลทั้งคน

- ๑.๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
- ๑.๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
- ๑.๓ การขับถ่าย
- ๑.๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย
- ๑.๕ การพักผ่อนนอนหลับ
- ๑.๖ สติปัญญาและการรับรู้
- ๑.๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
- ๑.๘ บทบาทและสัมพันธภาพ
- ๑.๙ เพศและการเจริญพันธุ์
- ๑.๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด
- ๑.๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ศึกษาได้ใช้การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน ช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อประกอบแนวทางในการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการได้ และหาแนวทาง จุดเด่นของผู้รับบริการมาใช้ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการให้สามารถมีชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ

๒. ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ๓ ขั้นตอน ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎี ของนิวแมนซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญแบบบุคคลและการปรับตัวของสุขภาพซึ่งได้พัฒนาตามช่วงเวลาและภาวะปกติของบุคคล แบ่งเป็น

การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้างแนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

การป้องกันระยะที่ ๒ เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้าน มีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบ และการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ ๒ ไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ / ปรับแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

การป้องกันระยะที่ ๓ เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ ๓ จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรับแต่งขึ้นใหม่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๒. ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน ๓ ขั้นตอน(ต่อ)

(Reconstitution) ภายหลังกการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรุงแต่งขึ้นใหม่ในระยนี้ขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยการใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบหรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรุงแต่งขึ้นใหม่ อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุล หรือภาวะปกติสุขได้ในระดับสูงสุดกว่าเดิม เเท่าเดิม หรือต่ำกว่าเดิม

๓. การใช้กระบวนการพยาบาล Nursing Process ๕ ขั้นตอน

การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลประกอบไปด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑) การประเมินสภาพ (assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเป็นการประเมินภาวะสุขภาพและการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (data collection) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วย (nursing database)

๒) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล เป็นการระบุถึงปัญหา ทำให้เห็นความเป็นวิชาชีพและทำให้การบริการมีคุณภาพ

๓) การวางแผนการพยาบาล (planning) กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลตลอดการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบกับการวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาของผู้ใช้บริการตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเขียนบันทึกไว้ในรายงาน

๔) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริง โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติและต้องบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง

๕) การประเมินผลการพยาบาล (evaluation) โดยกำหนดเกณฑ์ผลลัพธ์หรือตัวชี้วัด (outcome criteria; indicators) เพื่อประเมินความสำเร็จในการพยาบาล ซึ่งจะต้องนำมาประเมินสภาพซ้ำ และดำเนินการตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะนี้เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ใน ๓ สาเหตุแรกของการตาย ของสตรีมีครรภ์ทั่วโลกประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ รวมทั้งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดทั้งนี้ การตั้งครรภ์สามารถชักนำ ให้หญิงตั้งครรภ์ มีความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งนับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีอาการบวม มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้การไหลเวียนโลหิตในมดลูกลดลง หลอดเลือดที่สมองแตก ทำให้เกิดภาวะรุนแรง เป็นอันตรายถึงชีวิต และยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงขึ้น

จากสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่พบได้บ่อยๆ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะนี้เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ใน ๓ สาเหตุแรกของการตายของสตรีมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ(ต่อ)

ครรภทั่วโลกประมาณร้อยละ ๑๕ - ๒๐ รวมทั้งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด เป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการ การดูแลผู้มารับบริการของห้องคลอด

จากการทบทวน รพ.ม่วงสามสิบเป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง(F๒) แต่ไม่มีสูติแพทย์ มีแพทย์ทั่วไปทำหน้าที่เป็นแพทย์เวรรับรายงานจากพยาบาลห้องคลอด การประเมินผู้มาคลอดตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อพบปัญหาแล้วนั้นเพื่อให้การพยาบาลมารดาที่คลอดทุกรายมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด พยาบาลห้องคลอดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลมารดาในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ให้เกิดความรุนแรงของความดันโลหิตสูงมากขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ที่ได้รับการส่งต่อ ๗ ราย ได้รับการผ่าตัดคลอด ๕ ราย ได้คลอดธรรมชาติ ๒ ราย พบว่า มารดาและทารกหลังคลอดปลอดภัยทุกราย และมี ๑ ราย ที่ได้คลอดธรรมชาติที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ หลังคลอดมารดายังมีความดันโลหิตสูง แพทย์จึงได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

จากการทบทวนพบว่าแนวทางปฏิบัติการเพื่อป้องกันความรุนแรงและอันตรายที่จะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์และทารกจากความดันโลหิตสูง ยังไม่มีแนวทางป้องกันที่สมบูรณ์และไม่พบการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุมและทีมผู้ดูแลยังขาดทักษะการประเมินภาวะเสี่ยง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ทักษะการดูแลระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

๔.๓ ขอบเขตการศึกษา

กรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ที่เข้ารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลม่วงสามสิบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการทบทวนวิชาการ ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติต่างๆ และให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ สัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนวิเคราะห์ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และจำหน่าย โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ๓ ขั้นตอน และ Nursing Process ๕ ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ โดยการประเมินความเสี่ยงปัญหา ให้การพยาบาลตามสภาพ ปัญหา และความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวัง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน ของการคลอดแต่ละระยะ การใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้การพยาบาล ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในทุกระยะของการคลอด อย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมงในระหว่างอยู่ในห้องคลอดและหลังคลอด ครอบคลุมการดูแลแรกเริ่ม ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย สอนแนะนำให้คำปรึกษา และญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๔ เป้าหมาย(ต่อ)

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลม่วงสามสิบ โดยการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้การพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยง คุณภาพต่อชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่างๆ ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดในภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้และการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้เหมาะสมกับปัญหา และสภาพการเจ็บป่วยของผู้คลอดกรณีศึกษา และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษานางตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๕.๒ เลือกศึกษา มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ๒ ราย ที่มีการสิ้นสุดของคลอดแตกต่างกัน เพื่อการเปรียบเทียบ และค้นหาการพยาบาลที่เหมาะสม

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กระบวนการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๔.๕.๕.๑ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๔.๕.๕.๒ วินิจฉัยการพยาบาล

๔.๕.๕.๓ วางแผนการพยาบาล

๔.๕.๕.๔ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

๔.๕.๕.๕ ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔.๕.๖ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๗ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๘ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงาน

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในทุกระยะของการคลอด

๒. เพื่อมารดาและญาติมีความรู้และเข้าใจภาวะของโรค เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวถูกต้องและให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

๓. เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและการดูแลต่อเนื่อง

การศึกษา “การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ในระยะคลอด เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ จำนวน ๒ ราย ที่มีการสิ้นสุดระยะคลอดแตกต่างกัน ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลม่วงสามสิบ มีเป้าหมายเพื่อค้นหาการพยาบาล การดูแลที่เหมาะสม ที่ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึงแก่ชีวิต ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกระยะของการคลอด พยาบาลที่ดูแลผู้คลอด สามารถนำไปใช้ในเฝ้าระวัง และ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ(ต่อ)

เป็นแนวทางปฏิบัติได้ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรง นำไปสู่การฟ้องร้องได้ ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๑. การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๒ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

๑.๓ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๑.๔ ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๑.๕ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ

๑.๖ แผนการรักษา

๑.๗ สรุปอาการและอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล

๓. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

๔. ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๑

หญิงมุสลิมอายุ ๒๙ ปี G๒-P๑-A๐-L๑ มารพ.เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด ๒ ชั่วโมงก่อน

LMP จำไม่ได้ EDC ๘ กันยายน ๒๕๖๖ GA ๓๘+๕ wks. By U/S

ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต ในเขต อ.ม่วงสามสิบ เริ่มที่อายุครรภ์ ๘ wks. ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ ได้U/S ตามเกณฑ์ ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต ในเขต อ.ม่วงสามสิบ จ.อุบลราชธานี เริ่มที่อายุครรภ์ ๑๒สัปดาห์ จำนวน ๙ ครั้ง ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ ผลเลือด

HIV =Negative, VDRL=Negative,

HBsAg =Negative BL.gr B Rh positive OF= Positive DCIP = Positive HB typing = HB E trait MCV ๗๗, MCH ๒๖ Hct๑ =๓๐% Hct ๒=๓๔% Hct stat ๓๕% U/Sตามเกณฑ์คุณภาพ คัดกรองดาวน์ซินโดรม ผล Negative

เริ่มเจ็บครรภ์คลอด เวลา ๕.๐๐น. เด็กดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด มาถึงห้องคลอดโรงพยาบาลม่วงสามสิบเวลา ๗.๐๐น

แรกรับ ๗.๒๐น. พบมีความดันสูง ๑๘๐/๑๑๐-๑๘๐/๑๑๕mmHg พยาบาลผู้ดูแล ได้ประเมินภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลตามมาตรฐานแรกรับCX dilate =๒ cm Eff= ๖๐% Station = -๑ บอกมีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด ได้ตรวจ cough test = Negative รายงานแพทย์เวร เตรียมที่จะให้ยาลดความดันโลหิตสูง เตรียมRefer ๘.๐๐น. ขณะเตรียมให้ยาลดความดันสูง มารดาปวดเบ่ง ยังไม่ได้ยาลดความดันสูง และยาป้องกันการชักตามOrder จึงได้ย้ายมารดาเข้าห้องทำคลอด และได้คลอดปกติ เวลา ๘.๑๗ น. หลังรกคลอด เวลา ๘.๒๕น. ความดันยังสูง ๑๘๐/๑๐๐ mmHg รายงานแพทย์เวรให้ยา Nifedipine ๑mg iv ย้ายมารดาอยู่ห้องหลังคลอด Observe BPต่อ ๙.๑๐น. BPยังสูง ๑๘๑/๑๐๗แพทย์เวรได้Consultอาจารย์ที่โรงพยาบาล๕๐พรรษา มีOrder ให้ ๑๐% MgSo๔ ๔gm iv slow push และให้ ๕๐% MgSo๔ ๒๐gm +๕%DW๑๐๐๐ml iv drip ๕๐ cc/hr และ๕%DN/๒+Oxytocin ๔๐ iu iv drip ๖๐ cc/hr หลังให้ยา BP ๑๕๓/๙๕mmHg อาจารย์ ได้Consult ไปที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ให้ส่งต่อ รพ. สรรพสิทธิประสงค์ ๑๑.๐๐ มารดาเหนื่อยเพลียมาก เจาะ BS=๕๘ mg% จึงได้ให้ ๕๐% glucose ๕๐ ml iv push หลังให้ BS=๒๒๔ mg% ได้ส่งต่อ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ทั้งมารดาและทารกโดยมีพยาบาลนำส่ง ๒ คน โดยให้ เตรียมยา Nifedipine ไปกับรถส่งต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ ๒

หญิงไทยอายุ ๒๕ ปี ตั้งครรภ์ GmP๑A๑L๑ LMP จำไม่ได้แน่ชัด EDC by u/s ๑๓ ตุลาคม GA ๔๐ wks. By U/S ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ที่รพ.สต.

ในเขต อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ฝากครรภ์ครั้งแรก เริ่มที่ GA ๑๙ wks. จำนวน ๕ ครั้ง U/S ไม่ตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ ผลเลือด HIV =negative VDRL= NR, HBsAg.= negative, Bl.gr o, Rh positive OF = negative, DCIP=negative Hct .๑ =๔๑% Hct. ๒=๔๕% Hct. stat ๓๗% ไม่ครบคุณภาพ

มาด้วยตั้งครรภ์ครบกำหนดคลอด มีเจ็บครรภ์เตือน รพ.สต.ส่งตัวมาโรงพยาบาล

เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา ๑๔.๐๐ น.ลูกดิ้นดี ไม่มีน้ำเดินไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

แรกรับ ๑๔.๒๐น. มีเจ็บครรภ์ พบความดันสูง BP ๑๔๒/๑๐๑ mmHg หลังนอนพักBP ๑๖๘/๑๑๐mmHg CX dilate

=FT, Eff= FT, Station = -๑ ,MI Interval =๓ นาที Duration ๔๐ วินาที พยาบาล ห้องคลอดได้ ให้การพยาบาลตาม

มาตรฐาน แลให้ยาลดความดันสูง ให้ Nicardipine ๑ mg iv stat หลังให้ BP ๑๗๘/๙๙ mmHg มีแค่อาการวิงเวียน

ศีรษะเล็กน้อย ไม่มีปวดศีรษะตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ได้ให้ ๑๐% MgSo๔ ๔gm iv slow push และให้ ๕๐% %

MgSo๔ ๒๐gm แบ่งฉีดสะโพก ๒ ข้าง ประสาน รพ. สรรพสิทธิประสงค์ ส่งต่อหลังให้ยา Urine Out put ๑๐๐

ml(DTR๒+หลังให้ยา BP๑๖๐/๑๐๐ mmHg ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ส่งต่อ เวลา ๑๖.๐๐น.โดยมี

พยาบาลนำส่ง ๒ คน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบ ผู้คลอดทั้งสองรายเป็นหญิงไทยต่างศาสนา มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด และครบ

กำหนดคลอด ประเมินอาการแรกเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนคือความดันโลหิตสูง มีญาติสายตรงอาศัยในบ้านเดียวกันเป็น

ความดันโลหิตสูง ผู้คลอดฝากครรภ์ครบคุณภาพและไม่ครบคุณภาพในรายที่ ๒ ทารกในครรภ์ปกติดี รายที่ ๑ ศึกษาช่วง

ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม๒๕๖๖ -๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ มีปัญหาที่พบเหมือนกันคือระยะแรกเริ่มและรอลคลอด ผู้คลอดทั้ง

๒ ราย มีปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายกัน ได้แก่ เสี่ยงต่อการชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง ผู้คลอดไม่สุขสบาย

เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและเป็นห่วงความปลอดภัยของทารกในครรภ์

ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งการพยาบาลที่จะปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระยะรอลคลอด

การป้องกันการเกิดภาวะชัก เหมือนกัน แต่ผู้คลอดรายที่ ๑ มีระยะเวลาในการนอนรอลคลอดที่สั้น เพียง ๒ ชั่วโมง๕๗

นาที จึงส่งผลให้เกิดการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจไม่พร้อม ทั้งทีมแพทย์ พยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ในการ

ช่วยเหลือหากเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง รายที่๑ จึงมีความวิตกกังวลมากกว่า และต้องเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนของ

ทารกในครรภ์ เนื่องจากมีการได้รับยากันชัก แต่ระยะคลอดผู้คลอดทั้ง ๒ ราย มีปัญหาทางการพยาบาลรุนแรงที่

เหมือนกัน คือ เสี่ยงต่อการเกิดการชัก แต่มีความแตกต่างกันในประเด็นความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ ๑ จึงทำ

ให้สามารถส่งต่อโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าทันเวลา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

อภิปรายผล

ผลสำเร็จของการให้การรักษาพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจากผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกรับ โดยการประเมินสภาพทั่วไปและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด การรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้คลอดอย่างรวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้คลอด เช่นการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้พร้อมใช้ รวมทั้งการเตรียมรถพยาบาลในการส่งต่อผู้คลอด หากเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ การให้ความรู้แก่ผู้คลอดและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิด ภาวะการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ พยาบาลประจำห้องคลอดเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้คลอด จะต้องคำนึงถึงการดูแลสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและครอบครัวผู้คลอด ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผิดปกตินั้น แผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดและญาติเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด การพยาบาลควรเป็นลักษณะเชิงป้องกันการเกิดเหตุการณ์ ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ การประเมินภาวะเสี่ยง การดูแลเรื่องภาวะซีด การติดตามความเข้มข้นของเลือด การได้รับยาต้านเกร็ดเลือด เพื่อลดการอักเสบของหลอดเลือด จะลดอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยเน้นการดูแลการคลอดในระยะที่ ๑ มีแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูง การจัดทำแนวทาง CPG การจำหน่ายผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันความรุนแรงและการกลับมาเป็นซ้ำ

บทสรุป

การคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ป้องกันความรุนแรงได้ แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดและญาติ ประสบการณ์การคลอดที่มีโรคร่วมทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลและไม่อยากคลอด ความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกเป็นสิ่งที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องมีความตระหนักและรอบคอบเพื่อให้ทุกระยะของการคลอดมีความปลอดภัยและไม่มีการแทรกซ้อน สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดในระยะฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลที่มีความเร่งด่วนในการตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที จึงสามารถรักษาชีวิตของผู้คลอดและทารกไว้ได้ การประเมินภาวะเสี่ยงและปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งตลอดจนการให้การพยาบาลดูแลใกล้ชิด จะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้คลอดและทารก การให้การพยาบาลที่มีความล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องตระหนักเสมอ ว่าอาจเกิดปัญหาได้ทุกเมื่อ สำหรับผู้คลอดทั้งสองราย สามารถปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยง คุกคามต่อชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดในภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับปัญหา และสภาพการเจ็บป่วยของผู้คลอดกรณีศึกษา และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจนผู้คลอดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อชีวิต

ปัจจัยความสำเร็จได้แก่ทีมดูแลรักษาให้ความสำคัญมีการวางแผนและกำกับติดตามผลเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับ พัฒนาระบบส่งต่อที่รวดเร็ว Fast track ภายใน ๓๐ นาที การขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กโดย MCH Board ทุกระดับและ Service Plan ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่จำเป็นเช่นการให้บริการฝากครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ กำกับติดตามประเมินผลมีการเยี่ยมเสริมพลังทีมงาน การสอนงานระบบที่เสี่ยง การบริหารจัดการเพื่อทบทวนทำ Case Conference เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น เพื่อหาสาเหตุปัญหาและวิธีการแก้ไข ป้องกันเหตุเกิดซ้ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ความรุนแรงจากภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ แต่หากเกิดขึ้นแล้ว การดูแลรักษาต้องอาศัยทีมงาน ผู้มีประสบการณ์ การฝึกฝนและปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ทีมปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน โดยไม่ปล่อยให้เกิดความล่าช้า และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจถึงชีวิตได้ อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่ทีมดูแลมักมองข้ามความสำคัญไปได้แก่ การแจ้งอาการและความรุนแรง รวมถึงผลการรักษาพยาบาลให้ญาติทราบเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดปัญหาที่จะตามมาได้ และในบางครั้งญาติอาจจะช่วยทีมดูแลในการตัดสินใจถึงประเด็นที่สำคัญในบางเรื่อง นอกจากนี้การสื่อสารที่ยังช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงขั้นตอนการดูแลรักษาและสร้างความสัมพันธ์อันดี ซึ่งจะช่วยลดปัญหาความเข้าใจผิดอาจนำไปสู่การฟ้องร้องเป็นคดีความได้

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ข้อมูล	ผลการดำเนินงาน	
	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
จำนวนผู้คลอด	๑๑๔	๘๘
ผู้ป่วยที่วินิจฉัย Severe Pre- eclampsia	๑๑	๙

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบอุบัติการณ์ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่งต่อ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๙ ราย ไม่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และบุตร ไม่มีรายงานการเกิดกลุ่มอาการ HELLP syndrome

๒. มีการค้นหา ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ฝากครรภ์ใน รพสต.และคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาล ฝากครรภ์ครบคุณภาพ มารดาที่มีภาวะเสี่ยงมีการเฝ้าระวัง ได้รับการแก้ไขและรักษาแต่เนิ่น ๆ มีระบบส่งต่อในระดับเครือข่ายสุขภาพ มีแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลมารดาที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีประวัติเสี่ยงจะเกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีแบบประเมินแรกรับที่ครอบคลุม มีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การ วินิจฉัยได้รวดเร็วการรักษาทันที่รวมทั้งไปถึงการส่งต่อได้รวดเร็วปลอดภัย

๓. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้และทักษะการประเมินความเสี่ยงสูงความรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ สื่อสารข้อมูลที่สำคัญ รวดเร็ว ให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานพัฒนาทักษะ พยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้นอย่าง

๔. ต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ

๕. ไม่มีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิต

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. กระบวนการพยาบาลและการดูแลมารดาคลอด สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์

๒. กระบวนการดูแลผู้คลอดที่พัฒนาสามารถนำไปเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กรให้เขื่อนองค์กรแห่งการเรียนรู้ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดการดำเนินงานต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการเพื่อป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์

๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่สนใจ

๔. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับศาสนา (พุทธและอิสลาม) และอาชีพ (ค้าขายและแม่บ้าน) เศรษฐฐานะ โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจึงแตกต่างกัน แม้ว่าจะมีข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลอื่นคล้ายคลึงกัน ผู้ศึกษาอยากพบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีการป้องกันตั้งแต่ฝากครรภ์ ติดตามถึง ระยะคลอดและหลังคลอด พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการประเมินและดูแลอย่างรวดเร็วในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันห่วงที่เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยรวมทั้งทีมสหวิชาชีพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง พบว่าปัญหาและอุปสรรคการดูแลหลักประกอบด้วย ด้านผู้ป่วยกล่าวคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในขณะที่ตั้งครรภ์ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระยะ คลอดหลังคลอด รวมทั้งทารกในครรภ์จากกรณีศึกษา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น ความรู้และการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ซึ่งในประเด็นนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถแก้ไขและป้องกันความรุนแรงของโรคได้ ด้านบุคลากร การเพิ่มความรู้ความชำนาญ ในการค้นหาพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว การดูแลก่อนและระหว่างส่งต่อ

๙. ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

๑. ปฏิบัติการให้ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งการทำหัตถการในความรับผิดชอบของหน่วยงาน โดยใช้ความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย

๒. ควรมีจำนวนบุคลากรเพียงพอ ตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีสมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด(ส่งเสริมการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย)

๓. ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้แนวทางการรักษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาอย่างมีระบบและเป็นไปใน แนวทางเดียวกัน

๔. ประสานงานระหว่างหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดโครงการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ในการ คุมกำเนิด เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงการตกเลือด ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ ครรภ์หลัง ครรภ์แฝด แผลน้ำ ทารกตัวโต คลอดยาก คลอดนาน การแท้ง การชูด มดลูก ประวัติตกเลือดหลังคลอด ได้วางแผนครอบครัว และคุมกำเนิด ทั้งแบบชั่วคราว ทั้งชนิดยากิน ยาฉีด ยาฝัง รวมทั้งแบบถาวรโดยการทำหมัน

ด้านวิชาการ

๑. ควรมีการจัดการประชุมทางวิชาการอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ภาวะตกเลือดหลังคลอด และงานอนามัยแม่และเด็ก

๒. ควรจัดให้มีการประชุมวิชาการและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆในการป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๗ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว ให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑. นางนันทรัตน์ วรรณโคตร ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางนันทรัตน์ วรรณโคตร)

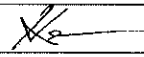
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

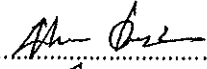
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนันทรัตน์ วรรณโคตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

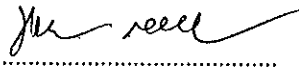
(ลงชื่อ) 

(นางนันทรัตน์ วรรณโคตร)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราว ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาคุณภาพ การป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะนี้เป็นสาเหตุอันดับ ๑ ใน ๓ สาเหตุแรกของการตาย ของสตรีมีครรภ์ทั่วโลกประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ รวมทั้งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด

ทั้งนี้ การตั้งครรภ์สามารถชักนำ ให้หญิงตั้งครรภ์ มีความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งนับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆในร่างกาย เช่น การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีอาการบวม มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้การไหลเวียนโลหิตในมดลูกลดลง หลอดเลือดที่สมองแตก ทำให้เกิดภาวะรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต และยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงขึ้น

ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดเป็นปัญหาที่สามารถส่งผลกระทบต่อทั้งแม่และทารกได้อย่างรุนแรง หากไม่ได้รับการดูแลและรักษาที่เหมาะสม ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์สามารถเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ (chronic hypertension) หรือเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (gestational hypertension) หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia)

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก สถิติสำคัญจาก WHO ในปี ๒๐๒๐ มีผู้เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ ๕๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด ภาวะนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากภาวะนี้ได้แก่ การขาดการดูแลที่เหมาะสม การวินิจฉัยล่าช้า และการขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

สถิติทั่วไปในประเทศไทย พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ ๑-๓% ของจำนวนการคลอดทั้งหมดในแต่ละปี ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อย แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่พบปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์แฝด ประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

๑. ผลต่อมารดาได้แก่

๑.๑. อันตรายจากภาวะชัก อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าหลอดลม

๑.๒.ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว (Congestive heart failure) จากภาวะ Pre lode ลดลง และ After lode เพิ่มมากขึ้นเกินไปเป็นระยะเวลานาน

๑.๓. เสียเลือดและช็อคจากรกลอกตัวก่อนกำหนด ตับแตก และตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากที่รัดตัวของเส้นเลือดทั่วร่างกาย การสูญเสียเลือดเพียงเล็กน้อยจะนำไปสู่ภาวะช็อคได้ทันทีและรวดเร็ว

๑.๔. เกิดภาวะ HELLP Syndrome และภาวะDIC มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Severe Pre -eclampsia และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์

๒. ผลต่อทารก ได้แก่

๒.๑. รกเสื่อม (Placental Insufficiency) ทำให้แท้งได้ (Spontaneous abortion) หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้

๒.๒. คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมตัวเร็ว

๒.๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้ทารกขาดออกซิเจนทำให้เสียชีวิตได้ โดยพบได้ร้อยละ ๑๐-๓๐

๒.๔. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เนื่องจากได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ

๒.๕. ทารกที่คลอดออกมาอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ขาดออกซิเจนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดหรือถ้าทารกที่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะคลอดมากเกินไปอาจเกิดภาวะ Hypermagnesemia คือทารกจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า ไม่หายใจ เป็นผลให้ Apgar score ต่ำ แต่จากการศึกษาพบว่า ภายใน ๓๖-๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด ทารกจะสามารถขับแมกนีเซียมซัลเฟตออกมาทางไตได้และกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

โรงพยาบาลม่วงสามสิบ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ไม่มีสูติแพทย์ มีแต่แพทย์ทั่วไป โดยทำหน้าที่เป็นแพทย์เวร รับรายงานจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรผลัด เข้า บ่าย ดึก เมื่อประเมินผู้มาคลอดพบว่า มีปัญหาตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ จะแจ้งให้ทราบและมีการเฝ้าระวังเป็นรายๆ ไป จากการวิเคราะห์ข้อมูล หากพบการมีความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้มาคลอดพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินการรับใหม่ ตามแนวทางปฏิบัติ เมื่อประเมินพบภาวะเสี่ยงก็จะรายงานแพทย์เวรนั้นๆ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๖ มี ๔ ราย ได้ส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จากการติดตามได้คลอดปกติ ๔ ราย ผ่าตัดคลอด ๑ ราย และคลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศดูดออก ๑ ราย จากการทบทวนแนวทางการประเมินและป้องกันภาวะรุนแรงจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมทุกกระยะของการคลอด บางกรณีไม่ชัดเจน เช่น ขาดการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เช่น ขาดการส่งข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะตั้งครรภ์ จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติเหตุ ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลสูติกรรม โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้และการวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที่ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิตของมารดาและทารก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทันเหตุการณ์ ดังนั้นการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะรุนแรงจากความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการบูรณาการนำ Evidence-based guidelines มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และการประสานงานกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ในเรื่องการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าระยะคลอด

๒. เพื่อให้พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติได้ตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าระยะคลอดที่พัฒนาแล้ว

เป้าหมาย

ลดความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าระยะคลอด

ระยะเวลาดำเนิน

ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กลุ่มความผิดปกติซึ่งประกอบด้วย ความดันโลหิตสูงเป็นหลัก ซึ่งอาจพบความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ หรือเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ อาจพบร่วมกับการบวมและ/หรือตรวจพบ Protein ในปัสสาวะ ถ้ามีอาการรุนแรงอาจมีอาการชักหมดสติ ในอดีตเรียกภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ว่า Toxemia of Pregnancy

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์นั้น สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstetricians and Gynecologies : ACOG) ได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้ (Cunningham, ๑๙๙๗)

๑. มีความดันโลหิต Systolic สูงขึ้น ๓๐ มม.ปรอท หรือมากกว่า
๒. มีความดันโลหิต diastolic สูงขึ้น ๑๕ มม.ปรอทหรือ มากกว่า จากความดันโลหิตเดิมของหญิงตั้งครรภ์
๓. มีความดันโลหิต Systolic สูง ๑๔๐ มม.ปรอท หรือมากกว่า
๔. มีความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้น ๙๐ มม.ปรอท หรือมากกว่า

ความดันโลหิตที่วัดได้สูงผิดปกติจะต้องวัดได้อย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกัน ๖ ชั่วโมง และมีความผิดปกติอย่างน้อยหนึ่งใน ๔ อย่างที่กล่าวมา ให้ถือเป็นความผิดปกติที่ให้การวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

สาเหตุ

โดยสรุปมี ๔ สาเหตุ ดังนี้ (Surratt, ๑๙๙๓)

๑. กลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน (Immunological mechanism) เชื่อว่าสาเหตุการเกิดน่าจะมาจากความสามารถของภูมิคุ้มกันที่มีต่อเชื้อโรค ในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ไม่เพียงพอหรือภูมิคุ้มกันบริเวณรกไม่มีประสิทธิภาพ หรือเชื้อโรคบริเวณรกมากกว่าที่ภูมิคุ้มกันบริเวณรกจะกำจัดได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้น (Cunningham, ๑๙๙๗)

๒. พันธุกรรม (Genetic predisposition) โดยจากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ถ้ามีบุตรสาวโอกาสที่บุตรสาวตั้งครรภ์จะมีภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงมากขึ้น แต่เนื่องจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุทางพันธุกรรมมีความซับซ้อนมาก ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่า พันธุกรรมจะเป็นสาเหตุของโรคนี้

๓. การขาดสารอาหาร (Dietary deficiencies) เช่น การขาดแคลเซียม โดยจากการศึกษาพบว่า ถ้าให้แคลเซียมในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โอกาสเกิดความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ลดลง หรือถ้าให้ Linoleic acid และแคลเซียม จะช่วยให้อัตราการเกิดโรคนี้น้อยลง (Herrera, ๑๙๙๘)

๔. การหดเกร็งของเส้นเลือด (Vasoactive compounds) ซึ่งการหดตัวของหลอดเลือดจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและทันทีทันใด ทำให้ endothelial cells ที่ระบุดังกล่าวในหลอดเลือดแยกออกจากกันเป็นผลทำให้เม็ดเลือดและน้ำเหลืองไหลซึมออกไปอยู่โดยรอบหลอดเลือด ซึ่งการถูกทำลายของ endothelial cells ในโพรงมดลูกนั้น เชื่อว่าเกิดมาจากความไม่สมดุลระหว่าง prostacycline และ thromboxane มีผลทำให้เส้นเลือดหดเกร็งเกร็ดเลือดถูกทำลาย มีการกระตุ้นการใช้ออกซิเจนจากไขมันมากขึ้น และชั้น endothelial จึงถูกทำลาย

๕. การเปลี่ยนแปลงในผนังหลอดเลือดชั้นใน (endothelial dysfunction) จากชั้น trophoblast ของรกถูกทำลาย ทำให้การซาว (perfusion) บริเวณรกไม่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการไหลเวียนของมารดาไม่ดี การไหลเวียนของเลือดไม่ดีจะไปมีผลทำให้ชั้นภายในผนังหลอดเลือดชั้นในมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการส่งเสริมให้เลือดจับตัวกันเป็นก้อนได้มากขึ้นและกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของเส้นเลือดให้ไวต่อการหดตัวมากขึ้น มีการ

เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ glomerular capillary ของ endothelial ทำให้เกิดการซึมผ่านในส่วนของเส้นเลือด capillary มากขึ้น น้ำเหลือง (serum) ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบให้มักมีการสร้าง Prostacycline มากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ดังนี้ (May and Mahlmeister, ๑๙๙๔)

๑. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มักพบในครรภ์แรกที่ยาญน้อยกว่า ๒๑ ปี และหญิงตั้งครรภ์เคยผ่านการคลอดมาแล้วหลายครั้งที่ยาญมากกว่า ๓๕ ปี

๒. บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์มาก่อน มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ได้อีก

๓. เป็นโรคเบาหวานหรือเป็นโรคไต จะมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเสมอ

๔. ครรภ์แฝด (Multifetal pregnancy)

๕. ครรภ์ไข่ปลาอุก (Hydatidiform mole)

๖. ทารกบวมน้ำ (Hydrops fetalis)

๗. หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

๓.๑ แนวคิดการป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

๑. ระยะก่อนคลอด เริ่มจากการดูแลขณะตั้งครรภ์ ชักประวัติอย่างละเอียดเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น ประวัติส่วนตัว มีภาวะโลหิตจาง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น การคลอดเร็ว หรือระยะที่ ๑ ระยะที่ ๒ ของการคลอดยาวนาน ได้รับยาที่มีผลต่อการหดตัวของมดลูก เช่น ยาสลบแบบสูดดม oxytocin MgSO₄ การทำสูติศาสตร์หัตถการ มีประวัติเคยตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อนๆ มดลูกแตกหรือเคยผ่าตัดมดลูก การทำคลอดธรรมชาติที่รกยังไม่ลอกตัว ประวัติความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ครรภ์เป็นพิษ การตรวจร่างกาย ค้นหาภาวะโลหิตจาง รวมทั้งแก้ไขและให้ธาตุเหล็ก เสริมกับมารดาที่มาฝากครรภ์ทุกราย การให้ ASA ในขนาดต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์ได้ ทุกรายควรได้รับการให้สุศึกษาในการดูแลตนเอง การเตรียมตัวคลอดในสถานบริการที่มีคุณภาพ เตรียมพร้อมสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงครอบครัวและชุมชนต้องทราบถึงอาการแสดงที่บ่งบอกอันตราย เช่นการมีเลือดออกขณะตั้งครรภ์

๒. ระยะคลอด ฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การประเมินแรกรับอย่างถูกต้องแม่นยำ มีการใช้ partograph เพื่อติดตามการเจ็บครรภ์คลอดป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่นนาน (prolonged labor) รวมทั้งการฟัง เสียงหัวใจเด็กทารกสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติ และพร้อมแก้ไขอาการผิดปกติดูแลไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน ระวังการให้ยาแก้ปวดในขนาดที่มากเกินไป เพราะอาจเกิดผลต่อการหดตัวของมดลูก พิจารณาให้ยากระตุ้นคลอด (oxytocin) อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามข้อบ่งชี้อย่างระมัดระวัง ทำคลอดในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ อย่างถูกต้องเหมาะสมตามกระบวนการการคลอด ช่วยคลอดโดยให้มีการบาดเจ็บต่อช่องคลอดน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์อย่างยาก ตรวจรก ช่องทางคลอดอย่างละเอียด การหดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอด หลังคลอดในระยะที่ ๓ สิ้นสุดลง

๓. ระยะหลังคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง โดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะภายใน ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอดดูแลการให้ยา oxytocin ต่อภายหลังคลอดอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง กระตุ้นให้ลูกดูดนมมารดาหลังคลอดทันที เพื่อกระตุ้นให้ฮอร์โมน oxytocin หลังมากขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวดี การดูแลการพักผ่อน ประเมินสัญญาณชีพ พยาบาลต้องมีทักษะและไหวพริบในการตัดสินใจที่ดี ในการป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ และให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัย

๓.๒ ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนในการดำเนินการ มีดังนี้

จัดทำโครงการ การป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

๑. การป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

๒. จัดตั้งคณะทำงานและนำเสนอต่อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมวังสามสิบ เพื่อขออนุมัติ

ในการดำเนินการตามโครงการ

๓. ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการดำเนินการในเครือข่าย รวบรวมข้อมูล ทบทวน วิเคราะห์ ปัญหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับทีม MCH board ทีม PCT กำหนดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรวมทั้งหญิงตั้งครรภ์มาคลอด ให้ได้มาตรฐานตามการดูแลของ WHO จัดทำวิธีปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จากภาวะตกเลือดหลังคลอดตาม Evidence based guideline ดังนี้

๓.๑ ดูแลในระยะฝากครรภ์ มีแนวทางคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ ใช้แนวทาง (Classifying Pregnancy) ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ชักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงในการตกเลือดและลงบันทึกความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ด้วยปากกาสีแดง วินิจฉัยภาวะซีดก่อนคลอดและทำการแก้ไข ถ้าพบความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๓ % โดยให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ กำหนดให้ประมิน้ำดื่ม ๑ ลิตรต่อวัน ส่งข้อมูลต่อให้ห้องคลอดในรายครบกำหนดคลอดที่มีภาวะเสี่ยงทุกเดือน มีแนวทางการขอคำปรึกษา ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพ คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงและงานห้องคลอด จัดทำระบบข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง สื่อสารการนำระเบียบปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และ Early warning signs ใช้ในเครือข่ายเพื่อปฏิบัติไปในทางเดียวกันอย่างครอบคลุม เน้นฝากครรภ์ ๘ ครั้งคุณภาพ

๓.๒ มีขบวนการรับใหม่ในห้องคลอดชักประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงในการตกเลือด ลงรายละเอียดในแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อแรกรับในห้องคลอด กรณีที่ตรวจพบความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๐ % หรือ grand multipara หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อนๆ จะมีการ group matching จองเลือด ๒ unit ทุกราย มีการรายงานแพทย์เจ้าของไข้

๓.๓ การดูแลระยะหลังคลอด มารดาที่เสี่ยงหลังคลอดดูแลให้ยา oxytocin ต่อ ภายหลังการคลอดอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง การพักผ่อน ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้งและทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง รายที่ไม่สามารถคลึงมดลูกได้ ได้นำวัตรกรรมกระเป๋าน้ำแข็งวางบนหน้าท้อง ประเมินการแข็งตัวของมดลูก ประเมินการเสียเลือด ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่รักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๔. จัดทำแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และสื่อสารนำไปใช้ในหน่วยงาน มีการสื่อสารที่ชัดเจน เช่น การรายงานแพทย์ถ้าเบ่งคลอดนาน ๓๐ นาที และรกไม่คลอดใน ๑๕ นาที การประสานคลึงเลือด การขอเลือดด่วนภายใน ๑๕ นาที มีการจัดเตรียมยา Management PPH และอุปกรณ์ให้ครบถ้วนเพียงพอ พร้อมใช้ตลอดเวลา

๕. นิเทศให้ความรู้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานผู้คลอด คลินิกฝากครรภ์และสื่อสารแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด กับสหสาขาวิชาชีพ เช่น องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานเทคนิคบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย เพื่อใช้ในการปฏิบัติ ในทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการ Management PIH อย่างต่อเนื่อง


๖. ติดตามและประเมินผลลัพธ์ การจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพ ทุก ๓ เดือน และวางแผนจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติประกาศใช้ในโรงพยาบาลมวังสามสิบต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
๒. บุคลากรในทีมที่ปฏิบัติงานในงานผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
๓. อัตราการเกิดความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ลดลง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ๑๐๐ %
๒. อัตราบุคคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ ๑๐๐ %

ลงชื่อ..... ..... ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ
(นางนันทรัตน์ วรรณโคตร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

บรรณานุกรม

- กระเชียร ปัญญาคำเลิศ.(๒๕๕๑).สูติศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ ๔. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์โอ.เอส.พรินต์ติ้งเฮาส์.
 สูติศาสตร์ฉุกเฉิน.กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์.2560.ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook obstetrics กรุงเทพฯ: ภาควิชาการ
 พยาบาลสูติศาสตร์ชนรีเวชวิทยา:คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศ.นพ.ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ และคณะ. (2553) “สูติศาสตร์ฉุกเฉิน EMERGENCY OBSTETRICS”
 ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่1กรุงเทพมหานคร:ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่ง
 ประเทศไทย
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.2560.การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน.วารสาร
 สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยาม
 บรมราชกุมารี.6(2):146-157
- รศ.นพ.ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล และคณะ .(2558) “สูตินรีเวชในเวชปฏิบัติทั่วไป.” ภาควิชาสูติศาสตร์และ
 นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิมพ์ครั้งที่ 1 :ขอนแก่น
- ญาตา ทองอยู่ (2558).Surgical Management of Postpartum hemorrhage. เข้าถึงได้จาก:
www.medicine.com.ac.th/dept/obgyn/2011/index.
- สมฤดี กীরตวนิชเสถียร, ภาวดี ชาวรินทร์, นางสุดา โชติวัฒนากุลชัย (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรี
 ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม
 2562
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี,คณะกรรมการพัฒนาการงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดอุบลราชธานี
 ประจำปี พ.ศ. 2564. (2564). แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) ด้านสูติกรรมและ
 ทารกแรกเกิด.
- WHO. (2012). World health organization multicounty survey on maternal and newborn
 health. Geneva

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยาอาร์ฟารีนและมีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗- ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
กรณีศึกษา

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรค

๑. ความรู้เรื่องโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation

การเต้นของหัวใจผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation(AF)หรือภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วเป็น Supraventricular tachyarrhythmia ที่จุดกำเนิดสัญญาณไฟฟ้าในหัวใจห้องบน(Atrium)ซึ่งเกิดจากatrial tissue มากกว่าจุดปล่อยกระแสไฟฟ้าแบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ ส่งผลทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป โดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าที่มีรูปร่างของ P wave หลายรูปแบบโดยมีความถี่ ๓๕๐-๔๕๐ครั้งต่อ นาทีและไม่สม่ำเสมอ

- สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation(AF)

๑. ผลจากโรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular disease) เช่นโรคเส้นหัวใจชนิดต่างๆทั้งแบบที่เป็นเส้นหัวใจรั่วและเส้นหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน มักพบร่วมกับการมี Anterior wall MI ขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของหัวใจลดลงโดยผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ร่วมด้วย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจความดันโลหิตสูง โรคหัวใจห้องล่างโตเกินปกติ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(pericarditis) ภาวะที่ลิ้มเลือดอุดตันในปอด เป็นต้น

๒. เป็นผลจากโรกระบบอื่น(non-cardiovascular disease) เช่น

๒.๑ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อเช่นผู้ป่วยที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ (Hyperthyroidism) ผู้ป่วยเบาหวาน

๒.๒ เนื้องอกทั้งชนิดที่เป็นและไม่ใช่มะเร็งซึ่งกดเบียดลูกกลามมาที่หัวใจหรืออวัยวะข้างเคียง

๒.๓ ภาวะที่มีการอักเสบของหัวใจห้องบนเช่น Pericarditis ,myopericarditis เป็นต้น

๒.๔ ภาวะติดเชื้ในกระแสเลือด

๒.๕ การได้รับยาหรือสารบางชนิดเช่น แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน เป็นต้น

๒.๖ ความผิดปกติของพันธุกรรม

๒.๗ ในคนที่อายุน้อย อาจเกิดได้โดยไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ เรียกว่า Lone AF

๒.๘ ภาวะหลังผ่าตัดเช่น ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ

๒.๙ ความเครียด อ่อนล้า ต้มสุราจัด ต้มเครื่องต้มที่มีคาเฟอีน สูบบุหรี่

๒.๑๐ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ เป็นต้น

๓. ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF เกิดจากความผิดปกติ๒ชนิด คือ

๑. หัวใจเต้นช้าผิดปกติเกิดจากความเสื่อมของศูนย์ควบคุมการเต้นของหัวใจ SA node

๒. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติมักเกิดจากการที่มีจุดกำเนิดไฟฟ้าหรือวงจรไฟฟ้าอื่นนอกเหนือจาก SA node

และ Atrioventricular (AV) conducting system

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- อาการและอาการแสดง

กรณีหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยจะรู้สึกหัวใจเต้นสุดใจหาย เหนื่อย บางรายอาจมีอาการสะอึกหรือไอ ตามการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ

กรณีหัวใจเต้นช้า จะมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง ถ้ามีอาการมากขึ้นก็จะมีอาการเหนื่อยในขณะที่พัก ถ้าเต้นช้าขึ้นรุนแรงจะมีอาการหน้ามืด หมดสติ หรือถึงขั้นอันตรายถึงชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นได้

กรณีหัวใจเต้นเร็วผิดปกติจะมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วและแรง เหนื่อยง่ายในสูงอายุหรือมีโรคหัวใจ อ่อนกำลังอยู่เดิม อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดหัวใจล้มเหลว หมดสติหรือถึงขั้นอันตรายจนเสียชีวิตได้

- การตรวจวินิจฉัยหัวใจเต้นผิดจังหวะAF

การประเมินอาการทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยภาวะAFประกอบด้วย

๑. การซักประวัติอาการ ผู้ป่วยAF อาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการได้หลายแบบตั้งแต่เหนื่อย ใจสั่นอย่างทันทีทันใดหรือหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ แน่นหรือเจ็บหน้าอกและลำคอ อ่อนเพลียและออกกำลังลำบาก เหนื่อยออกหน้ามืด เป็นลม หมดสติ (syncope) นอกจากนี้ควรซักประวัติรวมถึงความถี่ ระยะเวลาที่เป็นและสิ่งทีอาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิด

๒. การตรวจร่างกายที่สำคัญคือการตรวจพบชีพจรที่เต้นไม่สม่ำเสมอ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเต้นแต่ละครั้ง(irregular) อาจตรวจพบอัตราการเต้นของหัวใจที่นับได้จากการฟังมากกว่าอัตราการเต้นของชีพจรที่ได้จากการคลำ ซึ่งมาตรฐานการวัดอัตราการเต้นของหัวใจในภาวะAFจะต้องทำโดยการนับอัตราการเต้นจากการฟังเป็นเวลาอย่างน้อย ๖๐วินาทีซึ่งจะมีความแม่นยำกว่าการคลำชีพจร

๓. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นการตรวจที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัยAFที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

๓.๑ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบP wave มีลักษณะไม่ชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ มีFibrillatory wave ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมาทั้งขนาดรูปร่างและความถี่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเห็นชัดในLead II,III,aVFและV๑

๓.๒ ความถี่ของ P wave เกินกว่า๓๕๐ครั้งต่อนาที

๓.๓ รูปร่างของQRS complex ปกติ RR interval ส่วนใหญ่จะไม่สม่ำเสมอ

๓.๔ ventricular rate มักจะไม่สม่ำเสมอ

๔. การตรวจHolter monitor เป็นการตรวจการเต้นของหัวใจตลอด ๒๔ชั่วโมงเนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมาพบแพทย์อาจตรวจไม่พบคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF แต่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีอาการใจสั่นขณะอยู่ที่บ้านเป็นครั้งคราวดังนั้นการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา๒๔ชั่วโมงจะสามารถพบความผิดปกติได้

๕. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของหัวใจ (Echocardiogram)เป็นการตรวจการทำงานของหัวใจโดยดูโครงสร้างของหัวใจประเมินขนาดของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ โดยเฉพาะหัวใจห้องซ้ายและตรวจดูลิ้นเลือดในหัวใจและความดันในปอด

๖. การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อร่วมวินิจฉัยแต่อาจไม่จำเป็นต้องทำทุกรายขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาจะพิจารณา

๖.๑ การตรวจเลือดComplete blood count (CBC) และSerum Creatinine เนื่องจากภาวะซีดหรือไตวายสามารถกระตุ้นให้เกิดคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดAFหรือทำให้การควบคุมAFทำได้ยากมากขึ้น

๖.๒ การตรวจThyroid function test เนื่องจากภาวะHyperthyroidism เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดคลื่นหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดAFที่สามารถแก้ไขได้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจไม่มีอาการแสดงของภาวะhyperthyroidism ที่ชัดเจน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๖.๓ การตรวจX-ray ปอดและหัวใจเพื่อดูขนาดปอดและหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายEST: Exercise Stress Test) เป็นต้น

- หลักการรักษาที่สำคัญภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดAF

วัตถุประสงค์

๑. ป้องกันผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในกระแสเลือดและไปอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ

๒. ลดอาการที่อาจเกิดจากการที่หัวใจห้องบนเต้นเร็วมากทำให้เลือดเข้ามาเติมที่หัวใจห้องล่างไม่เพียงพอหรือหัวใจห้องล่างเต้นเร็วมากจนควบคุมไม่ได้ จนเกิดอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น หัวใจล้มเหลว โดยมีหลักการรักษาดังนี้

๑. Rate control เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจไม่ให้เร็วจนเกินไปจะช่วยลดอาการของผู้ป่วย โดยใช้ยาในกลุ่ม Beta blocker หรือ Calcium Channel Blocker เป็นยาหลักในการรักษา หรือใช้ยา Digoxin ในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ก็ยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำ อาจพิจารณาให้ Amiodarone เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจในภาวะฉุกเฉินที่ไม่สามารถให้ยาตัวอื่นได้

๒. Rhythm control เพื่อควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ

๒.๑ การเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ ด้วยยา โดยให้ยา Amiodarone เพื่อเปลี่ยนจังหวะการเต้นของหัวใจและหากเป็นนานจะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

๒.๒ การช็อคด้วยไฟฟ้า (Synchronized Cardioversion)

๒.๓ การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (Radiofrequency Ablation)

๓. Anticoagulation ผู้ป่วยควรได้รับยาเพื่อป้องกันกันการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะถ้ามีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอัมพาต

- ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญใน AF ที่พบได้บ่อยและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพร้ายแรงกับผู้ป่วยได้แก่

๑. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Embolic stroke) จากการศึกษาของ Framingham พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือด (Thromboembolism) ในผู้ป่วย AF พบประมาณร้อยละ ๔-๗.๕ ต่อปีในผู้ป่วยสูงอายุ โดยจะพบความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๕-๖ เท่าในผู้ป่วยลิ้นหัวใจไม่ตรัสลับและมี AF ร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ๑๗ เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ

๒. หัวใจวาย (Heart failure) เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF จะทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลงและไม่สัมพันธ์กับการบีบตัวของห้องล่าง มีผลทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสื่อมลงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจขณะหัวใจบีบตัวในหนึ่งนาทีลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF

๑. ประเมินอาการและอาการแสดง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หน้ามืด เป็นลม

๒. ติดตามความรุนแรงของโรค โดยวัดและประเมินสัญญาณชีพ

๓. ประเมินอัตรา ความถี่ จังหวะการเต้นของหัวใจเพื่อค้นหาความผิดปกติ

๔. ตรวจ ติดตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ

๕. ตรวจผิวหนังบริเวณแขน ขา ส่วนปลายเพื่อติดตามการไหลเวียนของอวัยวะส่วนปลาย

๖. ติดตามแผนระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาควบคุมการเต้นของหัวใจและยารักษาฟาริน

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดAFทุกรายควรได้รับยาต้านการเกิดลิ่มเลือดเพื่อป้องกัน Thromboembolism ยกเว้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำเช่นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า๖๕ปีหรือผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยา

๒. ผู้ป่วยAF ที่มีลิ้นหัวใจเทียมหรือผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรูมาติก(Rheumatic valvular disease)มีความเสี่ยงที่จะเกิดThromboembolismสูงควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant) โดยมีเป้าหมายให้ INR ๒-๓

๓. ผู้ป่วยกลุ่มAFที่ไม่ได้เกิดจากลิ้นหัวใจ(non-valvular-AF)ให้พิจารณาตามความเสี่ยงต่อการเกิด Thromboembolismและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant) โดยมีเป้าหมายให้ INR ๒-๓

๔. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulant)อาจพิจารณาให้ Aspirin ๗๕-๑๐๐ มิลลิกรัมต่อวันร่วมกับ Clopidogrel ๗๕ มิลลิกรัมต่อวัน

๒.การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin

ข้อควรระวัง

๑. ระมัดระวังการใช้ในสตรีมีครรภ์และสตรีที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตร
 ๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อ
 ๓. ผู้ป่วยที่จะต้องทำฟันหรือผ่าตัด
 ๔. ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้ยา
 ๕. ผู้ป่วยโรคตับ โรคไตรุนแรง
 ๖. ผู้ป่วยมีประวัติแผลที่ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยที่ผ่าตัดตา สมอง และไขสันหลัง
 ๗. ยาแก้ปวดข้อ เช่น Indomethacin Ibuprofen และยาฆ่าเชื้อบางชนิดเช่น Co-trimoxazole ยากลุ่ม Sulfa จะเพิ่มฤทธิ์ของยารวfarin ทำให้เลือดออกง่าย
- ยากันชัก เช่น Carbamazepine Phenytoin ยาฆ่าเชื้อบางชนิดเช่น Rifampin Griseofulvin และยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาชุด ยาต้ม อาจมีผลลดฤทธิ์ของยา Warfarin ทำให้ควบคุม INR ไม่ได้ตามที่ต้องการ

อาการไม่พึงประสงค์จากยา

๑. มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง
๒. มีเลือดออกในอวัยวะต่างๆเช่นมีเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหารและสมอง
๓. Warfarin Induced skin necrosis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและก่อให้เกิดปัญหาในการรักษามาก มักเกิดในช่วงวันที่ ๓-๘ ของการรักษาส่วนมากจะเกิดในบริเวณที่มีไขมันมากเช่น บริเวณสะโพก และต้นขา แต่อาจพบที่บริเวณอื่นๆเช่นเต้านม แขน ขา หน้าท้องและ อวัยวะเพศ

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- การพยาบาลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาWarfarin

๑. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อโดยเด็ดขาดเพราะจะทำให้เลือดออกในกล้ามเนื้อได้ผิวหนัง

๒. ห้ามซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเองเพราะยาบางตัวเพิ่มฤทธิ์ของยา warfarin ทำให้เลือดออกง่าย และอาจเกิดเลือดออกในสมองอาจเสียชีวิตได้

๓. มาตรฐานตามแพทย์นัดเพื่อเจาะเลือดดูค่าINR ทุกๆ๑-๓เดือนตามแผนการรักษาและปรับยาตามคำสั่งแพทย์ในกรณีที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัด ให้รับประทานยาในขนาดเดิมไว้ก่อนจนกว่าจะมาพบแพทย์ตามนัด

๔. การรับประทานยาต้องตรงเวลา ถ้าลืมห้ามเพิ่มยาเป็น ๒เท่า กรณีที่ลืมรับประทานยาถ้าไม่ถึง ๑๒ ชั่วโมงให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ในขนาดเดิม ในกรณีที่ลืมกินเกิน ๑๒ชั่วโมงให้รับประทานเมื่อต่อไปในขนาดเดิม

๕. ห้ามปรับยาเองต้องรับประทานตามที่แพทย์สั่งเท่านั้นและรับประทานอย่างต่อเนื่อง

๖. ถ้าไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ด้วยปัญหาอื่นๆ ต้องแจ้งให้ทราบว่ากำลังรับประทานยา Warfarin อยู่โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องผ่าตัด ถอนฟัน หรือต้องรับประทานยาอื่นเพิ่ม

๗. นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ระบุว่ารับประทานยาละลายลิ่มเลือดให้แพทย์หรือทันตแพทย์ดูทุกครั้งที่จะไปติดต่อรับการรักษา

๘. ถ้าเกิดอุบัติเหตุมีบาดแผลมีเลือดออก ให้ใช้ผ้าสะอาดกดลงบาดแผลให้แน่นตลอดเวลา เลือดจะหยุดออก และรีบไปโรงพยาบาลทันที แจ้งแพทย์และพยาบาลว่ารับประทานยา Warfarin

๙. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพราะจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกเพิ่มขึ้น

๓.๒ การพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

- มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยา วาร์ฟารินและมีค่าการรักษา(INR)ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย มีดังนี้

๑. การประเมินปัญหาและความต้องการ

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล

๓. การวางแผนการพยาบาล

๔. การปฏิบัติการพยาบาล

๕. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

๖. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๗. การสร้างเสริมสุขภาพ

๘. การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

๙. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

๑๐. การบันทึกทางการพยาบาล

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. แนวคิดแบบแผนด้านสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน

ประกอบด้วยแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน

- ๑.๑ แบบแผนด้านการรับรู้และภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
- ๑.๒ แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
- ๑.๓ แบบแผนด้านการขับถ่าย
- ๑.๔ แบบแผนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- ๑.๕ แบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้
- ๑.๖ แบบแผนด้านการพักผ่อนนอนหลับ
- ๑.๗ แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
- ๑.๘ แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ
- ๑.๙ แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์
- ๑.๑๐ แบบแผนด้านการปรับตัวและการทนต่อความเครียด
- ๑.๑๑ แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อ

๒. กระบวนการพยาบาล

๓. แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self Management Support)

๔. แนวคิดรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model)

๕. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D METHOD

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันหลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation(AF) ประกอบด้วย การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ(Rhythm control) การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ(Rate Control) การดูแลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke prevention) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนของ AF ที่อันตรายซึ่งแพทย์มักจะป้องกันด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด(Anticoagulation)เช่น Warfarin เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันอวัยวะต่างๆเช่น สมอง หัวใจ และปอด เป็นต้น

Warfarinเป็นยาในกลุ่ม Coumarin derivative มีฤทธิ์ต้านการทำงานของปัจจัยแข็งตัวของเลือด มีข้อบ่งใช้เพื่อรักษาและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด(thromboembolism)จัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง(high alert drug)หากมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมระหว่างใช้ยาอาจส่งผลต่อการรักษาและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ และในการประเมินประสิทธิภาพของยาวาร์ฟารินที่ใช้ในการรักษาจะพิจารณาจากค่า International Normalized Ratio (INR) โดยเป้าหมายที่เหมาะสมคือ ๒-๓ ถ้าระดับINR ที่สูงกว่าเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ และถ้าหากระดับINR ที่ต่ำกว่าเป้าหมายอาจส่งผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา(ต่อ)

ดังนั้นการรักษาด้วยยาแอสไพรินจึงจำเป็นต้องควบคุมระดับยาในเลือด (International Normalized Ratio :INR) ให้คงที่อยู่ในช่วงที่มีผลต่อการรักษาเพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคตามต้องการและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ด้านนโยบายการพัฒนาาระบบบริการของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขสาขาหัวใจเน้นการพัฒนาให้มีเครือข่ายแอสไพรินและให้มีการจัดตั้งคลินิกแอสไพรินในโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลสำโรงมีการจัดตั้งคลินิกแอสไพรินในงานผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ จากข้อมูลเวชระเบียนการให้บริการคลินิกแอสไพริน โรงพยาบาลสำโรงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยทั้งหมด ๒๓๒ ราย จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังพบว่า ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษา ร้อยละ ๕๓.๓๖ มากกว่ากลุ่มที่มีค่า INR ที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และมีผู้ป่วย AF ที่ได้รับยาแอสไพรินจำนวน ๖๘,๙๘, ๑๐๑, ๑๑๐, ๑๑๕ รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ INR ได้ร้อยละ ๓๔.๔๘, ๓๐.๗๗, ๕๕.๐๐, ๔๙.๐๘, ๔๙.๐๐ ตามลำดับ และยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์เช่น มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง ปวดศีรษะรุนแรง เหนื่อยง่าย มีประจำเดือนมากผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีค่า INR สูงกว่าค่าเป้าหมาย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาสมุนไพร ทานอาหารที่เสริมฤทธิ์ยาแอสไพริน ประกอบกับมีปัจจัยอื่นๆมาเกี่ยวข้องเช่นลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือรับประทานยาเกินที่แพทย์สั่งเช่นแพทย์สั่งให้ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ แต่ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน ส่งผลให้ค่า INR สูงหรือต่ำได้

จากอุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้ ในฐานะพยาบาลประจำคลินิกแอสไพรินจึงสนใจที่ศึกษากรณีเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินและมีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งการประเมินปัญหาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพโรค การพยาบาลโรค AF ความรู้พื้นฐานเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาแอสไพริน ปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ อาการไม่พึงประสงค์และข้อควรระวังในการใช้ยาแอสไพริน การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาแอสไพริน และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และความปลอดภัยในการใช้ยารวมถึงการนำกระบวนการพยาบาลสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุข

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยาแอสไพรินและมีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน ๒ ราย

๔.๓ เป้าหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยาแอสไพรินและมีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจภาวะสุขภาพ ความสามารถดูแลสุขภาพ จัดการสุขภาพตนเองต่อที่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการรับประทานยา การใช้ยา ควบคุมระดับ INR ได้ตามเป้าหมาย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกกรณีศึกษา แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๒ ราย เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่รับประทานยาอาร์ฟารีนและมีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย
๒. ศึกษาบริบทของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลประวัติ ผู้ป่วยจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
๓. วิเคราะห์ปัญหาและ ทั้งสองรายในประเด็นแบบแผนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล
๔. ทบทวนเอกสาร มาตรฐานการบริการ พยาบาลผู้ป่วยนอก ที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย

๔.๕ สาระสำคัญ

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
HN/เพศ/ อายุ	๘๐๗๕๖/ชาย/ ๖๑ปี	๑๕๖๒๑/หญิง/๗๓ปี	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายมีปัจจัยเหมือนกัน คือวัยสูงอายุ และมีพยาธิสภาพของโรคที่คล้ายกันคือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AFที่ต้องรับประทานยาอาร์ฟารีนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเวลานานเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ปัจจัยที่แตกต่างคือ ผู้ดูแลและการอ่านออกเขียนได้
สถานภาพ	คู่	หม้าย	
อาชีพ/รายได้	ทำนา / เบี้ยผู้สูงอายุ ๖๐๐ บาท / เดือน	ทำนา / เบี้ยผู้สูงอายุ ๖๐๐ บาท / เดือน	
ผู้ดูแล/พี่เลี้ยง	ภรรยา	ลูกสาว	
การศึกษา/รู้หนังสือ	ไม่ได้เรียนหนังสือ	ป. ๔ อ่านออก เขียนได้	
การวินิจฉัย	๑.Atrial fibrillation ๒.Chronic obstructive pulmonary disease	๑.Atrial fibrillation ๒.Hypertension ๓.Hypokalemia ๔.Anticoagulants	
วัดป.รับไว้ในความดูแลและรักษา	๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗	๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗	

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ (ต่อ)

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	รายที่ ๑	รายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาตามนัด เหนื่อย ก่อนมา ๑ วัน	มาตามนัด เหนื่อย มา ๑ วัน	กรณีศึกษาทั้ง๒รายมาด้วยอาการที่คล้ายกัน
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ ๑วันก่อนมา เหนื่อยหายใจไม่โล่ง ไม่มีไข้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ มาตามนัด ๑ วันก่อนมา เหนื่อย เพลียจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ขาไม่ขวม ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีไข้	คือเหนื่อย เพลีย และกรณีศึกษารายที่๒มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะ AFคือมีโรคร่วมความดันโลหิตสูงมาก่อน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/การผ่าตัด / การได้รับอุบัติเหตุ	-ป่วยเป็นโรค AF, COPD มา ๑๕ปี รักษาที่ รพ สำโรง on ยาWarfarin ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยา ไม่เคยแพ้สารอาหารใดๆ สูบบุหรี่วันละ ๑ซอง เลิกสูบบุหรี่ ๑๐ ปี มีประวัติตีมีสุรา แอลกอฮอล์	-ป่วยเป็นโรคHT มา๑๐ปี AF มา ๕ ปี รักษาที่ AF ที่รพ วารินชำราบ on ยา Warfarin ส่งตัวกลับมารับยาต่อที่รพ สำโรง ปี ๒๕๖๕ เคยผ่าตัดมดลูกหย่อน ไม่เคยแพ้ยาไม่เคยแพ้สารอาหารใดๆ ไม่สูบบุหรี่/ไม่ตีมีสุรา	ส่วนกรณีศึกษารายที่๑ มีประวัติการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว	ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว	

การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ตารางที่๓ แสดงข้อมูลการประเมินร่างกายตามระบบ

ข้อมูลการประเมินร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยเพศชายวัยสูงอายุ รูปร่างเล็ก สภาพร่างกายทั่วไปสะอาด	ผู้ป่วยเพศหญิง รูปร่างผอม เดินมาเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ สีหน้าท่าทางปกติ	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีความผิดปกติที่เหมือนกัน คือ
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๔๕ กก. ส่วนสูง ๑๕๕ ซม. BMI ๑๘.๗	น้ำหนัก ๔๒ กก. ส่วนสูง ๑๕๕ ซม. BMI ๑๗.๕	๑. น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ(ต่อ)

การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลการประเมินร่างกายตามระบบ(ต่อ)

ข้อมูลการประเมินร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
สัญญาณชีพ	-อุณหภูมิ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส -ชีพจร ๖๐ ครั้งต่อนาที -จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ -อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที -BP ๑๓๐/๗๐ mmHg	-อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส -ชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที -จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ -อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที -BP ๑๐๙/๖๖ mmHg	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีความผิดปกติเหมือนกัน คือ ๒.จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ
HEENT	Mild pale conjunctiva	Not pale No jaundice	
Heart	หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ normal s๑s๒, no murmur	หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ normal s๑s๒ ,no murmur	
Lung	Clear	Clear	
Extremities	No Pitting edema	No Pitting edema	
ผลCXR	No Cardiomegaly	No Cardiomegaly	
ผลการตรวจEKG	Atrial fibrillation rate ๖๐bpm	Atrial fibrillation rate ๗๘ bpm	

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ การรักษาของผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๒๓/๐๘/๖๗ ค่า INR=๑.๖ ได้รับยา warfarin ๒๒ mg /สัปดาห์ ๑. Warfarin ๓mg ๑t hs จันท์-เสาร์ ๒. Warfarin ๔ mg ๑t hs อาทิตย์ ๓. Budesonide ๒๐๐ MDI ๑puff bid ๔. Berodual MDI ๒puff bid ๕. Fluiimucil ๑ sac tid pc	๑๖/๐๘/๖๗ INR=๔.๘ Admit Vitamin K ๑mg PO stat E KCL ๓๐ ml PO ทุก ๓ ชม x๓ dose Metoprolol ๑๐๐mg ¼ po bid Hold warfarin ขณะ Admit จำหน่ายจากรพ ๑๘/๐๘/๖๗ INR ๑.๑ Home med Warfarin ๓mg ½ t hs จันท์-เสาร์	

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ(ต่อ)

การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ การรักษาของผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๒๐/๐๘/๖๗ ค่า INR=๒.๘ Na=๑๓๓.๔ ได้รับยา warfarin ๒๒ mg / สัปดาห์ ๒. Sodium chloride ๓๐๐ mg ๑t OD PC	๓๐/๐๘/๖๗ INR=๑.๐ K=๒.๗๘ ได้รับยา warfarin ๘ mg /สัปดาห์ ๒.Elixer ๓๐ml ทุก ๓ ชม x๓ dose	กรณีศึกษารายที่ ๑และ กรณีศึกษารายที่ ๒แผนการ รักษา มีความเหมือนกันคือ เน้นการปรับยา วาร์ฟาริน เพื่อให้ ค่าประสิทธิภาพการ รักษาด้วยยา วาร์ฟาริน(International Normalized Ratio: INR) อยู่ในช่วง เป้าหมายการรักษา (AF ช่วง เป้าหมายการรักษา INR=๒.๐-๓.๐) และ กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายมีภาวะ Electrolyte Imbalance กรณีศึกษาที่ ๑แก้ไขภาวะ
๒๗/๐๘/๖๗ INR =๓.๔ ๑๑/๑๐/๖๗ INR=๒.๑ ได้รับยา warfarin ๑๘ mg / สัปดาห์ ๒. Sodium chloride ๓๐๐ mg ๑t OD PC	๒๘/๑๑/๖๗ INR=๓.๖ K=๒.๔๔ ได้รับยา warfarin ๘ mg /สัปดาห์ ๒..KCLElixer ๓๐ml ทุก ๓ ชม x๓ dose ๓.Lorazepam ๑mg๑ tab po hs	Hyponatremia กรณีศึกษา รายที่ ๒ แก้ไขภาวะ Hypokalemia แผนการรักษาที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ มี ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเกิด ภาวะSupraventricular tachycardia ผู้ป่วยมีอาการ ใจสั่น EKG AF rate ๑๗๐ bpm ได้ Amiodarone IV drip Keep Heart rate <๑๓๐ bpm refer รพแม่ ข่าย
๑๕/๑๑/๖๗ INR=๗.๗ ได้รับยา warfarin ๑๘ mg / สัปดาห์ ๒. Sodium chloride ๓๐๐ mg ๑t OD PC ๓.Vit K ๑mg PO stat	๐๒/๑๒/๖๗ INR=๑.๘ K=๔.๐๕ ได้รับยา warfarin ๘ mg /สัปดาห์ ๒.KCLElixer ๓๐ml ทุก ๓ ชม x๓ dose ๓.Lorazepam ๑mg๑ tab po hs	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการรักษา ด้วยยา warfarin ขนาดต่างกัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมี ความต้องการยาเพื่อเข้าสู่ เป้าหมายการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ
๒๗/๑๒/๖๗ INR=๓.๗ ได้รับยา warfarin ๑๘ mg / สัปดาห์	๐๗/๑๒/๖๗ INR=๓.๑ ใจสั่นก่อนมา ๓๐ นาที EKG AF rate ๑๗๐ min ให้ ๑).Amiodarone ๑๕๐mg iv drip ๒๐min ๒).Amiodarone ๓๐๐ mg drip in ๑hr ๓).Amiodarone ๙๐๐ mg drip in ๒hr Keep HR <๑๓๐ bpm refer รพ วาริน	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการรักษา ด้วยยา warfarin ขนาดต่างกัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมี ความต้องการยาเพื่อเข้าสู่ เป้าหมายการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ
๓๑/๐๑/๖๘ INR= ๑.๘ ได้รับยา warfarin ๒๐ mg / สัปดาห์	๓๑/๐๑/๖๘ INR =๓.๒ K=๒.๐๘ ได้รับยา warfarin ๘ mg /สัปดาห์ ๑.KCLElixer ๓๐ml ทุก ๓ ชม x๓ dose	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการรักษา ด้วยยา warfarin ขนาดต่างกัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมี ความต้องการยาเพื่อเข้าสู่ เป้าหมายการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ(ต่อ)

การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ตารางที่ ๗ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การพยาบาล ระยะก่อนการ ตรวจรักษา	๑.มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation)	๑.เสี่ยงต่อภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการ ทำงานของหัวใจลดลง	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ เหมือนกัน - ข้อที่ ๒ ผู้ป่วยและ ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย - ข้อที่ ๓ขาดสารอาหาร (malnutrition)เนื่องจาก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรคทำให้เบื่ออาหาร - ข้อที่ ๕ อาจเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันจากค่า INRต่ำกว่าเกณฑ์ - ข้อที่ ๖ เสี่ยงต่อการ เกิดอันตรายจากภาวะ เลือดออกง่ายจากการ ได้รับยาต้านการแข็งตัว ของเลือด - ข้อที่ ๗ ผลการรักษา ด้วยยา warfarin ไม่อยู่ใน เกณฑ์รักษา
	๒.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับ โรค การดูแลตนเองขณะ รักษาด้วยยา warfarin	๒.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ขณะรักษาด้วยยา warfarin	
	๓.ขาดสารอาหาร (malnutrition)เนื่องจาก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ทำให้เบื่ออาหาร	๓.ขาดสารอาหาร (malnutrition)เนื่องจาก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ทำให้เบื่ออาหาร	
การพยาบาล ขณะตรวจ	๔.มีภาวะ Hyponatremia	๔.มีภาวะ Hypokalemia	เกิดอันตรายจากภาวะ เลือดออกง่ายจากการ ได้รับยาต้านการแข็งตัว ของเลือด
	๕.อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน จากค่า INRต่ำกว่าเกณฑ์	๕.อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน จากค่า INR ต่ำกว่าเกณฑ์	
การพยาบาล ระยะ หลังตรวจ	๖.เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากภาวะเลือดออกง่ายจาก การได้รับยาต้านการแข็งตัว ของเลือด ๗.ผลการรักษาด้วยยา warfarin ไม่อยู่ในเกณฑ์ เป้าหมาย	๖.เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากภาวะเลือดออกง่ายจาก การได้รับยาต้านการแข็งตัว ของเลือด ๗.ผลการรักษาด้วยยา warfarin ไม่อยู่ในเกณฑ์ เป้าหมาย	

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ(ต่อ)

การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ตารางที่ ๗ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง	๘.พร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อรับประทานยา Warfarin ๙.พร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน	๘.พร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อรับประทานยาWarfarin ๙.แบบแผนการนอนถูกรบกวนเนื่องจากเครียดจากการเจ็บป่วยและภาวะคุกคามของโรค	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน - ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑ ข้อที่๑ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation): ซึ่งไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องให้การพยาบาลแบบเร่งด่วน ข้อที่ ๙. พร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ข้อที่ ๙ แบบแผนการนอนถูกรบกวนเนื่องจากเครียดจากการเจ็บป่วยและภาวะคุกคามของโรค

สรุป กรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๖๒ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกWarfarinที่โรงพยาบาลสำโรงเมื่อวันที่ ๒๓สิงหาคม ๒๕๖๗และติดตามต่อเนื่องที่คลินิกจนถึงวันที่๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยมาตามนัดมีอาการเหนื่อยบางวัน ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว มีอาการหอบ ๒-๓ครั้ง/ เดือน พ่นยาเองดีขึ้น ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สัญญาณชีพแรกรับ น้ำหนัก ๔๕ กก. ส่วนสูง ๑๕๕ ซม.BMI ๑๘.๗ (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ(ต่อ)

สรุป กรณีศึกษา(ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ (ต่อ)

อุณหภูมิต่ำ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส ซีพจร = ๖๐ ครั้งต่อนาที BP=๑๓๐/๗๐ มม.ปรอท O₂ sat = ๙๘% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ INR อยู่ในช่วง ๑.๖-๗.๗ (ค่าปกติ ๒.๐-๓.๐) ผล Electrolyte Na= ๑๓๒.๘-๑๓๓.๔ (๑๓๕-๑๔๕) แพทย์วินิจฉัย Atrial fibrillation Chronic Obstructive pulmonary disease ได้รับการปรับยาเพื่อให้ได้ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา คือปรับยา warfarin อยู่ในช่วง ๑๘-๒๒ mg / สัปดาห์ ได้รับการ BUDESONIDE ๒๐๐mg ๑ puff bid, Berodual (R) MDI ๒ puff prn โดยติดตามดูแลต่อเนื่องที่คลินิก Warfarin ๖ ครั้ง ปัญหาที่พบและการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในแต่ละระยะตามกระบวนการหลักงานผู้ป่วยนอก การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ๑) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ(Atrial fibrillation) ๒) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองขณะรักษาด้วยยา warfarin ๓) ขาดสารอาหาร(malnutrition) เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคทำให้เบื่ออาหาร การพยาบาลขณะตรวจ ๑) มีภาวะ Hyponatremia ๒) อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากค่า INR ต่ำกว่าเกณฑ์ การพยาบาลระยะหลังตรวจ ๑) ผลการรักษาด้วยยา warfarin ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ๒) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายจากการได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง ๑) ส่งเสริมการดูแลตนเองเมื่อรับประทานยา Warfarin ๒) พร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน มีการประเมินความเครียด ST- ๕ ของกรมสุขภาพจิต มีความเครียดระดับปานกลาง และได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ หลัก D -METHOD ประสานศูนย์ส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามการรักษาที่คลินิก warfarin ทุก ๑ เดือน จากการติดตามการตรวจเลือดยังพบระดับ INR ไม่อยู่ในช่วงเป้าหมาย(๒.๐-๓.๐) ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานยาในขนาดและปริมาณตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการรับประทานอาหารหรือยาอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ของยา warfarin ที่ส่งผลกระทบต่อระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๗๓ ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิก Warfarin ที่โรงพยาบาลสำโรงเมื่อวันที่ ๑๖-๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ และติดตามต่อเนื่องที่คลินิกจนถึงวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๘ ติดตามดูแลต่อเนื่อง ๘ ครั้ง ผู้ป่วยมาตามนัดมีอาการเหนื่อย เพลีย จุกแน่นท้องได้ลั้นปี ท้องอืด ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีขาอ่อนแรง การประเมินแรกรับผู้ป่วยนั่งรถเข็น รู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ซิตเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกรับน้ำหนัก ๔๒ กก. ส่วนสูง ๑๕๕ ซม. BMI ๑๗.๕ (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) อุณหภูมิ=๓๖.๒ องศาเซลเซียส ซีพจร = ๘๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที O₂ sat = ๙๘% BP=๑๐๐/๖๐ มม.ปรอท, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ INR=๔.๘ Electrolyte K= ๒.๗๗ แพทย์พิจารณาปรับไว้ในโรงพยาบาลวินิจฉัยเป็น Warfarin overdose, Hypokalemia, AF, HT ขณะนอนโรงพยาบาลได้ยาตามแผนการรักษา Vit K ๑mg PO stat ,E-KCL ๓๐ mi PO ทุก ๓ ชม x ๓ dose ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ๒ วัน INR ก่อนจำหน่าย=๑.๑ K=๔.๗๙ แพทย์นัดตรวจ INR และปรับยา Warfarin อีก ๑ สัปดาห์ ติดตามต่อเนื่องที่คลินิก Warfarin อีก ๗ ครั้ง INR อยู่ในช่วง ๑.๘-๓.๖ (ค่าปกติ ๒.๐-๓.๐) ผล Electrolyte K= ๒.๐๘-๔.๐๕ อยู่ในช่วง ๒.๐๘-๒.๗๙ (๓.๕-๕.๕) เป็นส่วนใหญ่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ สาระสำคัญ (ต่อ)

สรุป กรณีศึกษา (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

แพทย์วินิจฉัย Atrial fibrillation, Hypokalemia ได้รับการปรับยาเพื่อให้ได้ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา คือปรับยา warfarin อยู่ในช่วง ๑๐-๑๐.๕ mg / สัปดาห์ ได้รับยา Metoprolol ๑๐๐mg ¼ tab bid pc, KCL elixir ๓๐ ml x๓dose ปัญหาที่พบและการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในแต่ละระยะตามกระบวนการหลักงานผู้ป่วยนอก การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ๑) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยมาด้วยใจสั่น EKG AF rate ๑๓๐ bpm ได้ยา Cordarone IV drip ส่งต่อรพ แม่ข่ายที่วารินชำราบ แพทย์วินิจฉัย AF, SVT นอนรักษา ๖ วัน อาการดีขึ้น EKG rate ๘๐-๙๐bpm จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตนัดมาดูอาการต่อที่ รพ สำโรง ๒) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองขณะรักษาด้วยยา warfarin ๓) ขาดสารอาหาร(malnutrition) เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคทำให้เบื่ออาหาร การพยาบาลขณะตรวจ ๑) มีภาวะ Hypokalemia ๒) อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากค่า INR ต่ำกว่าเกณฑ์ การพยาบาลระยะหลังตรวจ ๑) ผลการรักษาด้วยยา warfarin ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ๒) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง ๑) ส่งเสริมการดูแลตนเองเมื่อรับประทานยา Warfarin ๒) แบบแผนการนอนถูกรบกวนเนื่องจากเครียดจากการเจ็บป่วยและภาวะคุกคามของโรค มีการประเมินความเครียด ST- ๕ ของกรมสุขภาพจิต มีความเครียดระดับปานกลาง และได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ หลัก D -METHOD ประสานศูนย์ส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน และติดตามการรักษาที่คลินิก warfarin ทุก ๑ เดือน จากการติดตามการ ตรวจเลือดพบระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายคือ ๒.๑-๓.๑ (๒.๐-๓.๐) จากที่มาตามนัด ๓ ครั้งต่อเนื่องล่าสุด ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานยาในขนาดและปริมาณตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการรับประทานอาหารหรือยาอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยา warfarin ที่ส่งผลต่อระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษา

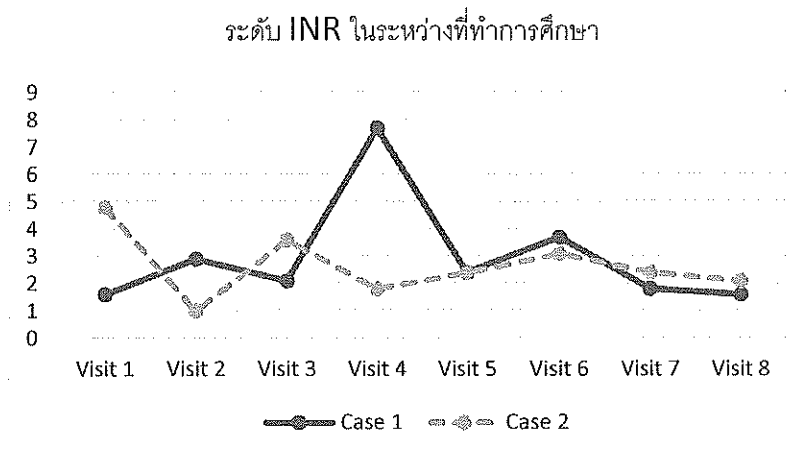
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑	ผู้ป่วย AF ทั้งหมดที่ได้รับยา Warfarin	ราย	๑๑๕	๑๔๑	๒๓๒
๒	ร้อยละของผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา warfarin ได้ Target INR	≥ ๖๐%	๔๙.๐๘	๕๖.๖๔	๕๐.๖๒
๓	ร้อยละผู้ป่วยมาตามนัด	≥ ๙๕%	๙๒.๘๔	๙๖.๕	๙๕
๔	ร้อยละ Stroke rate in warfarin Clinic	๐%	๐	๐	๐
๕	ร้อยละ Major bleeding from warfarin clinic	๐%	๐	๐	๐
๖	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	≥ ๘๐%	๘๒.๕๐	๘๔.๕๐	๘๖.๖๐

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

เชิงคุณภาพ



๑. จากกราฟ กรณีศึกษารายที่ ๑ ระดับ INR อยู่นอกช่วงเป้าหมายร้อยละ ๖๒.๕ ซึ่งค่ากระจัดกระจาย ไม่มีทิศทาง กรณีศึกษารายที่ ๒ ระดับ INR อยู่ในช่วงเป้าหมายร้อยละ ๕๐ มีแนวโน้มที่ดีในช่วง การนัดติดตาม ๔ ครั้งหลัง กรณีศึกษาทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งความแตกต่างของปัจจัยที่ทำให้ระดับ INR ดีขึ้นเกิดจากการมี ผู้ดูแลในการรับประทานยา รายที่ ๑ มีปัญหาในการอ่านหนังสือไม่ออก และไม่มีพี่เลี้ยงในการดูแลเกี่ยวกับการ รับประทานยา รายที่ ๒ มีบุตรสาวที่ดูแลเรื่องยาและอาหาร เพราะฉะนั้นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่รับยารวาร์ ฟารินจึงมีความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๒. ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตาม มาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่ได้รับยา warfarin อย่างมี คุณภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเลือดออกผิดปกติจาก ค่า INR มากกว่าช่วงรักษา

๓. ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจและคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมและแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิด จังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่ได้รับยา warfarin และ มีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

๒. พยาบาลสามารถนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อ ส่งเสริม พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ในการนำกระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่งาน ผู้ป่วยนอก

๔. ใช้เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่ได้รับยา warfarin และ มีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพิ่มพูนความรู้และทักษะใน การสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในการให้คำปรึกษาที่มีเป้าหมายชัดเจน

๕. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ที่ได้รับยา warfarin และมีค่าการรักษา (INR) ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ให้มีคุณภาพ

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การประเมินและการวางแผนการรักษาผู้ป่วย AF ที่รับประทานยา Warfarin ที่จะให้รักษาค่า INR ให้ได้ตามเป้าหมาย ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ เพราะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อาหารสำหรับผู้ป่วย การออกกำลังกาย มีผลต่อการรักษาและระดับของค่า INR พยาบาลจึงต้องมีศิลปะในการสื่อสาร การสร้างความรอบรู้ การตระหนักรู้ เพื่อที่จะร่วมมือในการรักษาให้มีประสิทธิภาพ

๒. ผู้ให้การพยาบาลต้องใช้ทักษะในการสร้างแรงจูงใจ การเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและ เข้าใจได้ว่าตนเองทำได้ เช่น การปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทาน warfarin การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลรักษาค่า INR ให้ได้ตามเป้าหมายโดยตรง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตัวเองของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ พยาบาลวิชาชีพผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะ มีประสบการณ์ มี ความชำนาญ และความอดทน ความมุ่งมั่นตั้งใจ ประกอบกับผู้ป่วยและญาติจะต้องมีความเข้าใจภาวะการเจ็บป่วยและ การดำเนินของโรคไปพร้อมๆกัน

๒. กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้ ผู้ป่วยมีความแตกต่างในด้านอายุ การศึกษา ความเชื่อในการจัดการตนเอง การสื่อสารความเข้าใจ และการวางแผนในการรักษาต่อเนื่อง จะต้องมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะๆ ซึ่งต้องใช้เวลาในการติดตามประเมินผลลัพธ์ และ ใช้กระบวนการพยาบาลในแต่ละครั้งที่ ผู้ป่วยและ ญาติมารับบริการที่คลินิก Warfarin เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิก Warfarin nurse case manager ให้มีความรู้ความสามารถในการนำกระบวนการพยาบาลมาสู่การปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ได้ทุกราย ครอบคลุมมาตรฐานการปฏิบัติการผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการ จนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

๒. พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคเรื้อรัง ใช้วิธีการให้ความรู้ และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin แบบผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ โดยใช้ เทคนิค Motivational interviewing เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริม พลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความรู้และมีทักษะสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง

๓. ควรมีการทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยใน Warfarin clinic ในระดับทีมนำทางคลินิกเพื่อร่วมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาให้เป็นตามแนวทางเวชปฏิบัติและสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin ของโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

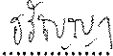
อยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ประเมิน

๑) นางธรรณญา ทองมูล

สัตว์ส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางธรรณญา ทองมูล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 10 / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางธรรณญา ทองมูล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางบุปผชาติ พวงจันทร์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 10 / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

(วันที่) 10 / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในคลินิก โรงพยาบาลสำโรง

๒. หลักการและเหตุผล

Warfarin เป็นยาในกลุ่ม Coumarin derivative มีฤทธิ์ต้านการทำงานของปัจจัยแข็งตัวของเลือด รักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันในระบบไหลเวียนโลหิต เป็นยาที่มีความเสี่ยงค่อนข้างมากที่จะก่อให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงและเสียชีวิตได้ ปัจจุบัน WHO กำหนดให้ใช้ค่า International Normalized Ratio (INR) เป็นดัชนีชี้วัดผลของการรักษาด้วยยารวาร์ฟาริน ซึ่งโดยเป้าหมายที่เหมาะสมคือ ๒-๓ หากค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษาอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะเลือดออกง่าย หรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนจากยารวาร์ฟาริน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยารวาร์ฟาริน ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของยารวาร์ฟาริน ได้แก่ภาวะเลือดออกบริเวณต่างๆของร่างกาย ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญในการรักษาด้วยยารวาร์ฟาริน ซึ่งจะเกิดเมื่อค่า INR สูงเกินกว่าช่วงการรักษา แต่เป็นภาวะที่สามารถป้องกันหรือทำให้เกิดน้อยลงได้ แบ่งเป็นภาวะเลือดออกผิดปกติตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนี้ ๑) ภาวะเลือดออกที่ไม่รุนแรง (minor bleeding) คือภาวะเลือดออกที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาพยาบาลได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง เป็นต้น ๒) ภาวะเลือดออกที่รุนแรง (major bleeding) คืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยารวาร์ฟาริน (serious adverse drug event) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือดภาวะเลือดออกที่รุนแรง (major bleeding) คืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงจากยารวาร์ฟาริน (serious adverse drug event) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ไอเป็นเลือด หรือมีเสมหะเป็นเลือด เป็นต้น รวมถึงภาวะเลือดออกที่ต้องช่วยเหลือชีวิต และภาวะเลือดออกที่ทำให้เสียชีวิต

โรงพยาบาลสำโรงมีการจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินในงานผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ จากข้อมูลเวชระเบียนการให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสำโรงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๗ มีผู้มารับบริการจำนวน ๒๙๔, ๓๓๘, ๓๘๔, ๔๑๑, ๓๐๖, ๓๖๘ ครั้งตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังพบว่า ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษา ร้อยละ ๕๓.๓๖ มากกว่ากลุ่มที่มีค่า INR ที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

จากอุบัติการณ์ดังกล่าวในฐานะพยาบาลประจำคลินิกวาร์ฟารินได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่อาจส่งผลต่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในคลินิก โรงพยาบาลสำโรง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยในคลินิกได้เหมาะสมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในคลินิก โรงพยาบาลสำโรง

เป้าหมาย

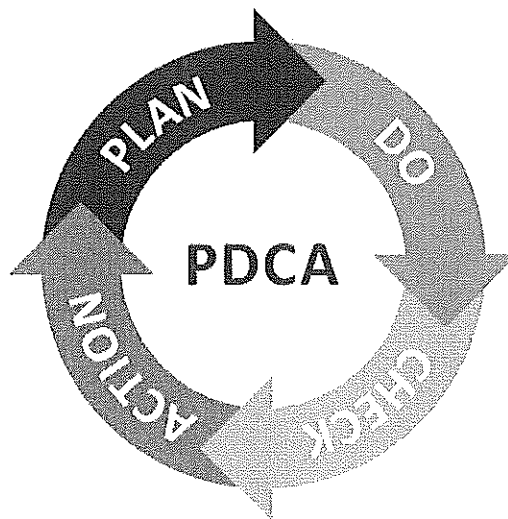
ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินในคลินิกได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแล

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากข้อมูลเวชระเบียนการให้บริการคลินิกวาร์ฟารีน โรงพยาบาลสำโรงตั้งแต่ปี พ.ศ ๒๕๖๒ -๒๕๖๗ มีผู้มารับบริการจำนวน ๒๙๔ ๓๓๘,๓๘๔,๔๑๑,๓๐๖,๓๖๘ ครั้งตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง พบว่า ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าINR ไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษา ร้อยละ ๕๓.๓๖ มากกว่ากลุ่มที่มีค่า INR ที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านระบบการให้บริการที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดระบบการประสานงานที่เชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ ด้านผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา วาร์ฟารีน และการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การบริโภคอาหาร ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษา ค่า International Normalized Ratio (INR) ไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลโดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming Cycle) ประกอบด้วย ขั้นตอน ๔ ประการ PDCA. Plan คือขั้นตอนของการวางแผน เพื่อเลือกปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหา DO คือขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแนวทางที่วางไว้ Check คือขั้นตอนการตรวจสอบ และเปรียบเทียบผล Action คือการกำหนดเป็นมาตรฐาน และปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น (Paul A, ๑๙๙๘)

แนวคิดในการพัฒนา

ในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารีนในคลินิก โรงพยาบาลสำโรง มีการนำกรอบแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming Cycle) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบทางการพยาบาลดังนี้



๑. Plan (วางแผน) หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน อาจประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน Plan การจัดอันดับความสำคัญของ เป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการ และกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะ การ

ดำเนินงาน การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

๒.Do (ปฏิบัติตามแผน) หมายถึง การดำเนินการตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับการดำเนินการ มีวิธีการดำเนินการ และมีผลของการดำเนินการ

๓.Check (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน) หมายถึง การประเมินแผน อาจประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การดำเนินการ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของ การดำเนินงานตามแผนที่ได้ตั้งไว้ โดยในการประเมินดังกล่าวสามารถ ทำได้เอง โดยคณะกรรมการที่รับผิดชอบแผนการดำเนินงานนั้น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะของการประเมินตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องตั้งคณะกรรมการ อีกชุดมาประเมินแผน หรือไม่จำเป็นต้องคิดเครื่องมือหรือแบบประเมิน ที่ยุ่งยากซับซ้อน

๔.Act (ปรับปรุงแก้ไข) หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน อาจประกอบด้วย การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ว่ามีโครงสร้าง หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควร ปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่อยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และสังเคราะห์รูปแบบ การดำเนินการใหม่ที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินการ ในปีต่อไป

จากแนวคิดวงจรการพัฒนา PDCA ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยดังนี้

Plan ประกอบด้วย การวางแผนการรักษาผู้ป่วย โดยการศึกษาบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ชุมชนที่อยู่อาศัย และวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว

Do ระบุดำเนินการตามแผน เพื่อให้ได้ข้อมูลบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว ดังนี้

๑. จัดเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
๒. จัดทำแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ จัดทำเอกสารให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ปฏิทินยา.
๓. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยารักษา ดังนี้

๓.๑ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

๑) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของยา warfarin ที่ใช้เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดและให้คำปรึกษาในการใช้ยาโดยยาที่ใช้ในโรงพยาบาลสำโรงมี ๔ขนาดดังนี้ ขนาด ๒ mg สีส้ม ขนาด ๓mg สีฟ้า ขนาด ๔ mg สีเหลือง ขนาด ๕ mg สีชมพู เน้นย้ำต้องรับประทานยาตามสีของยา จำนวน และวัน ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

๒) แนะนำการรับประทานยาต้องตรงเวลา กรณีที่ลืมรับประทานยาถ้าไม่ถึง ๑๒ ชั่วโมงให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ในขนาดเดิมในกรณีที่ลืมกินเกิน ๑๒ ชั่วโมงให้รับประทานเมื่อต่อไปในขนาดเดิม ห้ามเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

๓) ห้ามปรับยาเองต้องปรับยาตามแพทย์สั่งเท่านั้นและรับประทานอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร

๑) ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เพิ่มและลดการออกฤทธิ์ ของยา warfarin ดังนี้

๑.๑ อาหารที่มีวิตามินเคสูงมีผลลดฤทธิ์ยา warfarin

๑.๑.๑ มากที่สุด(ต่อปริมาณอาหาร ๑๐๐ กรัม) ได้แก่ ผักกาดเขียว ผักขม ขึ้นฉ่าย บล๊อคโคลี่ กะหล่ำปลี ต้นหอม ผักชีฝรั่ง หน่อไม้ฝรั่ง แขนงกะหล่ำปลี กุยช่าย หัวไชเท้า ผักกาดหอม

๑.๑.๒ มาก(ต่อปริมาณอาหาร๑๐๐กรัม) กระเจี๊ยบ แดงกว่าใบ แมงลัก โหระพา กระเพรา
 ๑.๑.๓ ปานกลาง(ต่อปริมาณอาหาร๑๐๐กรัม) กี้วี่ ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา ฟักทอง ถั่วเขียว
 ๑.๑.๔ น้อย(ต่อปริมาณอาหาร๑๐๐กรัม) ตำลึง ชะพลู ใบกระถิน กระเฉด ผักบุ้ง ชะอม
 สตอ โดยการรับประทานผักเหล่านี้ไม่ถือเป็นข้อห้าม ดังนั้นสามารถรับประทานได้ทั้งหมดโดยปรับเปลี่ยนชนิด
 และปริมาณให้เหมาะสมและสม่ำเสมอในแต่ละวัน ควรรับประทานผักในปริมาณเท่าเดิมในแต่ละวัน ถ้า
 รับประทานผักเหล่านี้ในปริมาณมากหรือปรับเปลี่ยนปริมาณการรับประทานเช่นเทศกาลกินผัก ควรแจ้งให้
 แพทย์ทราบ

๑.๒ อาหารที่เพิ่มฤทธิ์ของยา warfarin

- แปะก๊วย สมุนไพรจีน ตังกุย กระเทียม ขิง ขมิ้นชัน น้ำมันปลา วิตามินอี โสม มะม่วง
 มะละกอ ผลไม้เกรปฟรุต

๓.๓ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองขณะรับยา

๑) แนะนำหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ระดับยา warfarin ในเลือดเปลี่ยนแปลงเช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๒) แนะนำห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อโดยเด็ดขาดเพราะจะทำให้เลือดออกในกล้ามเนื้อใต้
 ผิวหนัง

๓) ห้ามซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเองเพราะยาบางตัวเพิ่มฤทธิ์ยา warfarin ทำให้เลือดออก
 ง่ายและอาจเกิดเลือดออกในสมองอาจเสียชีวิตได้ควรปรึกษาแพทย์ ยาแก้ปวดที่ไม่เป็นอันตรายคือ
 Paracetamol

๔) มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อเจาะเลือดดูค่า INR ทุกๆ๑-๓ เดือนตามแผนการรักษาและปรับ
 ยาดตามคำสั่งแพทย์ในกรณีที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด ให้รับประทานยาในขนาดเดิมไว้ก่อนจนกว่าจะ
 ได้รับการเจาะเลือดและพบแพทย์

๕) กรณีที่ต้องไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ด้วยปัญหาอื่นต้องแจ้งให้ทราบว่ากำลัง
 รับประทานยา warfarin อยู่โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องผ่าตัด ถอนฟัน หรือต้องรับประทานยาอื่นเพิ่ม

๖) แนะนำให้นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ระบุว่ากำลังรับประทานยา Warfarin เมื่อมาพบแพทย์
 หรือทันตแพทย์ดูทุกครั้งไปติดต่อรับการรักษา

๗) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะมีส่วน
 ทำให้เกิดภาวะเลือดออกเพิ่มขึ้น

๘) แนะนำเก็บยาให้พ้นแสงหรือความชื้น และเก็บให้พ้นมือเด็ก

๙) หมั่นสังเกตอาการผิดปกติเหล่านี้ เลือดออกตามไรฟัน รอยช้ำเขียวตามตัว เลือดกำเดา
 ไหล เลือดออกในตาขาว อุจจาระ ปัสสาวะมีเลือดปน ไข่มีเลือดปน
 หากมีอาการมากให้หยุดยาและมาพบแพทย์ทันที

๑๐) หากมีอาการแขนขา อ่อนแรงครึ่งซีก หน้าเบี้ยว พูดลำบาก หรือเห็นภาพซ้อน ซึ่งอาจมา
 จากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันให้รีบมาพบแพทย์ทันที

๑๑) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือเลือดออกง่าย

๑๒) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเพื่อสะดวกในการติดต่อ
 สอบถามเรื่องอาการต่อเนื่อง

๔. ให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลกำกับอย่างใกล้ชิดในเรื่องรับประทานยาและอาหาร
๕. ติดตามเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้งานปฐมภูมิติดตามเยี่ยม

Check ติดตามการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดย

- ๑) ติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมบ้าน
- ๒) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อตรวจค่าINRและปรับยาอย่างต่อเนื่อง
- ๓) สอบถามการปฏิบัติตัว ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา

ACTION ปรับปรุงการปฏิบัติในส่วนที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เพื่อรักษาระดับค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด ๑. ศักยภาพการรับรู้ของผู้ป่วย การอ่านออกเขียนได้, เป็นผู้สูงอายุ, ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี

แนวทางแก้ไข ๑)พยาบาลสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจโดยการพูดให้เข้าใจและจัดทำสื่อที่เป็นรูปภาพยา ตัวอย่างยา สื่อรูปภาพอาหารให้เข้าใจง่าย

- ๒)ติดตามการเยี่ยมบ้านหรือส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านให้เครือข่ายปฐมภูมิเพื่อติดตามเยี่ยม
- ๓)แนะนำญาติช่วยกำกับดูแลเรื่องการรับประทานยา อาหาร

ข้อจำกัด ๒.ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแล

แนวทางแก้ไข ๑)สร้างเครือข่ายในการดูแลเช่น อสม ประจำหมู่บ้านที่อยู่ใกล้กัน

๒) ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Tele medicine ในการติดตามเยี่ยม ให้คำปรึกษา และประเมินผล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ทีมสหวิชาชีพมีแนวทาง มี CPG การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน
- ๒) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่ค่าการรักษาTarget INR ตามเป้าหมาย
- ๓) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ
- ๔) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
- ๕) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ได้ Target INR ≥ 60
- ๒) ร้อยละผู้ป่วยมาตามนัด ≥ 95
- ๓) ร้อยละ Stroke rate in warfarin Clinic = 0
- ๔) ร้อยละ Major bleeding from warfarin clinic = 0
- ๕) ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ≥ 80

(ลงชื่อ)..... ตรีพท.....

(นางธรรณญา ทองมูล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... 10 / มิ.ย. / ๒๕๖๘.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

Factors affecting self-care behaviors of pregnant women with Inhibited of preterm labor in Pho Sai Hospital, Ubon Ratchathani Province

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่าง พฤษภาคม ถึง สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยมีความรู้และความชำนาญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการตั้งครรภ์ (Pregnancy) หมายถึง กระบวนการทางชีวภาพที่เกิดขึ้นเมื่อไข่ที่ปฏิสนธิแล้วฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกและพัฒนาขึ้นเป็นทารกในครรภ์ โดยปกติการตั้งครรภ์จะใช้เวลาประมาณ ๔๐ สัปดาห์ นับจากวันแรกของรอบประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึงวันคลอด (Cunningham et al., ๒๐๑๘) การตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น ๓ ไตรมาส ได้แก่ ๑) ไตรมาสแรก (๑-๑๒ สัปดาห์) ช่วงที่เกิดการพัฒนาของอวัยวะสำคัญของทารกในครรภ์ ๒) ไตรมาสที่สอง (๑๓-๒๖ สัปดาห์) ช่วงที่ทารกเริ่มเจริญเติบโตและมีพัฒนาการด้านร่างกาย และ ๓) ไตรมาสที่สาม (๒๗-๔๐ สัปดาห์) ช่วงที่ทารกเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด การดูแลและส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ (Quality Prenatal Care) หมายถึง การให้บริการและดูแลหญิงตั้งครรภ์ในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปอย่างราบรื่น ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดกับมารดาและทารก และสร้างความพร้อมสำหรับการคลอดและการดูแลหลังคลอด (World Health Organization, ๒๐๒๐) การดูแลดังกล่าวประกอบด้วย การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ การให้ความรู้ที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน โดยมี ความสำคัญของการดูแลและส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๑) ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพช่วยตรวจพบปัญหาสุขภาพที่อาจเป็นอันตราย เช่น ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะทารกในครรภ์โตช้า การจัดการปัญหาเหล่านี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Cunningham et al., ๒๐๑๘) ๒) ส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ การดูแลโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับมารดา ช่วยให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ๓) เสริมสร้างสุขภาพจิตของมารดา การดูแลด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด สามารถลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแม่ (Klaus & Kennell, ๒๐๑๒) ๔) เพิ่มคุณภาพชีวิตในครอบครัวและสังคม การตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลที่ดีช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยลดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ซึ่งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) หมายถึง การมีการหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ครบ ๓๗ สัปดาห์ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก เช่น การขยายตัวและบางตัวของปากมดลูก ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), ๒๐๒๑) โดยความสำคัญของการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ๑) ลดความเสี่ยงต่อทารกแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เช่น ภาวะการหายใจลำบากหรือการพัฒนาทางสมองผิดปกติ (Goldenberg et al., ๒๐๐๘) ๒) เพิ่มโอกาสในการยืดอายุครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์สามารถรับรู้และแยกแยะอาการของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จะสามารถเข้ารับการรักษาและใช้ยาเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจช่วยยืดอายุครรภ์และลดความเสี่ยงต่อทารกได้ (Rouse et al., ๒๐๑๓) และ ๓) ส่งเสริมความมั่นใจและลดความวิตกกังวล การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ควรระวังช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการดูแลตนเองและ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดจากความไม่แน่ใจในอาการที่พบ (Iams et al., ๒๐๑๔) การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลตนเองที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกได้เป็นหลาย

ด้าน ได้แก่ ๑) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุลเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การได้รับสารอาหารที่เพียงพอสามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพของทั้งแม่และทารก การศึกษาโดย^๑ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพสูงมีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ๒) การพักผ่อนอย่างเพียงพอและการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ การนอนหลับให้เพียงพอและการทำกิจกรรมที่ไม่เครียดสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^๒ นอกจากนี้ การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินเล่นหรือการยืดกล้ามเนื้อ สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและลดความเครียด ๓) การเข้ารับการดูแลสุขภาพตามนัดหมายและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ต้องปฏิบัติ การติดตามอาการและการตรวจสุขภาพเป็นประจำสามารถช่วยในการตรวจพบปัญหาและการรักษาที่รวดเร็ว (Boonpratum et al., ๒๐๐๘) หญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ๔) การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการรับประทานยาที่แพทย์สั่งตามคำแนะนำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาและป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวิจัยโดย Jomeen and Martin^๓ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์มีแนวโน้มที่จะลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และ ๕) การดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสุขภาพจิตมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การจัดการความเครียดและการมีสภาพจิตใจที่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Goldenberg, ๒๐๐๘) การมีเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการดูแลตนเอง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

๔.๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพสาธารณะทั่วโลก มีผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปัญหาด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารก (Goldenberg, ๒๐๐๘) ในประเทศไทย อัตราการคลอดก่อนกำหนดยังคงสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคมเป็นอย่างมาก การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและลดความเสี่ยงดังกล่าว (Boonpratum et al., ๒๐๐๘)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยังมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ซึ่งความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง^๑ การศึกษาของ Jomeen and Martin (๒๐๐๘) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และปฏิบัติตามได้ดีขึ้น ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การได้รับการสนับสนุนจาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ครอบครัว เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น (Boonpratum et al., ๒๐๐๘) นอกจากนี้ การมีเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มแม่และเด็ก หรือองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร สามารถเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้อง และการได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ (Jomeen and Martin, ๒๐๐๘) การศึกษาของ Goldenberg et al. (๒๐๐๘) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและคำแนะนำอย่างเหมาะสมจากแพทย์มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

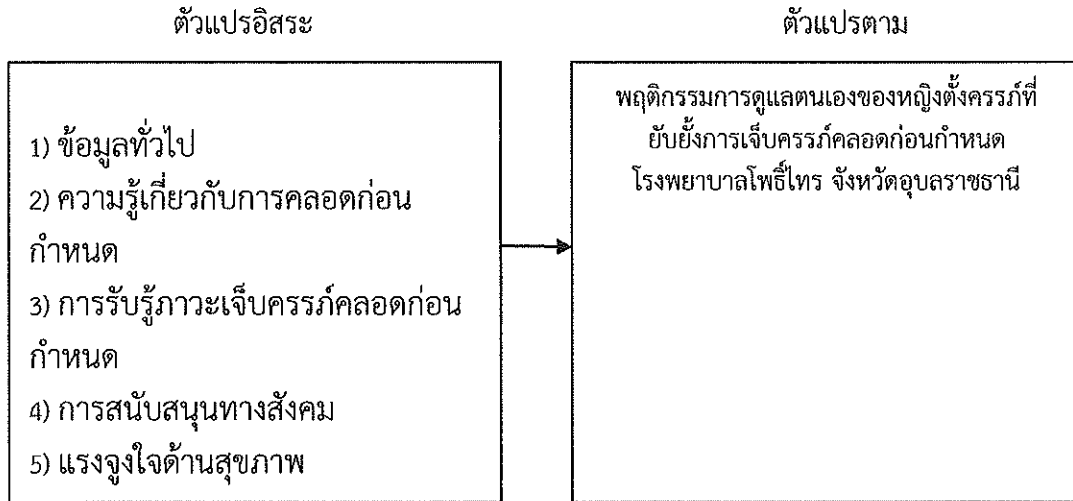
จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเกิดของประชากรสูง ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงเช่นกัน การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งแม่และทารก ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น สภาพแวดล้อม สถานะสุขภาพของแม่ รวมถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในช่วงตั้งครรภ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๖) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ โดยหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อให้การดูแลและการติดตามผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, ๒๕๖๖)

สำหรับโรงพยาบาลโพธิ์ไทยเป็นโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีและวิธีการทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการตรวจและรักษา แต่ยังคงพบว่า สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จากปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (ร้อยละ ๑๔.๓, ๑๗.๐, ๒๗.๘, ๓๐.๘, ๓๘.๘ ตามลำดับ)(โรงพยาบาลโพธิ์ไทย, ๒๕๖๖) จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง (Jomeen and Martin, ๒๐๐๘) ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาโปรแกรมและนโยบายด้านสุขภาพ และการวางแผนในการจัดกิจกรรมและอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในช่วงตั้งครรภ์และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทย จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้สรุปเป็นแนวความคิดในการศึกษา กรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๔.๒ วิธีดำเนินการวิจัย

๔.๒.๑ รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนกลับ (Case-control study)

๔.๒.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑) ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๔๔๗ คน (โรงพยาบาลโพธิ์ไทร, ๒๕๖๖)

๒) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี หญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Wayne (๑๙๙๕) ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕% และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยแบ่งสัดส่วนตามปี พ.ศ. ที่มารับบริการ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๒๐๗ คน โดยมีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{Np(1-p)z_{\alpha-a}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{\alpha-a}^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร เท่ากับ ๑,๑๖๕ คน

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ ๐.๐๕

z = ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ ๙๕% หรือ Alpha (α) เท่ากับ ๐.๐๕ มีค่า $Z_{0.975}$ ดังนั้น

เท่ากับ ๑.๙๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

p = ค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับดี ร้อยละ ๖๕.๒ ดังนั้น p เท่ากับ ๐.๖๕ (อัสมะ จารู และคณะ, ๒๕๖๒)

แทนค่าในสมการ

$$n = \frac{๔๔๗ (๐.๖๕) (๑ - ๐.๖๕) (๑.๙๖)^๒}{(๐.๐๕)^๒ (๔๔๗ - ๑) + (๐.๖๕) (๑ - ๐.๖๕) (๑.๙๖)^๒}$$

$$n = ๑๙๗ \text{ ตัวอย่าง}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ๑๙๗ คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ร้อยละ ๕.๐ เป็นจำนวน ๒๐๗ คน

ตารางที่ ๑ จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนประชากรตามปีมารับบริการ

ปีที่มาใช้บริการ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง
๒๕๖๔	๑๔๔	๓๒.๒	๖๗
๒๕๖๕	๑๔๖	๓๒.๗	๖๘
๒๕๖๖	๑๕๗	๓๕.๑	๗๒
รวม	๔๔๗	๑๐๐.๐	๒๐๗

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

(๑) อาสาสมัครมีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ให้เข้าร่วมในการวิจัย

(๒) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

(๑) อาสาสมัครที่ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยได้

(๒) กรอกข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลการวิจัย

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ๖ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ ๓ การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนที่ ๔ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ ๕ แรงจูงใจด้านสุขภาพ และส่วนที่ ๖ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ ท่าน ได้ค่า IOC = ๐.๘๒ ถือว่ามีความสอดคล้อง วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

coefficient) (Cronbach, ๑๙๘๔) ได้ค่าเท่ากับ ๐.๘๖ ถือว่ามีความเหมาะสม โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ๖ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน ๑๙ ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การมีบุตรที่ต้องดูแล ลักษณะของครอบครัว กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์ การทำงาน อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ การรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ ๒ ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยสามารถเลือกคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ ๑ คะแนน และตอบผิดได้ ๐ คะแนน คำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ ๑, ๔, ๕, ๖, ๘, ๙ และคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ ๒, ๓, ๗, ๑๐ การแปลผลคะแนน ตามเกณฑ์ของ Bloom (๑๙๗๑) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนเฉลี่ย ๖.๖๗-๑๐.๐๐ คะแนน	มีความรู้ระดับสูง
ได้คะแนนเฉลี่ย ๓.๓๔-๖.๖๖ คะแนน	มีความรู้ระดับปานกลาง
ได้คะแนนเฉลี่ย ๐-๓.๓๓ คะแนน	มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ ๓ การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำถามเชิงบวก ข้อที่ ๑, ๒, ๔, ๖, ๗, ๙, ๑๐ มีระดับคะแนนเป็น ๕,๔,๓,๒,๑ และคำถามเชิงลบ ข้อที่ ๓, ๕, ๘ มีระดับคะแนนเป็น ๑,๒,๓,๔,๕ ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินระดับการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐	หมายถึง ระดับมากที่สุด

การแปลผลภาพรวมคะแนนตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (๑๙๙๗) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๓.๖๗-๕.๐๐ คะแนน	มีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับ ปานกลาง	ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๖ คะแนน	มีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ระดับต่ำ	ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๒.๓๓ คะแนน	มีการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ส่วนที่ ๔ การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

คำถามเชิงบวก ข้อที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๑๐ มีระดับคะแนนเป็น ๕,๔,๓,๒,๑ และคำถามเชิงลบ ข้อที่ ๙ มีระดับคะแนนเป็น ๑,๒,๓,๔,๕ ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐	หมายถึง ระดับมากที่สุด

การแปลผลภาพรวมคะแนนตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (๑๙๙๗) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๓.๖๗-๕.๐๐ คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง
ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๖ คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง
ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๒.๓๓ คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ

ส่วนที่ ๕ แรงจูงใจด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำถามเชิงบวก ข้อที่ ๑, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐ มีระดับคะแนนเป็น ๕,๔,๓,๒,๑ และคำถามเชิงลบ ข้อที่ ๒ มีระดับคะแนนเป็น ๑,๒,๓,๔,๕ ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินระดับแรงจูงใจด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐	หมายถึง ระดับมากที่สุด

การแปลผลภาพรวมคะแนนตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (๑๙๙๗) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๓.๖๗-๕.๐๐ คะแนน	มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับสูง
ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๖ คะแนน	มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง
ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๒.๓๓ คะแนน	มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับต่ำ

ส่วนที่ ๖ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน ๒๐ ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยคำถามเชิงบวก ข้อที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๗, ๘,

๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๓, ๑๕, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐ มีระดับคะแนนเป็น ๕,๔,๓,๒,๑ และคำถามเชิงลบ ข้อที่ ๕, ๖, ๙, ๑๔, ๑๖ มีระดับคะแนนเป็น ๑,๒,๓,๔,๕ ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๘๐	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย ๑.๘๑-๒.๖๐	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย ๒.๖๑-๓.๔๐	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย ๓.๔๑-๔.๒๐	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย ๔.๒๑-๕.๐๐	หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (๑๙๙๗) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๓.๖๗-๕.๐๐ คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระดับสูง

ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๖ คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระดับปานกลาง

ได้คะแนนค่าเฉลี่ย ๑.๐๐-๒.๓๓ คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ระดับต่ำ

๔.๒.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) สรรหาข้อมูลและกำหนดปัญหาเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์หัวข้อ และเหตุจำเป็นในการศึกษาวิจัย

๒) การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

๓) ออกหนังสือประสานงานในโรงพยาบาลและพื้นที่เพื่อเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูล

๔) สรรหาผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และชี้แจงทำความเข้าใจเนื้อหาในรูปแบบสอบถาม

๕) สัมภาษณ์ภาคสนาม และประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๖) การวางแผน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง

๗) ร่างโครงร่างการวิจัยและดำเนินการยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๘) การปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง

๙) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดให้ทำการตรวจสอบจำนวน ๒ ครั้ง แบบไม่ซ้ำผู้ทำการตรวจสอบดังต่อไปนี้

(๑) โดยผู้ช่วยนักวิจัย ให้ดำเนินการตรวจสอบหลังดำเนินการเก็บแบบสอบถามเสร็จ หากไม่ครบถ้วนให้ดำเนินการขอข้อมูลเพิ่มเติม

(๒) โดยผู้ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งถ้าหากไม่ครบถ้วนให้ดำเนินการประสานพื้นที่เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

๑๐) ดำเนินการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

๑๑) สรุปและรายงานผลการวิจัยและสะท้อนกลับข้อมูลให้พื้นที่

๔.๒.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒) วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติไคสแควร์ ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒.๖ จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.๒๕๖๖-๑๕๔ วันที่รับรอง ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖ ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการสอบถาม หรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ ขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามหรือออกจากกรวิจัยในระยยะใดก็ได้

๔.๓ ผลการศึกษา

๔.๓.๑ ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย ๓๗.๐๔ ปี (SD=๕.๙๖) ส่วนใหญ่อายุ ๒๖-๓๕ ปี ร้อยละ ๔๔.๐ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ ๔๘.๓ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๘.๒ รายได้ไม่พอใช้ ร้อยละ ๗๘.๗ มีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู ร้อยละ ๖๖.๒ อยู่กับสามี ร้อยละ ๓๗.๗ กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์เหมือนเดิม ร้อยละ ๖๖.๗ ยังทำงานเดิม ร้อยละ ๙๑.๓ อายุครรภ์เฉลี่ย ๓๒.๔๔ สัปดาห์ (SD= ๑.๙๔) เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ ๓๒.๙ ประวัติการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ ๓๓.๓ ไม่มีประวัติการแท้ง ร้อยละ ๗๗.๓ ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๘๗.๙ ไม่มีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๗๙.๗ ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๘๓.๖ ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๙๔.๒ ไม่มีประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๖๖.๗ และได้รับการรักษาด้วยยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ร้อยละ ๘๕.๕ ตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ลักษณะส่วนบุคคล (n=๒๐๗)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
๑๕-๒๕	๕๓	๒๕.๖
๒๖-๓๕	๙๑	๔๔.๐
๓๖-๔๕	๔๕	๒๑.๗
๔๖ ปีขึ้นไป	๑๘	๘.๗
Mean=๓๗.๐๔, SD= ๕.๙๖, Min=๑๘, Max=๔๗		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๖๑	๒๙.๕
มัธยมศึกษา	๑๐๐	๔๘.๓
อาชีวศึกษา	๒๑	๑๐.๑
ปริญญาตรี	๒๐	๙.๗
สูงกว่าปริญญาตรี	๕	๒.๔
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	๒๖	๑๒.๖
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๘	๘.๗
นักเรียน/นักศึกษา	๒๖	๑๒.๖
รับจ้าง	๔๗	๒๒.๗
เกษตรกร	๙๐	๔๓.๕

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<๕,๐๐๐	๗๙	๓๘.๒
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐	๖๓	๓๐.๔
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๒๐	๙.๗
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐	๒๒	๑๐.๖
๒๐,๐๐๑ ขึ้นไป	๒๓	๑๑.๑
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	๑๖๓	๗๘.๗
พอใช้จ่ายในครอบครัว	๓๘	๑๘.๔
มีเหลือเก็บ	๖	๒.๙
การมีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู		
ไม่มี	๗๐	๓๓.๘
มี	๑๓๗	๖๖.๒
ลักษณะของครอบครัว		
อยู่กับสามี	๗๘	๓๗.๗
อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวสามี	๔๕	๒๑.๗
อยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวตัวเอง	๕๗	๒๗.๕
อยู่กับบุคคลอื่น	๒๗	๑๓.๑
กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบก่อนตั้งครรภ์		
เหมือนเดิม	๑๓๘	๖๖.๗
ลดลง	๕๖	๒๗.๐
มากขึ้น	๑๓	๖.๓
การทำงาน		
ทำงานเดิม	๑๘๙	๙๑.๓
เปลี่ยนแปลงงาน	๑๘	๘.๗
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
๒๕-๓๐	๙๐	๔๕.๙
๓๑-๓๕	๑๑๒	๕๔.๑
Mean=๓๒.๔๔, SD= ๑.๙๔, Min=๒๖, Max=๓๕		
ลำดับครรภ์		
ครรภ์แรก	๖๘	๓๒.๙
ครรภ์ที่ ๒	๖๒	๒๙.๙
ครรภ์ที่ ๓	๒๓	๑๑.๑
ครรภ์ที่ ๔ เป็นต้นไป	๕๔	๒๖.๑
ประวัติการฝากครรภ์		
ครบตามเกณฑ์	๑๓๑	๖๓.๓
ไม่ครบตามเกณฑ์	๗๖	๓๖.๗
ไม่มี	๑๖๐	๗๗.๓
มี	๔๗	๒๒.๗

ประวัติการคลอดก่อนกำหนด		
ไม่มี	๑๘๒	๘๗.๙
มี	๒๕	๑๒.๑
ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด		
ไม่มี	๑๖๕	๗๙.๗
มี	๔๒	๒๐.๓
ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	๑๗๓	๘๓.๖
มี	๓๔	๑๖.๔
ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	๑๙๕	๙๔.๒
มี	๑๒	๕.๘
ประวัติซีดขณะตั้งครรภ์		
ไม่มี	๑๓๘	๖๖.๗
มี (Hct <๓๓%)	๖๙	๓๓.๓
การรักษาด้วยยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก		
ได้รับ	๑๗๗	๘๕.๕
ไม่ได้รับ	๓๐	๑๔.๕

๔.๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

จากผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=๒.๒๗, SD=๐.๘๒) การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓.๐๘, SD=๐.๗๒) การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๒.๔๗, SD=๐.๖๗) และแรงจูงใจด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๒.๕๗, SD=๐.๘๕)

๔.๓.๓ พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= ๓.๖๑, SD=๐.๗๗) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๐.๒ รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ ๓๒.๔ และระดับต่ำ ร้อยละ ๑๗.๔ ดังตารางที่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๒ จำนวน ค่าร้อยละ เกี่ยวกับระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = ๒๐๗)

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่ำ (๑.๐๐-๒.๓๓ คะแนน)	๓๖	๑๗.๔
พฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปานกลาง (๒.๓๔-๓.๖๖ คะแนน)	๑๐๔	๕๐.๒
พฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์สูง (๓.๖๗-๕.๐๐ คะแนน)	๖๗	๓๒.๔
Mean=๓.๖๑, SD=๐.๗๗		

๔.๓.๔ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ประวัติช็อคขณะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < ๐.๐๕ ดังตารางที่ ๔.๓

ตารางที่ ๓ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี (n = ๒๐๗)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์			χ^2	p-value
	สูง n(%)	ปานกลาง n(%)	ต่ำ n(%)		
อายุ (ปี)				๑๗.๔๘๙	๐.๐๙๑
๑๕-๒๕	๑๒(๕.๘)	๒๓(๑๑.๑)	๑๘(๘.๗)		
๒๖-๓๕	๒๔(๑๑.๖)	๕๘(๒๘.๐)	๙(๔.๓)		
๓๖-๔๕	๒๔(๑๑.๖)	๑๕(๗.๒)	๖(๒.๙)		
๔๖ ปีขึ้นไป	๗(๓.๔)	๘(๓.๙)	๓(๑.๔)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	๑๕(๗.๒)	๑๖(๗.๗)	๓๐(๑๔.๕)	๑๔.๑๒๔	๐.๐๒๓*
มัธยมศึกษา	๑๖(๗.๗)	๘๐(๓๘.๖)	๔(๑.๙)		
อาชีวศึกษา	๑๘(๘.๗)	๒(๑.๐)	๑(๐.๕)		
ปริญญาตรี	๑๔(๖.๘)	๕(๒.๔)	๑(๐.๕)		
สูงกว่าปริญญาตรี	๔(๑.๙)	๑(๐.๕)	๐		
อาชีพ				๑๒.๕๒๔๕	๐.๐๑๑*

ไม่มีอาชีพ	๖(๒.๙)	๑๐(๔.๘)	๑๐(๔.๘)		
นักเรียน/นักศึกษา	๔(๑.๙)	๘(๓.๙)	๑๔(๖.๘)		
รับจ้าง	๑๗(๘.๒)	๒๘(๑๓.๕)	๒(๑.๐)		
เกษตรกร	๓๐(๑๔.๕)	๕๒(๒๕.๑)	๘(๓.๙)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๐(๔.๘)	๖(๒.๙)	๒(๑.๐)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
<๕,๐๐๐	๑๙(๙.๒)	๔๙(๒๓.๗)	๑๑(๕.๓)	๑๕.๔๗๖	๐.๐๐๓*
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐	๑๓(๖.๓)	๓๓(๑๕.๙)	๑๗(๘.๒)		
๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐	๘(๓.๙)	๙(๔.๓)	๓(๑.๔)		
๑๕,๐๐๑-๒๐,๐๐๐	๑๑(๕.๓)	๘(๓.๙)	๓(๑.๔)		
๒๐,๐๐๑ ขึ้นไป	๑๖(๗.๗)	๕(๒.๔)	๒(๑.๐)		
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่พอใช้	๔๓(๒๐.๘)	๘๗(๔๒.๐)	๓๓(๑๕.๙)	๑๒.๔๘๑	๐.๐๐๒*
พอใช้จ่ายในครอบครัว	๑๘(๘.๗)	๑๗(๘.๒)	๓(๑.๔)		
มีเหลือเก็บ	๖(๒.๙)	๐	๐		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)				๙.๔๘๙	๐.๐๒๑*
๒๕-๓๐	๙(๔.๓)	๔๙(๒๓.๗)	๓๒(๑๕.๔)		
๓๑-๓๕	๕๘(๒๘.๐)	๕๕(๒๖.๖)	๔(๑.๙)		
ลำดับครรภ์				๑๒.๔๘๗	๐.๐๑๑*
ครรภ์แรก	๒๔(๑๑.๖)	๒๙(๑๔.๐)	๑๕(๗.๒)		
ครรภ์ที่ ๒	๒๔(๑๑.๖)	๓๔(๑๖.๔)	๔(๑.๙)		
ครรภ์ที่ ๓	๑๒(๕.๘)	๘(๓.๙)	๓(๑.๔)		
ครรภ์ที่ ๔ เป็นต้นไป	๗(๓.๔)	๓๓(๑๕.๙)	๑๔(๖.๘)		
ประวัติการฝากครรภ์				๙.๔๘๙	๐.๐๑๓*
ครบตามเกณฑ์	๔๑(๑๙.๘)	๘๗(๔๒.๐)	๓(๑.๔)		
ไม่ครบตามเกณฑ์	๒๖(๑๒.๖)	๑๗(๘.๒)	๓๓(๑๕.๙)		
ประวัติการแท้ง				๙.๑๑๔	๐.๐๒๒*
ไม่มี	๔๐(๑๙.๓)	๘๙(๔๓.๐)	๓๑(๑๕.๐)		
มี	๒๗(๑๓.๐)	๑๕(๗.๒)	๕(๒.๔)		
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด				๙.๔๘๕	๐.๐๓๑*
ไม่มี	๕๒(๒๕.๑)	๙๘(๔๗.๓)	๓๒(๑๕.๔)		
มี	๑๕(๗.๒)	๖(๒.๙)	๔(๑.๙)		
ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดิน				๙.๓๒๔	๐.๐๓๒*
ปัสสาวะขณะตั้งครรภ์					
ไม่มี	๕๓(๒๕.๖)	๘๘(๔๒.๕)	๓๒(๑๕.๔)		
มี	๑๔(๖.๘)	๑๖(๗.๗)	๔(๑.๙)		
ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ				๙.๙๘๖	๐.๐๓๖*
ขณะตั้งครรภ์					
ไม่มี	๖๔(๓๐.๙)	๑๐๐(๔๓.๓)	๓๑(๑๕.๐)		
มี	๓(๑.๔)	๔(๑.๙)	๕(๒.๔)		

ประวัติชีวิตขณะตั้งครรภ์				๘.๓๓๒	๐.๐๑๒*
ไม่มี	๔๘(๒๓.๒)	๘๔(๔๐.๖)	๕(๒.๔)		
	๑๙(๙.๒)	๒๐(๙.๗)	๓๑(๑๕.๐)		
มี (Hct <๓๓%)					

*p-value < ๐.๐๕

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑) ได้รูปเล่มวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑ เล่ม

๒) ได้มีการมีการเผยแพร่งานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๕ (กันยายน – ตุลาคม ๒๕๖๖) (TCI กลุ่ม ๒)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับต่ำ (Mean=๒.๒๗, SD=๐.๘๒) การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓.๐๘, SD=๐.๗๒) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๒.๔๗, SD=๐.๖๗) แรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๒.๕๗, SD=๐.๘๕) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= ๓.๖๑, SD=๐.๗๗) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ และประวัติชีวิตขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < ๐.๐๕

๒) การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีผลอย่างมากกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากข้อมูลต่างๆ จะเป็นข้อมูลที่สร้างความตระหนักและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยมีการสนับสนุนจากบุคคลในสังคมและมีแรงจูงใจที่มากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงได้มีการติดตามให้หญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์เพื่อให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพ และเกิดการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งจะเป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำผลวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์โดยการส่งเสริมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโครงการให้ความรู้และการอบรมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงสัญญาณและอาการที่อาจบ่งบอกถึงการคลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ดังกล่าวจะช่วยเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการป้องกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖.๒ สร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ประกอบไปด้วยครอบครัว ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเสริมสร้างกำลังใจและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ หญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

๖.๓ การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ควรมีการติดตามและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ ทำการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้พวกเขาได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและทันเวลา

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ลักษณะการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนกลับ (Case-control study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการที่ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ผู้วิจัยต้องมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังกล่าว ซึ่งทำให้ต้องใช้ความพยายามในการติดต่อและชี้แจงทำความเข้าใจก่อนจะมีการเก็บข้อมูล

๗.๒ ผู้วิจัยพยายามออกแบบการวิจัย ให้เกิดความเที่ยงตรงภายใน โดยมีวิธีการสร้าง การควบคุมประเภทต่างๆ เพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรภายนอกต่างๆ อีกทั้งการดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนการดำเนินหลายขั้นตอน

ขอบเขตของงานเกี่ยวข้องกับผู้คนหลายส่วนที่ ต้องติดต่อประสานงาน และประสานความร่วมมือ เพื่อให้การดำเนินงานราบรื่นและสำเร็จด้วยดี

๗.๓ ต้องปฏิบัติตามระเบียบวิธีวิจัยหลายขั้นตอน ได้แก่

๑) การเตรียมงานและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ประชุมคณะวิจัย

๒) ทบทวนวรรณกรรม และกำหนดเป้าหมาย รวมถึงการเขียนโครงการและเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์

๓) การสร้าง และพัฒนาเครื่องมือวิจัยตลอดจนการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

๔) การเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

๕) การเก็บรวบรวมข้อมูล

๖) การ ประมวลผลข้อมูล

๗) การวิเคราะห์ซึ่งต้องเลือกใช้ให้ถูกต้องเหมาะสม

๘) การสรุป ดีความ อภิปราย ผลการวิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจแต่ละขั้นตอนให้ละเอียดเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ

๗.๔ ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ทั้งทฤษฎีทางการพยาบาล รวมถึงทักษะและประสบการณ์ในทางวิชาการ และการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ กลุ่มตัวอย่างบางคนมีการย้ายถิ่นฐานทำให้มีข้อจำกัดในการติดต่อประสานงาน ผู้วิจัยจึงมีการสำรวจข้อมูลประชากรก่อนมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และได้ทำนัดหมายโดยการประสานงานผ่านบุคคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘.๒ งบประมาณ ปกติแล้วการดำเนินการวิจัย จะต้องมีการใช้จ่ายต่างๆ จำนวนไม่น้อย ทั้งค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายแอบแฝง เช่น ค่าจ้าง ค่าเบี้ยเลี้ยง เป็นต้น ที่หน่วยงานต้นสังกัดจะต้องจ่าย ทั้งนี้งบประมาณจะมากหรือน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายอย่าง ถ้ามีงบประมาณในการดำเนินการวิจัยน้อย ไม่เพียงพอก็อาจจะเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถดำเนินการฝึกอบรมตามที่ต้องการได้

๘.๓ อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โทรศัพท์ ที่ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในกิจกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานด้านต่างๆ จากผลการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ ลำดับครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ ประวัติช็อคขณะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสรุปข้อเสนอจากการวิจัย ดังนี้

๙.๑ ส่งเสริมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโครงการให้ความรู้และการอบรมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงสัญญาณและอาการที่อาจบ่งบอกถึงการคลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ดังกล่าวจะช่วยเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการป้องกันของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

๙.๒ สร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ประกอบไปด้วยครอบครัว ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเสริมสร้างกำลังใจและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายการสนับสนุนที่ดีจะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

๙.๓ การส่งเสริมการฝากครรภ์ที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ควรมีการติดตามและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ทำการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้พวกเขาได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและทันเวลา

๙.๔ ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขควรออกแบบโปรแกรมที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นไปที่การป้องกันภาวะเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลตนเอง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๕ (กันยายน - ตุลาคม ๒๕๖๖) หน้า ๕๖๗-๕๗๖ (TCI กลุ่ม ๒)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐ %

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางมารตี กัลยารัตน์

สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางมารตี กัลยารัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางมารตี กัลยารัตน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายชยพล ธนกิจเจริญสกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)

(นางสาวธรรมพร ปรีสุพันธ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ไทร

(วันที่) ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มี คำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธิ์ไทร

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือที่เรียกกันว่า “โรคปอดบวม” เป็นโรคที่สามารถพบได้บ่อยติดอันดับ ๑ ใน ๕ อันดับแรกของโรคติดต่อทางเดินหายใจ เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอด ทำให้ปอดทำงานที่ได้น้อยลง มักพบว่าเป็นอาการที่ต่อเนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่หรือมีการติดเชื้อจากการไอจาม พบได้ในทุกเพศและทุกวัย ความรุนแรงของโรคมักมีโอกาสเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือได้รับยากดภูมิเป็นเวลานาน รวมไปถึงกลุ่มเด็กเล็กและผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบจัดเป็นโรคร้ายแรงชนิดเฉียบพลัน ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอาจนำมาซึ่งการเสียชีวิตหรือพิการได้

ภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก การดูแลอย่างเหมาะสมและการรักษาที่ทัน่วงทีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายดีและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง

สถิติปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ โรงพยาบาลโพธิ์ไทรให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้งหมด ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕๕๐ ราย , ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕๒๙ ราย และปี ๒๕๖๗ จำนวน ๘๐๘ ราย ตามลำดับ และเสียชีวิตจากภาวะการหายใจล้มเหลว ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔ ราย, ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๔ ราย และปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ราย ปัจจุบันการรับการรักษาในโรคดังกล่าวพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวยังไม่สมบูรณ์ซึ่งต้องพัฒนาต่อไปผู้นำเสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการวางระบบการประเมินและเฝ้าระวัง การดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว ที่เหมาะสมและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อป้องกันภาวะการหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว
๒. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่ถูกต้องตามมาตรฐาน
๓. เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ของเครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอโพธิ์ไทร
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว พยาบาลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยและเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณารายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ และการวางแผนดูแลรายงานแพทย์เมื่อพบอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้องทัน่วงที รวมไปถึงการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้

ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าวผู้นำเสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำกรพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลวเป็นไปในทิศทางเดียวกันและได้มาตรฐาน คือการจัดทำแนวทาง กระบวนการให้ความรู้ ความเข้าใจต่อบุคลากรสาธารณสุขเพื่อวางแผนและประเมินผลให้การดูแลรักษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑.พยาบาลใช้คู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวทุกราย

๒.ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการประเมิน และดูแลถูกต้องตามมาตรฐานคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพใช้คู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวทุกราย ๑๐๐ %

๒. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้รับการประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมตามคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลว > ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นางมารตี กัลยรัตน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชน : กรณีศึกษาเปรียบ.เทียบ ๒ ราย
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ -ตุลาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรณีศึกษา

๓.๑.ความรู้เกี่ยวกับโรค

๑. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและเป็นต้นเหตุทำให้เกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก

๒. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยงโดยสาเหตุใหญ่ๆมี ๒ ประการคือ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรืออุดตัน และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตกโดยเกิดจากปัจจัยเสี่ยงได้หลายประการ การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะแรกเพื่อป้องกันการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำป้องกันการเกิดความพิการต่อผู้ป่วย และกระบวนการรักษาต่อไปที่สำคัญคือการแก้ไขความพิการที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยคือการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการเกิดขึ้น มุ่งเน้นการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมรอบตัวผู้ป่วยรวมถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย

๔. การวางแผนการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนนั้น มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุด โดยมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในกระบวนการดูแล

๕. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา มีการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ไโดแก ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ASA ๘๑ mg. ๑t. od. pc, Enalapril ๕mg. ๑t. od pc, Simvastatin ๒๐ mg. ๑t hs, Folic acid ๕mg. ๑t. od pc, Ferrous fumarate ๑t. bid pc , Mtv ๑t. bid pc

๓.๒. แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน
๒. แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ
๓. แนวคิด ๑๑ แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน
๔. การพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ
๕. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน IN-HOMEMESS

๑.แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน (มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน,๒๕๕๙)เป็นการปฏิบัติที่สะท้อนความเชื่อและค่านิยมพื้นฐานการดูแลสุขภาพประชาชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน/ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล/ชุมชน โดยดึงบุคคลผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพคนในชุมชน ดูแลสิ่งแวดล้อมและผลกระทบที่มีผลต่อสุขภาพและการฟื้นฟูของคนในชุมชน เสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มขีดความสามารถให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเอง
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้กระบวนการ คือ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน)(ต่อ)

๓.๒. แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

๒. แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีพลังอำนาจ โดยการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ออกมา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีอิสระในการเลือกวิธีการจัดการปัญหาด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

๓. แนวคิด ๑๑ แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอเรีย กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วยประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้

- ๑) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
- ๒) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
- ๓) การขับถ่าย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
- ๔) กิจกรรมและการออกกำลังกาย
- ๕) การพักผ่อนนอนหลับ
- ๖) สติปัญญาและการรับรู้
- ๗) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
- ๘) บทบาทและสัมพันธภาพ
- ๙) เพศและการเจริญพันธุ์

๑๐) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด

๑๑) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว

๔. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ (มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน,๒๕๕๙) เป็นการพยาบาลที่ดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียว ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องภาวะสุขภาพ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม สรุปได้ดังนี้ (สำนักการพยาบาล ,๒๕๖๑)

-เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคม ออกมาเป็นหนึ่ง

-บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัวหรือชุมชนเป็นระบบย่อยในระบบเปิด มนุษย์จะแสวงหาความเป็นระบบระเบียบให้ตนเองมากขึ้น

-แรงผลักดันให้เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องเจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพได้

-การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุดต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องแสวงหา หรือต้องมีการจัดสรรให้เหมาะสม

-ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐานการดูแลคนเจ็บป่วยในชุมชน

-การพยาบาลมุ่งช่วยเหลือบุคคล ให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและเพื่อสุขภาพของชีวิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน)(ต่อ)

๓.๒.แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

๕. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน IN-HOMESSS เป็นการบริหารจัดการให้มีบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายหนึ่งที่บ้าน เพื่อใช้วางแผนเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินสภาพบ้าน ประสานงานกับทีมรักษา หรือส่งต่อ ในการประเมินความต้องการและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย

I = Immobility (การเคลื่อนไหวร่างกาย)

N= Nutrition (โภชนาการ)

H= Housing (สภาพแวดล้อมทั่วไปของบ้าน)

O= Other people (บุคคลที่เกี่ยวข้อง)

M= Medication (การใช้ยา)

E= Examination (การตรวจร่างกาย)

S= Service (ความช่วยเหลือ)

S= Safety (ความปลอดภัย)

S= Spiritual (จิตวิญญาณ)

๓.๓ การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๑) ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index ในระยะแรกรับและติดตามทุก ๑ เดือน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็ว และการทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีการประเมินดังนี้

๒) ประเมินความสามารถในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๓) ประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย รวมถึงการรับรู้/การเรียนรู้ การควบคุมอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนจัดทำรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

๔) ประเมินอาการท้องผูกและการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยโดย การประเมินลำไส้และทวารหนักและอุปนิสัยการขับถ่าย การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ

๕) ประเมินสภาพบ้านเพื่อให้ทราบว่าจะปรับสภาพและแก้ไขได้หรือไม่ เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย

๖) ประเมินข้อไหล่เคลื่อนไหว จัดท่า/เคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการดึงหรือการกระชาก ดูแลใส่อุปกรณ์พยุงไหล่ทุกครั้งเมื่ออยู่ในท่า upright ดูแลให้ต่อเนื่องและสอดคล้องกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู แนะนำ ญาติ หรือผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินความก้าวหน้าการรักษา

๗) ประเมินสภาพผิวหนัง ดูแลสุขภาพผิวหนังและระมัดระวังเรื่องความชื้นและจากปัสสาวะและอุจจาระ ทำความสะอาดแผล จัดที่นอนไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป พลิกตะแคงตัวอย่างน้อย ทุก ๒ ชั่วโมง กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ จัดท่าให้ถูกต้อง เหมาะสม แนะนำ ญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำตามความต้องการ

๘) ประเมินสภาวะจิตใจ สังคม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แสดงความคิดเห็น บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ (Counseling) จัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม

๙) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยใช้เครื่องมือ - Fall Risk Assessment Tool AbbreviatedMental Test แบ่งความเสี่ยงเป็น ๓ ระดับ และจำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยง ป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ, ปานกลาง, สูง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ ๒ ของประชากรอายุมากกว่า ๖๐ ปีทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๕ ของประชากรอายุมากกว่า ๑๕-๕๙ ปี ซึ่งในแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๖ ล้านคน ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกพบว่า ๑ ใน ๔ ของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๒๕ ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization, ๒๐๒๑)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ทั่วโลกพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน (ทุกๆ ๓ วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ ๑ คน) และเสียชีวิตมากถึง ๖.๕ ล้านคน (World Stroke Organization, ๒๐๒๑)

สำหรับประเทศไทย ในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี (รายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๖)

จังหวัดอุบลราชธานี รายงานการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ๔๓.๔๓, ๕๖.๖๘ และ ๕๖.๑๒ ตามลำดับ และปี ๒๕๖๖ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ๒๐๗.๑๓ ต่อแสนประชากร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๕ (ข้อมูล HDC)

ในส่วนโรงพยาบาลสำโรง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ของจังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๑๔๒, ๑๘๔ และ ๒๗๑ ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๙๖, ๑๐๔ และ ๘๙ รายตามลำดับ และที่ไม่เสียชีวิตก็ยังมีอาการหลงเหลือ (ข้อมูลจาก HDC) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นหลังความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีคุณภาพชีวิตลดลง ปัจจุบันนอกจากการดูแลตามแบบแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการจัดการเรื่องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมการพยาบาลมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมที่รับผิดชอบ Long term care และครอบครัวมีส่วนสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้การติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เกิดการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ได้รับการฟื้นฟูสภาวะร่างกายเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง ต่อเนื่องหลังจำหน่ายในชุมชน

๔.๓ เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาวะร่างกายสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๒. เพื่อลดอัตราการการเสียชีวิตและความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการในการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย(Triage) การให้การพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการฟื้นฟูสุขภาพ เฝ้าระวังอาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดตามเยี่ยมที่บ้านต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๖ –ตุลาคม ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน ย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๕.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน จำนวน ๒ ราย

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๔.๕.๕.๑ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๔.๕.๕.๒ วินิจฉัยการพยาบาล

๔.๕.๕.๓ วางแผนการพยาบาล

๔.๕.๕.๓ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

๔.๕.๖ วิเคราะห์ การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๗ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๘ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน และได้พัฒนากระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ดีขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

๔.๗ สาระสำคัญ

กรณีศึกษาที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๒ ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มารักษาที่โรงพยาบาลสำโรงด้วยอาการสำคัญคือ ๕ ชั่วโมงก่อนมามีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เหนื่อยอ่อนเพลีย จากการตรวจร่างกายตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจรังสีวินิจฉัยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) แรกรับรู้สีกตัวสื่อสารรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยวข้างซ้าย อ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ชยับทำตามคำสั่งได้ รูปร่างตามมีปฏิกิริยาต่อแสงได้ดีทั้ง ๒ ข้าง Motor power แขนซ้ายอ่อนแรงgrade ๒ ขาซ้ายอ่อนแรง grade ๒ แขนขวาอ่อนแรงgrade ๔ ขาขวาอ่อนแรง grade ๔ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย ๙๘ % DTX=๑๔๙ mg%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สัญญาณชีพแรกรับ อุณภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๔/๙๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๖ เซนติเมตร ได้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลวารินชำราบ) ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ๑๗ วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วได้ส่งตัวกลับเพื่อรักษาดูแลต่อเนื่องในชุมชน การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Ischemic stroke , HT,DLP หลังจากผู้ป่วยได้จำหน่ายกลับบ้าน หน่วยงานเยี่ยมบ้านได้รับรายงานจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ทีมสหวิชาชีพได้ลงเยี่ยมและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมครอบครัวและผู้ดูแล (caregiver) ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การให้อาหารทางสายยาง การช่วยเหลือดูแลสุขภาวะทั่วไป รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้มากขึ้น ถอดสายให้อาหารทางสายยาง หลังกลับบ้าน ๒๐ วัน กลืนอาหารเหลว อาหารอ่อนได้ ไม่สำลัก ล้างหน้า แผลงฟันได้บ้าง ฝึกทำกายภาพได้ ญาติสามารถพาคนไข้ฝึกลุกจากเตียง ฝึกเดินรอบเตียง ประเมินภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค มีกำลังใจที่จะทำกายภาพบำบัดต่อ ลดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ดีขึ้น

กรณีศึกษาที่๒

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๕ ปี สถานภาพหม้าย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบุตร มีโรคประจำตัวคือ HT, DM, Old MI ,DLP, Dementia ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธสูบบุหรี่ ปฏิเสธดื่มสุรา มาด้วยอาการ ๓ ชั่วโมงก่อนมีอาการเหนื่อยเพลีย แขนขา อ่อนแรง แพทย์ให้การตรวจรักษาแรกรับ R/O stroke และจะส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ญาติปฏิเสธการส่งตัวจึงได้ให้ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลสำโรง plan admit supportive แรกรับรู้สึกตัว E๔V๕M๖ รุ่มาตามมีปฏิกริยาต่อแสงได้ดีทั้ง ๒ ข้าง Motor power ข้างซ้ายอ่อนแรงมากกว่าข้างขวา ขยับไม่ได้ แขนขวายอ่อนแรงgrade ๑ แขนขวายอ่อนแรงgrade ๔ ขาขวายอ่อนแรง grade ๓ ,no facial palsy ,no dysarthria DTX=๑๙๓ mg% สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต๑๒๔/๘๘ mmHg. ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที หายใจ๒๐ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย ๙๗% อุณหภูมิร่างกาย๓๖.๔องศาเซลเซียส ผู้ป่วยได้ admit ที่ รพ สำโรง การรักษาที่ได้รับ On NSS ๑๐๐๐ V ๖๐ ml/hr. E. kcl ๓๐ ml @ stat (k=๓.๔๔) DTX premeal, hs on RI ตามscale DTX =๑๖๒ mg% ยาที่ได้รับ ASA ๘๑mg. ๑t OD pc , Isosorbide ๑๐ mg.๑t tid.ac, Simvastatin ๒๐mg. ๑t hs, Isosorbide ๕ mg.sub๑ prn, Omeprazone ๒๐ mg.๑t OD ac, Folic acid ๕mg.๑t OD pc.(ยาเติม แต่ off GPZ,Losazan,H๒,H๕,A๒) DTX =๑๖๒ mg% On ๐๒ canular ๓ lpm 0๒ sat=๙๙ EKG; Abnormal ECG normal sinus rhythm Left ventricular hypertrophy with repolarization abnormality LAB CBC,BUN,CR,E ผู้ป่วย Admit ๔วัน อาการคงที่ ไม่มีไข้ on NG Tube รับได้ไม่สำลักจำหน่ายกลับบ้าน ได้เตรียมให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อที่บ้าน HHC ยืมถัง 0๒ กลับบ้าน HM ยาเติมASA ๘๑mg. ๑t OD pc , Isosorbide ๑๐ mg.๑t tid.ac, Simvastatin ๒๐mg. ๑t hs, Isosorbide ๕ mg.sub๑ prn, Omeprazone ๒๐ mg.๑t OD ac, Folic acid ๕mg.๑t OD pc. (ยาเติม งดยา DM ก่อน) การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : stroke , not specified as haemorrhage or infarction ,dementia ,old MI, HT,DLP, DM หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านได้ลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติช่วยทำกิจวัตรประจำวัน หลังกลับบ้าน ๓ เดือน สามารถถอดสาย NG ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่สำลัก ไม่มีแผลกดทับ ญาติพุงพาเข้าห้องน้ำได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

กรณีศึกษา๒ราย การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ราย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
เพศ	ชายไทย	หญิงไทย
อายุ	๗๒ปี	๗๕ ปี
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย/ไทย	ไทย/ไทย
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ ๔	ประถมศึกษาปีที่ ๔
อาชีพ/รายได้	ทำนา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
สิทธิการรักษา	สูงอายุ	สูงอายุ
ที่อยู่ปัจจุบัน	๑๔ หมู่ ๑๐ ต. สำโรง	๗/๑ หมู่ ๔ ต. สำโรง
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	๑๕ เมษายน ๒๕๖๖	๑๔ เมษายน ๒๕๖๖
วันเดือนปีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖	๑๙ เมษายน ๒๕๖๖
รวมวันที่รับการรักษา	๑๗ วัน (รพ.วาริน)	๕วัน
การวินิจฉัยโรคแรกรับ	R/O stroke	R/O stroke
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Ischemic stroke , HT,DLP	stroke , not specified as haemorrhage or infarction ,dementia ,old MI, HT,DLP, DM

วิเคราะห์

จากตารางที่ ๑ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงคือเป็นผู้สูงอายุ รายแรกเป็นเพศชาย มีอายุ ๗๒ ปี อาชีพทำนา เป็นหัวหน้าครอบครัว รายที่สองเป็นเพศหญิง มีอายุ ๗๕ ปี เป็นหม้ายอยู่กับลูกหลาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองคือมีอายุมากกว่า ๖๐ ปีมีปัญหาที่แตกต่างกันที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล รวมทั้งการประเมินผลการพยาบาลแตกต่างกัน รายที่ ๑ ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลวารินชำราบ อาการดีขึ้นส่งกลับมาดูแลต่อที่ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รายที่ ๒ ญาติปฏิเสธการส่งต่อ จึงได้รับเข้านอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสำโรง อาการพอทุเลา จึงได้กลับบ้านดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint)	มาด้วยแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวก่อนมา โรงพยาบาล ๕ ชั่วโมง	มาด้วยแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย เหนื่อยเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล ๓ ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)	๕ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลญาติ นำส่งโรงพยาบาลสำโรง ผู้ป่วย แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างซ้าย ๔ วันก่อนเคย มาอนโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย	๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย เหนื่อยเพลีย อ่อนแรงแขนขาซ้าย มากกว่าข้างขวา ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มี ชักเกร็งกระตุก ไม่มีขา หลังจากนั้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรักษา ๑๗ วันก่อนมาผู้ป่วยเคยมาอน โรงพยาบาลด้วยอาการ ตกเก้าอี้ ศีรษะกระแทกพื้น มีแผลถลอกที่ หน้าผาก ไม่สลบ ต่อมาอนซึม มี ตาค้าง ๑๐ นาทีแล้วหยุดเอง ไม่มีชัก เกร็งไม่มีปีสสาวะ/อุจจาระราด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past medical history)	โรคประจำตัว HT,DLPรักษาที่ โรงพยาบาลสำโรง ไม่เคยแพ้ยา หรือสารอาหารใด ปฏิเสธการ ผ่าตัด สูบบุหรี่วันละ ๓-๔ มวน สูบมา ๑๐ ปี ปัจจุบันเลิกสูบมา ๑ ปี ดื่มสุรบบางครั้ง	โรคประจำตัว HT,DLP, DM, Old MI, Dementia รักษาที่ โรงพยาบาล สำโรงมาตลอด ปฏิเสธการ ผ่าตัด ปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือปฏิเสธการดื่มสุรา ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history)	บิดาเป็นความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เสียชีวิตแล้ว	บิดาผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วมีประวัติโรค หลอดเลือดสมองและความดันโลหิต สูงสามีผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วมีประวัติ HT,DM
ประวัติส่วนตัวและจิตสังคม (Psychosocial history)	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร ครอบครัวรักใคร่กันดี สภาพแวดล้อม เป็นบ้านชั้นเดียว มีพื้นที่ จัดเตียงผู้ป่วยไว้อีกมุม ห้อง มีพื้นที่จัดเป็นสัดส่วน อุปนิสัยร่าเริง มีเพื่อนเยอะ	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรสาวและ หลานสาว สภาพแวดล้อมเป็นบ้าน ชั้นเดียว มีพื้นที่ จัดเตียงผู้ป่วยไว้อีก มุม มีพื้นที่จัด เป็นสัดส่วน รอบ บริเวณบ้านมีบ้านญาติอยู่ใกล้ๆและ เพื่อนบ้านอื่นๆ ๒-๓ ครอบครัว อุปนิสัย ค่อนข้างพุดน้อย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

จากตารางที่ ๒ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกันคือ HTและ DLP รายที่ ๑ มีประวัติสูบบุหรี่ ร่วมด้วย ส่วนรายที่๒ มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าคือ มีโรคประจำตัวหลายอย่างคือ DM,HT, Old MI, and Dementia ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีประวัติญาติเคยเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกาย

ตารางที่ ๓ แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกาย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ๑๕ เมษายน ๒๕๖๖ มาโดยรถนั่ง ถึงโรงพยาบาล ๑๖.๕๒ น.ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเพศชาย รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ศรีษะใบหน้าปกติ พูดคุยสื่อสารพอรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัดมีปากเบี้ยวข้างซ้ายสีหน้าวิตกกังวลความสามารถในการสื่อสาร ความจำสนใจถามตอบพอรู้เรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลพอควร	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ๑๕ เมษายน ๒๕๖๖ มาโดยเปลนอน ถึงโรงพยาบาล ๑๘.๔๔ น. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงรูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ศรีษะใบหน้าปกติ พูดคุยสื่อสารพอรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัด ถามไม่ค่อยพูด แต่พยักหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก ๖๒ ส่วนสูง ๑๖๖ BMI=๒๒.๕	น้ำหนักไม่ได้ชั่ง ส่วนสูง ๑๕๕ BMI=๒๒.๕
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมออัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาทีความดันโลหิต ๑๔๔/๙๐ มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียสอัตราการเต้นชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ/ไม่สม่ำเสมออัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาทีความดันโลหิต ๑๒๔/๘๘ มิลลิเมตรปรอท
การตรวจร่างกายแรกรับ	รู้สึกตัว E๔V๕M๖ สื่อสารรู้เรื่อง แต่พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ปากเบี้ยวข้างซ้ายอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ขยับทำตามคำสั่งได้ รูปร่างตามมีปฏิกิริยาตอบสนองได้ดี ทั้ง ๒ ข้าง Motor power แขนซ้ายอ่อนแรงgrade ๒ ขาซ้ายอ่อนแรง grade ๒ ขาขวาอ่อนแรงgrade ๔ ขาขวาอ่อนแรง grade ๔ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย ๙๘ % DTX=๑๔๙ mg%	รู้สึกตัว E๔V๕M๖ รูปร่างตามมีปฏิกิริยาตอบสนองได้ดีทั้ง ๒ ข้าง Motor power ข้างซ้ายอ่อนแรงมากกว่าข้างขวา ขยับไม่ได้ แขนขาซ้ายอ่อนแรงgrade ๑ แขนขวาอ่อนแรงgrade ๔ ขาขวาอ่อนแรง grade ๓ ,no facial palsy, no dysarthria DTX=๑๙๓ mg% ระดับความอึดตัวของออกซิเจนที่เส้นเลือดแดงส่วนปลาย ๙๗%

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกาย)(ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๑.อาการและอาการแสดง การประเมินแรก รับ	ชายไทย อายุ ๗๒ ปี ๕ ชม ก่อนมา แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว T=๓๖.๔ P=๘๘ R=๒๐,BP=๑๔๔/๙๐	หญิงไทย อายุ ๗๕ ปี ๓ ชมก่อนมา เหนื่อยเพลีย แขนขาอ่อนแรง ซ้าย>ขวา ชัยป์ไม่ได้ T=๓๖.๘ P=๙๘ R=๒๐,BP=๑๒๔/๘๘	เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน แต่ต่างเพศ มาด้วยอาการนำคล้ายกัน แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด Onset ต่างกันทั้ง ๒ ราย มาโรงพยาบาลโดยญาตินำส่ง รู้สึกตัว สื่อสารพอรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัด
๒.การตรวจร่างกาย	GCS E๔M๖V๕ Pupil ๒ mm RTLBE Lt.facial palsy Dysarthria Motor Rt gr๔/๔ LT gr๒/๒ Lung.clear Ext.no pitting edema EKG: NSR ๘๕/m. no ischemic pattern DTX=๑๔๙mg% O๒ sat=๙๘% RA	GCS E๔M๖V๕ Pupil ๒ mm RTLBE no.facial palsy no Dysarthria Motor Rt gr๔/๓ LT gr๑/๑ Lung.clear Ext.no pitting edema EKG: Abnormal ECG Left ventricular hypertrophy with repolarization abnormality DTX=๑๙๓mg% O๒ sat=๙๗% RA	ทั้ง ๒ ราย รู้สึกตัว สื่อสารพอรู้เรื่องแต่พูดไม่ชัด กรณีที่ ๑ มีปากเบี้ยว ช้างซ้าย กรณีที่ ๒ ไม่มีปากเบี้ยว แต่มีพูดสับสนมากกว่า Motor power น้อยกว่า EKG: Abnormal
๓.พยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	โรคร่วม HT,DLPมีประวัติ สูบบุหรี่ ๓-๕ มวน/วัน มา ๑๐ปี ช่วงป่วยหยุดสูบ ต้มสุราบางครั้ง ปฏิเสธ การแพ้ยา อาหาร รับประทานอาหาร ตามปกติ	โรคร่วม HT,DLP,DM, Old MI Dementia ปฏิเสธการแพ้ยาอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการต้มสุรา ชอบรับประทานอาหาร หวาน/มัน มีประวัติ ครอบครัวยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ	ทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงเหมือนกัน แต่ต่างเพศ มีโรคร่วมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กรณีที่ ๒ มีโรคร่วมมากกว่า และเป็นผู้ป่วย dementia ดูแลตัวเองได้น้อยกว่า มีปัญหาผู้ดูแลมากกว่า

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกาย)(ต่อ)

ตารางที่ ๔ แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
๔.การรักษา การดูแล การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	On NSS ๑๐๐๐ V CXR:, EKG: LAB CBC,BUN,CR,E Refer ให้การรักษาตามแนวทาง Stroke fast track CT Brain (รพ.แม่ข่าย): aging brain, no definite large area infarction :Ischemic stroke, HT,DLP	On NSS ๑๐๐๐ V CXR:, EKG: LAB CBC,BUN,CR,E Admit supportive :stroke not specified as haemorrhage or infarction ,dementia,oldMI,HT, DLP, DM	กรณีที่ ๑ ให้การรักษาเบื้องต้นที่ ER แล้วส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.แม่ข่าย อาการดีขึ้นส่งกลับมาดูแลต่อเนื่อง กรณีที่ ๒ ญาติปฏิเสธการส่งต่อเนื่องจากดูแลตัวเองได้น้อย บวกพยาธิสภาพโรคหลายอย่าง ผู้ดูแลไม่พร้อม Admit ๕ วัน อาการคงที่ จำหน่ายกลับบ้าน ดูแลต่อเนื่อง supportive
๕.การรักษา ยาที่ได้รับหลังกลับไปดูแลต่อที่บ้าน	-on NG Feed (๒๐ วันOff NG) -ASA ๘๑mg.๑t OD pc -Enalapril ๕ mg.๑t OD pc -Simvastatin ๒๐mg. ๑t hs -MTV ๑t tid.pc -Omeprazole ๒๐mg.๑t OD ac -Folic acid ๕mg.๑t OD pc.	-on NG Feed (๓ เดือน Off NG) -ASA ๘๑mg. ๑t OD pc , -Isosorbide ๑๐ mg.๑t tid.ac, -Simvastatin ๒๐mg. ๑t hs, -Isosorbide ๕ mg. sub1๑ prn, -Omeprazole ๒๐ mg.๑t OD ac, -Folic acid ๕mg.๑t OD pc.	ทั้ง ๒ รายให้การดูแลรักษาให้ยาตามพยาธิสภาพโรคที่เป็นอยู่ และได้รับการติดตามเยี่ยมร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ สอนผู้ดูแล และครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอนการให้อาหารทางสายยาง การฝึกทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ตารางที่ ๕ การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดไม่ชัด ช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง รับทราบเข้าใจที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดไม่ชัด มีอาการหลงลืมเป็นบางครั้ง ช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง รับทราบเข้าใจที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ผิวหนึ่งแหว่งบอบบางมีรอยจำเลือดตามผิวหนึ่ง ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน
ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ภรรยาและบุตรเป็นคนเตรียมอาหารและ Feed ช่วงแรกที่ยังรับประทานเองยังไม่ได้ ต่อมารับประทานอาหารอ่อน โดยญาติป้อน สามารถกลืนได้	บุตรเป็นคนเตรียมอาหาร และ Feed ช่วงแรกที่ยังรับประทานเองยังไม่ได้ ต่อมารับประทานอาหารอ่อน โดยญาติป้อน สามารถกลืนได้ ไม่สำคัญ
การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ ๑-๒ วันครั้ง ไม่ได้ใช้ยาระบาย ปัสสาวะเองได้ โดยญาติเอาอุปกรณ์หม้อนอนให้ ปัสสาวะไม่แสบขัด สีเหลืองเข้มเล็กน้อย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ ๒-๓ วันครั้ง ปัสสาวะเองได้ไม่ได้ใส่สายสวน ญาติใส่แอมเพลให้เปลี่ยนวันละ ๑-๒ ครั้ง
กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลูกนั่งโดยญาติ พยุงญาติช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่มีแผลกดทับ	ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย ญาติช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่มีแผลกดทับ
การนอนหลับพักผ่อน	นอนหลับได้วันละ ๖-๘ ชั่วโมง	นอนหลับได้วันละ ๘-๙ ชั่วโมง
สติปัญญาและการรับรู้	ถามตอบรู้เรื่อง จำเรื่องราวได้ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้	ถามตอบรู้เรื่องบางครั้ง จำเรื่องราวไม่ได้ ไม่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้ มีภาวะหลงลืม
การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ปกติ ยอมรับปรับตัวได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีญาติคอยดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัว ครอบครัวยุติใคร่กันดี	เป็นสมาชิกในครอบครัว มีบุตรเป็นผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย
เพศและการเจริญพันธุ์	เหมาะสมตามวัย	เหมาะสมตามวัย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

ตารางที่ ๕ การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน(ต่อ)

แบบแผน	กรณีศึกษา รายที่ ๑	กรณีศึกษา รายที่ ๒
การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคแต่สามารถปรับตัวได้ มีภาวะเครียดบางครั้ง ประเมิน ๒Q +ve บางครั้ง	วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค
ความเชื่อและค่านิยม	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ ชอบทำบุญ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ ชอบทำบุญ

ตารางที่ ๖ การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว : INHOMESSS (วันที่ ๒๔ ก.ค.๒๕๖๖)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การวิเคราะห์
Immobility (การเคลื่อนไหว)	ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้ บางอย่าง อากาศอ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย ยังมีเล็กน้อย สามารถออกกำลังกายแขนขาได้ ADL=๑๑	ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติช่วยพยุงลุกจากเตียงได้ นั่งรถเข็นเข้าห้องน้ำได้ ADL=๕	กรณีศึกษาที่ ๑ เคลื่อนไหวได้มากกว่า กรณีศึกษาที่ ๒ ยังต้องให้ญาติช่วยเหลือ
Nutrition (อาหาร)	รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่สำคัญ เริ่มฝึกทานอาหารเองไม่สำคัญ	รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนได้โดยญาติป้อน ไม่สำคัญ	กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย รับประทานอาหารเหลวอาหารอ่อนได้
Housing (สภาพบ้าน)	บ้านชั้นเดียวบริเวณกว้าง ผู้ป่วยอยู่บริเวณรับแขก มีเตียงปรับระดับได้ มีไม้กั้นเตียง ภายในบ้านมีการจัดวางของเป็นระเบียบ	บ้านชั้นเดียวบริเวณค่อนข้างแคบ ผู้ป่วยนอนเตียงปรับระดับได้มีไม้กั้นเตียง มีการจัดมุมเตียงผู้ป่วยไว้เป็นสัดส่วน	ทั้ง ๒ รายมีสภาพบ้านที่มีความปลอดภัย มีการจัดเป็นสัดส่วน สะดวกในการดูแล
Other people (บุคคลที่เกี่ยวข้อง)	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว และหลานสาว สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับ บุตรสาว และหลานสาว บางครั้งบุตร และหลานออกไปทำงาน สลับกัน	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีครอบครัวและ Caregiver ดูแล

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)
 ตารางที่ ๖ การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว : INHOMESSS(ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	การวิเคราะห์
Medication (ยา)	ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา โดย บุตรสาวเป็นผู้จัดเตรียม ไม่มีการซื้อยาหรืออาหารเสริมอื่นๆมารับประทาน	ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา โดย บุตรสาวเป็นผู้จัดเตรียม ไม่มีการซื้อยาหรืออาหารเสริมอื่นๆมารับประทาน	ผู้ป่วยทั้ง๒รายได้รับยาตามพยาธิสภาพของโรค
Examination (การตรวจร่างกาย)	ความรู้สึกร่างกายดี สื่อสารเข้าใจ ลูกนั่งบนเตียงได้	ซึมอ่อนเพลีย สื่อสารรู้เรื่อง ไม่พูด พยักหน้า ไม่มีอาการหอบ DTX=๑๔๒ mg%	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๑ รับรู้ได้ดีกว่ากรณีศึกษาที่ ๒
Services (แหล่งให้บริการ)	ผู้ป่วยใช้สิทธิผู้สูงอายุ บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลและโรงพยาบาลสำโรงตามแพทย์นัด มีอสม.และ Care giver ประจำชุมชน เข้าไปดูแลเดือนละ ๑ ครั้ง ใช้บริการ ๑๖๖๙ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินที่มหาวิทยาลัยเยี่ยมติดตามอาการเดือนละ ๑ ครั้ง	ผู้ป่วยใช้สิทธิผู้สูงอายุ บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาลและโรงพยาบาลสำโรงตามแพทย์นัด มีอสม.และ Care giver ประจำชุมชน เข้าไปดูแลเดือนละ ๑ ครั้ง ใช้บริการ ๑๖๖๙ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินที่มหาวิทยาลัยเยี่ยมติดตามอาการเดือนละ ๑ ครั้ง	ผู้ป่วยทั้ง๒รายถ้ามีอาการผิดปกติญาตินำส่งโรงพยาบาลสำโรง
Safety (ความปลอดภัย)	ผู้ป่วยนอนเตียงไม้ มีราวกันเตียงปลอดภัย ให้การทำดูแลความสะอาดร่างกายบนเตียง สิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี	ผู้ป่วยนอนเตียงแบบมีอสม. หมุนปรับระดับ มีราวกันเตียงปลอดภัยให้การทำดูแลความสะอาดร่างกายบนเตียงสิ่งแวดล้อมสะอาด อากาศถ่ายเทดี	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีความปลอดภัย
Spiritual (ความเชื่อ)	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระวันสำคัญทางศาสนาครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามวาระวันสำคัญทางศาสนาครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	กรณีศึกษาที่๒มีรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

การประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว : INHOMESSS

สรุปการประเมิน INHOMESSS

ด้านร่างกายกรณีศึกษาทั้งสองราย มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวแขนขา ด้านซ้ายเคลื่อนไหวลำบาก การประกอบกิจวัตรประจำวันโดยญาติช่วยดูแล กรณีศึกษา รายที่ ๑ เคลื่อนไหวได้มากกว่า ช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่า กรณีศึกษา รายที่ ๒ มีความแตกต่างด้านความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีโอเรม ด้านความพร้อมในการดูแลตนเอง การมีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองหรือให้การดูแล บุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบได้อย่างต่อเนื่องหรือคุณภาพการดูแลนั้นไม่มีประสิทธิภาพหรือปริมาณไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ด้านจิตใจ กรณีศึกษาทั้งสองราย ญาติมีความวิตกกังวลต่อพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อน ความไม่มั่นใจต่อการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและกังวลต่อความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น การวางแผนการพยาบาลญาติครอบครัวผู้ป่วย แบบองค์รวม ในมิติกายใจสังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัว

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ ๗ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล	๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล	จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ พบว่ามีความเหมือนกัน
๒. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	๒. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง	จากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง อันนำไปสู่การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดภาวะสมองตาย
๓. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง	๓. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง	ส่งผลให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในด้านการรับรู้สติปัญญา ปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร ความผิดปกติ
๔. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	๔. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	ด้านการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อ อ่อนแรง การกลืนลำบาก การฟื้นฟูสภาพ ความแตกต่างกันที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยกว่า มีโรคแทรกซ้อนมากกว่าการพยากรณ์โรคแยกว่า ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ส่วน
๕. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก	๕. เสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากมีภาวะกลืนลำบาก	กรณีศึกษารายที่ ๑ พยากรณ์โรคดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจในการดูแล
๖. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย	๖. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย	
๗. มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่เผชิญอยู่	๗. เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแผลกดทับ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
	๘. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะhypoglycemia จากพยาธิสภาพโรคเบาหวาน	

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน)(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ วินิจฉัยโรค : Ischemic stroke, HT,DLP หลังการดูแลมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น รับประทานอาหารเองได้ แต่ยังมีมือสั่น อาหารหก ปากเปี้ยวเล็กน้อย พุดจาสี้อสารเข้าใจได้ดีขึ้น ฝึกทำกายภาพได้ ฝึกเดินโดยใช้ walker ได้ ออกกำลังกายเบาๆได้ ประเมิน ADL จาก ๔ คะแนนเพิ่มเป็น ๑๑ คะแนน กรณีศึกษารายที่ ๒ วินิจฉัยโรค : stroke not specified as haemorrhage or infarction ,dementia, old MI, HT,DLP, DM หลังการดูแลอาการดีขึ้นเล็กน้อย สามารถถอดสายให้อาหารทางสายยาง ป้อนอาหารเหลว อาหารอ่อนได้ ไม่สำลัก ญาติประคองลูกจากเตียง นั่งรถเข็นพาเข้าห้องน้ำได้ ฝึกกายภาพได้น้อย เริ่มมีแผลbed sore ที่ก้นเล็กน้อย หลังจากดูแลแผลเริ่มหาย ประเมิน ADL =๕ คะแนน การพยากรณ์โรครายที่ ๒ แย่กว่า รายที่ ๑ เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนมากกว่า และมีปัญหาด้านผู้ดูแลมากกว่า

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-	๑๔๒	๑๘๔	๒๗๑
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ถูกต้องตามมาตรฐานไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	>๕๐%	๖๕.๐๐	๖๐.๕๐	๗๘.๓๕
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาที่เหมาะสม	>๘๐%	๘๐.๕๕	๘๔.๘๔	๘๖.๐๐
ร้อยละของญาติหรือผู้ดูแลและสมาชิก ในครอบครัวได้รับความรู้ และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	>๘๐%	๘๕.๐๐	๘๐.๕๐	๘๘.๓๐

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ และบรรยากาศโดยรวมในครอบครัวดีขึ้น

๒. การวางแผนการดูแลรักษา และการให้การพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเฉพาะเรื่องได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบันสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๓. การประสานกับภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยตรงในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำให้ผลลัพธ์การควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน

๔. ทีมพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาสมรรถนะและบทบาท ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

- ๖.๑.สามารถแก้ไขปัญหาทางการแพทย์ การพยาบาล และทางสังคม ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
- ๖.๒.เพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๖.๓.เป็นแนวทางในการนำมาใช้พัฒนาการพยาบาลในชุมชนและการบริการที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับปรุงพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย Long term care ให้เป็นระบบได้ดียิ่งขึ้น
- ๖.๔.นำผลการศึกษามากำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๖.๕.มีการจัดโครงสร้างและมอบหมายที่รับผิดชอบในการทำงานที่ครบถ้วนตามกระบวนการดูแล
- ๖.๖.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน
- ๖.๗.เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจจะศึกษาต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาทั้งสองรายนี้เป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนสูงมาก ซึ่งต้องตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางกายภาพ เช่น หู ตา รวมถึงการเข้าถึงที่เป็นไปได้ยากในภาวะที่ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม พยาบาลต้องใช้อธิบายความรู้และทักษะหลายอย่างในการสื่อสาร การให้การพยาบาลมีการใช้ทักษะประเมินซ้ำ การดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยทีมพยาบาลมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและครอบครัวซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องพยาบาลเป็นแกนหลักสำคัญและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสาน และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ ถ้ามีอาการรุนแรงและมีความล่าช้าในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ญาติไม่ได้นำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจของพยาธิสภาพของโรค กรณีที่ ๑ ญาติเข้าใจว่าน่าจะเกิดจากอาการที่ผู้ป่วยมีอาการไ้ยังไม่หายเป็นปกติ (ผู้ป่วยได้เข้ารับรักษาตัวนอนโรงพยาบาลก่อนหน้าที่มีอาการอ่อนแรงที่โรงพยาบาลสำรอง ๔ วัน ด้วยโรคติดเชื้อ) ญาติได้ให้ผู้ป่วยนอนพัก และให้รับประทานอาหารที่บ้าน ต่อมาอาการไม่ดีขึ้น จึงได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ส่วนกรณีที่ ๒ ญาติเข้าใจว่าเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวหลายอย่างน่าจะเกิดจากโรคเดิมไม่ได้นึกถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะตามมา

๘.๒. ด้านการประสานความร่วมมือ การประสานข้อมูล การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ ยังต้องการการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา รวมทั้งการสร้างกระบวนการ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการดูแลร่วมกันให้ได้ตามแผนการรักษา จึงจะประสบผลสำเร็จ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑. ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๙.๒. ด้านบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม แก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนในการให้ความรู้ สอน สาธิต ในการปฏิบัติกรต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน และติดตามเยี่ยมประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเองและดำเนินชีวิตได้ตามอัตรภาพ ไม่เป็นภาระของสังคมและครอบครัว

๙.๓. ด้านเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ควรเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่บุคลากรในระดับโรงพยาบาล ชุมชน ตลอดจน รพ.สต. และภาคีเครือข่าย เพื่อให้มีความสามารถในการประเมินช่วยเหลือและส่งต่อโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันที

๙.๔. ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนของสถานศึกษา ควรเน้นให้นักศึกษา ตระหนักถึง

ผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา เน้นการให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เป็นผู้ประสานงานและเป็นผู้รับฟังที่ดีในทีมดูแลและทีมสุขภาพ

๙.๕. ด้านการวิจัย นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยประเภท R ๒ R ต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ในยุค BANI รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางอารินทร์ โสมอ่อน สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)
 ๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
 ๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอารินทร์ โสมอ่อน)

ผู้ขอประเมิน(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) ๗ / มิถุนายน / ๒๕๖๗ (ผู้ขอประเมิน)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอารินทร์ โสมอ่อน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวิไล คงมี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) ๗ / มิถุนายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ.)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

(วันที่) ๗ / มิถุนายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม
๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ ถ้ามีอาการรุนแรงและมีความล่าช้าในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันเวลา การให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้ โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรค ปัจจัยต่างๆที่มีผลทำให้เกิดหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ก็จะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องจากสมองขาดเลือดมาเลี้ยง โดยมีอัตราตายสูงและเป็นสาเหตุความพิการในผู้ที่รอดชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยได้ทันที่และถูกต้องตามมาตรฐานรวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้ว เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญมากเช่นกัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า ๑ ใน ๔ ของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๒๕ ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประเทศไทย ในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี(รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๖) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุบลราชธานี รายงานการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๔- ปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ๔๓.๔๓, ๕๖.๖๘ และ ๕๖.๑๒ ตามลำดับ และปี ๒๕๖๖ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ๒๐๗.๑๓ ต่อแสนประชากร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๕

ในส่วนโรงพยาบาลสำโรง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ของจังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๑๔๒, ๑๘๔ และ ๒๗๑ ราย ตามลำดับและจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๙๖, ๑๐๔ และ ๘๘ ราย ตามลำดับที่ไม่เสียชีวิตก็ยังมีอาการหลงเหลือ (ข้อมูลจากHDC) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นหลังความเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่และมีคุณภาพชีวิตลดลง

กล่าวโดยสรุปในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทัน และได้รับการรักษาและดูแลที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่ระยะที่อยู่โรงพยาบาลจนถึงระยะที่มาพักฟื้นที่บ้าน จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ลดภาวะพิการ และอาการแทรกซ้อน สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระการดูแลของครอบครัวและชุมชนในระยะยาว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อมีรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็น

๒. เพื่อพัฒนาทักษะ และความเชี่ยวชาญ ของ อสม. ผู้นำชุมชน ในการดูแลสถานะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑.บทวิเคราะห์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อน ที่มีปัจจัยต่างๆ เช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือมีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากปฏิบัติตัวโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ นอกจากนี้เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกแล้ว ถ้าได้รับการนำส่งยังสถานบริการการรักษาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ก็จะ สามารถลดความรุนแรงหรือพิการกับผู้ป่วยได้มาก จากการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสำโรง ปัญหาหลักคือผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการได้ช้า ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เหมาะสมจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผลกดทับ สิวลักอาหาร ทูฟโภชนาการ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง ขาดผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยเหตุนี้จึงได้ให้ความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย มีแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อประเมินสุขภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว สร้างเครือข่ายในชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒.แนวคิด

๑. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem self care theory) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพึงกระทำได้ด้วยตนเองและใช้วิธีการสอนเพื่อสร้างองค์ความรู้ เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติ ให้สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลที่ดี เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ ,๒๕๖๓) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้พยาบาลต้องสอนและแนะนำให้ผู้รับบริการดูแลตนเอง ปรับใช้ และพัฒนาความสามารถให้กำลังใจเพื่อให้บุคคลใช้ความสามารถในการกระทำที่ตั้งใจเพื่อควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลให้มีความสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถจดจำ นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้เพื่อคงไว้ ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพซึ่งโอเร็มให้แนวคิดความต้องการในด้านารดูแลตนเองออกเป็น ๓ ด้านคือ ๑)การดูแลตนเอง โดยทั่วไป ๒)การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ๓)การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพตามมาตรฐานการพยาบาล

๒. แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson's human caring science) วัตสันเชื่อว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ การพยาบาลเป็นศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ เป้าหมายของการดูแลคือ การช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยอาศัยปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการ (Watson, ๑๙๘๕ อ้างตาม ณัฐชยา วุฒิมานกรณ, ๒๕๕๖) หนึ่งในนั้นคือการใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล มีการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสังเกต ค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พุคคยซักถามญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวมและนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

๓. แนวคิดในการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดของการพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลคือการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัย ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ คือการสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนแบ่งปันแหล่งประโยชน์ และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันการพยาบาลเป็นการสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วม และตัดสินใจในแผนการดูแล โดยเรียนรู้ที่จะผนวกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปในการ ดำเนินชีวิต โดยมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเองเป็นที่พึ่งพาของตนเอง และผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้ (กุสุมา สุวรรณบุรณ์, ๒๕๖๑)

๔. แนวคิดการพยาบาลชุมชน แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน (มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน , ๒๕๕๙) เป็นการปฏิบัติที่สะท้อนความเชื่อและค่านิยมพื้นฐานการดูแลสุขภาพประชาชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน/ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล/ชุมชน โดยดึงบุคคลผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพคนในชุมชน ดูแลสิ่งแวดล้อมและผลกระทบที่มีผลต่อสุขภาพและการฟื้นฟูของคนในชุมชน เสริมสร้างพลังอำนาจในการเพิ่มขีดความสามารถให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเอง

การดำเนินงาน

๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๒. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองชี้แจงนโยบาย บทบาทหน้าที่

๓. ประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงาน

๔. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับ อสม. การประเมินค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้โรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

๕. ดำเนินการค้นหากลุ่มเสี่ยง/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง

๖. รวบรวมข้อมูล ประเมินผล และวิเคราะห์สรุปข้อมูล

๗. จัดประชุมเพื่อคืนข้อมูล ให้กับ อสม. ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและร่วมกันหาแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา โดยชุมชนมีส่วนร่วม

๘. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคดังกล่าว ให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ผู้ดูแล แกนนำในชุมชน และการเฝ้าระวัง การสังเกตอาการแสดงที่ควรรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอย่างด่วนที่สุด ช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์

๙. ประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรม

๑๐. สรุปผลการดำเนินงาน

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจเป็นไปได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดตามวัยในเรื่องการรับรู้ การดูแลตัวเองได้น้อย จึงได้มีการเสริมพลังด้านครอบครัวผู้ดูแล ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้นสามารถให้คำแนะนำและให้การดูแลรวมทั้งแกนนำชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลร่วมกัน มีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรจะมีการพัฒนารูปแบบที่เฉพาะมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีระบบการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
๒. มีแนวทางเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. อสม. ได้พัฒนาทักษะ และความเชี่ยวชาญ ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลตำบลสำโรง
๔. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแล แกนนำชุมชนเทศบาลตำบลสำโรง มีความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
๕. มีระบบการเข้าถึงที่รวดเร็วของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการแสดงว่าเจ็บป่วยด้วยอาการของหลอดเลือดสมอง
 ๖. มีระบบการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐาน
 ๗. มีระบบการดูแลฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
 ๘. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
 ๑. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับการคัดกรอง > ๘๐%
 ๒. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง > ๕๐%
 ๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเข้าถึงบริการภายในช่วงเวลาที่กำหนดตามเกณฑ์ นับเริ่มจากมีอาการ > ๕๐%
 ๔. ร้อยละของอสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง > ๘๐%
 ๕. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามเกณฑ์ > ๘๐%
 ๖. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็น ๐

(ลงชื่อ)

(นางอารินทร์ โสมอ่อน..)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗ / มิถุนายน / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ ความชำนาญงาน ในการทำวิจัยการดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดโรค และแนวทางการป้องกันตลอดจนแนวคิดและหลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม หรือทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรู้เหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้สามารถออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในกลุ่มเป้าหมายได้

๓.๒ ความเชี่ยวชาญ การดำเนินโครงการในระดับพื้นที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน การสื่อสารสุขภาพเชิงรุก และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น ความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย การให้คำปรึกษา รายบุคคล การใช้สื่อและเทคนิคในการสร้างแรงจูงใจ เช่น การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ (workshop) การจัดกิจกรรมสาธิต หรือการฝึกปฏิบัติจริง ล้วนเป็นทักษะที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยง เช่น การลดการบริโภคเกลือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการใช้ยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงานเชิงพื้นที่กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะความเชื่อและพฤติกรรมที่หลากหลาย ผู้วิจัยหรือผู้ดำเนินโครงการจึงต้องมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง การเฝ้าระวังโรค การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตลอดจนการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังรวมถึงการเรียนรู้จากการดำเนินงานในโครงการที่ผ่านมา การปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และการเสียชีวิต งานวิจัยหรือโครงการนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลตนเอง และลดพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การบริโภคอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย และการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงานเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ และคัดเลือกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นวางแผนโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด Health Belief Model และการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ พร้อมจัดเตรียมสื่อการเรียนรู้ เช่น เอกสารประกอบ บอร์ดความรู้ คลิปวิดีโอ และกิจกรรมกลุ่ม แล้วดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเสี่ยง และแนวทางการป้องกัน การจัดกิจกรรมฝึก

ทักษะ เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ การวางแผนอาหาร และการออกกำลังกาย รวมถึงการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สุดท้ายดำเนินการติดตามและประเมินผล โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วัตถุประสงค์ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินระดับความดันโลหิตและตัวชี้วัดสุขภาพอื่นๆ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

๔.๓ เป้าหมายของงานคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเสริมพลัง (empower) ให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน และใช้ผลลัพธ์จากโปรแกรมเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อผลสำเร็จของงาน สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านพฤติกรรมและทัศนคติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สามารถเข้าใจถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และผลกระทบของโรคได้ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถมองเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคและเข้าใจอุปสรรคที่ต้องเผชิญได้อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม และการออกกำลังกาย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน แสดงถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์ ผลจากการดำเนินโปรแกรมสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการอบรม อสม. และเครือข่ายสุขภาพในการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย

๖.๒ ผลกระทบ โปรแกรมนี้ส่งผลกระทบเชิงบวกในหลายมิติ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมมากขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว นำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและพิการในชุมชน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งยังเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพชุมชนให้สามารถดำเนินงานป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน.

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความยุ่งยากและซับซ้อนในหลายด้าน ทั้งในด้านการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยจากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ ด้านการวางแผนกิจกรรมต้องออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน ท่ามกลางข้อจำกัดของทรัพยากร บุคลากร และเวลา นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยังเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ความต่อเนื่อง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งบางกรณีอาจมีข้อจำกัดเรื่องทัศนคติ ความเชื่อ หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรค รวมทั้งภาระหน้าที่ของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นความสำเร็จของการดำเนินงานจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์จริงในพื้นที่

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประสบกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องความไม่ต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากบางรายมีภาระหน้าที่ทางครอบครัวหรืออาชีพ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผนที่วางไว้ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค ทำให้เข้าใจเนื้อหายากและปรับตัวได้ช้า ขณะเดียวกัน ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานสูง ทำให้ไม่สามารถให้ความต่อเนื่องในการติดตามและประเมินผลได้เต็มที่ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม เช่น สื่อการเรียนรู้หรืออุปกรณ์ฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้คุณภาพของการดำเนินงานบางส่วนลดลง ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบโดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

๙.๑.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภาวะโรคเรื้อรังสูง เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคอย่างยั่งยืน ลดภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว

๙.๑.๒ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ หน่วยบริการสุขภาพในระดับตำบลควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดกิจกรรมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึก เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

๙.๑.๓ ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชน รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

๙.๑.๔ ข้อเสนอแนะเชิงชุมชน ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในวิถีชีวิตประจำวัน

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ ขยายระยะเวลาในการติดตามผล ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลหลังการดำเนินโปรแกรมเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว และตรวจสอบว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมที่ดีไว้ได้หรือไม่เมื่อสิ้นสุดการแทรกแซงแล้ว

๙.๒.๒ เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและหลากหลายพื้นที่ การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลาย

ของกลุ่มตัวอย่างจากหลายชุมชนหรือจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสรุปภาพรวมได้กว้างขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกันได้มากขึ้น

๙.๒.๓ เปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรมหรือวิธีการแทรกแซง ควรศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้วิธีการแทรกแซงต่างกัน เช่น โปรแกรมกลุ่มย่อยกับโปรแกรมรายบุคคล หรือโปรแกรมที่ใช้เทคโนโลยีสุขภาพกับโปรแกรมรูปแบบดั้งเดิม เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับกลุ่มเป้าหมาย

๙.๒.๔ ศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ควรเสริมการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้เข้าใจถึงแรงจูงใจ อุปสรรค และบริบททางสังคมของผู้ป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบโปรแกรมได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

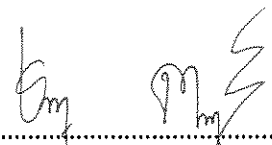
วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับที่ ๓ พฤษภาคม – มิถุนายน

๑๑. สัปดาห์ผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) สัปดาห์ของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
- ๒) สัปดาห์ของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
- ๓) สัปดาห์ของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางชบา ตฤณจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง กระบวนการสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) เพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงมะแลง ตำบลบึงมะแลง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยศูนย์โรคซึมเศร้าไทยกรมสุขภาพจิต ระบุว่าคนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง ๑.๕ ล้านคน โดยผู้ป่วยจำนวน ๑๐๐ คน สามารถเข้าถึงการรักษาเพียง ๒๘ คนเท่านั้น ส่งผลให้คนไทยกว่า ๗๐% เสียชีวิตก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตาม โรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการชัดเจนในช่วงอายุ ๒๕ ปี จากนั้นอาจเกิดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิง มีอัตราการป่วยเป็น โรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายกับมีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่า อย่างไรก็ตามพบว่า คนไทยพยายามฆ่าตัวตายมากถึงชั่วโมงละ ๖ คนและทั้งปีมีคนพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ๕๓,๐๐๐ คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ ๔,๐๐๐ คน ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของไทย (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๕) โรคซึมเศร้าไม่ใช่อาการเบื่อ เหงา ท้อแท้ ทั่วไป แต่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองอาการที่สามารถสังเกตได้ คือ ผู้ที่ตกอยู่ภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังอย่างรุนแรง เบื่อไม่อยากทำอะไรแม้แต่กิจกรรมเพลิดเพลินที่เคยชอบทำ อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้น ๒ สัปดาห์ ติดต่อกัน ในบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนอื่น ๒๐ เท่า อย่างไรก็ตามข้อมูลยังระบุ เพิ่มเติมว่า คนไทยมักจะเกิดภาวะของ โรคซึมเศร้า ในช่วงวัยหนุ่มสาว วัยเรียน วัยทำงาน ส่วนใหญ่ได้รับ แรงกดดันจากสภาพแวดล้อมและสังคมที่มักจะผลักดันให้ประชากรในวัยนี้มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า มากขึ้น โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย และส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม

ปัญหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีความสำคัญยิ่งเพราะ โรคซึมเศร้ามีความชุกที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรมากขึ้น โรคซึมเศร้าไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มวัยใดวัยหนึ่ง แต่สามารถพบได้ในทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ไปจนถึงผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งในด้านการทำงาน การเรียน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ผู้ป่วยอาจสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ขาดแรงจูงใจ และรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต โรคซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยอาจขาดงาน ลาป่วย หรือไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นภาระที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุข แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุม แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือชนบท การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต และการตีตราทางสังคม (Stigma) ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่กล้าเข้ารับการรักษา และโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล การไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังและตัดสินใจจบชีวิตตนเอง โรคซึมเศร้าไม่เพียงส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและคนรอบข้าง ที่อาจต้องเผชิญกับความเครียดและความกังวลในการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน โรคซึมเศร้าอาจทำให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา เช่น การแยกตัวจากสังคม การใช้สารเสพติด หรือความรุนแรงในครอบครัว การตีตราและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในสังคมไทยยังคงมี

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เช่นการมองว่าเป็นความอ่อนแอทางจิตใจหรือการแกล้งทำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดใจหรือเข้ารับการรักษา การตีตราทางสังคมนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางกระบวนการรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน การสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การลดการตีตรา และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้

สรุปโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจของประเทศ การแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การลดการตีตรา และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงมะแลง ตำบลบึงมะแลง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่รับผิดชอบ ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ป้องกันโรค (Disease Prevention) รักษาพยาบาล(Curative) ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ดูแลสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน มีบริการที่เข้าถึงง่าย มีผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องรักษาดูแลต่อเนื่อง มีหลายปัจจัยควบคุมเพื่อให้โรคสงบซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะเครียดและนำไปสู่ปัญหาของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้

๒.๒ วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยNCDมีความรอบรู้เรื่องการจัดการภาวะของ ความเครียด เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

๒.๒ เพื่อคัดกรองสุขภาพทางจิตในชุมชนด้วยการประเมิน (๒Q, ๙Q) ในผู้ป่วยเรื้อรัง

๒.๓ เพื่อเสริมสร้างความสุขและผ่อนคลายความเครียดในกลุ่มผู้ป่วย NCD

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นผลรวมจากหลายสาเหตุ ทั้งจากความผิดปกติของสารในสมอง พันธุกรรม ผลกระทบจากบุคลิกภาพ และความเครียดในชีวิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีอาการเรื้อรังและเกิดเป็นซ้ำได้บ่อย โรคเรื้อรัง(Chronic disease) คือโรคที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนานหรือตลอดชีวิต เป็นสาเหตุของความเครียดในชีวิตที่จะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ หากมีระบบการค้นหาคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มขีดสมรรถนะให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าได้

๓.๒ แนวคิด

การสร้างกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถใช้แนวคิดหรือทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้

๓.๒.๑. ทฤษฎีการรับรู้สุขภาพ (Health Belief Model - HBM)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นที่การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกัน และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

การประยุกต์ใช้:

- สร้างความตระหนักรู้ให้ผู้ป่วยเข้าใจความเสี่ยงและผลกระทบของโรคซึมเศร้า
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเฝ้าระวังและติดตามอาการ
- ช่วยลดอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ความกลัวหรือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา

๓.๒.๒. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นที่ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ การประยุกต์ใช้:

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับอาการของโรคซึมเศร้า
- จัดกิจกรรมหรือฝึกทักษะที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง
- ให้กำลังใจและสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้สำเร็จ

๓.๒.๓. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการสนับสนุนจากคนรอบข้างในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตหรือความยากลำบาก

การประยุกต์ใช้:

- สร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มสนับสนุน
- จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- ให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนผู้ป่วย

๓.๒.๔. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model - TTM)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกเป็นหลายขั้นตอน เช่น ขั้นตอนก่อนการตระหนัก ขั้นตอนการตระหนัก ขั้นตอนเตรียมพร้อม ขั้นตอนลงมือทำ และขั้นการรักษา

การประยุกต์ใช้:

- ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ออกแบบกิจกรรมหรือการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละขั้นตอน
- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยก้าวผ่านแต่ละขั้นตอนจนสามารถดูแลตนเองและเฝ้าระวังอาการได้อย่าง

ต่อเนื่อง

๓.๒.๕. ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นที่การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ใหญ่ ซึ่งมักต้องการการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริงและสามารถนำไปใช้ได้ทันที

การประยุกต์ใช้:

- จัดการอบรมหรือให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
- ใช้ตัวอย่างหรือกรณีศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และตั้งคำถาม

๓.๒.๖. ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Theory)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย

การประยุกต์ใช้:

- ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย
- ใช้สื่อต่าง ๆ เช่น วิดีโอ แผ่นพับ หรือแอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- สร้างช่องทางการสื่อสารที่เปิดกว้างเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามหรือแจ้งอาการได้

ตลอดเวลา

๓.๒.๗. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory)

แนวคิด: ทฤษฎีนี้เน้นการให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง

การประยุกต์ใช้:

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเอง
- ให้ความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังและจัดการกับอาการได้
- สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจและควบคุมสถานการณ์ได้

๓.๒.๘ กระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วย

๓.๒.๘.๑ การประเมินความต้องการ: ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

๓.๒.๘.๒ การให้ความรู้: ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ การรักษา และการเฝ้าระวัง

๓.๒.๘.๓ การฝึกทักษะ: ฝึกทักษะการเฝ้าระวังอาการ การจัดการความเครียด และการดูแลตนเอง

๓.๒.๘.๔ การสนับสนุนทางสังคม: สร้างเครือข่ายสนับสนุนและให้กำลังใจจากครอบครัวและชุมชน

๓.๒.๘.๕ การติดตามและประเมินผล: ติดตามผลการเฝ้าระวังและประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีเหล่านี้ จะช่วยสร้างกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังและจัดการกับโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น

๓.๓ ข้อเสนอ

การสร้างกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถทำได้โดยใช้วิธีการและข้อเสนอแนะดังนี้

๓.๓.๑ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย

วิธีการ: จัดทำแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ: ใช้แบบสอบถามที่ง่ายต่อการเข้าใจและเหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น

๓.๓.๒ การให้ความรู้และข้อมูล

วิธีการ: จัดอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอ แผ่นพับ และอินโฟกราฟิก

ข้อเสนอแนะ: จัดอบรมเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

๓.๓.๓ การฝึกทักษะการเฝ้าระวังและจัดการอาการ

วิธีการ: จัด workshop ฝึกทักษะการเฝ้าระวังอาการ การจัดการความเครียด และการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ: ใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การฝึกสติ การผ่อนคลาย และการบันทึกอาการ

๓.๓.๔ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

วิธีการ: จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน และเชิญครอบครัวและผู้ใกล้ชิดเข้าร่วม

ข้อเสนอแนะ: จัดกิจกรรมกลุ่มเป็นประจำ เช่น การพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

๓.๓.๕ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน

วิธีการ: พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์สำหรับการเฝ้าระวังอาการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ: ใช้แอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายและสามารถเข้าถึงได้ผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์

๓.๓.๖ การติดตามและประเมินผล

วิธีการ: จัดทำระบบติดตามและประเมินผลการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ: ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงกระบวนการ

๓.๓.๖ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ: สร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้

๓.๗ การฝึกอบรมบุคลากร

ข้อเสนอแนะ: จัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและจัดการโรคซึมเศร้า

๓.๓.๘ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ: ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียน วัด และองค์กรชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่แข็งแกร่ง

๓.๓.๙ การปรับปรุงสื่อและเครื่องมือ

ข้อเสนอแนะ: พัฒนาสื่อและเครื่องมือที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ได้ง่าย

๓.๓.๑๐ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

ข้อเสนอแนะ: สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน เช่น การจัดพื้นที่สำหรับการพบปะพูดคุยและกิจกรรมกลุ่ม

๓.๓.๑๑ การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ: ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาวิธีการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนำวิธีการและข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปปฏิบัติ จะช่วยสร้างกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังและจัดการกับโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้นในเขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

๓.๔.๑ ข้อจำกัด: ความเข้าใจและความตระหนักที่จำกัดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในชุมชน

ปัญหา: ผู้ป่วยและคนในชุมชนอาจไม่เข้าใจหรือตระหนักถึงความสำคัญของโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นในการเฝ้าระวังหรือดูแลตนเอง

แนวทางแก้ไข:

- จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในชุมชน เช่น การจัดอบรม การใช้สื่อท้องถิ่น (วิทยุชุมชน, ป้ายประชาสัมพันธ์)
- สร้างความเข้าใจผ่านผู้นำชุมชนหรือบุคคลที่มีอิทธิพลในพื้นที่ เช่น ครู, พระ, หรือผู้นำท้องถิ่น
- ใช้ภาษาท้องถิ่นและตัวอย่างที่ใกล้ตัวเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

๓.๔.๒ ข้อจำกัด: การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ปัญหา: ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสุขภาพได้เนื่องจากข้อจำกัดทางกายภาพหรือการขนส่ง

แนวทางแก้ไข:

- จัดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Unit) เพื่อให้บริการและให้ความรู้ในพื้นที่ห่างไกล
- ใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน
- จัดตั้งจุดให้คำปรึกษาในชุมชนหรือศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน

๓.๔.๓ ข้อจำกัด: ความไม่พร้อมของบุคลากรสาธารณสุข

ปัญหา: บุคลากรสาธารณสุขอาจขาดความรู้หรือทักษะในการเฝ้าระวังและจัดการโรคซึมเศร้า

แนวทางแก้ไข:

- จัดฝึกอบรมให้บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าและการสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วย
- สร้างคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน
- เชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาช่วยฝึกอบรมหรือให้คำปรึกษา

๓.๔.๔ ข้อจำกัด: ความเชื่อและทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ปัญหา: ผู้ป่วยและคนในชุมชนอาจมีความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เช่น เห็นว่าเป็นเรื่องของความอ่อนแอหรือการถูกผีสิง

แนวทางแก้ไข:

- จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติเชิงลบผ่านสื่อต่าง ๆ
- ใช้กรณีศึกษาและตัวอย่างจริงเพื่อแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้
- สร้างความเข้าใจผ่านผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน

๓.๔.๕ ข้อจำกัด: การขาดการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน

ปัญหา: ครอบครัวและชุมชนอาจไม่เข้าใจบทบาทของตนเองในการสนับสนุนผู้ป่วย

แนวทางแก้ไข:

- จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ป่วย
- สร้างเครือข่ายครอบครัวและชุมชนเพื่อช่วยกันเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย
- จัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับครอบครัวผู้ป่วย

๓.๔.๖ ข้อจำกัด: การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ

ปัญหา: การดำเนินการอาจขาดแคลนทรัพยากร เช่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์

แนวทางแก้ไข:

- ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือองค์กรเอกชน เพื่อขอรับการสนับสนุน
- จัดทำโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพหรือแหล่งทุนอื่น ๆ
- ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยในการให้ความรู้และเฝ้าระวัง

๓.๔.๗ ข้อจำกัด: การขาดระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

ปัญหา: การขาดระบบติดตามและประเมินผลอาจทำให้ไม่ทราบถึงประสิทธิภาพของกระบวนการ

แนวทางแก้ไข:

- จัดทำระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เช่น การใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินอาการเป็นระยะ
- จัดทำฐานข้อมูลเพื่อบันทึกและติดตามผลการเฝ้าระวังของผู้ป่วย
- ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอตามผลการประเมิน

๓.๔.๘ ข้อจำกัด: ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล

ปัญหา: ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเนื่องจากขาดการติดตามหรือการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

แนวทางแก้ไข:

- จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามและดูแลผู้ป่วย

-ใช้เทคโนโลยีช่วยในการติดตาม เช่น แอปพลิเคชันหรือระบบแจ้งเตือน

การสร้างกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดหลายด้านที่ต้องแก้ไข ทั้งด้านความเข้าใจของชุมชน การเข้าถึงบริการ ความพร้อมของบุคลากร และทรัพยากรที่จำกัด แนวทางแก้ไขปัญหาควรเน้นการสร้างความตระหนัก การฝึกอบรมบุคลากร การมีส่วนร่วมของชุมชน และใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เชิงปริมาณ จะส่งผลเชิงปริมาณที่สามารถวัดได้ในหลายด้าน ดังนี้

๔.๑.๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าอย่างน้อย ๘๐-๙๐% ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่
- มีการบันทึกและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอผ่านระบบฐานข้อมูล

๔.๑.๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา

- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันเวลา เพิ่มขึ้น ๒๐-๓๐% จากเดิม

- ลดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการวินิจฉัยและรักษาให้สั้นลง

๔.๑.๓. จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นหรือควบคุมอาการได้

- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นหรือควบคุมอาการได้ อย่างน้อย ๕๐-๖๐% ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการ
- ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๔.๑.๔. จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- มีผู้ป่วยและครอบครัว อย่างน้อย ๗๐-๘๐% ที่ได้รับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- เพิ่มจำนวนครอบครัวที่สามารถสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

๔.๑.๕. จำนวนกิจกรรมหรือโครงการที่จัดขึ้นเพื่อสร้างความรอบรู้

- จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างน้อย ๔-๖ ครั้งต่อปี
- มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ไม่น้อยกว่า ๖๐-๗๐% ของกลุ่มเป้าหมาย

๔.๑.๖. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน (Support Group)

- มีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน อย่างน้อย ๓๐-๔๐% ของผู้ป่วยทั้งหมด
- สร้างเครือข่ายกลุ่มสนับสนุนในชุมชน อย่างน้อย ๑-๒ กลุ่ม

๔.๑.๗. จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อเฝ้าระวังอาการ

- มีผู้ป่วยที่ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์เพื่อเฝ้าระวังอาการ อย่างน้อย ๕๐-๖๐% ของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี

- ลดปัญหาการขาดการติดตามอาการของผู้ป่วย

๔.๑.๘. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรม

- มีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและจัดการโรคซึมเศร้า อย่างน้อย ๘๐-๙๐%
- เพิ่มความสามารถของบุคลากรในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วย

๔.๑.๙. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

- มีระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อกระบวนการสร้างความรอบรู้ ไม่น้อยกว่า ๘๐%
- ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกระบวนการ

๔.๑.๑๐. การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

- ลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการซึมเศร้ารุนแรง ลง ๑๐-๒๐%
- ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคซึมเศร้า เช่น การคิดฆ่าตัวตาย หรือการเจ็บป่วยทางกายที่เกี่ยวข้อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณจากกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง จะครอบคลุมตั้งแต่การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและรักษา การลดอาการรุนแรง และการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การวัดผลเหล่านี้จะช่วยให้ทราบถึงประสิทธิภาพของกระบวนการและเป็นแนวทางในการปรับปรุงต่อไปในอนาคต

๔.๒ เชิงคุณภาพ จะส่งผลเชิงคุณภาพที่สามารถสังเกตและประเมินได้ในหลายด้าน ดังนี้:

๔.๒.๑. การเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ สาเหตุ และวิธีการดูแลตนเอง
- ลดความเชื่อผิด ๆ และทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในชุมชน

๔.๒.๒. การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังและสังเกตอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความเครียดและอารมณ์ได้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๓. การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง

- ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ
- มีกลุ่มสนับสนุน (Support Group) ที่ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- สร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิต

๔.๒.๔. การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
- ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมประจำวันและมีส่วนร่วมในชุมชนได้อย่างปกติ
- ลดความรู้สึกลดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย

๔.๒.๕. การเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน

- ชุมชนมีความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น
- ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ
- สร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น

๔.๒.๖. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข

- บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและจัดการโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- บุคลากรสามารถให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- สร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร

๔.๒.๗. การลดการตีตราและเพิ่มการยอมรับในสังคม

- ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
- สร้างความเข้าใจและยอมรับว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้
- ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและไม่รู้สึกอับอายที่จะเข้ารับการรักษา

๔.๒.๘. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

- ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและสบายใจที่จะปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตกับบุคลากรสาธารณสุข
- สร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในการดูแลสุขภาพพร้อมกัน
- ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง

๔.๒.๙. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

- มีระบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่เข้มแข็งและเป็นระบบ
- ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับชุมชนอื่น ๆ

๔.๒.๑๐. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

- เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรชุมชน และครอบครัวผู้ป่วย
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่งในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ทุกภาคส่วนรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

ผลเชิงคุณภาพที่คาดว่าจะได้รับจากกระบวนการสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ป่วย เพื่อการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง จะช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข โดยเน้นการเพิ่มความเข้าใจ การลดการตีตรา การสร้างเครือข่ายสนับสนุน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เชิงปริมาณ

๑. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโครงการไม่น้อยกว่า ๓.๖๐ (ระดับดี) จากคะแนนเต็ม ๕
๓. กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง (๒Q,๙Q) ทุกราย ร้อยละ ๑๐

เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปุงมะแลง สามารถถ่ายทอด องค์ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมแก่ผู้อื่นได้ ได้รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด

๒. ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยสู่ผู้ป่วยด้วยกันเองได้

๓. กลุ่มเป้าหมายทราบผลจากการประเมินตามแบบประเมิน(๒Q,๙Q)

(ลงชื่อ)

(นางชบา ตลุนจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐/มิถุนายน/๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๕). สถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย. (๒๕๖๕). รายงานการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย. (๒๕๖๖). รายงานการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย. (๒๕๖๗). รายงานการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
๕. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๓ก). รายงานสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรค ปังบประมาณ ๒๕๖๓, สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
๖. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๓ข). โครงการพัฒนากระบวนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรค ปังบประมาณ ๒๕๖๔, สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
๗. กรมอนามัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๑). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจ ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ.๒๕๖๐ (ระยะที่ ๑). สืบค้นเมื่อ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓, จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/๑๑๔๕๖>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๗ - เมษายน ๒๕๖๘)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ในหลายปีที่ผ่านมา จะพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน กลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ (รติมา คชนนท์ , ๒๕๖๑) ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติ (องค์การสหประชาชาติ, ๒๐๑๕) เสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ ๓ ระดับ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๗.๐) สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๔.๐) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๘ ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐.๐) ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๖ ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๐.๑ ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้ไทยกลายเป็นประเทศสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แห่งแรกๆ ในภูมิภาค ต่อจากญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ อีกทั้งประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Superaged Society) ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๗ เมื่อมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสูงถึง ร้อยละ ๒๘.๑ ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ หากสังเกตจะพบว่าประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เพียงแค่ ๒๐ กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาน้อยมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว (สำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๖๐) มีการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มโดยจำแนกผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้ ผู้สูงอายุติดสังคม หมายถึงผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดำเนินชีวิตในสังคมได้ ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึงผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วนมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนและมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระและมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย/ทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพโดยใช้แบบฟอร์มการประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันของ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

- ๔.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๔.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๔.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๔.๔ การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- ๔.๕ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๔.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล
- ๔.๗ สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- ๔.๘ จริยธรรมในการวิจัย
- ๔.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘) มีกระบวนการดำเนินการวิจัย ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๔.๑.๑ ขั้นวางแผน (planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในหน่วยบริการ เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร เริ่มจากการแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย ประธานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วม สนทนากลุ่มรับรู้สภาพปัญหาร่วมกัน สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหมาโน

๔.๑.๒ ขั้นปฏิบัติการ(action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการโดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วยเพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีคามยืดหยุ่นปรับได้ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ ๑

๔.๑.๓ ขั้นสังเกตการณ์ (observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบครอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆเข้าช่วย โดยมีการประเมินนโยบายตามแบบประเมินนโยบายและโครงการประเมินผู้เข้าร่วมและผู้เกี่ยวข้องด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการรับรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุและประเมินผลลัพธ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของภาคีเครือข่ายชุมชน

๔.๑.๔ ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ(reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการประเมิน หรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการวิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองโดยการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา

๔.๒ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

๔.๒.๑ ประชากร การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลน อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหมาโน ตำบลนาเลน อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลน อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ โดย

๑) กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลน ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคการเมืองได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน ๕๓ คน ประกอบด้วย

๑.๑) ภาคประชาชน

๑.๑.๑) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านตำบลนาเลน ทั้ง ๗ หมู่บ้าน จำนวน ๗ คน

๑.๑.๒) ประธาน อสม. ตำบลนาเลน ทั้ง ๗ หมู่บ้าน จำนวน ๗ คน

๑.๑.๓) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๕ คน

๑.๑.๔) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๙ คน

๑.๑.๕) ตัวแทนภาคประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลนาเลน จำนวน ๒ คน

๑.๒) ภาคการเมือง

๑.๒.๑) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเลน จำนวน ๑ คน

๑.๒.๒) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข จำนวน ๑ คน

๑.๒.๓) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๗ คน

๑.๓) ภาควิชาการ

๑.๓.๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหมาโน จำนวน ๑ คน

๑.๓.๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ๓ คน

ทั้งนี้ได้มีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษาโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

๑.๔) เกณฑ์ในการคัดเข้า

๑.๔.๑) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

๑.๔.๒) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด ระยะเวลาของการวิจัย

๑.๔.๓) ร่วมในการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๑.๔.๔) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

๑.๕) เกณฑ์ในการคัดออก

๑.๕.๑) ไม่สามารถให้ข้อมูลระหว่างการศึกษได้

๑.๕.๒) ย้ายถิ่นฐาน หรือย้ายสถานที่ทำงาน

๔.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

๔.๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

๑) แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลน อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นหลักดังนี้

๑.๑) แนวการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๑.๒) ประสพการณ์การการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๑.๓) แนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๔.๓.๒ แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง

๑) แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นและการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ซึ่งช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

๒.) สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care เรื่องสั้นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care และการแลกเปลี่ยนประสพการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๔.๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น ๕ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๖ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ลักษณะคำถามเป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care และความรู้เกี่ยวกับระบบการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care จำนวน ๒๐ ข้อตอบถูก ได้ ๑ คะแนน ตอบผิด ได้ ๐ คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนระดับความรู้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ เป็น ๓ ระดับดังนี้ (สุมีทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓ อ้างอิงจาก Best, ๑๙๙๕)

ระดับความรู้สูง	หมายถึง	ได้คะแนนร้อยละ	๘๐.๐ ขึ้นไป
ระดับความปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ	๖๐.๐ - ๗๙.๙
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	๖๐.๐ ลงมา

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวนให้เลือกตอบ ๓ คำตอบ คือทราบ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ โดยการให้คะแนนมีเกณฑ์ดังนี้

ทราบ	เท่ากับ	๓ คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	๒ คะแนน
ไม่ทราบ	เท่ากับ	๑ คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับการรับรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตาม แนวคิดของเบสท์ คือ (สมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓ อ้างอิงจาก Best, ๑๙๙๕)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนระดับที่แบ่ง}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = (๓ - ๑) / ๓$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = ๐.๖๖$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย แปลผลระดับการรับรู้

๒.๓๔ - ๓.๐๐ รับรู้การดำเนินงานระดับมาก

๑.๖๗ - ๒.๓๓ รับรู้การดำเนินงานระดับปานกลาง

๑.๐๐ - ๑.๖๖ รับรู้การดำเนินงานระดับน้อย

ส่วนที่ ๔ แบบวัดทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่ายจำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน ๓ ตัวเลือก เลือกตอบ ๓ ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดให้เห็นด้วย เท่ากับ ๓ คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ ๒ คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ ๑ คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลความหมายของระดับเจตคติต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับเจตคติใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์คือ (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓ : ๑๐๐ อ้างอิงจาก Best, ๑๙๙๕ : ๑๙)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนระดับที่แบ่ง}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = (๓ - ๑) / ๓$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = ๐.๖๖$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลความหมายโดยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ๓ ระดับ

ดังนี้

ค่าเฉลี่ยการแปลผลระดับเจตคติ

๒.๓๔ - ๓.๐๐ มีเจตคติในระดับมาก

๑.๖๗ - ๒.๓๓ มีเจตคติในระดับปานกลาง

๑.๐๐ - ๑.๖๖ มีเจตคติในระดับน้อย

ส่วนที่ ๕ แบบวัดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) เพื่อวัดการมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีจำนวน ๒๓ ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open Question) และคำถามปลายปิด (Close Ended Question) เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ๓ ระดับ มีคำตอบให้เลือก ๓ ตัวเลือก คือมีส่วนร่วมทุกครั้ง มีส่วนร่วมบางครั้ง และไม่เคยมีส่วนร่วม โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓)

มีส่วนร่วมทุกครั้ง เท่ากับ ๓ คะแนน

มีส่วนร่วมบางครั้ง เท่ากับ ๒ คะแนน

ไม่เคยมีส่วนร่วม เท่ากับ ๑ คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลของระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้
มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับ การ
มีส่วนร่วม ซึ่งใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสต์คือ (สุ่มทนา กลางการและวรวจน์
พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓ อ้างอิงจาก Best, ๑๙๙๕)

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับที่แบ่ง

พิสัยของช่วงคะแนน = (๓ - ๑)/๓

พิสัยของช่วงคะแนน = ๐.๖๖

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการ
การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care เป็น ๓ ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยการแปลผลระดับการมีส่วน
ร่วม

๑.๐๐ - ๑.๖๖ การมีส่วนร่วมระดับต่ำ

๑.๖๗ - ๒.๓๓ การมีส่วนร่วมการระดับปานกลาง

๒.๓๔ - ๓.๐๐ การมีส่วนร่วมการระดับสูง

๔.๔ การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

๔.๔.๑ ขั้นตอนการสร้างการตรวจสอบเครื่องมือ

๑) กำหนดเนื้อหาของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดย
การศึกษาแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดตัวแปรการวิจัยและเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบ
สัมภาษณ์

๒) ร่างเครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ประเด็นที่กำหนดให้ครบถ้วนทุกตอน

๓) นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

๔) แก้เครื่องมือวิจัยตามคำแนะนำ

๕) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยและจัดทำเครื่องมือการวิจัยฉบับสมบูรณ์

๔.๔.๒ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

๑) ความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่
ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) ดังนี้

๑.๑) นายสันติ ฝักทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอ
ศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒) นางสาวเสาวลักษณ์ โพธา นักสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
ศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๓) นางสาวพัทธนันท์ ท้าวดอน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดควาย อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมา
ปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนี
ความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) (วรณะ ชูศรีขาว, ชัยยง ขามรัตน์ และไพศาล วรสถิตย์ ,
๒๕๕๓ อ้างอิงจาก ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, ๒๕๓๙)

ให้ +๑ เมื่อขอคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ ๐ เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าขอคำถามสอดคล้องและครอบคลุม

ตัวแปรการวิจัย

ให้ -๑ เมื่อขอคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง ได้จากสูตรของ Rowineln และ Hambleton (ลวน สายยศ และอังคณา สายยศ, ๒๕๓๙ อ้างอิงมาจาก Rowineln and Hambleton, ๑๙๗๗)

$$IOC=R/N$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R หมายถึง คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) ต้องซึ่งมีค่าตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไปจึงจะถือว่าวัดได้ สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษาและตอบวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐

๔.๔.๓ ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย โดยผู้วิจัยเลือกพื้นที่ตำบลลาดควาย อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัด อุบลราชธานี เนื่องจากมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับพื้นที่ทำการวิจัย จำนวน ๓๐ ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วย สูตรของ Kuder Richardson ๒๐ (KR-๒๐) สำหรับแบบทดสอบความรู้และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach' s Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วมการรับรู้ และทัศนคติต่อการ ดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้มี ภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care เท่ากับ ๐.๗๘ การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care เท่ากับ ๐.๘๒ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care เท่ากับ ๐.๗๖ และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐.๘๔ ตามลำดับ

๔.๕ ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการตรวจสอบปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการ ศึกษาวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๔.๕.๑ เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสารตำราแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องขออนุญาตในการ ดำเนินการวิจัยเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัยเข้ากับชุมชนพบปะประสานงานกับ ผู้นำชุมชน และผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้นพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยใน ครั้งนี้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

๔.๕.๒ ดำเนินการวิจัย

ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสารทะเบียนสถิติรายงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care และศึกษาริบทชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่ง ขั้นตอนในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)

ขั้นตอนที่ ๑ การวางแผน (Planning)

๑. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

๑.๑ แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย

๑.๒ ประสานงานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย

๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์

๒.๑ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๒.๒ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๒.๓ สนทนากลุ่มรับรู้สภาพปัญหาร่วมกัน

๒.๔ สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ในชุมชน

ขั้นตอนที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ ๑

ขั้นตอนที่ ๓ สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

๑. ประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน ADL

๒. ประเมินผู้เข้าร่วมและผู้เกี่ยวข้อง

๒.๑ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๒.๒ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๒.๓ ความพึงพอใจในระบบการบริการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

๓. ประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ ๔ สะท้อนผล (Reflection)

๑. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๒. สรุปและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบ

๔.๖ การจัดทำข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การสังเกตซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์เชิงคุณภาพตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นของข้อมูลจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบการวางแผนการพัฒนาคุณภาพก่อน และหลังดำเนินการข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามการสังเกตการสัมภาษณ์การพูดแบบไม่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจากการร่วมดำเนินกิจกรรมในชุมชนการประชุมกลุ่มสนทนาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์มารวบรวมตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตลอด ระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล พร้อมทั้งสรุปประเด็นเขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์คืนสู่ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ให้ดีขึ้นต่อไป

๔.๗ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๗.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในลักษณะส่วนบุคคล และการอธิบายลักษณะต่างๆ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหมาโน จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นไทล์ที่ ๒๕ และ๗๕

๔.๗.๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่แก็งค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ประชาชน ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

๔.๗.๓ เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ทศนคติในการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕

๔.๘ จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนซึ่งผู้วิจัยจะต้องเข้าไปคลุกคลีและทำงานใกล้ชิดกับชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และจะต้องมีกิจกรรมที่จะต้องเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ร่วมวิจัยด้วยดังนั้นผู้วิจัยต้องเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินยอมให้ทำการศึกษา และเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนา กลุ่มผู้วิจัยถือว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผยพร้อมกันนี้นั้นในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจำเป็นต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกันดังนี้

๔.๘.๑ ผู้วิจัยได้วางแผนนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และคณะกรรมการวิจัยในคนในพื้นที่วิจัยเพื่อขออนุมัติก่อนดำเนินการ

๔.๘.๒ ผู้วิจัยต้องพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาการวิจัยและแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

๔.๘.๓ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลจริง

๔.๘.๔ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

จากการศึกษาวิจัยมีข้อค้นพบสรุปผล ดังนี้

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๓.๑๗ อายุมากที่สุด ๗๐ ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๗ ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๔๖.๓๔ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ ๕๑.๒๑ รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ ๒๙.๒๗ อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ ๖๘.๒๙ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ๑๐,๐๐๐ บาท มีรายได้สูงสุด ๖๐,๐๐๐ บาท ต่ำสุด ๓,๐๐๐ บาท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๙,๐๐๐ บาท/เดือน

๕.๑.๒ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับความปานกลาง ด้านการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ของภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care

ของภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้
มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ส่วนใหญ่การมีส่วนร่วมระดับสูง

๕.๑.๓ หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term
Care ทศนคติในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term
Care ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหมาโน ตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัด
อุบลราชธานี คือ ๑) การสร้างคุณค่า (Value) ๒) ความรอบรู้ (Health Literacy) ๓) ความสัมพันธ์ในครอบครัว
(Family Relationship) ๔) ผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) ๕) สิ่งสนับสนุนการดำรงชีพ (Basic Life
Support) ๖) เครือข่าย (Networking)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ประโยชน์ต่อบุคคล

๖.๑.๑ ผู้มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย
ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคงที่ดี

๖.๑.๒ เพื่อการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุน Long Term Care ในโรงเรียน
ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตและศักยภาพ

๖.๑.๓ คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีศักยภาพในการบริหารจัดการหลักสูตรโรงเรียนของ
ผู้สูงอายุ

๖.๒ ประโยชน์ต่อองค์กร

๖.๒.๑. เป็นช่องทางในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของตำบลนาเลิน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๒.๒ ได้แนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน
ตำบลนาเลิน

๖.๒.๓ เจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการ องค์กรในชุมชน และประชาชน ได้ร่วมมือกันในการพัฒนา
ทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน นำไปสู่การมีส่วนร่วมใน
การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

๖.๒.๔ สามารถเป็นต้นแบบในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานแก่
หน่วยงาน/อำเภออื่นๆในเขต/ภาค ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล
ความรู้เรื่อง ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้
ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน
เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ซึ่งการเข้าร่วมตอบ
แบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดีเข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ในการจัดกิจกรรมต้องอำนวยความสะดวกและคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มเป้าหมาย

๘.๒ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรจัดทำสื่อสุขศึกษา/สื่อการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผ่นพับที่มีตัวอักษรชัดเจน ภาพประกอบที่สื่อความหมาย เข้าใจง่ายและน่าสนใจ

๙.๒ ประเด็นเนื้อหา ควรใช้แนวคิดการจัดกิจกรรมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ไม่เข้าสู่ภาวะถดถอยออกจากสังคม ทุพพลภาพเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วเกินไป ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สติปัญญาและการเรียนรู้ ด้านสังคม และด้านความมั่นคง ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นายพงศ์ภณศ ศรีสมบุรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายพงศ์ภณศ ศรีสมบุรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายพงศ์ภณศ ศรีสมบุรณ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข)

(วันที่) ๑๐ / ๑๖ / ๒๐๒๐

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพงศ์ภณศ ศรีสมบุรณ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายสันติ ฝักทอง)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอศรีเมืองใหม่

(วันที่) 1๒ / ๖ / ๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล จากสภาพครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต จากที่มีคนหลายรุ่นอยู่ในครอบครัวเดียวกันกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย ไร้คุณค่า ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ โดยจะเกิดภาวะตึงเครียด เศร้าหมอง วิตกกังวล ซึมเศร้า น้อยใจง่าย ซึ่งอาการทางจิตดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้ว ภาวะผู้สูงอายุด้านร่างกายก็เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติโดยมีสภาพร่างกายเปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง ร่างกายอ่อนแอลง เจ็บป่วยง่าย ขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว เมื่อเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม อาจส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายรุนแรงกว่าคนวัยทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทย ทำให้รัฐบาลไทยได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระดับชาติ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและเตรียมรับมือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีบทบาทหน้าที่ในการเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีภารกิจโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนและแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเอง และชุมชนประจักษ์ในศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความสุข โรงเรียนผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการโรงเรียนของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ในสังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงกับชีวิตประจำวัน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ (กปท.) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดบริการด้านสาธารณสุข การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข เพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรของในเขตตำบลดอนใหญ่ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๑ ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพกายผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีเป้าหมายในการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถแสดงบทบาทต่างๆ ได้เกิดความรู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจในตนเองนั้น ยังถูกให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากงานโครงสร้างพื้นฐาน นโยบายและการบริการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้รับการมองว่าเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคมากมายในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุทั้งในด้านรูปแบบและปริมาณงบประมาณการจัดสวัสดิการเองมีจำนวนจำกัดทำให้การบริการไม่ทั่วถึงและไม่สามารถสนองต่อความต้องการของประชากรผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาเลน ที่ผ่านมา จากการสรุปผลการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพกาย

ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระบุถึงอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการคือ ๑. การขาดศูนย์กลางหรือผู้มีบทบาทหลัก (Key actor) ในการประสานงาน ๒. ขาดแนวทางพัฒนารูปแบบเพื่อการดูแลและเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ ๓. ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนระหว่างนักวิชาการด้านกิจการผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมาร่วมคิดวิเคราะห์ กำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน และลงมือปฏิบัติ

แม้ว่าภาครัฐส่วนกลางได้เพิ่มสวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยคนพิการยังขาดการบูรณาการในการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจนโดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือการขาดผู้ดูแลอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวสังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากน้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น ในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข จึงขอเสนอแนวคิดการปรับปรุงงานเรื่อง “การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘) ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน (PAOR) คือขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning) ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ ๓ การสังเกตผล (Observation) ขั้นที่ ๔ การสะท้อนผล (Reflection) และได้นำเอายุทธศาสตร์ การสร้างการมีส่วนร่วมแบบ พหุภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ผู้บริหารตำบลดอนใหญ่ หรือผู้แทน/ตัวแทนพนักงานตำบลดอนใหญ่ ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลดอนใหญ่ (พชต.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนใหญ่ เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบการยกระดับผู้สูงอายุในชุมชน มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ ในรูปแบบ “คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่” เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลกระทบหลายมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สวัสดิการสังคม การแพทย์และการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นแต่พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการและภาวะทุพพลภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รัฐบาลเพื่อผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น มิติด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่มีปัญหาสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวที่พบมากที่สุด (ร้อยละ ๕๘) เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และมีภาวะติดเตียง (ร้อยละ ๒) มีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายออกจากบ้านไม่สะดวก (ร้อยละ ๑๙) มีปัญหาการได้ยิน การสื่อความหมาย การมองเห็น การเรียนรู้ ปัญหาด้านจิตใจและสติปัญญา มีภาวะโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดำเนินของโรคนาน มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัว(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘) สถิติระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๙ -๒๕๕๓ ประเทศไทย มีผู้เป็นโรคเรื้อรังจำนวน ๓,๐๙๓,๕๔๖ คน มีภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง (อัมพาต ทองหงส์ และคณะ, ๒๕๕๕) โรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ ๕ อันดับแรกได้แก่ โรคความดันและไขมันในเลือดสูง เบาหวาน กระดูกและข้อ โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ อัมพาต (คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ, ๒๕๕๘) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน นอกจากทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาครอบครัวและรัฐแล้วยังมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคเรื้อรังอีกด้วย (WHO, ๒๐๑๓) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมโรงเรียนของผู้สูงอายุไทยต้องมีการผสมผสาน บูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริม แก่นนำผู้สูงอายุ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งที่พึ่งตนเองได้และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้เนื้อหาการเรียนรู้อาจต้องสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงตามความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเนื้อหาสาระที่สำคัญแบ่งออกเป็น ๕ ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย โรงเรียนผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งสถานที่รูปแบบ และวิธีการขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละแห่ง เนื้อหาความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้มีความหลากหลาย บางแห่งมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลายแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง ยังยืนและไม่มีแนวทางในการดำเนินการที่เพียงพอเหมาะสม

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุมีแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาศาสนภาพ ความต้องการในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร และแนวทางส่งเสริมโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอย่างไร โดยทำการศึกษาจากโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบล ในการจัดการเรียนรู้ทั้งด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลการศึกษาครั้งนี้จะนำมาเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบชี้นำตนเอง (Self-directed) การเรียนรู้แบบคู่คิดคู่ปรึกษา (Peer Supervision; Buddy Learning) และการเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Collaborative Learning; Group Process) เพื่อการนำสู่แนวทางในการปรับเปลี่ยนและต่อยอดกิจกรรมโรงเรียนให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ในการพัฒนา “การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี” ได้แก่

๑. กลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจจะมีภารกิจที่มากอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา จึงควรปรับเพิ่มกลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาด้วย

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการศึกษาริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการพัฒนา อาจจะต้องใช้ระยะเวลาที่มากและใช้การวิเคราะห์ข้อมูล จึงต้องมีการจัดการระบบการเก็บข้อมูลให้เหมาะสมและสอดคล้องกัน

แนวคิด/แนวทางแก้ไข ในการพัฒนากระบวนการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ รูปแบบการพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนาระบบงานครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพัฒนาพลัง (active ageing) ขององค์การอนามัยโลกปี ๒๐๐๒ ประกอบไปด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาวะ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) และองค์ประกอบการบริหารจัดการเรียนรู้ ๓ ด้าน ได้แก่ ด้าน “โครงสร้าง” (Structure) “กระบวนการ” (Process) และ “ผลลัพธ์” (Outcome) ด้านโครงสร้าง แสดงถึงลักษณะของสถานที่ในการให้บริการรวมถึง ทรัพยากรทั้งเครื่องมืออำนวยความสะดวก เงินทุนทรัพยากรบุคคล เช่น จำนวนบุคลากรและคุณวุฒิ และโครงสร้างองค์กร (Organizational structure) เช่น โครงสร้างองค์กร เจ้าหน้าที่การบริหารงาน กระบวนการแสดงถึงการกระทำที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและการแสวงหาความรู้และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และผู้ทำหน้าที่ในการจัดการเรียนรู้ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลลัพธ์ เป็นสิ่งที่เกิดตามมาจากการโรงเรียนและการ

แสวงหาความรู้และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และผู้ทำหน้าที่ในการจัดการเรียนรู้ได้แก่ แนวทางส่งเสริมโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่หลักการจัดการเรียนรู้ทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เช่น กระบวนการคิดและจัดประสบการณ์ บรรยากาศ และหลักสูตร เพราะว่า การมีโครงสร้างที่ดีย่อมนำมาซึ่งกระบวนการที่ดี และเมื่อมีกระบวนการที่ดีย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน

ขั้นตอนที่ ๑ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการออกแบบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ ประกอบด้วย

๑. สถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ๒ ระยะ คือ

๒.๑ ระยะเตรียมดำเนินการ ประกอบด้วย

๒.๑.๑ เก็บรวบรวมข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะ ๑ เดือน ก่อนการพัฒนา

๒.๑.๒ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และกลวิธีดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีดังนี้

๑) เตรียมความพร้อมองค์ความรู้ อุปกรณ์ การสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรม

๒) กลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

๓) การศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารก่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

๒.๒ ระยะดำเนินการ

๒.๒.๑ การวางแผนปฏิบัติการ ได้แก่

๑) การประชุมนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อประกอบการตัดสินใจและการวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

๒) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของนักเรียนผู้สูงอายุ โดยกระบวนการกลุ่ม และการตัดสินใจเลือกดำเนินโครงการ โดยการแบ่งกลุ่มในการพัฒนากระบวนการออกเป็น ๔ กลุ่ม ๆ ละ ๕ คน ซึ่งในแต่ละกลุ่มให้มีการผสมผสานและมีการกระจายของบุคคลที่มาจากแหล่งเดียวกันให้กระจายไปแต่ละกลุ่ม

ขั้นตอนที่ ๓ การปฏิบัติการตามแผนงาน ได้แก่

๓.๑ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน ๑ วัน เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลตอนใหญ่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การสอนการอธิบายแนะนำความรู้โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการบริหารงาน เป็นกระบวนการพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้เรื่องภาวะคุณภาพชีวิต ทักษะติดต่อการจัดการจัดโรงเรียนของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามแผนงานและแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

๓.๒ การประชุมติดตามและประเมินผลการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล การสังเกต และบันทึกข้อมูล เดือนละ ๑ ครั้ง ติดต่อกัน ๓ เดือน

ขั้นตอนที่ ๔ การสังเกตผลการปฏิบัติการ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนงานทุกขั้นตอน โดยการสังเกต การประชุมร่วมกันระหว่าง นักเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้รับบริการในพื้นที่ โดยการจดบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ ๕ การสะท้อนผลการปฏิบัติการ ได้แก่

๕.๑ เป็นการทบทวนกระบวนการพัฒนา และผลการปฏิบัติตามแผนงานทุกขั้นตอน ถึงการกระทำตามที่ได้สังเกต และข้อมูลบันทึกไว้ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

๕.๒ สรุปปัญหาอุปสรรค การวางแผนแก้ไข เพื่อการพัฒนา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ประโยชน์ต่อหน่วยงาน

๔.๑.๑ ทราบถึงบริบทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๑.๒ มีกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร ชุมชน ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงานโรงเรียนผู้สูงอายุ

๔.๑.๓ สามารถเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานแก่หน่วยงาน/อำเภออื่นๆในเขต/ภาค ได้

๔.๒ ประโยชน์ต่อบุคคล

๔.๒.๑ ผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาและส่งเสริมโรงเรียนโดยมีชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน

๔.๒.๒ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ ในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตและศักยภาพ

๔.๒.๓ คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีศักยภาพในการบริหารจัดการหลักสูตรโรงเรียนของผู้สูงอายุ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละ ๙๐ ในตำบลนาเลิน นำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลดอนใหญ่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ

(ลงชื่อ)

(นายพงศ์ภณต์ ศรีสมบุญ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข)

(วันที่) ๑๖ / ๗ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี Effects of a Value-Based and Empowerment Program on Self-Care Behavior Modification in Uncontrolled Hypertensive Patients in Buangam Subdistrict, Detudom District, Ubon Ratchathani Province

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ๒ กันยายน ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้นี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, ๒๐๒๐) โรคนี้นี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง (James et al., ๒๐๑๔) ในประเทศไทย สถิติจากกรมควบคุมโรคชี้ให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติพบว่า ประชากรผู้ใหญ่ในประเทศไทยมีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ประมาณ ๒๔.๗% โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราสูงถึง ๔๕% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๒) นอกจากนี้ การดูแลและควบคุมความดันโลหิตในประชาชนยังเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากหลายคนไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง หรือไม่ สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย การลดการบริโภคเกลือ และการลดน้ำหนักตัว เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคนี้นี้ (American Heart Association, ๒๐๑๙) การดำเนินการด้านนโยบายสาธารณสุขเพื่อจัดการกับปัญหาความดันโลหิตสูงจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน และการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว (World Health Organization, ๒๐๑๓) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (American Heart Association, ๒๐๑๙) การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงภาระที่เพิ่มขึ้นต่อระบบสาธารณสุข (Gaziano et al., ๒๐๑๖)

งานวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, ๑๙๙๗) โปรแกรมเหล่านี้เน้นการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (self-efficacy) การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น และการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคของตนเองได้ดีขึ้น (Lorig et al., ๒๐๐๑) การเพิ่มความมั่นใจในตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังได้ ซึ่งทำได้ผ่านการฝึกอบรม การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงบันดาลใจจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและผู้ป่วยที่เคยประสบความสำเร็จ การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลตนเองและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การฝึกทักษะต่างๆ เช่น การบริหารยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางจิตใจช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับโรค การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเข้าใจและสนับสนุน งานวิจัยของ Lorig และคณะ (๒๐๐๑) พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการเสริมพลังผู้ป่วยสามารถลดการเข้าโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้อย่างมี

นัยสำคัญ การประยุกต์ใช้โปรแกรมเหล่านี้ในระบบสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว

ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้น ๑๒,๔๐๒ คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๗๒๔ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕.๘๓ ของประชากร พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ๓๐๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒.๔๓ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสนม, ๒๕๖๗) เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๓) สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และความเครียดที่สูงจากการดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ทำนาย จากปัญหาที่พบในพื้นที่ตำบลวังงาม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การวิจัยนี้จะช่วยให้เราเข้าใจวิธีการและกระบวนการที่ดีที่สุดในการสนับสนุนผู้ป่วย และสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

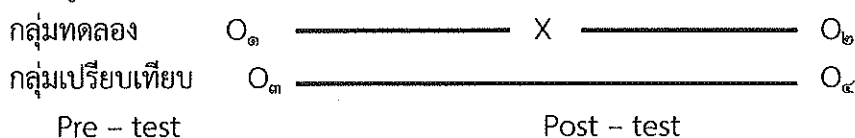
การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๔ การสร้างเครื่องมือ
- ๓.๕ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- ๓.๖ วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

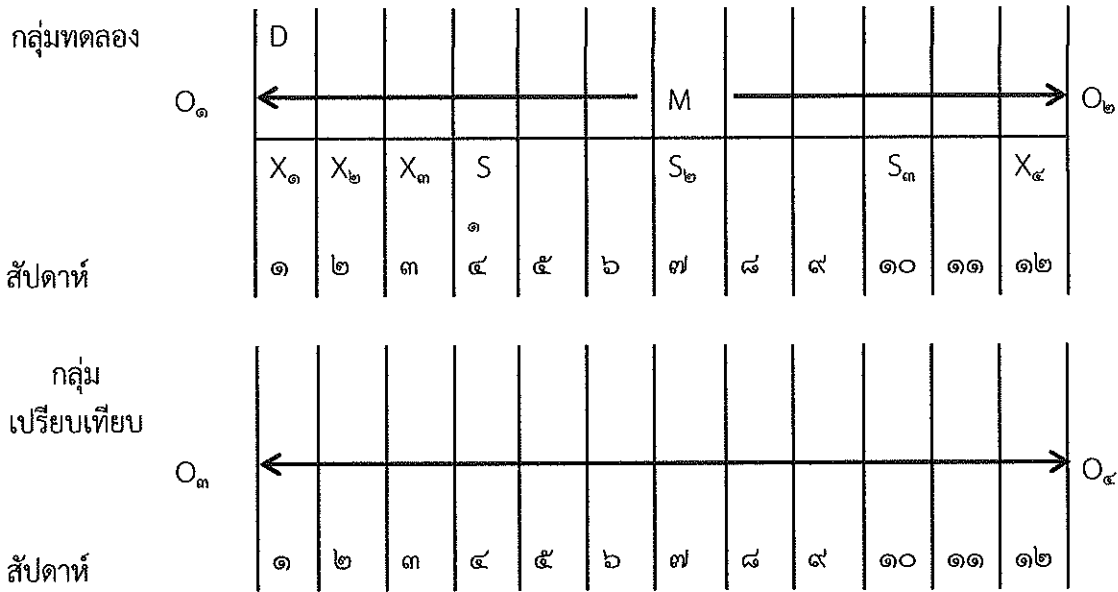
การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น ๒ กลุ่ม เป็นการศึกษาระบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน ๖๔ คน กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลตบทุ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และไม่ได้รับโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน ๖๔ คน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

แผนภูมิการวิจัย



ภาพประกอบที่ ๓.๑ แผนภูมิการวิจัย

แผนภูมิการทดลอง



ภาพประกอบที่ ๓.๒ แผนภูมิการทดลอง

กำหนดให้

D = การพูดคุยชี้แจงโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

M = การได้รับการกระตุ้นเตือนจากการนิเทศติดตามสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดยวิธีการกระตุ้นเตือนผ่านการพูดคุย

O_1, O_3 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

O_2, O_4 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

X = โปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

$X_1 - X_4$ หมายถึง โปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นและใช้ในกลุ่มทดลอง จำนวน ๔ ครั้ง

X_1 หมายถึงการจัดโปรแกรมครั้งที่ ๑

X_2 หมายถึงการจัดโปรแกรมครั้งที่ ๒ ห่างจากครั้งแรก ๑ สัปดาห์

X_3 หมายถึงการจัดโปรแกรมครั้งที่ ๓ ห่างจากครั้งที่ ๒ ๑ สัปดาห์

X_4 หมายถึงการจัดโปรแกรมการสรุปผลการจัดกิจกรรม

$S_1 - S_3$ หมายถึง การสุ่มติดตาม ให้คำแนะนำ และเยี่ยมเยียน โดยทีมวิจัยและผู้บริหาร จำนวน ๓ ครั้ง ซึ่งห่างกันครั้งละ ๒ สัปดาห์

- $S_{๑}$ หมายถึง การสุ่มติดตาม ให้คำแนะนำ และเยี่ยม ครั้งที่ ๑ ในสัปดาห์ที่ ๔
 $S_{๒}$ หมายถึง การสุ่มติดตาม ให้คำแนะนำ และเยี่ยม ครั้งที่ ๒ ในสัปดาห์ที่ ๗
 $S_{๓}$ หมายถึง การสุ่มติดตาม ให้คำแนะนำ และเยี่ยม ครั้งที่ ๓ ในสัปดาห์ที่ ๑๐

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ ประชากร (Populations) ผู้สูงอายุอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากรเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

- ๓.๒.๑.๑ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
 ๓.๒.๑.๒ สมัครใจร่วมโครงการ
 ๓.๒.๑.๓ สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

๓.๒.๒ กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

๓.๒.๒.๑ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน ๖๙ คน

๓.๒.๒.๒ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบพูน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน ๖๙ คน

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, ๑๙๙๐)

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \quad \text{เมื่อ}$$

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$
 ดังนั้น $Z_{0.05} = 1.65$

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ๘๐% $Z_{0.2} = 0.84$

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

เฉลิมพล แซ่โล้ว และชिरากร บุญลี (๒๕๖๕) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุสิงห์ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง จำนวน ๖๔ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๖๔ คน รวม ๑๒๘ คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ ๒๒.๐๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ ๓.๔๒ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ๒๐.๕๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ ๓.๖๐ จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$\begin{aligned} s_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(64-1)3.42^2 + (64-1)3.60^2}{(64+64)-2} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &= ๑๒.๓๓ \\ \Delta &= ๒๒.๐๐-๒๐.๕๑ \\ &= ๑.๔๙ \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n/\text{group} &= \frac{2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{๒ \times ๑๒.๓๓^๒ (๑.๖๕ + ๐.๘๔)^๒}{(๑.๔๙)^๒} \\ &= ๖๘.๘๖ \approx ๖๙ \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยใช้การประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้อาสาสมัคร จำนวนอย่างน้อย ๖๙ คนต่อกลุ่ม รวมสองกลุ่ม จำนวน ๑๓๘ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๓.๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้แยกเขียน เข้าใจการเปลี่ยนแปลง รู้เท่าทัน ดูแลตน ขยับร่างกาย ผ่อนคลายความเครียด ออกกำลังกาย ยืดเหยียด เสริมสร้างสมรรถภาพ ผักเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ กิจกรรมนันทนาการสร้างความเพลิดเพลินรู้เท่าทันโภชนาการ ทานอาหารเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์การทานอาหารควบคุมความดันโลหิต เลือกทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ ฝึกปฏิบัติการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ พัฒนาทักษะการใช้ชีวิต วางแผนการเงิน จัดการเวลาอย่างชาญฉลาด เรียนรู้สิ่งใหม่ เสริมสร้างทักษะ ฝึกการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เสริมพลังใจ แบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมกลุ่ม เสริมสร้างความสามัคคี กิจกรรมอาสาสมัคร แบ่งปันน้ำใจ กลุ่มสนับสนุน แบ่งปันประสบการณ์ และการค้นหาแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิต

๓.๓.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น ๖ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน ๗ ข้อ

ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะคำถามแบบถูกผิด ตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิดได้ ๐ คะแนน จำนวน ๑๕ ข้อ ๑๕ คะแนน

ส่วนที่ ๓ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ด้านละ ๕ ข้อ จำนวน ๒๐ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี ๓ ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ด้านบวก		ด้านลบ
เห็นด้วย	ให้ ๓ คะแนน	เห็นด้วย	ให้ ๑ คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ ๒ คะแนน	ไม่แน่ใจ	ให้ ๒ คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ ๑ คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้ ๓ คะแนน

ส่วนที่ ๔ แร่งสนับสนุนทางสังคม จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี ๓ ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ด้านบวก		ด้านลบ	
มาก	ให้ ๓ คะแนน	มาก	ให้ ๑ คะแนน
ปานกลาง	ให้ ๒ คะแนน	ปานกลาง	ให้ ๒ คะแนน
น้อย	ให้ ๑ คะแนน	น้อย	ให้ ๓ คะแนน

ส่วนที่ ๕ การได้รับการเสริมพลัง จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี ๓ ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ด้านบวก		ด้านลบ	
มาก	ให้ ๓ คะแนน	มาก	ให้ ๑ คะแนน
ปานกลาง	ให้ ๒ คะแนน	ปานกลาง	ให้ ๒ คะแนน
น้อย	ให้ ๑ คะแนน	น้อย	ให้ ๓ คะแนน

ส่วนที่ ๖ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๕ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ในแต่ละด้านโดยมี ๓ ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ ๓ คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ ๑ คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ ๒ คะแนน	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ ๒ คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้ ๑ คะแนน	ไม่ปฏิบัติ	ให้ ๓ คะแนน

๓.๔ การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือใช้ในการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

๓.๔.๑ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยดูความถูกต้อง ชัดเจนและความครบถ้วนของเนื้อหา เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถาม เพื่อนำข้อคำถามมาแก้ไขปรับปรุงตามแนะนำ

๓.๔.๒ สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แร่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามในแต่ละข้อ

๓.๔.๓ สร้างโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้วิจัยเชิงซ้อน เข้าใจการเปลี่ยนแปลง รู้เท่าทัน ดูแลตน ขยับร่างกาย ผ่อนคลายความเครียด ออกกำลังกาย ยืดเหยียด เสริมสร้างสมรรถภาพ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ กิจกรรมนันทนาการสร้างความเพลิดเพลินรู้เท่าทันโภชนาการ ทานอาหารเพื่อสุขภาพ กลยุทธ์การทานอาหารควบคุมความดันโลหิต เลือกทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ ฝึกปฏิบัติการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ พัฒนาทักษะการใช้ชีวิต วางแผนการเงิน จัดการเวลาอย่างชาญฉลาด เรียนรู้สิ่งใหม่ เสริมสร้างทักษะ ฝึกการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เสริมพลังใจ แบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมกลุ่ม เสริมสร้างความสามัคคี กิจกรรมอาสาสมัคร แบ่งปันน้ำใจ กลุ่มสนับสนุน แบ่งปันประสบการณ์ และการค้นหาแรงบันดาลใจในการใช้ชีวิต

๓.๕ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๓.๕.๑ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา

และสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยค่าจะต้องไม่น้อยกว่า ๐.๕ ขึ้นไป

๓.๕.๒ ความเชื่อมั่น (Reliability) ทำโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ ชุด ที่พื้นที่ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยจะต้องมีค่าไม่น้อยกว่า ๐.๗ ขึ้นไป

๓.๖ วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ สามารถช่วยให้การศึกษาดำเนินไปอย่างเป็นระบบ และผลที่เกิดขึ้นมีความน่าเชื่อถือ โดยแบ่งวิธีการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ดังนี้

๓.๖.๑ ผู้วิจัยนำหนังสือถึงสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่

๓.๖.๒ ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย

๓.๖.๓ การทำความเข้าใจในกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง ๒ พื้นที่

๓.๖.๔ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

๓.๖.๕ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด ๑๒ สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่วางไว้

๓.๖.๖ จัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

๓.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

๓.๗.๑ วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ ๒๕ และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ ๗๕

๓.๗.๒ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

๓.๗.๓ การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ๆ ละ ๖๙ คน รวม ๑๓๘ คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลวังงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลตบหุ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็น

ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ๒ ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ ๒๕ และ ๗๕ เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนยังมีปัญหาเรื่องการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งสร้างองค์ความรู้ความตระหนักเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับประชาชน การสร้างความตระหนัก และติดตามดูแลติดตามส่งเสริมความรู้ในการเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ที่มีประสิทธิผลต่อไป

๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

ก่อนการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนยังมีปัญหาเรื่องจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีทัศนคติ ความต้องการขอรับการให้บริการจากหน่วยงานของรัฐเป็นผู้จัดการระบบ

๙. ข้อเสนอแนะ

ในการวิเคราะห์รายข้อด้านของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการเสริมพลัง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ประชาชนยังมีปัญหาเรื่องการทำให้คุณค่าและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งสร้างองค์ความรู้ความตระหนักเรื่องการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับประชาชนตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การสร้างความตระหนัก และติดตามดูแลติดตามส่งเสริมความรู้ในการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชน เพื่อการจัดการสุขภาพของประชาชนตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีที่มีประสิทธิผลต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑ หน้าที่ ๙๑๔-๙๒๔

(<https://heo3.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/๓๖๓๗>)

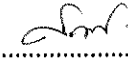
๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน นางสาวจิตรา บัวขาว (ระบุร้อยละ) ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวจิตรา บัวขาว สักส่วนของผลงาน ๑๐๐ (ระบุร้อยละ)

๒) สักส่วนของผลงาน (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจิตรา บัวขาว)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการ

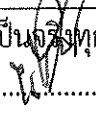
(วันที่) / /

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิตรา บัวขาว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายบัณฑิต สร้อยคำ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

(วันที่) ๑๒ / ๑๒ / ๒๕๖๔

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....

(ตำแหน่ง)

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกลาง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี”

๒. หลักการและเหตุผล

จากสภาพครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต จากที่มีคนหลายรุ่นอยู่ในครอบครัวเดียวกัน กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย ไร้คุณค่า ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ โดยจะเกิดภาวะตึงเครียด เศร้าหมอง วิตกกังวล ซึมเศร้า น้อยใจง่าย ซึ่งอาการทางจิตดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตอาจรุนแรงถึงขั้นที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้ว ภาวะผู้สูงอายุด้านร่างกายก็เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติโดยมีสภาพร่างกายเปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง ร่างกายอ่อนแอลง เจ็บป่วยง่าย ขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว เมื่อเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม อาจส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายรุนแรงกว่าคนวัยทำงาน ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทย ทำให้รัฐบาลไทยได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับชาติ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและเตรียมรับมือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีบทบาทหน้าที่ในการเข้าร่วมแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีภารกิจโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนและแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเอง และชุมชนประจักษ์ในศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความสุข โรงเรียนผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ในสังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุสาระการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงกับชีวิตประจำวัน

โรงเรียนผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งสถานที่รูปแบบ และวิธีการขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละแห่ง เนื้อหาความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้มีความหลากหลาย บางแห่งมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลายแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้มแข็ง ยั่งยืน และไม่มีแนวทางในการดำเนินการที่เพียงพอเหมาะสม ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุมีแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาสภาพ ความต้องการในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร และแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอย่างไร โดยทำการศึกษาจากโรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลในการจัดการเรียนรู้ทั้งด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลการศึกษาครั้งนี้จะนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบชี้นำตนเอง (Self-directed) การเรียนรู้แบบคู่คิดคู่ปรึกษา (Peer Supervision; Buddy Learning) และการเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Collaborative

Learning; Group Process) เพื่อการนำสู่แนวทางในการปรับเปลี่ยนและต่อยอดกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลกระทบหลายมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์และการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นแต่พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการและภาวะทุพพลภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รายจ่ายด้านสวัสดิการของรัฐเพื่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มิติด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่มีปัญหาสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวที่พบมากที่สุด (ร้อยละ ๕๘) เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และมีภาวะติดเตียง (ร้อยละ ๒) มีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายออกจากบ้านไม่สะดวก (ร้อยละ ๑๙) มีปัญหาการได้ยิน การสื่อความหมาย การมองเห็น การเรียนรู้ ปัญหาด้านจิตใจและสติปัญญา มีภาวะโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดำเนินของโรคนาน มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัว(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘) สถิติระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓ ประเทศไทย มีผู้เป็นโรคเรื้อรังจำนวน ๓,๐๙๓,๕๔๖ คน มีภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง (อัมพาต ท้องหงส์ และคณะ, ๒๕๕๕) โรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ ๕ อันดับแรกได้แก่ โรคความดันและไขมันในเลือดสูง เบาหวาน กระดูกและข้อ โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์ อัมพาต (คณะอนุกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ, ๒๕๕๘) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน นอกจากทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาครอบครัวและรัฐแล้วยังมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคเรื้อรังอีกด้วย (WHO, ๒๐๑๓) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทยต้องมีการผสมผสาน บูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริมแกนนำผู้สูงอายุ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งที่พึ่งตนเองได้และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้เนื้อหาการเรียนรู้ต้องสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริงตามความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเนื้อหาสาระที่สำคัญแบ่งออกเป็น ๕ ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย โรงเรียนผู้สูงอายุในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งสถานที่รูปแบบ และวิธีการขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่และความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละแห่ง เนื้อหาความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้มีความหลากหลาย บางแห่งมีความเข้มแข็งสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลายแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง ยั่งยืน และไม่มีแนวทางในการดำเนินการที่เพียงพอเหมาะสม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลาง มีประชากร ๕,๒๒๐ คน มีผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๐๐๕ คน ร้อยละ ๑๙.๒๕ ของประชากร ซึ่งเห็นได้ว่าจะมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในเวลาอันใกล้นี้ พบว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแล ทำให้มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย ไร้คุณค่า เกิดภาวะตึงเครียด เศร้าหมอง วิตกกังวล ซึมเศร้าเล็กน้อยเนื่องจากขาดผู้ดูแล ด้านร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติโดยมีสภาพร่างกายเปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง ร่างกายอ่อนแอลง เจ็บป่วยง่าย ขาดความคล่องแคล่ว การเคลื่อนไหวเมื่อเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น ลื่นล้ม อาจส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายรุนแรง

ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้,ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม:≥๑๒ คะแนน) ๘๑๖ คน คิดเป็น ๘๑.๑๙ %

กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง,มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน ๑๔๑ คน คิดเป็น ๑๔.๐๒ %

กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง,มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย ๓๐ คน คิดเป็น ๒.๘๘ %

(กลุ่มติดบ้าน ADL:๕-๑๑)

กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วย ๑๔ คน คิดเป็น ๑.๓๙ %

กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ๔ คน คิดเป็น ๐.๓๙ % (กลุ่มติดเตียง ADL:๐-๔)

๓.๒ แนวความคิด / ทฤษฎี

ในการพัฒนากระบวนการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน รูปแบบการพัฒนาใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนากระบวนการครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพหุพลัง (active ageing) ขององค์การอนามัยโลกปี ๒๐๐๒ ประกอบไปด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สุขภาวะ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) และองค์ประกอบการบริหารจัดการเรียนรู้ ๓ ด้าน ได้แก่ด้าน “โครงสร้าง” (Structure) “กระบวนการ” (Process) และ “ผลลัพธ์” (Outcome) ด้านโครงสร้าง แสดงถึงลักษณะของสถานที่ในการให้บริการรวมถึง ทรัพยากรทั้งเครื่องมืออำนวยความสะดวก เงิน ทรัพยากรบุคคล เช่น จำนวนบุคลากรและคุณวุฒิ และโครงสร้างองค์กร (Organizational structure) เช่น โครงสร้างองค์กร เจ้าหน้าที่การบริหารงาน กระบวนการแสดงถึงการกระทำที่เกิดขึ้นจริงในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการแสวงหาความรู้และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และผู้ทำหน้าที่ในการจัดการเรียนรู้ทั้งด้านสุขภาวะ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลลัพธ์ เป็นสิ่งที่เกิดตามมาจากการการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการแสวงหาความรู้และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และผู้ทำหน้าที่ในการจัดการเรียนรู้ได้แก่ แนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่หลักการจัดการเรียนรู้ทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เช่น กระบวนการคิดและจัดประสบการณ์ บรรยากาศ และหลักสูตร เพราะหา การมีโครงสร้างที่ดีย่อมนำมาซึ่งกระบวนการที่ดี และเมื่อมีกระบวนการที่ดีย่อมนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์กัน

การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) เป็นแนวคิดสำคัญที่มุ่งพัฒนาทักษะ ความรู้ และความสามารถของบุคคลตลอดชีวิต เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีดังนี้

๑. แนวคิดของการเรียนรู้ตลอดชีวิต • UNESCO (๑๙๗๒): The Faure Report
แนวคิดนี้มองว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต เน้นการพัฒนาทั้งด้านบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ โดยเน้นการบูรณาการระหว่างการเรียนรู้ในระบบ (formal education) การเรียนรู้นอกระบบ (non-formal education) และการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ (informal education)

• อ้างอิง: Faure, E. et al. (๑๙๗๒). Learning to Be: The World of Education Today and Tomorrow. UNESCO.

๒. ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) • Malcolm Knowles (๑๙๘๐): Andragogy

ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นวิธีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โดยเสนอว่าผู้ใหญ่มีลักษณะการเรียนรู้ที่แตกต่างจากเด็ก เน้นความจำเป็นในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริง การเรียนรู้ด้วยตัวเอง (self-directed learning) และการนำประสบการณ์มาใช้ในการเรียนรู้

• อ้างอิง: Knowles, M. S. (๑๙๘๐). The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy.

๓. ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) • Jean Piaget และ Lev Vygotsky
ทฤษฎีนี้มองว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสร้างความหมายด้วยตนเองผ่านประสบการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสภาพแวดล้อม การเรียนรู้ตลอดชีวิตจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่จากประสบการณ์และปฏิบัติจริง

• อ้างอิง: Vygotsky, L. S. (๑๙๗๘). Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes.

๔. ทฤษฎีการเรียนรู้ในชุมชนปฏิบัติ (Communities of Practice) • Etienne Wenger (๑๙๙๘) แนวคิดนี้มุ่งเน้นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน การสร้างเครือข่าย การเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันได้

• อ้างอิง: Wenger, E. (๑๙๙๘). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*.

๕. Health Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินผล และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมและนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นแนวคิดที่สำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและสังคม ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy มีดังนี้:

๑. Nutbeam's Model of Health Literacy (๒๐๐๐) Nutbeam ได้เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมี ๓ ระดับ:

๑.๑ Functional Health Literacy : ความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ พื้นฐาน เช่น ป้ายกำกับยา หรือคำแนะนำทางการแพทย์

๑.๒ Interactive Health Literacy : ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารกับบุคคลอื่นในสถานการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การพูดคุยกับแพทย์

๑.๓ Critical Health Literacy : ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพในเชิงลึก เพื่อใช้ในการตัดสินใจที่ซับซ้อน เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโรค

อ้างอิง:Nutbeam, D. (๒๐๐๐). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the ๒๑st century. *Health Promotion International*, ๑๕(๓), ๒๕๙-๒๖๗.

๒. Paasche-Orlow and Wolf Model of Health Literacy (๒๐๐๗) แบบจำลองนี้มองความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเชื่อมโยงกับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่:

๒.๑ ทักษะส่วนบุคคล เช่น ความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ

๒.๒ ระบบสุขภาพ เช่น ความซับซ้อนของข้อมูลที่บุคคลได้รับ

๒.๓ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

อ้างอิง:Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (๒๐๐๗). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, ๓๑(๑), S๑๙-S๒๖.

๓. Rudd's Health Literacy Framework (๒๐๑๐)Rudd เสนอกรอบแนวคิดที่เน้น ความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Disparities) โดยเชื่อว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลจาก:

๓.๑ ทักษะการรู้หนังสือพื้นฐาน เช่น การอ่านเขียน

๓.๒ ระบบสุขภาพที่ซับซ้อน ซึ่งอาจเพิ่มอุปสรรคสำหรับคนที่มีความรอบรู้ต่ำ

๓.๓ ความไม่เท่าเทียมในโครงสร้างสังคม เช่น การศึกษา และเศรษฐกิจ

อ้างอิง:Rudd, R. E. (๒๐๑๐). Improving Americans' health literacy. *New England Journal of Medicine*, ๓๖๓(๒๔), ๒๒๘๓-๒๒๘๕.

๔. Integrated Model of Health Literacyแบบจำลองนี้รวมองค์ประกอบทั้งด้านบุคคล (เช่น ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านเขียน) และปัจจัยทางสังคม (เช่น ความพร้อมของข้อมูล) โดยเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชนและองค์กร

อ้างอิง:Sørensen, K., et al. (๒๐๑๒). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, ๑๒(๑), ๘๐.

แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Promotion)

๑. การศึกษาและการสื่อสาร

๒. ใช้ภาษาที่ง่ายและชัดเจนในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชน
๔. ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาความเข้าใจด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของ Health Literacy

๑. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (Access):

ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น การอ่านบทความสุขภาพหรือค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต

๒. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand): การเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ ข้อมูลสุขภาพ หรือ ฉลากยา

๓. การประเมินข้อมูลสุขภาพ (Evaluate): ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เหมาะสม

๔. การนำไปใช้ (Apply): ความสามารถในการปรับใช้ความรู้ด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ความสำคัญของ Health Literacy

๑. การส่งเสริมสุขภาพ: ผู้ที่มี Health Literacy สูงจะมีความสามารถในการป้องกันโรค และดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

๒. การจัดการโรคเรื้อรัง: ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การควบคุมเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

๓. ลดต้นทุนการรักษาพยาบาล: การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยลดความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น

ประเภทของ Health Literacy

๑. Functional Health Literacy: ความสามารถพื้นฐานในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น ฉลากยาและคำแนะนำจากแพทย์

๒. Interactive Health Literacy: ความสามารถในการใช้ทักษะสื่อสารและปฏิสัมพันธ์เพื่อขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

๓. Critical Health Literacy: ความสามารถในการประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อ Health Literacy

๑. ระดับการศึกษา
๒. ความพร้อมทางภาษา
๓. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
๔. ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
๕. ความซับซ้อนของข้อมูลด้านสุขภาพ

การพัฒนา Health Literacy

๑. การให้ความรู้: ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผ่านกิจกรรม การอบรม หรือการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย
๒. การปรับปรุงการสื่อสารทางการแพทย์: เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือการใช้ภาพประกอบเพื่ออธิบายข้อมูล
๓. การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี: ใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

ตัวอย่างอ้างอิง

- Nutbeam, D. (๒๐๐๐). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. Health Promotion International.

- Sørensen, K., et al. (๒๐๑๒). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.

Health Literacy มีบทบาทสำคัญในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่ข้อมูลด้านสุขภาพมีความหลากหลาย การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เพื่อให้การดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุมีแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาสภาพ ความต้องการในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร และแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอย่างไร โดยทำการศึกษาจากโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบล ในการจัดการเรียนรู้ทั้งด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลการศึกษาค้นคว้าจะนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบชี้นำตนเอง (Self-directed) การเรียนรู้แบบคู่มือคู่ปรึกษา (Peer Supervision; Buddy Learning) และการเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Collaborative Learning; Group Process) เพื่อนำสู่แนวทางในการปรับเปลี่ยนและต่อยอดกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

๓.๓ ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมควรมีองค์ประกอบ

๓.๓.๑ ด้านโครงสร้าง

๓.๓.๑.๑. ทีมพัฒนา

๑. ทีมปรึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ,สาธารณสุขอำเภอ
๒. หัวหน้าทีม แพทย์ประจำบ้าน (Family Med or Ncd) CM./CG.
๓. หัวหน้ากลุ่มงาน Ncd. สังกัด สสอ./รพ./พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.
๔. ผู้แทนหน่วยงานท้องถิ่น (อบต./โรงเรียน)

๓.๓.๒ ด้านกระบวนการ

๓.๓.๒.๑ อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดระบบ เพิ่มสมรรถนะประเมินความเสี่ยง
 ๓.๓.๒.๒ ประชุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามกลไก เพื่อสนับสนุนบริการ
 ๓.๓.๒.๓ ชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีหน้าที่วางแผน คัดเลือกสถานที่ จัดหางบประมาณ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์สนับสนุน จัดวางกำลังคน วางแผนการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๓.๓.๒.๔ ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายสังคม เช่น กลุ่มสนทนา หรือชมรมต่าง ๆ

๓.๓.๒.๕ สนับสนุนโครงการเรียนรู้ผู้สูงอายุผ่านหน่วยงานรัฐ องค์กรท้องถิ่น

๓.๓.๒.๖ มีศูนย์ผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมเรียนรู้ประจำ

๓.๓.๓ ด้านผลลัพธ์

๑. ด้านสุขภาพกาย

๑.๑ ลดความเสี่ยงโรคทางกาย: การเรียนรู้และกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ หรือการดูแลสุขภาพ ช่วยลดโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

๑.๒ ส่งเสริมการเคลื่อนไหว: การเรียนรู้ผ่านกิจกรรม เช่น การทำสมาธิ โยคะ หรือการทำงานฝีมือ ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นของร่างกาย

๒. ด้านสุขภาพจิต

๒.๑ ลดภาวะซึมเศร้าและความเครียด: การเรียนรู้ช่วยกระตุ้นสมอง ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

๒.๒ ป้องกันภาวะสมองเสื่อม: การกระตุ้นสมองผ่านการอ่าน การแก้ปัญหา หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ช่วยลดโอกาสเกิดอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม

๓. ด้านสังคม

๓.๑ ส่งเสริมความสัมพันธ์ในชุมชน: การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น เช่น การเข้าร่วมชั้นเรียนหรือกิจกรรมกลุ่ม สร้างโอกาสในการพบปะสังสรรค์ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

๓.๒ เสริมสร้างบทบาทในสังคม: ผู้สูงอายุที่มีความรู้และทักษะสามารถเป็นที่ปรึกษา ครู หรือมีบทบาทในชุมชน

๔. ด้านความสุขส่วนตัว

๔.๑ สร้างความรู้สึกเติมเต็มในชีวิต: การเรียนรู้ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและยังสามารถพัฒนาได้

๔.๒ กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์: การเรียนรู้ศิลปะ ดนตรี หรือกิจกรรมสร้างสรรค์ ช่วยเพิ่มความสุขและความเพลิดเพลินในชีวิต

การเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีความสุข และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และมีความหมายในทุกช่วงวัย ถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ผู้สูงอายุ มีการพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยมีชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน สามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้ สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารในระบบดิจิทัล และเทคโนโลยีในเบื้องต้น สามารถใช้โปรแกรมแอปพลิเคชันสุขภาพจากโทรศัพท์ และสามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากระบบอินเทอร์เน็ตได้

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษา โรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอดงขุดม ได้แก่

๑. กลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กรณีศึกษา โรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอดงขุดม ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจจะมีภารกิจที่มาก อาจจะไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา จึงควรปรับเพิ่มกลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาด้วย

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการพัฒนา อาจจะต้องใช้ระยะเวลาที่มากและใช้การวิเคราะห์ข้อมูล จึงต้องมีการจัดการระบบการเก็บข้อมูลให้เหมาะสมและสอดคล้องกัน

๓.๕ แนวทางแก้ไข

การจัดการเรียนรู้ทั้งด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงปลอดภัย ผลการผลการดำเนินการครั้งนี้จะนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมายในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแนวทางส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัย ทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบชี้นำตนเอง การเรียนรู้แบบคู่คิดคู่ปรึกษา และการเรียนรู้เป็นกลุ่ม เพื่อการนำสู่แนวทางในการปรับเปลี่ยนและต่อยอดกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ ๑ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยการออกแบบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเดชอุดมประกอบด้วย

๑. สถานการณ์ของการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

๒. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี

๒ ระยะเวลา คือ

๒.๑ ระยะเวลาเตรียมดำเนินการ ประกอบด้วย

๑) เก็บรวบรวมข้อมูลการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานีในระยะ ๑ เดือน ก่อนการพัฒนา

๒) ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และกลวิธีดำเนินการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานีดังนี้

๒.๑) เตรียมความพร้อมองค์ความรู้ อุปกรณ์ การสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรม

๒.๒) กลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

๒.๓) การศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารก่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

๒.๒ ระยะเวลาดำเนินการ

๑) การวางแผนปฏิบัติการ ได้แก่

๑.๑) การประชุมนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อประกอบการตัดสินใจและการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๑.๒) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของนักเรียนผู้สูงอายุ โดยกระบวนการกลุ่ม และการตัดสินใจเลือกดำเนินโครงการ โดยการแบ่งกลุ่มในการพัฒนากระบวนการออกเป็น ๔ กลุ่ม ๆ ละ ๕ คน ซึ่งในแต่ละกลุ่มให้มีการผสมผสานและมีการกระจายของบุคคลที่มาจากแหล่งเดียวกันให้กระจายไปแต่ละกลุ่ม

ขั้นตอนที่ ๓ การปฏิบัติการตามแผนงาน ได้แก่

๓.๑) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน ๑ วัน เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การสอนการอธิบายแนะนำความรู้โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการบริหารงาน เป็นกระบวนการพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้เรื่องภาวะคุณภาพชีวิต ทักษะคิดต่อการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามแผนงานและแนวทางการพัฒนาที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

๓.๒) การประชุมติดตามและประเมินผลการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคล การสังเกต และบันทึกข้อมูล เดือนละ ๑ ครั้ง ติดต่อกัน ๓ เดือน

ขั้นตอนที่ ๔ การสังเกตผลการปฏิบัติการ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนงานทุกขั้นตอน โดยการสังเกต การประชุมร่วมกันระหว่าง นักเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้รับบริการในพื้นที่ โดยการจดบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ ๕ การสะท้อนผลการปฏิบัติการ ได้แก่

๕.๑) เป็นการทบทวนกระบวนการพัฒนา และผลการปฏิบัติตามแผนงานทุกขั้นตอน ถึงการกระทำตามที่ได้สังเกต และข้อมูลบันทึกไว้ นำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

๕.๒) สรุปปัญหาอุปสรรค การวางแผนแก้ไข เพื่อการพัฒนา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เชิงคุณภาพ

๔.๑.๑ ประโยชน์ต่อหน่วยงาน/ชุมชน

๑. ทราบถึงบริบทการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี

๒. มีกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร ชุมชน ที่เกี่ยวข้องในการบริหารงานโรงเรียนผู้สูงอายุ

๓. สามารถเป็นต้นแบบในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแก่หน่วยงาน/ตำบลอื่นๆ ได้

๔.๑.๒ ประโยชน์ต่อบุคคล

๑. ผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยมีชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน

๒. ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตผู้สูงอายุให้มีทักษะและความรู้ที่ช่วยให้พวกเขาดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความมั่นใจในตนเอง และสามารถปรับตัวในสังคมปัจจุบันได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตและศักยภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงบริการ

๓. ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความสุข และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในสังคม โดยผู้สูงอายุสามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวและชุมชน

๔. การเรียนรู้ทักษะใหม่ ผู้สูงอายุจะสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นหาข้อมูล ติดต่อสื่อสาร หรือ ทำกิจกรรมที่สร้างคุณค่าในชีวิตได้มากขึ้น

๕. คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีศักยภาพในการบริหารจัดการหลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นรูปธรรมทั้งด้านการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพ การเงิน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยี

๔.๒ เจริญปริมาณ

๔.๒.๑ ร้อยละ ๙๐ นำแนวทางการพัฒนาการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกลาง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตมากขึ้น เป็น ๓๐-๕๐% ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

๔.๒.๒ ร้อยละ ๙๐ นำการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อนำไปใช้

๔.๒.๓ ร้อยละ ๙๐ นำกลุ่มผู้สูงอายุสู่แนวทางในการปรับเปลี่ยนและต่อยอดกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้เหมาะสม และ ๗๐-๘๐% ของผู้เข้าร่วมสามารถแสดงผลสำเร็จในการเรียนรู้ เช่น การใช้เทคโนโลยีหรือทักษะที่สอนในโครงการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ เจริญคุณภาพ

๕.๑.๑ ผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาทักษะ และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยมีชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน ผู้สูงอายุมีความสุขและสนุกกับการเรียนรู้ในรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง

๕.๑.๒ มีการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตและศักยภาพ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ใหม่ไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลสุขภาพ หรือการจัดการชีวิต

๕.๑.๓ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ลดความเครียด เพิ่มความกระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการจัดการชีวิตและสุขภาพของตนเอง, การลดความรู้สึกลดเดี่ยว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยงกับสังคม มีปฏิสัมพันธ์และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชนหรือกลุ่มการเรียนรู้

๕.๑.๔ มีคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุมีศักยภาพในการบริหารจัดการหลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทั้งในครอบครัว และชุมชนอื่น

๕.๒ เจริญปริมาณ

๕.๒.๑ ร้อยละ ๙๐ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกลาง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี นำแนวทางการพัฒนาการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลกลาง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๒.๒ ร้อยละ ๙๐ มีผู้สูงอายุที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการ ของเป้าหมาย

๕.๒.๓ ร้อยละ ๘๐ จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

๕.๒.๔ ร้อยละ ๖๐ จำนวนผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมหรือทักษะใหม่ที่ได้รับจากโครงการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณนี้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมี
 บทบาทในสังคมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยพัฒนาสังคมให้รองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

(ลงชื่อ)

(นางสุจิตรา บัวขาว)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๕ / ๑๒ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้านการบริหาร บริการวิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม การบริหารจัดการงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความเข้าใจและสามารถนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Kemmis และ McTaggart (๑๙๘๘) มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดหลักในการวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่อาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน เริ่มต้นโดยชุมชนเอง ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน ค้นหาปัญหาของชุมชน หาทางออกร่วมกัน และร่วมรับผลการพัฒนา เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการตามสถานการณ์ เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคก็แก้ไขไปพร้อม ๆ กันกับการพัฒนางาน เกิดการเรียนรู้และมีบทเรียนในการแก้ไขปัญหา มีแนวทางแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสนับสนุนให้ชาวบ้านหรือชุมชนหรือผู้เข้าร่วมขบวนการวิจัยมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์ เกี่ยวกับการวิเคราะห์ถึงปัญหา การแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ โดยร่วมกันวางแผน และกำหนดกิจกรรมตามแผนหรือโครงการ ตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ ๔ ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) และองค์ความรู้ที่จำเป็นในการศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย ๑. แนวคิดเกี่ยวกับมูลฝอย ๒. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ๓. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ๔. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ ๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับแนวโน้มจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เมื่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ความต้องการในการใช้ทรัพยากรก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดของเสียจำนวนมากจากกิจกรรมประจำวันของมนุษย์ (จิปาถะ แพงแพน และอัจฉรา พจนารักษ์, ๒๕๔๔:๑) ซึ่งทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มสูงขึ้น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย ๐.๖๙ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน หรือมีปริมาณขยะมูลฝอยในเขตเมืองทั่วประเทศประมาณ ๑๓,๕๐๐ ตันต่อวัน โดยคาดการณ์ว่าปริมาณขยะมูลฝอยในเขตเมืองทั่วประเทศจะเพิ่มขึ้นถึง ๓๐,๐๐๐ ตันต่อวัน (ประภาพร พะยอมใหม่, ๒๕๔๗:๑; อ้างอิงจาก สมาน มานะกิจ, ๒๕๔๐:๑) ในปี ๒๕๔๖ จังหวัดอุบลราชธานีมีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย ๑๒๒.๕ ตันต่อวัน โดยอำเภอตระการพืชผลมีปริมาณขยะมูลฝอย ๗.๕ ตันต่อวัน หรือประมาณ ๐.๑๒ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน (สำนักงานสถิติ จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๔๘: ไม่มีเลขหน้า)

ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ และทุกคนจำเป็นต้องร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับของชุมชน ปัญหาขยะที่เกิดขึ้นในชุมชนมักเกิดจากการขาดความตระหนักรู้ ขาดจิตสำนึกในการจัดการขยะที่เหมาะสม และการขาดแนวทางในการปฏิบัติด้านการจัดการขยะ ซึ่งทำให้การจัดการขยะในแต่ละชุมชนแตกต่างกันออกไป (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๐: ไม่มีเลขหน้า) องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่ทั้งหมด ๕๔ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๙,๓๕๐ ไร่ โดยมีลักษณะเป็นชุมชนที่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ประกอบด้วยครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กันในระบบเครือญาติ พี่พาทอาศัยกันและกัน โดยมีหมู่บ้านในพื้นที่ปกครองจำนวน ๑๔ หมู่บ้าน มีจำนวนครัวเรือน ๑,๖๓๒ ครัวเรือน และประชากร ๗,๗๕๖ คน (องค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง, ๒๕๕๐: ไม่มีเลขหน้า)

ในส่วนของการจัดการขยะมูลฝอย หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก คือ สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ไม่มีระบบการจัดการขยะมูลฝอยภายในชุมชน แต่ละครัวเรือนจะจัดการขยะมูลฝอยด้วยตนเอง โดยการนำไปทิ้งหรือเผาที่ท้ายหมู่บ้านหรือในสถานที่ลับตา (เขตพงษ์ มงคลพันธ์, ๒๕๔๔: บทคัดย่อ) ประเภทของขยะมูลฝอยในครัวเรือนส่วนใหญ่ ได้แก่ เศษอาหาร ใบไม้ เศษผัก ถุงพลาสติก เศษกระดาษ ขวดแก้ว และวัสดุต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้มักก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อหลายด้าน (เปรมจิต สีกัน, ๒๕๔๖:๓๘; วรวรรณ นาสมโภชน์, ๒๕๕๐:๙๐-๙๑) เช่น เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคต่าง ๆ และแมลงนำโรค ซึ่งหากมีการจัดการหรือกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่เป็น การเก็บสะสมความรุนแรงของปัญหาไว้ และกลายเป็นปัญหาสำคัญต่อมนุษย์ในระยะยาว (บันเทิง เพียรคำ, ๒๕๓๙: ๒๖) ทำลายทัศนียภาพก่อให้เกิดเหตุรำคาญ ปัญหาเรื่องกลิ่นและแมลงรบกวน และนับวันปริมาณขยะมูลฝอยที่กำจัดไม่หมดก็เพิ่มมากขึ้น (สุภศักดิ์ เมืองพรหม, ๒๕๔๗: ๒)

จากปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนดังกล่าว ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัย หรือสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในเขตดังกล่าวและทางองค์การบริหารส่วนตำบล มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย นำข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ให้สูงขึ้น

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียด ขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย มีรูปแบบการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๔.๒.๑ รูปแบบการวิจัย

๔.๒.๒ กลุ่มเป้าหมาย

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๔.๒.๔ การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

๔.๒.๕ การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔.๒.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๒.๗ จริยธรรมในการวิจัย

๔.๒.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก นำแนวคิด นำแผนงาน หรือนำโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีผลประโยชน์ร่วม (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นหลักโดยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาวางแผนดำเนินงานลงมือเพื่อดำเนินงานตามกิจกรรม และประเมินผลที่เกิดขึ้นแล้วนำผลการดำเนินงานไปวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๑ รูปแบบการวิจัย

ในรอบต่อไป ตามแบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(The Action Research Spiral) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)เพื่อศึกษากระบวนการจัดการมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ได้มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้มา ๑ หมู่บ้าน โดยการคัดเลือกบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน ๑๑๑ ครัวเรือน เป็นกลุ่มศึกษาที่มีคุณสมบัติดังนี้

- ๑) เป็นชุมชนที่มีปัญหาการจัดการมูลฝอย
- ๒) มีการรวมกลุ่มชุมชนที่เข้มแข็งสามารถให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมได้
- ๓) มีผู้นำชุมชนสามารถให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมได้
- ๔) มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในชุมชนนั้น
- ๕) มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) อยู่ในชุมชนนั้น

ขั้นตอนที่ ๒ ได้คัดเลือกกลุ่มผู้นำชุมชน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน ๒๕ คน ประกอบด้วย

- ๑) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน ๑ คน
- ๒) คณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน ๑๐ คน
- ๓) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชนเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุน จำนวน ๒ คน
- ๔) อสม. จำนวน ๘ คน
- ๕) ผู้นำคุ้ม จำนวน ๔ คน

ขั้นตอนที่ ๓ เลือกกลุ่มตัวแทนครัวเรือน ครัวเรือนละ ๑ คน จำนวน ๑๕ ครัวเรือน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวแทนครัวเรือน โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- ๑) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)
 - ๑.๑) เป็นผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้นำชุมชน
 - ๑.๒) เป็นผู้ที่ยังอาศัยอยู่ในหมู่บ้านอย่างน้อย ๕ ปี
 - ๑.๓) เป็นผู้มีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป
 - ๑.๔) เป็นผู้มีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี
 - ๑.๕) เป็นผู้ที่สื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
 - ๑.๖) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ๒) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)
 - ๒.๑) เป็นผู้พิการทางหูตา สติปัญญา
 - ๒.๒) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โรคแทรกซ้อนในระดับที่รุนแรง
 - ๒.๓) เป็นผู้ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๒ กลุ่มเป้าหมาย (ต่อ)

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้นำชุมชน จำนวน ๒๕ คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือนโดยการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การตัดเข้า-ตัดออก จำนวน ๑๕ คน รวมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทั้งหมด ๔๐ คน

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปรที่จะศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ดังนี้

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณครั้งนี้ คือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ด้านข้อมูลทั่วไป จำนวน ๑๐ ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามลักษณะทางประชากรจำนวน ๖ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับมูลฝอย จำนวน ๔ ข้อ ได้แก่ การได้รับข่าวสาร วิธีการทิ้ง วิธีการจัดการและปริมาณมูลฝอยต่อสัปดาห์

ส่วนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย มีจำนวนทั้งสิ้น ๒๐ ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูก จะได้ ๑ คะแนน ตอบผิดจะได้ ๐ คะแนน ความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ ๐ คะแนน และมีค่าสูงสุด ๒๐ คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความรู้ของกลุ่มประชากร โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น ๓ ระดับ โดยพิจารณาใช้เกณฑ์ของ (Bloom BS, ๑๙๘๖) กำหนดให้

คะแนนร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป (มากกว่า/เท่ากับ ๑๖ คะแนน) อยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ ๖๐ - ๗๙ (๑๒ - ๑๕ คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (น้อยกว่า/เท่ากับ ๑๑ คะแนน) อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ ๓ การปฏิบัติในการจัดการมูลฝอย เป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) (นัยนา เดชะ, ๒๕๕๗) แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน ๒๕ ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ๓ ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ		
ระดับการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ		
คะแนน	คะแนน		
- ประจำ	๓	- ประจำ	๑
- บางครั้ง	๒	- บางครั้ง	๒
- ไม่เคย	๑	- ไม่เคย	๓

เกณฑ์การแปรผลคะแนนใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (๑๙๘๑ อ้างถึงในธัญลักษณ์ โสภา, ๒๕๕๖) ในการแบ่งระดับการปฏิบัติ ๓ ระดับ ดังนี้

หลักการพิจารณาระดับการปฏิบัติ (รายชื่อ)

$$\text{ค่าความต่างระดับ} = \frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

$$= \frac{๓-๑}{๓} = ๐.๖๖$$

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

แปลความหมายตามเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๒.๓๔ - ๓.๐๐ หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๖๗ - ๒.๓๓ หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๐๐ - ๑.๖๖ หมายความว่า ระดับน้อย

เกณฑ์ในการแปลความหมายของระดับการปฏิบัติตามค่าคะแนนรายบุคคลก่อนการศึกษา แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean + S.D. (มากกว่า ๔๙.๑๔) หมายความว่า ระดับสูง

คะแนนระหว่าง Mean ± S.D. (ระหว่าง ๔๔.๐๒ - ๔๙.๑๔) หมายความว่า ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D. (น้อยกว่า ๔๔.๐๒) หมายความว่า ระดับน้อย

เกณฑ์ในการแปลความหมายของระดับการปฏิบัติตามค่าคะแนนรายบุคคลหลังการศึกษา แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean + S.D. มากกว่า ๕๖.๙๖ หมายความว่า ระดับสูง

คะแนนระหว่าง Mean ± S.D. ระหว่าง ๕๒.๙๐ - ๕๖.๙๖ หมายความว่า ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D. น้อยกว่า ๕๒.๙๐ หมายความว่า ระดับต่ำ

ส่วนที่ ๔ การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย เป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) (นัยนา เดชะ, ๒๕๕๓) มีการแบ่งออกเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน ๒๕ ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์ การให้คะแนน ๕ ระดับ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	คะแนน
มากที่สุด	๕ คะแนน
มาก	๔ คะแนน
ปานกลาง	๓ คะแนน
น้อย	๒ คะแนน
น้อยที่สุด	๑ คะแนน

เกณฑ์การแปรผลคะแนนใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best (๑๙๘๑ อ้างถึงในธัญลักษณ์ โสภา , ๒๕๕๖) ในการแบ่งระดับการมีส่วนร่วม ๓ ระดับ ดังนี้

หลักการพิจารณาระดับการมีส่วนร่วม (รายชื่อ)

ค่าความต่างระดับ = $\frac{\text{จำนวนคะแนนสูงสุด} - \text{จำนวนคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$

$$= \frac{๕-๑}{๕} = ๐.๘$$

๕

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

แปลความหมายตามเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๔.๒๑ - ๕.๐๐ หมายความว่า ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๓.๔๑ - ๔.๒๐ หมายความว่า ระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๒.๖๑ - ๓.๔๐ หมายความว่า ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๘๑ - ๒.๖๐ หมายความว่า ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๐๐ - ๑.๘๐ หมายความว่า ระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการแปลความหมายของระดับการมีส่วนร่วมตามค่าคะแนนภาพรวมรายบุคคลก่อนการศึกษา แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean + S.D. (มากกว่า ๗๓.๗๐) หมายความว่า ระดับสูง

คะแนนระหว่าง Mean \pm S.D. (ระหว่าง ๕๖.๔๐ - ๗๓.๗๐) หมายความว่า ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D. (น้อยกว่า ๕๖.๔๐) หมายความว่า ระดับต่ำ

เกณฑ์ในการแปลความหมายของระดับการมีส่วนร่วมตามค่าคะแนนภาพรวมรายบุคคลหลังการศึกษา แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า Mean + S.D. (มากกว่า ๘๙.๔๕) หมายความว่า ระดับสูง

คะแนนระหว่าง Mean \pm S.D. (ระหว่าง ๘๔.๐๑ - ๘๙.๔๕) หมายความว่า ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่า Mean - S.D. (น้อยกว่า ๘๔.๐๑) หมายความว่า ระดับต่ำ

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

๒.๑) แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ(In-formal interviews) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ พูดคุยทั่วไปแต่มีจุดมุ่งหมายว่าต้องการข้อมูลเรื่องใด โดยทำการสัมภาษณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชาวบ้านเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยที่ผ่านมาการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหามูลฝอยในชุมชน

๒.๒) การประชุมเชิงปฏิบัติ (Workshop) เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินงานการจัดการมูลฝอย และเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักในปัญหานอกจากนี้ยังทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเนื้อหาในการสนทนาประกอบด้วยวิเคราะห์สถานการณ์มูลฝอยทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต สาเหตุของปัญหาในชุมชน ผลกระทบของปัญหามูลฝอยหน่วยงานที่เข้ามาดำเนินการจัดการมูลฝอย การสนับสนุน หรือบริการต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยปัญหาและอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยแนวทางในการแก้ปัญหาการจัดการมูลฝอย ในชุมชนให้ดีขึ้น

๒.๓) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนครัวเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง

๒.๔) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการจัดบันทึก (Record) เป็นการสังเกต จัดบันทึกพร้อมกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการจัดการมูลฝอยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๔ การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

๔.๑ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

๔.๑.๑ ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง ดังนี้

๑. นายชนะ หอมจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอ ตระการพิชผล

๒. ดร.วิชิต พุ่มจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน สาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. นายวิษณุพร รุ่งเรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตระการพิชผล

๔.๑.๒ กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยยึดตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการแนวคิดทฤษฎีเพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิด

๔.๑.๓ สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับตอบคำถาม ในแต่ละข้อ

๔.๑.๔ นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง ๓ ท่านทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด มีความสอดคล้องกันตามเนื้อหาตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา เพื่อเสนอแนะกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) (วรรณะ ชูศรีขาว, ชัยยง ขามรัตน์ , ไพศาล วรสถิตย์ , ๒๕๕๓ : ๖๑ อ้างอิงจาก ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ, ๒๕๓๙)

เหมาะสม ให้ ๑ คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ ๐ คะแนน

ไม่เหมาะสม ให้ - ๑ คะแนน

นำมาคำนวณโดยใช้สูตร $IOC = \frac{[\sum R]}{N}$

N

เมื่อ R = ผลคะแนนรายข้อของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า IOC รายข้อ เท่ากับ ๑

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๔ การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย (ต่อ)

ข. ความเชื่อมั่น(Reliability)

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดสอบ (Try Out) จำนวน ๓๐ ชุด กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตามความต้องการ ตลอดจนมีความเหมาะสมหรือไม่ ยากง่ายเพียงใด จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมากกว่า ๐.๗ จึงจะถือได้ว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ โดยค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๖ นำเครื่องมือที่ได้ไปปรับปรุงและจัดทำฉบับสมบูรณ์นำไปใช้จริงต่อไป

๔.๒ การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) สอบถามกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คริวเรือน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่จะศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น(Reliability) ซึ่งผลการทดลองใช้ มีดังนี้

๑) ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย เท่ากับ ๐.๘๘

๒) ค่าความเชื่อมั่นด้านการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอย เท่ากับ ๐.๗๘

๓) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอย เท่ากับ ๐.๙๒

ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้ มีความเชื่อถือได้ โดยที่ค่าความเชื่อมั่น(Reliability) มีค่าตั้งแต่ ๐.๗๕ ขึ้นไป สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

๔.๓ การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปแต่ละประเด็นปัญหา ได้จากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ(In-formal interviews) การประชุมเชิงปฏิบัติการ(Workshop) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

๔.๒.๕ การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. การดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

๑) เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

๒) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๓) ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

๔) เตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมวิจัย ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบล ท่าหลวงและชุมชนบ้านท่าหลวง เพื่อสร้างความคุ้นเคยพร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๕ การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

๕) ดำเนินการวิจัยในเบื้องต้น ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียนสถิติรายงาน ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการจัดการมูลฝอย ของหมู่บ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาบริบทชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) แนวคิดและทฤษฎีแนวคิดของ Kemmis & McTargart (วีระยุทธ ชาติกาญจน์ , ๒๕๕๘) ในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การวางแผน (Planning)

(๑) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

(๒) ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม และวิเคราะห์สภาพปัญหาและสาเหตุปัญหาของชุมชน รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหา โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ(In-formal interviews)

(๓) ขั้นประชุมวางแผนและจัดทำแผนปฏิบัติการคือประชุมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการโดยเสนอโครงการวางแผนการดำเนินการร่วมกัน จัดตั้งผู้รับผิดชอบหลัก เพื่อประสานงานและรับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมตามแผน

ขั้นตอนที่ ๒ การปฏิบัติการ(Action) จากการที่ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการพัฒนา โดยมีการจำแนกกิจกรรมแบ่งออกเป็น ๔ โครงการได้แก่ โครงการรณรงค์คัดแยกมูลฝอยในครัวเรือน โครงการถนนชุมชนสะอาดด้วยสองมือเรา โครงการศูนย์แหล่งเรียนรู้ในการจัดการ มูลฝอย และโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยในชุมชน

ขั้นตอนที่ ๓ การสังเกตการณ์ (Observing) ซึ่งผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้ร่วมกัน สังเกตผลในกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ ในส่วนของผลการดำเนินการที่ต้องวัดผลก่อนและหลังการหลังดำเนินการได้แก่ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ด้านการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอย ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการซึ่งผู้วิจัยทำการประเมินผล ก่อนการดำเนินงาน (Pre -Test) ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นวางแผน และประเมินผล หลังการดำเนินงาน (Post -Test) หลังการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาชุมชน

ขั้นตอนที่ ๔ การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ประเมินผลการดำเนินงานและร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคแนวทางแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนในการพัฒนาและนำแผนที่ปรับปรุงไปสู่การปฏิบัติต่อไป

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

๑) ประสานหนังสือ เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒) ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตตำบลท่าหลวง เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓) ประชุมชี้แจงรายละเอียดผู้ช่วยเก็บข้อมูล เพื่ออธิบายการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ครบถ้วนและถูกต้อง

๔) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

๕) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๕ การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

๖) มีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ(In-formal interviews) โดยสนทนาซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบเป็นกันเอง

๗) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจัดบันทึก (Observation and Record) ใช้ในการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยสังเกตและบันทึกกิจกรรมของผู้เข้าร่วมในการวิจัยและในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามขั้นตอนในการวิจัย

๘) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม ก่อน-หลังการศึกษา

๙) ได้นำแบบทดสอบทั้งหมดมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติต่าง ๆ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยคอมพิวเตอร์

๔.๒.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

๑.๑ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จากแบบทดสอบการดำเนินการปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอย โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

๑.๒ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบการดำเนินการปฏิบัติงานการจัดการมูลฝอยกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษา โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการโดยสนทนาซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบเป็นกันเอง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการประชุมเชิงปฏิบัติการการสนทนากลุ่มนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดหมวดหมู่ตามประเด็น แยกแยะและตีความข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

๔.๒.๗ จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่การรับรอง SSJ.UB ๐๐๕ วันที่รับรอง ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับและพิจารณา ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอน วิธีการระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แก่กลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและเน้นย้ำให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาขอถอนตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่อย่างใด

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอยบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๒.๑ เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานรูปแบบการจัดการมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๓ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานรูปแบบการจัดการมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๔ เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑) จากการศึกษาวิจัยมีข้อค้นพบสรุปผล ดังนี้

บ้านท่าหลวง เป็นชุมชนที่อยู่ในเขตการปกครองของตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีเนื้อที่ ๗๕๐ ไร่ มีจำนวนครัวเรือน ๑๑๑ ครัวเรือน มีจำนวนประชากร ๓๖๐ คน โดยแยกเป็นชาย ๑๖๑ คน หญิง ๑๙๙ คน จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานจัดการมูลฝอยบ้านท่าหลวง ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวงและผู้นำชุมชนในพื้นที่ตำบลท่าหลวง การจัดการมูลฝอยมีปริมาณมูลฝอยของตำบลท่าหลวง มีมูลฝอยที่เกิดขึ้นจริงเฉลี่ยประมาณ ๕-๗ ตัน/วัน มูลฝอยที่เก็บขนได้จำนวน ๔-๕ ตัน/อาทิตย์ เป็นปัญหาให้มีมูลฝอยสะสมตกค้างในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หากคิดเฉลี่ย อัตราการเกิดมูลฝอยเฉลี่ยต่อคน ในหมู่บ้านท่าหลวง มีอัตรามูลฝอยเฉลี่ยประมาณ ๐.๙ กก./คน/วัน และรถที่ใช้เก็บมูลฝอยจำนวน ๑ คันนี้ เป็นขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าหลวง ได้นำมูลฝอยไปกำจัดร่วมกับสถานที่กำจัดมูลฝอยเทศบาลตำบลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร วิธีการทิ้งมูลฝอย เรื่องการจัดการมูลฝอย และปริมาณมูลฝอยแต่ละประเภทโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๖๕.๐๐) เป็นเพศชาย (ร้อยละ ๓๕.๐๐) กลุ่มอายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๕๑-๖๐ ปี (ร้อยละ ๕๐.๐๐) โดยมีอายุเฉลี่ย ๕๕.๐๓ ปี อายุต่ำสุด ๓๕ ปี และอายุสูงสุด ๖๕ ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่หรือสมรส (ร้อยละ ๙๐.๐๐) รองลงมาคือหม้าย หรือหย่าหรือแยก (ร้อยละ ๗.๕๐) และโสด (ร้อยละ ๒.๕๐) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ ๔๗.๕๐) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ ๓๒.๕๐) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ ๑๕.๐๐) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ ๕.๐๐) อาชีพส่วนใหญ่จะเป็นเกษตรกร (ร้อยละ ๔๒.๕๐) รองลงมาคือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ ๒๕.๐๐) พ่อบ้านหรือแม่บ้าน (ร้อยละ ๑๗.๕๐) พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ ๗.๕๐) รับราชการ (ร้อยละ ๗.๕๐) รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๘๐.๐๐) โดยมีรายได้เฉลี่ย ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท รายได้ต่ำสุด ๙,๐๐๐ บาท และรายได้สูงสุด ๒๑,๐๐๐ บาท การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การจัดการมูลฝอยส่วนใหญ่เคยได้รับ (ร้อยละ ๗๒.๕๐) และไม่เคยได้รับ (ร้อยละ ๒๗.๕๐) วิธีการทิ้งมูลฝอย และการจัดการมูลฝอย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ต่อ)

ผลการศึกษาพบว่า วิธีการทิ้งมูลฝอยในครัวเรือนส่วนใหญ่ ทิ้งรวมกันในถุงเดียว (ร้อยละ ๗๐.๐๐) รองลงมาคือแยกมูลฝอยที่ขายได้และไม่ได้ก่อนทิ้ง (ร้อยละ ๓๐.๐๐) และวิธีการจัดการมูลฝอยส่วนใหญ่จะนำส่งต่อให้เทศบาล (ร้อยละ ๗๗.๕๐) รองลงมาคือเผา (ร้อยละ ๑๕.๐๐) ใส่ในหลุมมูลฝอย (ร้อยละ ๕.๐๐) และฝังกลบ (ร้อยละ ๒.๕๐) ปริมาณมูลฝอยแยกประเภทต่อครัวเรือนใน ๗ วัน ส่วนใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า มูลฝอยทั่วไปมีปริมาณมูลฝอยจำนวน ๐ - ๕ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) โดยมีปริมาณเฉลี่ย ๒.๕๓ ปริมาณต่ำสุด ๑ กิโลกรัม ปริมาณสูงสุด ๔ กิโลกรัม มูลฝอยอินทรีย์มีปริมาณสูงสุด จำนวน ๐ - ๕ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๔๗.๕๐) รองลงมาคือ จำนวน ๖ - ๑๐ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๔๕.๐๐) และมากกว่า ๑๐ กิโลกรัมขึ้นไปต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๗.๕๐) โดยมีปริมาณเฉลี่ย ๖.๓๘ ปริมาณต่ำสุด ๔ กิโลกรัม ปริมาณสูงสุด ๑๒ กิโลกรัม มูลฝอยรีไซเคิลมีปริมาณจำนวน ๑-๕ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) โดยมีปริมาณเฉลี่ย ๑.๘๐ ปริมาณต่ำสุด ๑ กิโลกรัม ปริมาณสูงสุด ๓ กิโลกรัม และมูลฝอยอันตรายส่วนมีปริมาณจำนวน ๐-๕ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) โดยมีปริมาณเฉลี่ย ๐.๓๓ ปริมาณต่ำสุด ๐ กิโลกรัม ปริมาณสูงสุด ๒ กิโลกรัม

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ๔ ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญห การดำเนินงานและการพัฒนาการจัดการมูลฝอยในชุมชนก่อให้เกิดโครงการพัฒนาชุมชน ศูนย์จัดการมูลฝอยอย่างต่อเนื่อง และพบว่าจาก สทนากลุ่ม ประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเสนอความคิดวิเคราะห์ประเด็นปัญหาร่วมกัน นำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการซึ่งแสดงออกถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างเต็มกำลังความสามารถ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ชุมชนมีความรักความสามัคคี ชาวบ้านมีความรู้ความเข้าใจและได้แนวทางในการจัดการมูลฝอยในชุมชนและครัวเรือนของตนเอง

จากการศึกษาผลการดำเนินงานกระบวนการจัดการมูลฝอยของชุมชนบ้านท่าหลวง ตำบลท่าหลวง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ และด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย ภาพรวมของกลุ่มเป้าหมาย ด้านความรู้ พบว่า หลังการศึกษากลุ่มเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และอยู่ในช่วงของระดับค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้ ($95\% \text{ CI}$) เนื่องจากได้รับความร่วมมือจาก ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ปัจจัยต่อความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอย จะเห็นได้ว่า ประชาชนมีส่วนร่วมให้ความร่วมมือ ในการจัดการมูลฝอยดีขึ้น ร่วมคิดร่วมค้นหาปัญหาแนวทางแก้ไข ส่งผลให้ปัจจัยต่อความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยในครั้งนี้ คือ แกนนำชุมชนต้องสามารถวิเคราะห์และประเมินปัญหาตามบริบทข้อมูลพื้นฐานของชุมชน มีการวางแผนการดำเนินงาน นำไปสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ จากนั้นนำแผนที่ได้ไปปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จ สามารถลดปริมาณมูลฝอยในชุมชนได้ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม มีภาคีเครือข่ายการพัฒนาที่เข้มแข็ง และมีระบบการจัดการมูลฝอยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ,ความรู้ ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดีเข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน มีหลายตำแหน่งหน้าที่ ในการจัดกิจกรรมต้องอำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องเวลาและสถานที่

๘.๒ การรวมกลุ่มกันควรระมัดระวังในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อโรคที่ติดต่อทางเดินหายใจ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การสร้างกรอบการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและความตระหนักรู้ของชุมชน ควรเพิ่มการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ของชาวบ้านต่อการจัดการมูลฝอย เช่น การสำรวจถึงความรู้เดิมของชุมชนที่มีต่อการจัดการขยะ ปัจจัยทางวัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการจัดการมูลฝอย สิ่งนี้จะช่วยให้การพัฒนานโยบายหรือโครงการในการจัดการมูลฝอยสามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น

๙.๒ การใช้ตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แนะนำให้เพิ่มการประเมินผลกระทบของมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชาวบ้าน เพื่อวัดผลการปรับปรุงของโครงการในเชิงปริมาณ ตัวอย่างเช่น การวัดปริมาณมูลฝอยที่ลดลงหลังโครงการ หรือ การเปลี่ยนแปลงในอัตราการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย จะช่วยให้การวิจัยมีความครอบคลุมมากขึ้น

๙.๓ การศึกษาความยั่งยืนของโครงการ ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนยังคงอยู่ต่อไปหลังการวิจัยหรือไม่ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการจัดการมูลฝอย ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานหลังโครงการเสร็จสิ้น เช่น ติดตามว่าโครงการยังคงได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรท้องถิ่นหรือไม่ และควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสร้างแรงจูงใจให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

๙.๔ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดการมูลฝอย เสนอให้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการจัดการมูลฝอย เช่น แอปพลิเคชันที่ช่วยในการจัดการขยะ การใช้เทคโนโลยีในการแยกประเภทขยะ หรือระบบการติดตามข้อมูลการจัดการมูลฝอยของครัวเรือน การใช้เทคโนโลยีจะช่วยให้การจัดการมูลฝอยมีประสิทธิภาพ และสามารถวัดผลได้ง่ายขึ้น รวมถึงช่วยสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

๙.๕ การศึกษาแนวทางการเพิ่มการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นควรสำรวจความเป็นไปได้ในการขยายการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นหรือภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างโครงการให้ครอบคลุมทุกครัวเรือนในชุมชน อาจรวมถึงการขอรับงบประมาณเพิ่มเติมหรือการร่วมมือกับภาคเอกชนในการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถังขยะที่เพียงพอในชุมชน หรือรถเก็บขยะที่มีกำหนดการเก็บขยะสม่ำเสมอ

๙.๖ การวิจัยเปรียบเทียบกับชุมชนอื่น ๆ: แนะนำให้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับชุมชนอื่น ๆ ที่มีการจัดการมูลฝอยในรูปแบบที่ต่างกัน เพื่อหาข้อได้เปรียบและแนวทางที่เหมาะสมในบริบทต่าง ๆ การศึกษาเปรียบเทียบนี้อาจช่วยให้เห็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกันได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายศรายุทธ ศรีสันต์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐% (ระบุร้อยละ)

๒) สัดส่วนผลงาน(ระบุร้อยละ)

๓) สัดส่วนผลงาน(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายศรายุทธ ศรีสันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายศรายุทธ ศรีสันต์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายชนะ หอมจันทร์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ได้ทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ระบบเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งมักประสบปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ เกินค่ามาตรฐานเป็นประจำในช่วงฤดูแล้ง อันเนื่องมาจากกิจกรรมต่างๆ อาทิ การเผาในที่โล่งทางการเกษตร การจราจร และการประกอบอุตสาหกรรม ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่จำกัดอยู่แค่ปัญหาทางเดินหายใจ แต่ยังรวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ซึ่งล้วนแต่ก่อให้เกิดภาระด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจมหาศาล การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ครอบคลุม รอบด้าน และที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับท้องถิ่นที่ใกล้ชิดกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมากที่สุด สถานการณ์ฝุ่น PM ๒.๕ ในประเทศไทย ปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ เริ่มปรากฏให้เห็นชัดเจนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูแล้งของทุกปี (ประมาณเดือนธันวาคมถึงพฤษภาคม) โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสภาพอากาศแห้งแล้งและลมสงบเอื้อต่อการสะสมของฝุ่นละอองในบรรยากาศ (กรมควบคุมมลพิษ, ๒๕๖๖) แหล่งกำเนิดฝุ่น PM ๒.๕: ฝุ่น PM ๒.๕ เกิดจากแหล่งกำเนิดที่หลากหลายทั้งจากกิจกรรมของมนุษย์และธรรมชาติ ได้แก่การเผาในที่โล่ง โดยเฉพาะการเผาในภาคเกษตรกรรม เช่น การเผาตอซังข้าว อ้อย หรือเศษวัสดุทางการเกษตร หลังการเก็บเกี่ยว เพื่อเตรียมพื้นที่เพาะปลูกในฤดูกาลถัดไป (สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ ๑-๑๖, ๒๕๖๗)การจราจรโดยเฉพาะจากไอเสียของรถยนต์ดีเซล รถบรรทุก และรถโดยสารสาธารณะ ซึ่งปล่อยอนุภาคฝุ่นจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ภาคอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรมบางประเภท โดยเฉพาะโรงงานที่ใช้กระบวนการเผาไหม้เชื้อเพลิง อาจมีการปล่อยฝุ่นและสารมลพิษอื่นๆ ออกสู่บรรยากาศ หากไม่มีระบบบำบัดที่ได้มาตรฐานแหล่งกำเนิดอื่นๆ เช่น การเผาขยะในที่โล่ง การประกอบอาหารโดยใช้เชื้อเพลิงชีวมวล (ฟืน ถ่าน) ในครัวเรือน และไฟฟ้าตามธรรมชาติ

ฝุ่น PM ๒.๕ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากมีขนาดเล็กมากจนสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและกระแสเลือดได้ง่าย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก (World Health Organization [WHO], ๒๐๒๑)ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม: ปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ผลผลิตที่ลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยของแรงงาน และผลกระทบต่อภาคการท่องเที่ยวและการเกษตร (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ๒๕๖๓) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดความกังวลและความเครียด

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่นการแก้ไขปัญหามลพิษ PM ๒.๕ ที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ การกำหนดนโยบายจาก ส่วนกลางเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ได้ (Laverack & Wallerstein, ๒๐๐๔) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๑) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจปัญหา ระบุแหล่งกำเนิดมลพิษ และร่วมกำหนดแนวทางแก้ไข ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนตนเอง

ดังนั้น การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างนโยบายที่ ยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และผลกระทบของปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ในตำบลคอนสาย: ทำความเข้าใจแหล่งกำเนิด ปริมาณ และผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเผาในที่โล่ง

๒. เพื่อสร้างกระบวนการและบทบาทการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบลคอนสาย: วิเคราะห์บทบาท กลไก และศักยภาพของ พชต. ในการระบุปัญหา การระดม ความคิดเห็น และการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหามลพิษ PM ๒.๕

๓. เพื่อพัฒนารูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย: สร้างแนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทของตำบลคอนสาย โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนอย่างแท้จริง

๔. เพื่อเสนอแนะแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหามลพิษ PM ๒.๕ อย่างยั่งยืนในระดับตำบล: นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับ ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

บริบทของตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลคอนสาย ตั้งอยู่ในเขต อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจที่ส่งผล ต่อการเกิดและการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการเผาในที่โล่งทางการเกษตร การทำ ความเข้าใจบริบทของตำบลนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ ที่ตั้งและอาณาเขต: ตำบลคอนสายตั้งอยู่ในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็น จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลใกล้เคียงในอำเภอเดียวกันและอาจ รวมถึงอำเภอใกล้เคียง สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ดอน เหมาะแก่การเกษตรกรรม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์ (ต่อ)

บางประเภท สภาพอากาศ: โดยปกติแล้ว พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในช่วงฤดูฝน และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงฤดูหนาวและฤดูแล้ง ในช่วงฤดูแล้ง (ประมาณเดือนธันวาคมถึงพฤษภาคม) สภาพอากาศมักจะแห้งแล้ง มีความกดอากาศสูงเข้ามาปกคลุม ทำให้ลมสงบและเกิดภาวะอากาศนิ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการสะสมของฝุ่นละออง PM ๒.๕ ในชั้นบรรยากาศให้มีระดับความเข้มข้นสูงเกินค่ามาตรฐาน วิถีชีวิตและวัฒนธรรม: ประชากรส่วนใหญ่ในตำบลคอนสายยังคงยึดมั่นในวิถีชีวิตแบบชนบท มีความผูกพันกับภาคเกษตรกรรมและประเพณีท้องถิ่น สังคมส่วนใหญ่เป็นแบบเครือญาติ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างชุมชนและครอบครัวโครงสร้างประชากร: ส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยทำงานที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือผู้สูงอายุและเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM ๒.๕ ได้ง่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น: ชุมชนอาจมีภูมิปัญญาดั้งเดิมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาการเผาได้ ลักษณะทางเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม: อาชีพหลักของประชากรในตำบลคอนสายคือเกษตรกรรม โดยมีพืชเศรษฐกิจหลัก เช่น ข้าว อ้อย หรือพืชไร่อื่นๆ ขึ้นอยู่กับสภาพดินและน้ำในพื้นที่ การทำเกษตรแบบดั้งเดิมบางอย่างอาจเกี่ยวข้องกับการเผาตอซังหรือเศษวัสดุทางการเกษตรเพื่อเตรียมพื้นที่เพาะปลูก ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดสำคัญของฝุ่น PM ๒.๕ ในพื้นที่การประกอบอาชีพอื่น ๆ: อาจมีการประกอบอาชีพเสริม เช่น การเลี้ยงสัตว์ การตัดถرعิน หรือรับจ้างทั่วไปผลกระทบทางเศรษฐกิจจาก PM ๒.๕: ปัญหา PM ๒.๕ ส่งผลกระทบต่อรายได้ของเกษตรกร หากผลผลิตทางการเกษตรได้รับผลกระทบ หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพแรงงาน ทำให้ขาดงานและลดประสิทธิภาพการผลิต นอกจากนี้ยังอาจกระทบต่อภาคการท่องเที่ยวในภาพรวมของจังหวัด หากสภาพอากาศไม่เอื้ออำนวย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คอนสาย: เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล พชต. ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจปัญหา ระดมความคิดเห็น และร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.): องค์การบริหารส่วนตำบลคอนสาย มีบทบาทสำคัญในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ และเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายในระดับปฏิบัติภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสตรี หรือกลุ่มเยาวชน ซึ่งมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์ สร้างความตระหนัก และดำเนินโครงการต่างๆ ในชุมชนระบบสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน ให้ข้อมูลความรู้ และเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในชุมชน

ความท้าทายและโอกาสในการจัดการปัญหา PM ๒.๕ ความท้าทายพฤติกรรมกรรมการเผา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเผาที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของเกษตรกรเป็นเรื่องยาก ต้องอาศัยความเข้าใจและการสนับสนุนทางเลือกที่ยั่งยืนการขาดแคลนข้อมูลและเทคโนโลยีเกษตรกรอาจขาดความรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตร หรือเข้าถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมได้ยากการประสานงาน: การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ต้องมีการประสานงานที่ดีและต่อเนื่องทรัพยากร: งบประมาณและบุคลากรที่จำกัด อาจเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานโอกาสศักยภาพของ พชต.: พชต. เป็นกลไกที่มีอยู่แล้วและมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมจากฐานรากภูมิปัญญาท้องถิ่นรณรงค์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตร หรือการปลูกพืชหมุนเวียน สามารถเป็นแนวทางที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมความร่วมมือ:

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๑ บทวิเคราะห์ (ต่อ)

การบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในทุกกระดับเทคโนโลยีและนวัตกรรม: การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การใช้โดรนเพื่อเฝ้าระวัง การพัฒนาแอปพลิเคชันแจ้งเตือนฝุ่น หรือ การส่งเสริมเครื่องจักรกลการเกษตรที่ไม่ต้องเผา

๓.๒ แนวความคิด

การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลายมาบูรณาการเข้าด้วยกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรอบด้าน มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการแก้ปัญหาในเชิงระบบ ดังนี้

๓.๒.๑. แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

แนวคิดนี้เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากเน้นย้ำว่าสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลผลิตของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย (World Health Organization [WHO], ๑๙๘๖, ๒๐๐๕) การแก้ปัญหาสุขภาพจึงต้องอาศัยการกำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม คมนาคมขนส่ง หรือผังเมือง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศและสุขภาพของประชาชน แนวคิดนี้ช่วยให้มองปัญหา PM ๒.๕ ในมิติที่กว้างขึ้น ไม่จำกัดแค่ผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง แต่รวมถึงสาเหตุเชิงโครงสร้างที่มาจากนโยบายและการปฏิบัติในภาคส่วนอื่น ๆ เช่น นโยบายการเกษตรที่ส่งเสริมการเผา หรือนโยบายการขนส่งที่เน้นการใช้ยานพาหนะที่ปล่อยมลพิษสูง พัฒนารูปแบบการกำหนดนโยบาย เน้นการสร้างนโยบายที่ข้ามภาคส่วน (Intersectoral action) โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) จะเป็นกลไกสำคัญในการประสานงานและบูรณาการนโยบายจากภาคส่วนต่างๆ ในท้องถิ่น เพื่อลดแหล่งกำเนิด PM ๒.๕ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

๓.๒.๒. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Community Participation and Empowerment)

แนวคิดนี้เชื่อว่า การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง จะนำไปสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (Laverack, ๒๐๐๘; Wallerstein, ๒๐๐๖) การมีส่วนร่วมไม่ได้จำกัดอยู่แค่การรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นการให้อำนาจแก่ชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลด้วยตนเอง แนวคิดนี้เป็นฐานในการทำความเข้าใจบทบาทของ พขต. ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชนและกลไกสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ รวมถึงการวิเคราะห์ระดับและรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเน้นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้สมาชิก พขต. และประชาชนในตำบลคอนสายได้ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมตัดสินใจในการกำหนดมาตรการและนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง ซึ่งจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกันในการนำนโยบายไปปฏิบัติ แนวคิดนี้จะช่วยให้ข้อเสนอแนะเน้นการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนและกลไกท้องถิ่นในการขับเคลื่อนนโยบายด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๓. แนวคิดระบบนิเวศสุขภาพ (Health Ecosystem)

แนวคิดนี้มองว่าสุขภาพเป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและพลวัตระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ และสังคม (Kickbusch, ๑๙๙๙) การแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ จึงต้องพิจารณาถึงความ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๒ แนวความคิด (ต่อ)

เชื่อมโยงกันของปัจจัยต่าง ๆ ในระบบนิเวศของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นสภาพภูมิประเทศ การใช้ประโยชน์ที่ดิน (เช่น พื้นที่เกษตรกรรม ป่าไม้) รูปแบบการประกอบอาชีพ พฤติกรรมของประชาชน และโครงสร้างพื้นฐาน แนวคิดนี้ช่วยให้การวิเคราะห์ปัญหา PM ๒.๕ ในตำบลคอนสายครอบคลุมมิติเชิงระบบ โดยพิจารณาถึงแหล่งกำเนิดที่หลากหลาย ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ และวิถีชีวิตของชุมชนที่เอื้อต่อการเกิดฝุ่น รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับองค์ประกอบอื่น ๆ ในระบบนิเวศรูปแบบการกำหนดนโยบายจะคำนึงถึงมาตรการที่หลากหลายและเชื่อมโยงกัน เช่น การส่งเสริมการเกษตรปลอดการเผา การจัดการขยะชุมชน การส่งเสริมการใช้พลังงานสะอาด ในครัวเรือน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการระบบนิเวศสุขภาพในภาพรวม เพื่อลดการปล่อยมลพิษและสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

๓.๒.๔. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theories)

การแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากการเผาในที่โล่ง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มในชุมชน ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หรือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน (Transtheoretical Model/Stages of Change) สามารถช่วยทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนช่วยในการทำความเข้าใจว่าทำไมประชาชนบางกลุ่มจึงยังคงเผาในที่โล่ง แม้จะทราบถึงผลกระทบ รวมถึงการระบุอุปสรรคและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รูปแบบนโยบายจะรวมถึงกลยุทธ์และมาตรการที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเกษตรกรและประชาชน เช่น การให้ความรู้ การสาธิตทางเลือกปลอดการเผา การสร้างแรงจูงใจ หรือการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ ข้อเสนอแนะจะครอบคลุมถึงการออกแบบกิจกรรมรณรงค์และสื่อสารเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชน

๓.๒.๕. แนวคิดธรรมาภิบาล (Good Governance)

ธรรมาภิบาลเป็นหลักการที่เน้นความโปร่งใส ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วม ความเป็นธรรม และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภาครัฐและสังคม (United Nations Development Programme [UNDP], ๑๙๙๗) การนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการกำหนดนโยบายจะช่วยให้กระบวนการมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายช่วยในการวิเคราะห์หว่าบเทาของ พชต. ในปัจจุบันมีกลไกที่โปร่งใส เปิดโอกาสให้ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบต่อความคิดเห็นเพียงพอหรือไม่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะคำนึงถึงหลักการธรรมาภิบาลในการออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การจัดเวทีสาธารณะ การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละภาคส่วน และการสร้างกลไกการติดตามประเมินผลที่โปร่งใสการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีเหล่านี้เข้าด้วยกัน จะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ในตำบลคอนสาย

๓.๓ ข้อเสนอแนวคิด

จากแนวคิดและทฤษฎีที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น เพื่อให้การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม จึงมีข้อเสนอการแก้ไขปัญหาที่เน้นการบูรณาการและการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนดังต่อไปนี้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๓ ข้อเสนอ (ต่อ)

๓.๓.๑. การส่งเสริมการเกษตรปลอดการเผาและทางเลือกที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการเผาในที่โล่งทางการเกษตรเป็นแหล่งกำเนิดสำคัญของ PM ๒.๕ ในพื้นที่ชนบท ข้อเสนอจึงมุ่งเน้น ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกษตรกรอย่างยั่งยืน

๓.๓.๑.๑ ให้ความรู้และสร้างความตระหนักเชิงรุก: พชต. ร่วมกับสำนักงานเกษตรอำเภอ และหน่วยงานวิชาการ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและสาธิตวิธีการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตรหลังการเก็บเกี่ยว ที่ไม่ต้องเผา เช่น การไถกลบ การผลิตปุ๋ยหมัก ปุ๋ยอินทรีย์อัดเม็ด น้ำหมักชีวภาพ หรือการนำไปเป็นอาหารสัตว์ โดยเน้นการสื่อสารถึงประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เกษตรกรจะได้รับในระยะยาว เช่น การเพิ่มอินทรีย์วัตถุในดิน ลดต้นทุนปุ๋ยเคมี และสุขภาพที่ดีขึ้น

๓.๓.๑.๒ สนับสนุนเทคโนโลยีและเครื่องมือ: ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงเครื่องจักรกลทางการเกษตรทดแทนการเผา เช่น รถไถพรวน เครื่องอัดฟาง หรือเครื่อง บดอัดเศษพืช รวมถึงส่งเสริมการรวมกลุ่มเกษตรกรเพื่อเช่าหรือใช้เครื่องจักรแบบแบ่งปัน เพื่อลดภาระต้นทุน

๓.๓.๑.๓ ส่งเสริมพืชทางเลือกและเกษตรผสมผสาน: สนับสนุนการปลูกพืชทางเลือก ที่ลดการเกิดเศษวัสดุเหลือใช้ หรือพืชที่สามารถจัดการเศษวัสดุได้ง่ายโดยไม่จำเป็นต้องเผา รวมถึงส่งเสริม การทำเกษตรผสมผสานที่สร้างรายได้หลากหลาย ลดการพึ่งพิงพืชเชิงเดี่ยวที่ต้องเผา

๓.๓.๑.๔ สร้างแรงจูงใจและรางวัล: พิจารณากลไกการให้รางวัลหรือแรงจูงใจแก่เกษตรกร ที่ปรับเปลี่ยนมาใช้วิธีการเกษตรปลอดการเผา เช่น การรับรองเกษตรปลอดการเผา การเข้าถึงสินเชื่อ ดอกเบี้ยต่ำ หรือการช่วยเหลือด้านการตลาด

๓.๓.๒. การจัดการขยะชุมชนและส่งเสริมพลังงานทางเลือก การจัดการขยะที่ไม่ถูกวิธีและ การใช้เชื้อเพลิงบางประเภทในครัวเรือนเป็นอีกหนึ่งแหล่งกำเนิด PM ๒.๕ ที่สามารถจัดการได้ในระดับชุมชน

๓.๓.๒.๑ อนุรักษ์การคัดแยกขยะและลดการเผาขยะ: พชต. ร่วมกับ อบต. และ อสม. จัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะในครัวเรือน (ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย) และส่งเสริมให้มีจุดรวบรวมขยะรีไซเคิล เพื่อลดปริมาณขยะที่จะถูกนำไปกำจัดด้วยการเผา

๓.๓.๒.๒ ส่งเสริมการผลิตปุ๋ยหมักจากขยะอินทรีย์: สนับสนุนให้ครัวเรือนจัดการขยะ อินทรีย์ด้วยการทำปุ๋ยหมักหรือน้ำหมักชีวภาพ เพื่อลดปริมาณขยะและสร้างประโยชน์ให้กับการเกษตร ในครัวเรือน สสำรวจและส่งเสริมการใช้พลังงานสะอาดในครัวเรือน: สสำรวจครัวเรือนที่ยังคงใช้ฟืนหรือถ่านใน การประกอบอาหาร และพิจารณาส่งเสริมการใช้เตาประหยัดพลังงาน หรือพลังงานทางเลือกที่สะอาดกว่า เช่น แก๊สหุงต้ม หรือเตาชีวมวลประสิทธิภาพสูงที่ลดการปล่อยควัน

๓.๓.๓. การสร้างความเข้มแข็งของกลไกการมีส่วนร่วมและธรรมาภิบาล การทำให้ พชต. เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างแท้จริง ต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและกระบวนการ ทำงาน

๓.๓.๓.๑ พัฒนาศักยภาพ พชต. จัดอบรมเชิงลึกแก่สมาชิก พชต. เกี่ยวกับประเด็น PM ๒.๕ ผลกระทบ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ การวางแผนนโยบาย การติดตามประเมินผล รวมถึงทักษะการ ประสานงานและการระดมทรัพยากร

๓.๓.๓.๒ สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมสมองอย่างต่อเนื่อง: จัดประชุม พชต. และเวทีสาธารณะเป็นประจำ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และร่วมกันออกแบบนโยบายที่ ตรงกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๓ ข้อเสนอ (ต่อ)

๓.๓.๓.๓ กำหนดบทบาทและกลไกความรับผิดชอบที่ชัดเจน ให้ พชต. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้าน PM ๒.๕ โดยมี อบต. เป็นหน่วยงานหลักในการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากร รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จและกลไกการตรวจสอบที่โปร่งใส ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก: พชต. ควรเป็นผู้ประสานงานหลักกับหน่วยงานภาครัฐระดับอำเภอและจังหวัด (เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด, สำนักงานเกษตรอำเภอ/จังหวัด, ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) เพื่อขอรับการสนับสนุนทางวิชาการ ทรัพยากร และการบูรณาการแผนงานในระดับที่สูงขึ้น

๓.๓.๔. การพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร การมีข้อมูลที่แม่นยำและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๓.๓.๔.๑ จัดทำฐานข้อมูลและแผนที่แหล่งกำเนิด PM ๒.๕ ในตำบล พชต. ร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำฐานข้อมูลและแผนที่แสดงจุดความร้อน (Hotspot) พื้นที่เสี่ยงต่อการเผา ประเภทของการเผา และแหล่งกำเนิดอื่นๆ เพื่อใช้ในการวางแผนและติดตามสถานการณ์

๓.๓.๔.๒ พัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายและเข้าใจง่าย ใช้ช่องทางที่หลากหลาย เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย สื่อสังคมออนไลน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ หรือจัดทำสื่อความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ (เช่น เกษตรกร ชาวชน) เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและแจ้งเตือน: ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเฝ้าระวังการเผาผิดกฎหมาย และสร้างช่องทางที่สะดวกในการแจ้งเบาะแสหรือแจ้งเตือนเมื่อเกิดสถานการณ์ฝุ่น PM ๒.๕ สูง

๓.๓.๕. การติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายมีประสิทธิภาพและสามารถปรับปรุงได้ตามสถานการณ์:

๓.๓.๕.๑ กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ พชต. ควรกำหนดตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานได้อย่างแท้จริง เช่น จำนวนจุดความร้อนที่ลดลง ปริมาณ PM ๒.๕ ในพื้นที่ จำนวนเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการปลอดการเผา ระดับความตระหนักรู้ของประชาชน หรือจำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ลดลง

๓.๓.๕.๒ จัดให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ จัดประชุมทบทวนผลการดำเนินงานของ พชต. และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นประจำ (เช่น ทุก ๓ หรือ ๖ เดือน) เพื่อวิเคราะห์ความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

๓.๓.๕.๓ นำผลการประเมินมาปรับปรุงนโยบาย ผลการประเมินควรถูกนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงนโยบาย แผนปฏิบัติการ หรือกลไกการทำงาน ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Adaptive management)

๓.๓.๕.๔ เผยแพร่ผลสำเร็จและบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับตำบลและระดับอำเภอ เพื่อเผยแพร่ผลสำเร็จและบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน เพื่อเป็นต้นแบบและขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาเดียวกัน ข้อเสนอเหล่านี้มุ่งหวังให้เกิดการแก้ไขปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ในตำบลคอนสายอย่างยั่งยืน โดยการสร้างความเข้มแข็งและบทบาทนำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากฐานราก

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดำเนินงานตามข้อเสนอเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คอนสาย ย่อมมีข้อจำกัดและความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นได้ การระบุข้อจำกัดเหล่านี้ล่วงหน้าและเตรียมแนวทางแก้ไข จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๓.๔.๑. ข้อจำกัดด้านพฤติกรรมและความเชื่อของเกษตรกร/ประชาชน

ข้อจำกัด:

๑. ความเคยชินและภูมิปัญญาดั้งเดิม: เกษตรกรบางรายอาจมีความเคยชินกับการเผาเพื่อกำจัดเศษวัสดุทางการเกษตร เพราะเห็นว่าเป็นวิธีที่สะดวก ประหยัดเวลา และต้นทุนต่ำ อีกทั้ง อาจมองว่าเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมา
๒. การขาดความรู้ความเข้าใจ: เกษตรกรอาจยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่แท้จริงของการเผาต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน รวมถึงขาดความรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตร
๓. การขาดแรงจูงใจ: อาจมองว่าการปรับเปลี่ยนวิธีการทำเกษตรปลอดการเผาเป็นภาระมีขั้นตอนยุ่งยาก หรือต้องใช้ต้นทุนสูงกว่าเดิม

แนวทางแก้ไข:

๑. สร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง: จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงรุก เน้นการสาธิตการทำปุ๋ยหมัก น้ำหมัก การไถกลบ หรือการนำเศษวัสดุไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ โดยเชิญเกษตรกรต้นแบบที่ประสบความสำเร็จมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์
๒. แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่จับต้องได้: ชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น ดินดีขึ้น ลดการใช้ปุ๋ยเคมี ประหยัดต้นทุนในระยะยาว หรือมีสุขภาพดีขึ้น
๔. สร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม: พิจารณากลไกการให้รางวัลหรือการส่งเสริมทางเลือกทางการตลาดสำหรับผลผลิตจากการเกษตรปลอดการเผา อาจร่วมมือกับภาคเอกชนในการรับซื้อเศษวัสดุ หรือส่งเสริมกลุ่มวิสาหกิจชุมชน
๕. กำหนดมาตรการทางสังคม: อาจมีการหารือและกำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน (ธรรมนูญชุมชน) เพื่อลดการเผา โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างความเข้าใจ ไม่ใช่การบังคับใช้แต่เพียงอย่างเดียว

๓.๔.๒. ข้อจำกัดด้านทรัพยากร (งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์)

ข้อจำกัด:

๑. งบประมาณจำกัด: องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือ พชต. อาจมีงบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินโครงการรณรงค์ จัดหาเครื่องมือ หรือสนับสนุนกิจกรรมทางเลือก
๒. ขาดแคลนบุคลากร: บุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (เช่น ด้านการเกษตรทางเลือก สิ่งแวดล้อม หรือสาธารณสุข) อาจมีจำนวนจำกัด หรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง
๓. ขาดแคลนอุปกรณ์/เครื่องจักร: การเข้าถึงเครื่องจักรกลทางการเกษตรทดแทนการเผาอาจเป็นเรื่องยากสำหรับเกษตรกรรายย่อย หรือชุมชนยังไม่มีเครื่องมือสนับสนุนเพียงพอ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวทางแก้ไข:

๑. แสวงหาแหล่งทุนภายนอก: พชต. และ อบต. ควรสืบหาและยื่นข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐระดับจังหวัด/ประเทศ องค์การพัฒนาเอกชน หรือภาคเอกชนที่สนใจ
 ๒. ระดมทรัพยากรในชุมชน: ส่งเสริมการบริจาค หรือการระดมทุนจากคนในชุมชน จัดกิจกรรมเพื่อสังคมที่สร้างรายได้สนับสนุนโครงการ
 ๓. สร้างเครือข่ายความร่วมมือ: ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น สำนักงานเกษตรอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อขอรับการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และแบ่งปันภาระงาน
 ๔. ส่งเสริมการรวมกลุ่มและใช้ทรัพยากรร่วมกัน: สนับสนุนให้เกษตรกรรวมกลุ่มกันเช่าหรือซื้อเครื่องจักรกลทางการเกษตร เพื่อลดภาระต้นทุนส่วนบุคคล
- ๓.๔.๓. ข้อจำกัดด้านการประสานงานและความร่วมมือระหว่างภาคส่วน

ข้อจำกัด:

๑. ต่างคนต่างทำงาน: หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือแม้แต่กลุ่มในชุมชน อาจดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการและประสานงาน ทำให้มาตรการไม่เชื่อมโยงกัน
๒. ขาดเวทีและกลไกที่ชัดเจน: ไม่มีเวทีหรือกลไกที่ชัดเจนในการประสานงานและสื่อสารระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจผิดหรือการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน
๓. ผลประโยชน์ทับซ้อน: บางภาคส่วนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนที่ขัดแย้งกับการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้รับซื้ออ้อยที่ต้องการอ้อยไฟไหม้

แนวทางแก้ไข:

๑. เสริมบทบาท พชต. เป็นแกนกลาง: พชต. ต้องทำหน้าที่เป็นกลไกหลักและเวทีกลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ (อบต., รพ.สต., เกษตรอำเภอ) ภาคเอกชน และประชาชน
๒. จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน: ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ กำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบที่ชัดเจนของแต่ละฝ่าย
๓. ประชุมติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ: จัดการประชุมคณะทำงานและภาคีเครือข่ายเป็นประจำ เพื่อทบทวนความก้าวหน้า แก้ไขปัญหา และปรับแผนการดำเนินงานร่วมกัน
๔. สร้างความเข้าใจและวิสัยทัศน์ร่วมกัน: จัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน เพื่อให้ทุกฝ่ายมีเป้าหมายเดียวกัน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๔.๔ ข้อจำกัดด้านข้อมูลและการติดตามประเมินผล

ข้อจำกัด:

๑. ขาดข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำ: การขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดที่แท้จริง ปริมาณฝุ่นที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบต่อสุขภาพอย่างละเอียดในระดับตำบล ทำให้การวางแผนขาดประสิทธิภาพ
๒. ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน: ขาดตัวชี้วัดที่เหมาะสม หรือไม่มีกลไกในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข:

๑. พัฒนาระบบข้อมูลระดับตำบล: พชต. ร่วมกับ รพ.สต. และ อบต. จัดทำฐานข้อมูล และแผนที่แหล่งกำเนิดฝุ่น PM ๒.๕ ในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และ ข้อมูลปริมาณฝุ่น (หากมีสถานีตรวจวัดหรือสามารถติดตั้งได้)
๒. กำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้: ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณ (เช่น จำนวนจุดความร้อนที่ลดลง, พื้นที่การเผาที่ลดลง) และเชิงคุณภาพ (เช่น ระดับความตระหนักของประชาชน)
๓. ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: พิจารณาการใช้แอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มง่าย ๆ ในการรายงานข้อมูลการเผา หรือการใช้ภาพถ่ายดาวเทียม/โดรนเพื่อเฝ้าระวัง
๔. จัดทำรายงานและเผยแพร่ผล: มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าและผลการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทุกฝ่ายรับทราบและร่วมกันปรับปรุงแก้ไข

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดำเนินงานตามรูปแบบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี คาดว่าจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

๔.๑ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณ

๑. การลดลงของปริมาณฝุ่น PM ๒.๕:

๑.๑ ลดจำนวนจุดความร้อน (Hotspot) จากการเผาในที่โล่งทางการเกษตรและพื้นที่อื่น ๆ ในตำบลคอนสายลงอย่างน้อยร้อยละ ๓๐-๕๐ ภายในระยะเวลา ๑ ปีหลังการดำเนินนโยบาย

๑.๒ ลดค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่น PM ๒.๕ ในตำบลคอนสายลงในช่วงฤดูแล้ง (ธันวาคม - พฤษภาคม) ให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยตามมาตรฐานของประเทศไทย หรือตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (หากสามารถติดตั้งเครื่องวัดได้)

๒. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกษตรกร:

๒.๑ เพิ่มสัดส่วนของเกษตรกรในตำบลคอนสายที่ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตรหลังการเก็บเกี่ยวจากวิธีการเผา มาเป็นวิธีการปลอดการเผา (เช่น การไถกลบ การทำปุ๋ยหมัก) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ภายในระยะเวลา ๑ ปี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๔.๑ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณ (ต่อ)

๒.๒ เพิ่มพื้นที่การเกษตรที่ดำเนินการแบบปลอดการเผาในตำบลคอนสาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของพื้นที่เกษตรกรรมทั้งหมด

๓. ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน:

๓.๑ ลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคหัด ภูมิแพ้ หอบหืด ถุงลมโป่งพอง) ในกลุ่มประชากรตำบลคอนสาย ลงอย่างน้อยร้อยละ ๑๐-๒๐ ในช่วงฤดูแล้ง เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนการดำเนินนโยบาย (ตามข้อมูลจาก รพ.สต. คอนสาย)ลดจำนวนวันที่ประชาชนได้รับสัมผัสอากาศที่มีค่า

๓.๒ PM ๒.๕ เกินมาตรฐานลงอย่างน้อยร้อยละ ๓๐

๔. การมีส่วนร่วมและกลไกการทำงาน:

๔.๑ เพิ่มสัดส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วม (เช่น การประชุม การอบรม การรณรงค์) ที่จัดโดย พชต. เพื่อแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มเป้าหมาย

๔.๒ จัดตั้งคณะทำงานหรือกลไกย่อยเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการเฉพาะด้าน (เช่น คณะทำงานเกษตรปลอดการเผา, ทีมเฝ้าระวังไฟป่า) ได้ไม่น้อยกว่า ๑ ชุด

๔.๒ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงคุณภาพ

๑. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรม:

๑.๑ ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ที่ได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วนในตำบลคอนสาย มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

๑.๒ เกิดข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือแผนปฏิบัติการระดับตำบล ที่เป็นกรอบแนวทางและมาตรการในการจัดการปัญหา PM ๒.๕ อย่างชัดเจน

๒. การสร้างความตระหนักรู้และทัศนคติเชิงบวก:

๒.๑ ประชาชนในตำบลคอนสายมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM ๒.๕ เพิ่มมากขึ้น

๒.๒ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนและเกษตรกร โดยให้ความสำคัญกับการไม่เผา และเลือกใช้วิธีการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

๓. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและกลไกท้องถิ่น:

๓.๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย (พชต.) มีความเข้มแข็ง มีบทบาทที่ชัดเจน และมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน

๓.๒ เกิดการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ยั่งยืนระหว่าง พชต. อบต. รพ.สต. สำนักงานเกษตรอำเภอ ภาคเอกชน และประชาชนในการแก้ไขปัญหา PM ๒.๕

๓.๓ ประชาชนในชุมชนมีทักษะและองค์ความรู้ในการเฝ้าระวัง การป้องกันตนเอง และการจัดการปัญหา PM ๒.๕ ด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๔.๒ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงคุณภาพ (ต่อ)

๔. คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น:

ประชาชนในตำบลคอนสายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในความปลอดภัยของอากาศที่หายใจ

๔.๑ สภาพแวดล้อมในตำบลคอนสายได้รับการฟื้นฟู มีอากาศที่บริสุทธิ์ ลดผลกระทบต่อระบบนิเวศในภาพรวม

๔.๒ เกิดการสร้างต้นแบบและบทเรียนที่ดีในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ ในระดับตำบล ซึ่งสามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Indicators of Success)

การวัดผลความสำเร็จของการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่น PM ๒.๕ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลคอนสาย จะพิจารณาจากตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้:

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators)

ด้านสถานการณ์ฝุ่น PM ๒.๕ และการเผา

จำนวนจุดความร้อน (Hotspot): จำนวนจุดความร้อนที่ตรวจพบในพื้นที่ตำบลคอนสายในช่วงฤดูแล้ง ลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย ๓ ปีย้อนหลัง

ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของฝุ่น PM ๒.๕ ค่าเฉลี่ยราย ๒๔ ชั่วโมงของ PM ๒.๕ ในตำบลคอนสายในช่วงฤดูแล้ง ลดลงไม่น้อยกว่า ๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร หรือไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดโดยกรมควบคุมมลพิษ (๕๐ มคก./ลบ.ม.) และ/หรือมีจำนวนวันที่เกินมาตรฐานลดลงร้อยละ ๓๐ (หากมีสถานีตรวจวัดหรือการเฝ้าระวังที่แม่นยำ)

พื้นที่การเผา พื้นที่ทางการเกษตร/ป่าไม้ที่เกิดการเผาในตำบลคอนสาย ลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๒๕ เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (จากข้อมูลการสำรวจหรือรายงาน)

ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเกษตรกร

สัดส่วนของเกษตรกรที่เปลี่ยนวิธีจัดการเศษวัสดุ ร้อยละของเกษตรกรในตำบลคอนสายที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมการจัดการเศษวัสดุทางการเกษตรแบบปลอดการเผา เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของเกษตรกรผู้ปลูกพืชหลัก (เช่น ข้าว อ้อย)

จำนวนครั้ง/ปริมาณการนำเศษวัสดุไปใช้ประโยชน์ จำนวนครั้งของการทำปุ๋ยหมัก/น้ำหมักชีวภาพหรือปริมาณของเศษวัสดุที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ (เช่น อาหารสัตว์ พลังงาน) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐

ด้านสุขภาพของประชาชน

อัตราการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ (เช่น กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด, ภูมิแพ้, หลอดลมอักเสบ) ของประชากรในตำบลคอนสาย ในช่วงฤดูแล้ง ลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๑๕ เมื่อเทียบกับข้อมูลจาก รพ.สต. คอนสายของปีก่อนหน้า

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Indicators of Success) (ต่อ)

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators) (ต่อ)

จำนวนผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ รพ.สต. คอนสาย ด้วยอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับ PM ๒.๕ ลดลงร้อยละ ๑๐

ด้านการมีส่วนร่วมและกลไกการขับเคลื่อน:

ร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละของสมาชิก พชต. และกลุ่มเป้าหมาย (เช่น เกษตรกร ผู้นำชุมชน อสม.) ที่เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วม (ประชุม, อบรม, อบรม) ที่จัดขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้นโยบายที่กำหนด และดำเนินการโดย พชต. ร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ไม่น้อยกว่า ๓ โครงการต่อปี

๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators)

ด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การมีนโยบาย/แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม มีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการจัดการปัญหา PM ๒.๕ ที่ได้รับการเห็นชอบจาก อบต. และ/หรือประกาศใช้เป็นข้อบัญญัติ/แผนปฏิบัติการระดับตำบล ที่มีความชัดเจน ครอบคลุม และปฏิบัติได้จริง

การบูรณาการและการทำงานร่วมกัน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของการบูรณาการความร่วมมือและการประสานงานที่ดีระหว่าง พชต. อบต. รพ.สต. สำนักงานเกษตรอำเภอ และภาคส่วนอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนนโยบาย

ด้านความตระหนักรู้และทัศนคติ

ระดับความตระหนักรู้ของประชาชน ประชาชนในตำบลคอนสายแสดงออกถึงความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบของ PM ๒.๕ ต่อสุขภาพ และความสำคัญของการแก้ไขปัญหา (วัดจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย/การสนทนากลุ่ม)

การปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวก เกษตรกรและประชาชนในพื้นที่แสดงทัศนคติเชิงบวกต่อวิธีการจัดการเศษวัสดุแบบปลอดภัย และมีความเต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

ด้านการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความเข้มแข็งของ พชต. สมาชิก พชต. แสดงออกถึงความมั่นใจและศักยภาพที่เพิ่มขึ้นในการเป็นแกนนำการแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ และการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนแสดงออกถึงความรู้สึกรับผิดชอบและความรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา PM ๒.๕ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่างกระตือรือร้น

เกิดนวัตกรรม/ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการคิดค้นหรือประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลในการจัดการปัญหา PM ๒.๕

ด้านคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ถึงคุณภาพอากาศที่ดีขึ้น ประชาชนในตำบลคอนสายรับรู้และแสดงความคิดเห็นว่าคุณภาพอากาศโดยรวมดีขึ้น โดยเฉพาะในช่วงฤดูแล้ง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Indicators of Success) (ต่อ)

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators) (ต่อ)

ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ประชาชนมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหามลพิษทางอากาศลดลงประโยชน์ที่ได้รับ

(ลงชื่อ)



(นายศรายุทธ ศรีสันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๓.๑.๑.๑ ความหมายของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติให้คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุ ในการจัดประชุมสมัชชาโลก เรื่องผู้สูงอายุในปีพ.ศ. ๒๕๒๕ ว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง โดยในการเรียก และคำว่า อาวุโส หมายถึง การใช้สถานภาพความชราแก่กว่าเป็นหลักในการเรียก สำหรับประเทศไทย กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตจำนงของที่ประชุมสมัชชาโลก และใช้เป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณของข้าราชการไทย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังคงมีความแตกต่างกันทางด้านสรีระและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ ประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ตามพจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๔๒ ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และ ให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

สังคมผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งประเทศไทย และประเทศต่างๆทั่วโลก ให้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ

๓.๑.๑.๒ ความสำคัญของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ความสำคัญของผู้สูงอายุจากเอกสารทางวิชาการต่างๆ จึงได้ประมวล สาระสำคัญไว้ ได้แก่ บทบาทและความสำคัญต่างๆ ของผู้สูงอายุในสังคมไทย ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง รูปแบบครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างแพร่หลายมากขึ้น นั้น สรุปได้ดังนี้ (พระมหาชัยยันต์ คมกีรวาที ๒๕๖๒ : ๓๙-๔๐)

๑. เป็นศูนย์รวมจิตใจ ครอบครัวใดที่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตายาย พ่อแม่ ครอบครัวนั้นจะเต็มไปด้วยความอบอุ่น ลูกหลานมักจะรวมกันเป็นปึกแผ่นและมีความสามัคคีกัน ดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย

๒. เป็นผู้สมานรอยร้าว บางครอบครัวเมื่อมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ผู้ที่จะสมานรอยร้าว แก่สมาชิกในครอบครัวได้ก็คือผู้สูงอายุ เพราะคนไทยมีวัฒนธรรมของการเคารพผู้ใหญ่ ดังนั้น เมื่อเกิดการทะเลาะกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุจะเป็นผู้สมานรอยร้าวโดยการไกลเกลี่ยให้คืนดีกัน

๓. เป็นคลังปัญญา ในบางครั้งครอบครัวอาจประสบปัญหาขัดแย้งกันภายในครอบครัว แล้วหาทางแก้ไข หรือหาทางออกไม่ได้ เพราะปัญหาหลายอย่างไม่อาจแก้ไขได้โดยอาศัยเพียงความรู้อย่างเดียว ยังต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญเป็นองค์ประกอบ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมาก มักจะผ่านประสบการณ์มาก่อน จึงเป็น ผู้แนะนำในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

๔. เป็นครูสำหรับลูกหลาน ผู้สูงอายุเป็นครูโดยจิตวิญญาณ เพราะผู้สูงอายุมักพอใจสั่งสอนลูกหลานในเรื่องที่ตนเห็นว่าสำคัญ เช่น มารยาท วัฒนธรรมประเพณีแม้แต่เรื่องของ การประกอบอาชีพ การสอนของผู้สูงอายุมักเป็นการสอนด้วยความรัก ความห่วงใย และให้สิ่งที่ดีที่สุด สำหรับลูกหลาน

๕. เป็นกำลังใจให้ลูกหลาน บทบาทสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุคือ เป็นกำลังใจให้ลูกหลาน เมื่อลูกหลานเกิดการท้อแท้ใจหรือหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตตามจุดหมายที่ตั้งใจไว้ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ผ่านชีวิตมามากจะเป็นกำลังใจแก่ลูกหลานเป็นอย่างดี ช่วยให้ลูกหลานมีหลักชัยในการดำเนินชีวิตตามที่มุ่งหวังไว้

๖. เป็นผู้สานต่อวัฒนธรรมอันดี สังคมไทยในปัจจุบัน วัฒนธรรมประเพณีอันดีงามของไทยนับวันจะเลือนลางไป เพราะวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลต่อเด็กรุ่นใหม่ซึ่งไม่ค่อยมี ระเบียบเรียบร้อยซึ่งหากครอบครัวใดมีผู้สูงอายุคอยช่วยเหลือดูแลลูกหลานในบ้าน เด็กย่อมมีความเกรงใจและได้รับการขัดเกลาในด้านกิริยามารยาท ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในการสืบสานวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานสืบไป

สรุปได้ว่า สังคมไทยในอดีตยึดมั่นในประเพณีให้ความเคารพ ยกย่อง ยำเกรงผู้อาวุโส ในครอบครัวผู้สูงอายุในยุคนั้นจึงเป็นผู้มีบทบาท ความสำคัญ และมีอิทธิพลอย่างมากในครอบครัวไทย ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพจากลูกหลาน โดยส่วนใหญ่จะไม่ถูกทอดทิ้งให้ออกจากครอบครัวหากแต่เป็นผู้ที่มีบทบาทที่เต็มไปด้วยความรับผิดชอบอย่างมากในครอบครัวไทย โดยเป็นผู้ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้กำลังใจแก่ลูกหลาน ในบางครั้ง เป็นผู้สมานรอยร้าวระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพราะผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความรอบคอบ ใจเย็น มีประสบการณ์ในการพูดจาให้ลูกหลานเข้าใจกัน

๓.๑.๑.๓ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นที่ปรึกษา หรือผู้คอยดูแลบ้าน หรืออาจเป็นผู้อาศัยไปการเสื่อมความเคารพ และการถูกทอดทิ้ง จะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกมีค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งในตัวเอง และจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับอายุการปรับตัวของผู้สูงอายุ จะสำเร็จมากน้อยเพียงไรก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และปกตินิสัยดั้งเดิมของแต่ละคน จากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุเป็นผลให้ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัว และยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรจะเข้าใจ และยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ด้วย เพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขในสังคม

สรุปคือการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตระหนัก การเอาใจใส่ย่อมเกิดผลดีต่อตัวผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในภาวะในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญในทุกๆด้านเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป

๓.๑.๑.๔ การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่ง พวงทอง ไกรพิบูลย์ (๒๕๕๗ : ออนไลน์) การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly care หรือ Elder care) ประกอบด้วย การดูแลในด้านดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

๓.๑.๑.๔.๑ ด้านอาหาร ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารรสไม่จัด หลีกเลี่ยงผลไม้ดิบ หรือผักสดชนิดย่อยยาก และหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอดน้ำมัน โปรตีนควรต้องเป็นชนิดย่อยง่ายเช่นกัน เช่น จากปลา และไข่ ถ้าจะบริโภคเนื้อแดงควรต้องปรุงให้เปื่อยยุ่ย เป็นต้น ในส่วนของไข่แพทย์ทุกคนเห็นตรงกันว่า กินไข่ขาวได้สูงถึงวันละ ๓ ฟอง ถ้ากินโปรตีนชนิดอื่นไม่ได้ แต่ในเรื่องของไข่แดง มีหลายหลายการศึกษาให้ผลว่า ถ้าไม่มีโรคประจำตัวหรือไขมันในเลือดสูง สามารถกินไข่ที่รวมทั้งไข่แดง และไข่ขาวได้ถึงวันละ ๒ - ๓ ฟอง แต่แพทย์ทั่วไปยังคงแนะนำให้กินไข่แดงได้ไม่เกินสัปดาห์ละ ๒ - ๓ ฟอง ส่วนคาร์โบไฮเดรตควรเป็นแป้งจาก ธัญพืชเต็มเมล็ด หรือขัดสีน้อย เพื่อเพิ่มวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร เลือกที่มีน้ำตาลน้อยที่สุด

จำกัดอาหารมีน้ำตาลให้เหลือน้อยที่สุดจำกัดไขมันทุกประเภทให้เหลือน้อยที่สุด เพราะเป็นอาหารที่มี ประโยชน์น้อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ให้โทษมากกว่า โดยเฉพาะโรคของหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือด หัวใจ โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มผักผลไม้ให้มากๆ อย่างน้อยวันละ ๕ มื้อ เพื่อได้วิตามิน เกลือแร่และใย อาหาร ช่วยลดการท้องผูกและไม่ทำให้อ้วนเนื่องจากเป็นอาหารกลุ่ม ไม่มีพลังงาน หรือให้พลังงานน้อย ยกเว้น ผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิด ควรจำกัดเช่นเดียวกับการจำกัดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตที่มีน้ำตาลสูงๆ จะช่วยให้ ร่างกายสดชื่น ลดอาการท้องผูก ลดโอกาสเกิดภาวะปัสสาวะอักเสบ ลดอาการปากคอแห้ง และช่วยละลาย เสมหะ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖ - ๘ แก้ว เมื่อไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัดน้ำดื่ม เช่น โรคหัวใจล้มเหลว วิตามินเกลือแร่เสริมอาหารทุกชนิด เมื่อจะรับประทานควรปรึกษาแพทย์ก่อนซื้อบริโภคเองเสมอ เพราะตับ และไตของผู้สูงอายุจะทำงานได้น้อยลง โอกาสเกิดโทษจากผลข้างเคียงของวิตามินเกลือแร่เสริมอาหารจึงสูงขึ้นจากการ เพิ่มปริมาณสะสมในร่างกาย

ผู้สูงอายุควรต้องมีการเลิกสูบบุหรี่ เพราะมีสารพิษต่างๆ มากมาย ก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ โรคกรดไหลย้อน และเป็นสารก่อมะเร็งสำคัญเช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งในอวัยวะส่วนศีรษะและลำคอ และโรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น

การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลต่อดับเพิ่มขึ้น จากการที่ดื่บทำงานได้น้อยลงตามอายุ และยังเป็นสาเหตุของโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ และโรคกรดไหลย้อน ควรต้องมีการจำกัดเครื่องดื่มมีคาเฟอีนให้ เหลือน้อยที่สุด เช่น ชา กาแฟ โคล่า ยาชูกำลังต่างๆ เพราะมักทำให้อ่อนไม่หลับ กระสับกระส่าย ใจสั่น และ เพิ่มการขับน้ำออกทางปัสสาวะ จึงอาจส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียน หรือภาวะความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะเมื่อลุก ขึ้นยืนได้อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้อาหารหลากหลายชนิด ไม่ควรกินซ้ำๆ ชนิดเดียวกันต่อเนื่อง เพราะจะเกิด การสะสมสารไม่พึงประสงค์ หรือภาวะขาดอาหารได้ง่าย ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหารคือ ต้องให้ ผู้สูงอายุ ได้อาหารมีประโยชน์ ๕ หมู่ครบถ้วน ในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานของผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้ เกิดโรคน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ไม่ให้เกิดการขาดอาหาร และเพื่อได้สารอาหาร น้ำดื่ม และใยอาหารอย่างเพียงพอ

๓.๑.๑.๔.๒ การดูแลผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้ มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) ทุกส่วนอยู่เสมอเช่น การเดิน การบริหารกล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ข้อเข่า ข้อไหล่ และข้อนิ้วต่างๆ เพราะข้อต่างๆจะติดขัดได้ง่ายจากการเสื่อมถอยของเนื้อเยื่อข้อ กระดูก และกล้ามเนื้อ เช่น การช่วยงานบ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ ได้แก่ กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้

๓.๑.๑.๔.๓ การดูแลผู้สูงอายุด้านการขับถ่าย ผู้สูงอายุมีปัญหาในการขับถ่ายเสมอทั้งการปัสสาวะ และการอุจจาระ จากการเสื่อมถอยของ เซลล์ต่างๆรวมทั้งของกล้ามเนื้อหูรูดต่างๆการถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุทั้ง หญิง และชายมักมีปัญหาจากการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการปัสสาวะบ่อย ซึ่งผู้หญิงจะพบบ่อยกว่าผู้ชาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

รวมทั้งอาการรุนแรงกว่า เพราะขาดฮอร์โมนเพศจากการหมดประจำเดือนถาวร ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุจึงต้อง ใส่ใจในเรื่องนี้ จัดห้องพักอาศัยให้ใกล้ห้องน้ำ เครื่องนุ่งห่มควรต้องใส่ถอดได้ง่าย สอนให้ผู้สูงอายุรู้จักใช้ผ้าอ้อมอนามัย แต่ควรให้ผู้สูงอายุเลือก และทดลองใช้แบบต่างๆด้วยตนเองเช่น แบบเป็นแถบคล้ายใส่ผ้าอนามัยหรือแบบคล้ายกางเกง รวมทั้งในด้านความหนา และกลิ่นของผ้าอ้อมอนามัยในการเดินทาง การท่องเที่ยว และกิจกรรมต่างๆควรต้องดูแลในเรื่องห้องน้ำให้สะดวกสำหรับผู้สูงอายุเสมอ

๓.๑.๑.๔.๔ การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุต่างๆได้สูง ที่พบบ่อยคือการล้ม และจากการใช้เครื่องใช้ต่างๆจากการล้มดังนั้นจึงต้องจัดบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ ที่จะลื่นหรือสะดุดล้ม เช่น ไม่ควรให้นอนกับพื้น เตียงนอนควรเตี้ย ในระดับที่ลุกนั่งแล้วเท้ายันพื้นได้พอดี มีที่ยึดเหนี่ยวจัดให้ห้องพักอยู่ใกล้ห้องน้ำ ไม่มีสิ่งของที่เป็นอันตรายในห้องพัก รมัถระวังเรื่องการใช้พรมปูพื้น พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น (การมีราวจับจะช่วยการทรงตัวได้ดีขึ้น) ทางเดินต้องสะดวก ไม่วางของเกะกะรวมทั้งบนพื้น หลีกเลี่ยงการใช้บันได และแสงสว่างตามทางเดินต่างๆทุกที่ต้องเพียงพอให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจนการเลือกรองเท้าที่กระชับ มีสายรัด หัวท้ายปิด นุ่มสบาย สันเตี้ย สะดวกต่อการสวมใส่ และการถอด (ไม่ควรเลือกชนิดมีสายผูกหรือควรเป็นแถบกวาด) และการใช้ไม้เท้าช่วยในการเดิน ก็เป็นอีกสิ่งสำคัญช่วยลดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรต้องพูดคุยแนะนำกับผู้สูงอายุถึงวิธีใช้อุปกรณ์ต่างๆซึ่งต้องง่าย และปลอดภัย หรือห้ามใช้ อะไรบ้างเช่น ห้ามใช้เตาแก๊ส ห้ามจุด ธูป เทียนไหว้พระ และในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อไม่มีคนอยู่บ้าน เป็นต้น

๓.๑.๑.๔.๕ การดูแลผู้สูงอายุด้านการติดเชื้อและโรคประจำตัว โดยธรรมชาติของการเสื่อมถอยของเซลล์ในทุกๆระบบรวมทั้งระบบสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ผู้สูงอายุจึงมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำกว่าคนทั่วไปเสมอ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่ายและมักเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง บ่อยครั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้นตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลและครอบครัวต้องใส่ใจ และร่วมกันรักษาสุขอนามัยพื้นฐาน อย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสเกิดการติดเชื้อของผู้สูงอายุนอกจากนั้นผู้สูงอายุมักเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการใช้พลังงาน ในร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวควรมีการตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุสม่ำเสมอ เริ่มได้เลยในทุกอายุ ต่อจากนั้นความถี่ในการตรวจจะขึ้นกับผลตรวจ และดุลพินิจของแพทย์ อีกประการสำคัญคือ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการฉีดวัคซีนตามกระทรวงสาธารณสุข หรือแพทย์ พยาบาลแนะนำเสมอ เช่น วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนั้น เมื่อพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ควรต้องใส่ใจดูแลรักษาปฏิบัติตามแพทย์ พยาบาลแนะนำเสมอ เคร่งครัดกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป เพราะผู้สูงอายุจะเกิดผลข้างเคียงต่างๆได้ง่าย และไม่ควรให้ขาดยา รวมทั้งการพบแพทย์ควรต้องสม่ำเสมอตามแพทย์นัด เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเมื่อมีไข้หรือท้องเสีย ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน ๑ - ๒ วัน ต้องนำผู้สูงอายุพบแพทย์เพื่อการรักษาได้ทันที่ แต่ถ้ามีอาการมากควรพบแพทย์ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหรือเป็นการฉุกเฉิน

๓.๑.๑.๔.๖ การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเสมอ สถิติในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ในสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ๑๔.๓ คนต่อผู้สูงอายุ ๑๐๐,๐๐๐ คนดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องให้ความรักความนับถือเหมือนเมื่อครั้งผู้สูงอายุนั่งอยู่ในวัยทำงาน ให้ความเข้าใจ มีเวลาให้บ้าง สั่งสอนอบรมให้ลูกหลานยังคงเคารพนับถือ ไม่แสดงให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นภาระหมดคุณค่า เป็นที่ไม่ต้องการ หากทางช่วยเสริมสร้างศรัทธาในตนเองให้กับผู้สูงอายุ เช่น การได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกัน การได้มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวโดยให้เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ การยังเป็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

เคารพนับถือของคนในครอบครัวที่อาวุโสน้อยกว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้เข้าสังคมที่เหมาะสม การที่ต้องอยู่แต่ในบ้าน ขาดเพื่อนในวัยเดียวกัน หรือขาดคนพูดคุยผ่อนคลายความเหงา ยิ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผู้ดูแล และครอบครัวควรคอยสังเกตอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสมอ เมื่อมีอาการมาก หรือครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ควรปรึกษาแพทย์

๓.๑.๑.๔.๗ การดูแลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ควรจัดบ้านให้สะอาด ถ้าเป็นไปได้ ควรช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นแสงแดด หรือห้องพักที่แสงแดดส่องถึง เพราะนอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคแล้ว แสงแดดจะมีผลต่อจิตใจให้ความรู้สึกที่สดชื่น และเกิดพลังช่วยลดการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดีที่มีต้นไม้ดอกไม้ แม้จะเพียง ๑ - ๒ กระถางให้ผู้สูงอายุได้ดูแล ได้มีส่วนร่วม และได้เห็นถึงการมีชีวิตและการเจริญเติบโตซึ่งเกิดจากการดูแลของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะช่วยด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

๓.๑.๑.๔.๘ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีหลักสำคัญในด้านการดูแลตนเองตามหลัก ๖ อ. ดังนี้

๑) อาหาร คือ การรู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่กินอาหารดิบ ปลอดภัยด้วยและต้องมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับอายุและร่างกายของผู้รับประทานด้วย รับประทานทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ และไม่ควรทานของมันของทอดมากเกินไป เพราะว่าอาจทำให้น้ำหนักมากเกินไปและที่สำคัญคุณควรทานผัก ๑ ใน ๔ ของอาหารที่ทานในแต่ละมื้อ และให้ล้างผักก่อนทานทุกครั้ง และอย่าลืมทานโปรตีนจากถั่ว อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑-๒ มื้อ และควรทานผลไม้อย่างน้อยร้อยละ ๑๐ ของแต่ละมื้อ และผลไม้ไม่ต้องไม่หวานมากเกินไป

๒) ออกกำลังกาย คือ ต้องสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับช่วงวัยของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เข้าใจหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งควรออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยวันละ ๓๐ นาที อาทิตย์ละ ๓ วัน ก่อนออกกำลังกายควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายทุกครั้ง และควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุด้วย

๓) อารมณ์ คือ ต้องรู้จักการควบคุมอารมณ์ของตนเองและเรียนรู้อารมณ์ของตนเองอย่างมีสติเมื่อเจอสถานการณ์ รู้จักวิธีการลดความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ สร้างสายใยและความสัมพันธ์ต่อครอบครัวและคนรอบข้าง

๔) อนามัยและสิ่งแวดล้อม คือ ต้องปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและเพื่อสร้างจิตสำนึกต่อส่วนรวม และต้องดูแลสุขภาพแวดล้อมของตัวผู้สูงอายุทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน

๕) อโรคยา คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

๖) อบรมมุข คือ พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเองและสังคม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเล่นการพนัน เป็นต้น

สรุปคือผู้สูงอายุนอกจากมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวและสังคมแล้ว ผู้สูงอายุเองควรรู้จักดูแลตนเอง เพื่อเป็นที่พึ่งแก่ตนเอง แบ่งเบาภาระของครอบครัวและสังคม การดูแลตนเองตามระดับความสามารถของสุขภาพร่างกายในขณะนั้นประการสำคัญที่สุดคือ ผู้สูงอายุควรต้องเข้าใจยอมรับในการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของการดำเนินชีวิต และตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม ผู้สูงอายุจึงยังควรต้องรับฟังข่าวสาร และเรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับวัย และพยายามปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิต ที่เหลืออยู่ได้อย่างมี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

คุณภาพ การเข้าใจทั้งเขาและเรา การยอมรับ และการเรียนรู้ จะนำมาซึ่งอารมณ์ที่แจ่มใส การมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การยังคงเป็นที่เคารพนับถือ เป็นที่พึ่งพิงทางอารมณ์จิตใจ ช่วยผ่อนคลายปัญหาทั้ง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจทั้งของตนเองของครอบครัวและของสังคมได้

๓.๑.๑.๕ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

การจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุซึ่ง กล่าวได้ว่าหัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชนมี ๓ ส่วนหลัก(ทศวรรษ เจริณวงศ์,๒๕๖๒ :๒๓-๒๖)

๑) ภาควิชา ๓ ภาควิชาสามประสานที่สำคัญในการบูรณาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนคือภาควิชา บริการชุมชน/ท้องถิ่นภาควิชาบริการสุขภาพและภาควิชาบริการสังคม

๒) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

๓) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ:โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ

๓.๑) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุคือบุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

๓.๒) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้้นำมีกระบวนการทออย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงวัย

๓.๓) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้องใส่ใจทั้งสิ่งแวดล้อมใน หน่วยบริการในชุมชนและที่บ้าน ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการสำรวจและการคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถ จำแนกได้เป็น ๓ กลุ่มได้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well Elder) ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) ซึ่งในการ ให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจ ๓ ด้านที่ต้อง ให้บริการได้แก่ภารกิจ การให้บริการสุขภาพภารกิจการพัฒนาศักยภาพและภารกิจประสานบริการโดย บริการด้านสุขภาพที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้ผู้สูงอายุตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละ กลุ่มคือ ๔ H (Health Promotion, Home Visit, Home Health Care, Home Ward)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้ จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ ออกมาใช้ประโยชน์พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ คือ “การรวมตัวกันในรูปของชมรมผู้สูงอายุ”

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ เป็นกลุ่มที่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ในบางกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัด ให้กับผู้สูงอายุดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเยี่ยมบ้าน เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดการตายลดการ ใช้บริการสุขภาพเพิ่มสมรรถนะร่างกายเพิ่มสุขภาวะทาง จิตใจและลดการหกล้มได้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแล ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธีลดความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนเช่นสำลักอาหาร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

๓.๒.๑ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยเริ่มจากการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) ที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวบุตรหลานหรือญาติพี่น้องหลังจากที่ผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นจึงมีการดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care) ในรูปของสถานสงเคราะห์คนชราที่ดำเนินการโดยภาครัฐที่เน้นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นหลักยังไม่สามารถสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆดังนี้

๓.๒.๒ การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุในสังคมตะวันออกที่มาจากพื้นฐานความรักความผูกพันของคนในครอบครัวเช่นญี่ปุ่นจีนอินโดนีเซียมาเลเซียพม่าไทยและอีกหลายประเทศในภูมิภาคเป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการไม่มีรายได้เงินเดือนเป็นค่าตอบแทนแต่ได้รับความอึดแอ้มและเกิดความภาคภูมิใจความรู้สึกเป็นสุขที่มีคุณค่าด้านจิตใจที่ได้แสดงความกตัญญูทเวทต่อผู้มีพระคุณ(ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. ๒๕๔๙ : ๒๗๖-๒๗๘) ถึงแม้ว่าการทอดทิ้งบิดามารดาจะมีความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา ๑๕๖๓ การทอดทิ้งผู้สูงอายุผิดกฎหมายอาญามาตรา ๓๐๗ และมาตรา ๓๐๘ ถึงกระนั้นก็ยังมีการทอดทิ้งพ่อแม่หรือผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากครอบครัวบุตรหลานในด้านต่างๆทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขอย่างแท้จริงผู้วิจัยเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความกตัญญูเพื่อต้องการตอบแทนบุญคุณนั้นเป็นการแสดงความรักความผูกพันอย่างคุ้มค่าเนื่องจากได้ดูแลตอนที่ท่านยังมีชีวิตอยู่และเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลตัวเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างดีอีกด้วย

๓.๒.๓ การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแรงจูงใจและพัฒนาการมาจากแนวคิดลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล (Individual) ในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลชุมชนมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเน้นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาลินี วงษ์สิทธิ์ (๒๕๔๕ : ๙-๑๑) ที่ชี้ให้เห็นว่าชุมชนมีบทบาทสำคัญคือการสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการตั้งเอาทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนเช่นครอบครัววงวานว่านเครือเพื่อนบ้านผู้นำชุมชนองค์กรชุมชนชมรมผู้สูงอายุศูนย์สังเคราะห์ผู้สูงอายุและกิจกรรมอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นพลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สรุปได้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีหลายประการเช่นมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งประชาชนให้ความเชื่อถือศรัทธามีทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนที่ช่วยยึดมั่นในขนบธรรมเนียมจารีตประเพณีอย่างเหนียวแน่นมีงบประมาณหรือแหล่งเงินทุนในการสนับสนุนเช่นกองทุนหมู่บ้านธนาคารหมู่บ้านกองทุนสวัสดิการหมู่บ้านหรือการระดมทุนในรูปแบบต่างๆมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติเอื้ออาทรซึ่งกันและกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน

๓.๒.๔ การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชนในปัจจุบันองค์กร เอกชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเนื่องจากมีแนวโน้มว่าครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไปเพราะความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องแสวงหาผู้ดูแลช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานเอกชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

สรุปได้ว่าองค์กรเอกชนเริ่มมีบทบาทสำคัญในการเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบการดูแลเป็นลักษณะการสงเคราะห์การจัดกิจกรรมโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุแต่การดำเนินงานยังขาดการสนับสนุนจากภาครัฐเท่าที่ควรไม่มีการติดตามตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

๓.๒.๕ การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ Primary Care Unit : PCU คือหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งทางด้านทางการแพทย์จิตวิทยาและสังคมเน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพรวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยสถานีนอนามัย (Primary Care Center) คือสถานบริการทางสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลงานควบคุมป้องกันโรคนานส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบตั้งแต่เกิดจนตายเดิมเรียกว่าสุขศาลามาเปลี่ยนเป็นสถานีนอนามัยและปัจจุบันเปลี่ยนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในบางตำบลหน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยที่มีประสิทธิภาพสรุปได้ดังนี้คือ

(๑) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้สูงอายุประจัญตาดีมิตรก่อให้เกิดความอุ่นใจและวางใจการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีก่อให้เกิดความเชื่อใจที่ผู้สูงอายุมือต่อผู้ให้บริการเพราะโดยธรรมชาติของผู้สูงอายุนั้นรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัวบุตรหลานกิจกรรมสำคัญคือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

(๒) ควรหาหนทางในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุให้การดูแลเชิงรุกและเชิงรับควบคู่กันไปจะทำให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย

(๓) การสร้างความพึงพอใจให้ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเชื่อใจสบายใจวิธีการในการทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจคือในการดูแลด้านการบริการแก่ผู้สูงอายุควรให้เวลาที่พอเหมาะไม่เร่งรีบเพราะผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้าไม่คล่องตัวต้องไม่แสดงอาการรำคาญหรือรังเกียจไม่ว่าทางสีหน้าท่าทางหรือด้วยวาจาติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยจะทำให้ผู้สูงอายุนั้นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความพึงพอใจอย่างมากส่งผลให้ผู้สูงอายุไว้วางใจในที่สุด

(๔) การดูแลสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วยโดยในภาวะปกติควรให้คำแนะนำในด้านสุขภาพร่างกายจิตใจและสังคมเช่นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคเช่นการตรวจคัดกรองโรคนอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเช่นการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มกิจกรรมรูปแบบอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยควรให้การรักษาทันทีทั้งร่างกายและจิตใจพร้อมบ้าน (Home Care) เพื่อติดตามการรักษาป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาที่บ้านรวมทั้งการกระตุ้นให้ครอบครัวบุตรหลานญาติพี่น้องและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกายจิตใจและสังคม

(๕) การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุแต่ละคนมีลักษณะของการแก้ปัญหาแตกต่างกันบางคนต้องใช้เวลาพูดคุยส่วนตัวบางคนใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้คุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระบายความในใจซึ่งกันและกันและการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลสุขภาพและปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้นสร้างความร่วมมือครอบครัวเครือญาติในการร่วมกันดูแลและแก้ปัญหาด้านจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

(๖) การดูแลด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุด้วยการจัดกลุ่มกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเช่นการรวมกลุ่มผลิตงานฝีมือของผู้สูงอายุเองหรือการนวดแผนไทยโดยผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยควรประสานงานร่วมมือกับองค์กรชุมชนอื่นรวมทั้งกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (๗) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุกิจกรรมการดูแลที่บ้านควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวเครือญาติและเพื่อนร่วมวัยได้ร่วมฟังปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (๘) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลในสี่มิติ คือร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณโดยมีการบริการแบบต่อเนื่องรวมทั้งดูแลป้องกันส่งเสริมด้านสุขภาพไปพร้อมๆกันทั้งสี่มิติในเวลาเดียวกันที่เกิดจากการประสานความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน

๓.๒.๖ การดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือ อพส. คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดคนดูแลถูกทอดทิ้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ถูกละเลยเพิกเฉยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องโดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงเท่าเทียมเพียงพอและสม่ำเสมอให้ความรู้ในเรื่องต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายรวมทั้งการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวประชาชนในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมและเป็นสื่อกลางในการนำประสานส่งต่อบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ

อพส. การดูแลผู้สูงอายุมีคุณลักษณะคือต้องผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในท้องถิ่นหรือหมู่บ้านต้องผ่านการอบรมหลักสูตรในการดูแลผู้สูงอายุและผ่านการรับสมัครการเป็น อพส. ต้องมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ วัน อพส. ๑ คนให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยากเดือดร้อนในความรับผิดชอบไม่น้อยกว่า ๕ คน และควรให้การดูแลผู้สูงอายุอื่นในกลุ่มเสียอีกไม่น้อยกว่า ๑๕ คน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของอพส. ในทุกเรื่องต้องได้รับการเห็นชอบจากการประชุมประชาคมในท้องถิ่นและผู้สูงอายุหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชนคณะกรรมการ อพส. และผู้สูงอายุผู้เขามาเป็น อพส. ใหม่ต้องมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุก่อนการปฏิบัติหน้าที่เช่นการเข้ารับการอบรมหลักสูตรพื้นฐานเพื่อเป็น อพส. หรือการอบรมความรู้ในการดูแลช่วยเหลือคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุหรือรับการถ่ายทอดความรู้จาก อพส. เดิมในพื้นที่ ๑ ตำบลควรมี อพส. ประมาณ ๔๐-๖๐ คนหรือกำหนดโดยคำนวณจากอัตราส่วนการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

๓.๒.๗ การดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มพึ่งพา แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มพึ่งพา (Group Home) เกิดขึ้นครั้งแรก เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๑๓ ในประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องจากสาเหตุการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว กอปรกับสังคมอเมริกาเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว ไม่มีลูกหลานคอยดูแล และรูปแบบการบริการทางสังคมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงจึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home) ที่มุ่งเน้นในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและสมศักดิ์ศรีประกอบด้วยรูปแบบการจัดที่พักอาศัยเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ ๕-๑๕ คน ผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองได้แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดจะมีบริการดูแลเฉพาะบุคคลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม แต่อย่างไรก็ตามเน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตามความสามารถของแต่ละคนนอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการอาชีวะบำบัดการฝึกอบรมให้ความรู้ต่างๆ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบนี้สามารถกระจายการดูแลได้อย่างกว้างขวางแม้แต่ในชุมชนขนาดเล็กและห่างไกลเนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงานและค่าใช้จ่ายค่อนข้างถูก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

สามารถดำเนินการได้ทั้งหน่วยงานภาครัฐเอกชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรในชุมชนแต่ต้องมีหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่กำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน

๓.๒.๘ การดูแลผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของรัฐคือสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคก่อตั้งเมื่อปีพ.ศ. ๒๔๙๖ ในกรุงเทพมหานครต่อมาได้มีการทยอยจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นในทุกภาคของประเทศจนถึงปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์คนชรารวม ๒๐ แห่งใน ๑๖ จังหวัด หน่วยงานที่รับผิดชอบคือกองสวัสดิการสงเคราะห์กรมประชาสงเคราะห์กระทรวงมหาดไทยรับอุปการะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาต่างๆเช่นผู้สูงอายุเร่ร่อนไร้ที่พึ่งไม่มีที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่งผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในบ้านของตนเองผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้และผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพี่น้องดูแล

ปัญหาสุขภาพแต่ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าชีวิตในสถานสงเคราะห์ปัจจุบันดีกว่าเมื่อก่อนมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงขึ้นซึ่งทำให้สถานสงเคราะห์ต้องแก้ปัญหาการเรียกร้องสิทธิของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในมิติของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ดีกว่าหญิงสุขภาพแข็งแรงมากกว่าเข้าร่วมในกิจกรรมมากกว่าสุขภาพจิตดีกว่าและต้องการทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีความต้องการทางจิตใจและจิตวิญญาณมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและต้องการอยู่ในสถานสงเคราะห์ตลอดไปมากกว่าชายส่วนในด้านการบริหารงานพบว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสูงมากรายได้ส่วนหนึ่งได้จากการบริจาคการบริหารงานยังไม่คล่องตัวและบุคลากรระดับล่างยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควรสถานสงเคราะห์สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิตแต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของผู้สูงอายุได้

๓.๒.๙ การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนเป็นบริการในระดับชุมชนที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวได้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ หรือรับบริการจากศูนย์ประเภทเข้าไปเย็นกลับเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและอบอุ่นในบ้านปลายชีวิตภายในศูนย์มีบริการที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้สูงอายุและสภาพของชุมชนประกอบด้วยบริการด้านสุขภาพอนามัยกิจกรรมเสริมรายได้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ศาสนาและนันทนาการตามความสนใจของผู้สูงอายุ

๓.๑.๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓.๑.๓.๑ งานวิจัยในประเทศ จากการศึกษางานวิจัยในประเทศพบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นกระบวนการทางสังคม ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน สามารถควบคุมตนเองในการเลือกกำหนดอนาคตในการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ จึงต้องมีการพิจารณาปัจจัยในตัวบุคคล ซึ่งต้องทำควบคู่กับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเชื่อมโยงการผลักดันสุขภาพให้ตัวบุคคลรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อการมีชีวิตที่มั่นคงยั่งยืนต่อไป

๓.๑.๓.๒ งานวิจัยต่างประเทศ จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการประเทศซึ่งการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ในชุมชนซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่มความร่วมมือของคนในชุมชน การดำรงชีวิตประจำวัน การมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีจากการดูแลสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ

๓.๒.๑ ปฏิบัติงานในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ซึ่งได้กำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานในการพัฒนาการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Care) ๔ ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและสุขภาพทางกาย การฟื้นฟูสภาพและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านบริการ

๓.๒.๒ มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจและวัฒนธรรมขององค์กรร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๒.๓ มีหน้าที่ในการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๓.๒.๔ มีทักษะในการชี้แนะและจูงใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

๓.๒.๕ มีความสามารถบริหารจัดการองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน

๓.๒.๖ ความรู้ ความชำนาญด้านการทำวิจัย

๓.๒.๗ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๘ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มีประสบการณ์ในการทำงานในบทบาทผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ซึ่งได้กำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานในการพัฒนาการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Care) ๔ ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและสุขภาพทางกาย การฟื้นฟูสภาพและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านบริการ ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของพื้นที่ โดยใช้สมรรถนะทั้ง ๔ ด้านในดำเนินงานดังนี้

๓.๓.๑ ด้านปฏิบัติการ ศึกษาค้นคว้าสืบค้นงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความหมายของผู้สูงอายุ ความสำคัญของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (Group Process) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support Theory) กระบวนการเยี่ยมบ้านตามหลัก IN-HOME-SSS และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๖๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๖ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและต้องการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยร่วมมือกันทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ โดยเฉพาะการร่วมกันกระตุ้นเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเตรียมวางแผนการออม การใช้ชีวิตในบั้นปลาย การร่วมมือกันในชุมชน การจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๓.๒ ด้านการวางแผน ร่วมกับภาคีเครือข่ายวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยการรวมพลังความคิดอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน หรืออุดมการณ์ร่วมกัน กำหนดวิธีการที่สำคัญร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกัน แล้วนำวิธีการที่สำคัญไป กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ โดยร่วมกันคิดร่วมกันทำวัดผล และปรับปรุงกระบวนการ ๓ ขั้นตอน ประกอบด้วย ๑) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้แสดงความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยอาจใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น หรือใช้สัญลักษณ์ต่างๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น เป็นต้น ๒) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) เป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้การ พัฒนาบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะต้องแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ ช่วงแรกจะ ต้องการคิดโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ และช่วงที่สองคือการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ ๓) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) เป็นการนำเอาโครงการหรือกิจกรรมที่ได้จัดลำดับความสำคัญมาปฏิบัติให้เกิดผล ซึ่งทุกฝ่ายจะต้องช่วยกันในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

๓.๓.๓ ด้านการประสานงาน ประสานงานราชการกับหน่วยงานทั้งภายใน ภายนอกสถานบริการ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุต้องใช้ทักษะระดับสูงด้านการสื่อสาร ภาวะผู้นำ การจูงใจ การถ่ายทอดความรู้ รวมถึงสร้างบรรยากาศ ความสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตรงตามวัตถุประสงค์ โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุตามกระบวนการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมหรือชุมชนให้เป็นไปได้โดยสะดวกขึ้น ทำให้ความเป็นชุมชนเข้มแข็ง (Strong Community) สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสาร ทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ดีและช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาลผู้สูงอายุ (care giver) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาเลิง

๓.๓.๔ ด้านการบริการ การปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่สูงมากในการวางรูปแบบการจัดบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และภัยสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามการขึ้นทะเบียน (PCU/NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามรูปแบบทั้งในหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้บริการทั้งเครือข่าย ๓ วัน / สัปดาห์ ปฏิบัติตามภารกิจดูแลคัดกรองสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ประชาชนเข้าถึงบริการตามนโยบาย ๓ หมอ เชื่อมต่อระบบบริการปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ และบริการต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยและพัฒนา เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ประการแรกเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ประการที่สองเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี และประการที่สามเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคมถึงเดือนมีนาคม ๒๕๖๘ โดยผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการวิจัยออกเป็น ๓ ระยะ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดระยะเวลาการวิจัยออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๔.๒.๑.๑. การวิจัยระยะที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็น สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๑.๒. การวิจัยระยะที่ ๒ การสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๑.๓ การวิจัยระยะที่ ๓ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๔.๒.๒.๑. กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๑ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๐ คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๒) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๕ คน

๔.๒.๒.๒. กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๒ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน ๕ คน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๒.๒.๓. กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๓ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๑๐ คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๔.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๔.๒.๓.๑. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลระยะที่ ๑ เครื่องมือสำหรับศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็น สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

๑) แบบประเมินความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินของ จิณณ์นิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์ (๒๕๕๘: ๕๖๑-๕๖๗) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮาง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ ๐.๔๘-๐.๘๒ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๙๘

๒) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบทดสอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๐ ข้อ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮาง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ ๐.๔๐-๐.๘๖ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๙๐

๔.๒.๓.๑.๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ ๒ ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบประเมินของศุภักษรพงษ์จางวาง และกองสุข คมมนัส (๒๕๕๙)

๔.๒.๓.๑.๓. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือการวิจัยระยะที่ ๓ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

๑) แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของกรมอนามัย จำนวน ๙ ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ผลการตรวจโรคเบาหวาน ผลการตรวจโรคความดันโลหิต มีพื้นใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ซีหรือ มีพื้นหลัง ๔ คู่สบ ผลการคัดกรองสายตา การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม (๒Q)การประเมินภาวะสมองเสื่อม การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม และการคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

๒) แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

(๑) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

(๒) สร้างแบบวิเคราะห์เอกสารตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

(๓) นำเสนอร่างแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เสนอที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

๓) แบบประเมินการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบทดสอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๔ ข้อ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ ๐.๔๗-๐.๘๗ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๙๒

๔.๒.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๔.๒.๔.๑. วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ ๑

๑) สํารวจสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๐ คนโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, ๑๙๘๑) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย ๔.๕๐ - ๕.๐๐ หมายถึง	สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย ๓.๕๐ - ๔.๔๙ หมายถึง	สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลมาก
ค่าเฉลี่ย ๒.๕๐ - ๓.๔๙ หมายถึง	สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลปานกลาง
ค่าเฉลี่ย ๑.๕๐ - ๒.๔๙ หมายถึง	สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลน้อย

๒) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๕ คน

๓) การวิเคราะห์ หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเพื่อเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

(๑) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

๔.๒.๔.๒. วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ ๒

๑) กำหนดและยกยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) นำข้อมูลจากผลศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเพื่อเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย และข้อมูล และผลการวิเคราะห์ความต้องการและการได้รับการตอบสนองต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มายกร่างรูปแบบฯ โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๕ ส่วน คือ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้

(2) จัดทำคำสั่งจัดตั้งทีมสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้วิจัย รวมถึงสหวิชาชีพอื่น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

(3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีมให้เป็นแกนนำในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับส่งต่อจนถึงบ้าน

(4) พัฒนาศักยภาพทีม โดยการประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นที่เข้าใจก่อน นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในศูนย์บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ไปดำเนินการจริง

(5) พัฒนาปัจจัยเกื้อหนุน เช่น การจัดเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน สำหรับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งเอกสารแผ่นพับ และวีดิทัศน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน

๔.๒.๔.๓. วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ ๓

๑) กำหนดพื้นที่วิจัยได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒) ดำเนินงานโครงการฯ โดยการประสานกับ อบต.นาเลิง ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ไปทดลองใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขั้นตอนการวิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการสังเคราะห์สภาพปัญหาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน (PATIA Model) ได้แก่

ขั้นที่ ๑ การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่าย (Preparation procedure)

๑) แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม และศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้ม ประวัติของผู้ป่วยพร้อมสอบถามข้อมูลผู้ป่วยจากญาติผู้ป่วย

๒) สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและการดูแลของทีมสหวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนต่างๆ โดยการกล่าวสวัสดิทักทายด้วยใบหน้ายิ้มแย้มและกิริยาวาจาสุภาพเป็นกันเอง พร้อมทั้งเรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและแนะนำตนเอง ทำความรู้จัก เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นคลายความวิตกกังวล และสอบถามอาการผู้ป่วยด้วยท่าทางเอาใจใส่

ขั้นที่ ๒ ศึกษาและประเมินสถานการณ์ปัญหา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และค้นหาข้อมูล (Need Assessment) โดยสำรวจข้อมูล/คัดกรองผู้สูงอายุ ADL การวัดระดับการพึ่งพิง อาชีพ รายได้ สภาพบ้าน/ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีการอบรม การใช้แบบสำรวจให้กับ อสม. ในพื้นที่ และมีการจัดเก็บบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาข้อมูลปัญหา และข้อมูลต่างๆ ต่อเวทีการทำงานเรื่องผู้สูงอายุ

ขั้นที่ ๓ อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Training) โดยอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามหลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน ๕ คน เดือนมีนาคม ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

ขั้นที่ ๔ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Implementing) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ทั้งการดูแลทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม อันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการประสานงานกับโครงการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๑๐ คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการ ดังนี้

๑) ผู้วิจัยพบกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้า ร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการโดยไม่มีผลเสียใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมและคำตอบทุกคำตอบจะถือเป็นความลับ

๒) เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าจะมีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยเป็นสัมภาษณ์

๓) ขั้นตอนประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุของกรมอนามัย จำนวน ๑๐ ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ผลการตรวจโรคเบาหวาน ผลการตรวจโรคความดันโลหิต มีฟันใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ซี่ หรือมีฟันหลัง ๔ คู่สบ ผลการคัดกรองสายตา การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม (๒Q) การประเมินภาวะสมองเสื่อม การประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม และการคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะทั้งก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

๔) วางแผนการเยี่ยม (Care plan) ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย

๕) ดำเนินงานติดตามแผนการเยี่ยม (Care plan) หลังจากนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จะทบทวนให้ข้อมูลเพิ่มเติม และการกล่าววาทันนี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติม และเพื่อคลายความวิตกกังวล

๖) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติแต่ละรายและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจจากพยาบาลได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ประมาณ ๒๐ นาทีต่อราย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วย เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย

ขั้นที่ ๕ ประเมินผลการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล (Appraisal)

๑) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

๒) ประเมินการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

๓) ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน

๔) นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๒.๕ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๒.๕.๑ สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ ๑

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๔.๒.๕.๒ สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ ๒

๑) การวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมนี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best, ๑๙๘๑) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย ๔.๕๐ - ๕.๐๐ หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย ๓.๕๐ - ๔.๔๙ หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้มาก

ค่าเฉลี่ย ๒.๕๐ - ๓.๔๙ หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย ๑.๕๐ - ๒.๔๙ หมายถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้น้อย

๒) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๔.๒.๕.๓ สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ ๓

๒.๕.๓.๑ การวิเคราะห์แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกร จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่ม ติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง(กลุ่มติด บ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ - ๑๑ คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ - ๔ คะแนน

๒.๕.๓.๒ วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมนี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean:M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD.) โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best, ๑๙๘๑: ๘๒) มีรายละเอียดดังนี้

ค่าเฉลี่ย(mean) ๔.๕๐ - ๕.๐๐ หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย(mean) ๓.๕๐ - ๔.๔๙ หมายถึง ความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย(mean) ๒.๕๐ - ๓.๔๙ หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย(mean) ๑.๕๐ - ๒.๔๙ หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

๓.๗.๓ วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลทุ่งมนี ตำบลนาเลิง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD.) การแปลผลระดับคุณภาพจากคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๓ ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ บุญส่ง นิลแก้ว (๒๕๕๑:๑๕๖) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย(mean) ๑.๓๕ - ๒.๐๐	หมายถึง	ปฏิบัติงานระดับมาก
ค่าเฉลี่ย(mean) ๐.๖๗ - ๑.๓๔	หมายถึง	ปฏิบัติงานระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย(mean) ๐.๐๐ - ๐.๖๗	หมายถึง	ปฏิบัติงานระดับน้อย

๔.๒.๖ การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติเห็นชอบ อนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๘ - ๐๕.๐๒๖ รหัสโครงการ SSJ.UB ๐๕.๐๒๖ วันที่รับรอง ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีมาตรการในการป้องกันหรือลดความเสี่ยง ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นด้วยการไตร่ตรองและตระหนักถึงวิธีการใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งจะแสดงผลการศึกษาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้และข้อเสนอแนะที่ได้ไปต่อยอดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เป้าหมายด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

๔.๓.๑ กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๑ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลียง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๐ คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๒) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๕ คน

๔.๓.๒ กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๒ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน ๕ คน

๔.๓.๓ กลุ่มเป้าหมายระยะที่ ๓ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมณี ตำบลนาเลียง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๑๐ คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน รพ สต.ทุ่งมณี

๑) ผลการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย ๕ ชั้น ๑) ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ ๒) การประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและคืนข้อมูล ๓) พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ประเมินผลการดำเนินงาน และเผยแพร่ข้อมูล หรือ NATIE Model

๒) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๓) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการบริการด้านสุขภาพโดยรวม ทั้ง ๑๑ ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = ๓.๒๖, SD = ๐.๑๐$) โดยมีความต้องการจัดบริการหรือสวัสดิการสังคม ($M = ๓.๕๐, SD = ๐.๒๕$) และการบริการการดูแลผู้สูงอายุ ($M = ๒.๕๖, SD = ๐.๑๗$)

๕.๑.๒ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน รพ.สต.ทุ่งมณี ต.นาเลิง อ.ม่วงสามสิบ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = ๔.๘๐, SD = ๐.๕๔$)

๕.๑.๓ การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน รพ.สต.ทุ่งมณี

๑) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = ๑.๔, SD = ๐.๔๓$)

๒) ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ ๑ จำนวน ๖ คน กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๒ คน และกลุ่มที่ ๓ จำนวน ๔ คน แต่หลังที่พัฒนาระยะเวลา ๑๒ เดือน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๑ ลดลง จำนวน ๑ คน คงเหลือ ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ กลุ่มที่ ๒ ลดลง จำนวน ๑ คน คงเหลือ ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ กลุ่มที่ ๓ ลดลง จำนวน ๒ คน คงเหลือ ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๕๕ และเป็นกลุ่มปกติ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑

๓) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน รพ.สต.ทุ่งมณี ตำบลนาเลิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = ๔.๓๐, SD = ๐.๒๐$)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผลการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประกอบด้วย ๕ ชั้น คือ ๑) ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ ๒) การประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและคีนข้อมูล ๓) พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔) ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน และ ๕) ประเมินผลการดำเนินงาน และเผยแพร่ข้อมูล หรือ NATIE Model มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (๒๕๕๙: ๕๗-๖๙) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ๖ กิจกรรม คือ ๑) การให้ความรู้ผู้ดูแล ๒) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด ๓) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ ๔) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๕) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ๖) การสร้างรอยยิ้ม และสันตนาการ ; ขญาณิศ เขียวสด, สฤชดี ผ่องแผ้ว, ไพจิตร วรรณจักร์, ปิยะนุช เอกก้านตรง และบังอร กล้าสุวรรณ (๒๕๕๓) ซึ่งพบว่า เกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนา และ ๒) การวางแผนการดำเนินงาน โดยการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ โดยใช้หลักเกณฑ์ ๖ องค์ประกอบ คือ มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุข มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ (ติดบ้าน) และกลุ่มที่ ๓ (ติดเตียง) ของชุมชน มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม คู่มือการประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน และแบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน ใกล้เคียงกับงานวิจัยของจินตหรา เดชบุรีรัมย์ และคณะ (๒๕๕๖) ซึ่งพบว่า กระบวนการดำเนินงานมี ๓ ขั้นตอน คือ ๑) ก่อนดำเนินการ เช่น ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดำเนินงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ร่วมกัน ตั้งแต่คณะกรรมการ ๒) ขณะดำเนินการ เช่น การออกตามเยี่ยมบ้านโดยทีมงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ๓) หลังดำเนินการ เช่น ประเมินผลและติดตามผลเครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินกระบวนการเยี่ยม (IN-HOME-SSS) และแบบประเมิน ADL ; ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยวดี รอดจากภัย(๒๕๕๗: ๔๖-๕๔) พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการรูปแบบที่เหมาะสมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย ๑) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยทีมวิจัยเข้าไปทำความเข้าใจผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สุขภาพในชุมชน และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกายและ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน และ ๒) ทีมวิจัยประชุมร่วมกับชุมชนเพื่อวางแผนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพภาพสำหรับผู้สูงอายุ ; กฤตเมธ อัทธภูมิ, มนชยา พรหมศรีและพล ทองสถิตย์ (๒๕๕๙) พบว่า รูปแบบการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ๑) กิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ๒) กิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุ ๓) กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน ๔) กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๕) กิจกรรมกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีม หมอครอบครัว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Swagerty DLJ., Takahashi PY, Evans JM. (๑๙๙๙: ๒๘๐๔-๒๘๐๘) ซึ่งพบว่า แนวทางความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่ เหมาะสม ๑๐ แนวทาง ได้แก่ ๑) ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ ๒) ประเมินความ ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ ๓) ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เท่าที่จำเป็น เพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ ๔) หากญาติมาด้วยให้สังเกตปฏิกริยาระหว่างญาติกับ ผู้ป่วยก่อน ๕) ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ๖) ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้าน ๗) เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ที่บ้าน ๘) ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพองค์รวม ๙) นัดหมายติดตามดูแลครอบครัว อย่างต่อเนื่อง และ ๑๐) สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และ ปัญหารอบตัวได้ดีขึ้น ผลการวิจัยของวริยา จันทรขำ, หทัยชนก บัวเจริญและชินวุฒิ อาสน์วิเชียร (๒๕๕๘) ซึ่ง พบว่า การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การดำเนินงาน ๔ ชั้น ได้แก่ ๑) การเกิด จากการนำใช้ข้อมูลโดยนักวิจัยชุมชนและนักวิชาการได้จัดกระบวนการประสานความร่วมมือ ๒) พัฒนาทักษะโดย จัดฝึกอบรมทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๓) ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับหน่วยงาน ภายนอกที่เกี่ยวข้อง และ ๔) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิค/วิธีการดูแลช่วยเหลือของอาสาสมัครผู้ดูแล ผู้ด้อยโอกาส และสอดคล้องกับข้อค้นพบของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิ ราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัทธนี วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร (๒๕๕๗: ๑๒๐-๑๓๑) ซึ่ง พบว่า การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย ๖ ชั้น คือ ๑) การเตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง ๒) การประเมินสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของ ๓) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ๔) การ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน ๕) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการ ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ๖) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิชาการข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่าง หลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ

๕.๒.๒ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖๗ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (๒๕๕๑:๖) พบว่า ปัญหาด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล ซึ่ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

มีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้ และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ ๔ หรือ ปีที่ ๖ ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้นผู้ดูแลจะดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้คำแนะนำจาก เพื่อนบ้าน/ชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบ ทอดกันมา มากกว่าการได้จากแหล่งที่เป็นทางการ

๕.๒.๓ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือชายสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ดมีความต้องการการบริการด้านสุขภาพโดยรวม ทั้ง ๑๑ ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ความต้องการจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมและการบริการการดูแลผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ (๒๕๕๕:๕๕-๖๕) ได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (๔๐.๘%) และมีอาการ ปวดหลังส่วนล่าง (๓๙.๗%) ในส่วนของความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ (๙๙.๕%) ในส่วนของคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (๕๘.๔%) และ

เมื่อ พิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ สุขภาพกาย (๗๒.๑%) จิตใจ (๕๖.๘%) สัมพันธภาพทางสังคม (๕๙.๕%) และ สิ่งแวดล้อม (๖๕.๓%) และงานวิจัยของ Caffrey(๑๙๙๑: ๙๘) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทยดำเนินกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ สามารถดูแลตนเองได้ในกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดินไปถวายอาหารพระที่วัดหรือไปปฏิบัติธรรมในวันพระและช่วงเช้าพระราชมงคลเดินไปซื้อของจัดการงานบ้าน เช่น การเลี้ยงหลานการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านการซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การกางมุ้งและเก็บที่นอน การขึ้นบันได การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำการแต่งกาย นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการงานทั้งวันเช่นการดูแลสัตว์เลี้ยงการทำสวนและการจักสานและในด้านการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะดี จะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีขณะที่ผู้สูงอายุที่ยากจนบุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจ

๕.๒.๔ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับข้อค้นพบของ วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง (๒๕๕๓: ๑๒๓) ซึ่งพบว่า อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๕๖.๗) และมีเพียงร้อยละ ๓๗.๕ ที่มีระดับความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับมาก ส่วนเรื่องการปฏิบัติหน้าที่ของ อผส.ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อผส. ร้อยละ ๕๐.๘ จะออกไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุสัปดาห์ละ ๑ - ๒ วัน ร้อยละ ๔๑.๗ จะหมุนเวียนไปตามสะดวก จากการศึกษาความทั่วถึงในการปฏิบัติหน้าที่ในรอบ ๑ เดือน พบว่า อผส. ส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๖.๗ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๙๗.๘๗) สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ตนรับผิดชอบได้อย่างทั่วถึง ดังผลการวิจัยของ Kuzuya, Masafumi and others (๒๐๐๖: ๔๔) ได้ศึกษาการใช้บริการการดูแลเวลากลางวันเกี่ยวข้องกับอัตราการตายที่ลดลงในชุมชนบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทำให้เข้าใจรูปแบบการบริการการดูแลเวลากลางวันและอัตราการตายในช่วง ๒๑ เดือนในชุมชนบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยมีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักอาศัย ๑,๖๗๓ คน (ผู้สูงอายุเพศชาย ๕๔๐ คน, ผู้สูงอายุเพศหญิง ๑,๑๓๓ คน) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้เข้าร่วมโครงการต้องการใช้รูปแบบการดูแลกลางวัน ๒ และ ๓ เวลาต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้น และ Cicirelli (๑๙๘๑:๑๐๒) พบว่า สิ่งบุตรให้แก่บิดามารดา คือ การให้กำลังใจการให้ที่อยู่อาศัยการให้ข่าวสารความรู้การช่วยทำงานบ้านการบริการรับส่งพฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันอีกอย่างหนึ่งคือ การไปเยี่ยมและการพูดคุยทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ส่วน การดูแลช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคตนั้นบุตรที่อายุน้อยคาดหวังการบริการจากรัฐและองค์กรอาสาสมัครมากกว่าบุตรที่อายุมาก ส่วนบุตรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความคาดหวังบริการจากหน่วยงานต่างๆ มากกว่าบุตรที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒.๕ ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ ๑ จำนวน ๖ คน กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๒ คน และกลุ่มที่ ๓ จำนวน ๔ คน แต่หลังที่พัฒนาระยะเวลา ๑๒ เดือน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๓ ลดลง จำนวน ๑ คน คงเหลือ ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ กลุ่มที่ ๒ ลดลง จำนวน ๑ คน คงเหลือ ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ กลุ่มที่ ๑ ลดลง จำนวน ๒ คน คงเหลือ ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๕๕ และเป็นกลุ่มปกติ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ ตั้งผลการวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (๒๕๕๙: ๕๗-๖๙) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ในทำนองเดียวกับจินตหรา เดชบุรีรัมย์ และคณะ (๒๕๕๖) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลเมืองฝ้ายจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งพบว่า หลังการดำเนินการ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง มีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่ม ๓ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาคณะอื่นลดลง จากร้อยละ ๑๐.๐ เป็นร้อยละ ๕.๐๐ ผู้สูงอายุกลุ่ม ๒ ที่สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ลดลง จากร้อยละ ๙๐.๐ เป็นร้อยละ ๒๒.๕ และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงกับกลุ่มติดสังคม พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๗.๕๐ เป็นร้อยละ ๗๒.๕๐ ($p=.๐๓๒$) ข้อค้นพบของ กฤตเมธ อัทธภูมิ, มนชยา พรหมศรี และพล ทองสถิตย์ (๒๕๕๙) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บ้านดงสวนพัฒนาจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการทดลองมีมากกว่าก่อนการทดลอง จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแลป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผลงานวิจัยของจุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (๒๕๕๕ :๖๕๗-๖๖๙) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (๒๕๕๙: ๕๗-๖๙) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๑.๒ เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

๖.๑.๓ เกิดกระบวนการเรียนรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

๖.๑.๔ เกิดกระบวนการบูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาเลิงในการดูแลสุขภาพชีวิตของประชาชน ในตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๑.๕ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานขยายผลให้พื้นที่อื่นๆ

๖.๑.๖ เกิดกระบวนการสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมหรือชุมชนให้เป็นอย่างดีโดยสะดวกขึ้น ทำให้เกิดเป็นชุมชนเข้มแข็ง (Strong Community) สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสาร ทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้

๖.๒ ผลกระทบ

๖.๒.๑ ผลกระทบทางด้านสังคม เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้สูงอายุตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี การเกิดกิจกรรม การปฏิบัติตนของประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๖.๒.๒ ผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องในด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี มีอายุยืนยาวขึ้น การป้องกันโรค ความเจ็บป่วย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖.๒.๓ ผลกระทบทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าใจ แนวคิดและความเป็นจริง คุณค่า และความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ปัญหาการสื่อสารความเข้าใจการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลนาเลิง อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ต้องใช้เวลาในการระยะเวลาในการทำความเข้าใจและการสื่อสารที่ถูกต้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเข้าร่วมกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมในในกลุ่มผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่นปวดขา ปวดหลัง ง่วงนอน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้นาน ทำให้แผนงานที่ระบุไว้ดำเนินการไม่ได้ตามเวลา ต้องปรับเวลาและแผนการดำเนินงานตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

๑) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุควมรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุประเด็นการประเมิน ADL การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง โภชนาการ หลักการให้ยาที่นิยมกัน เป็นสากล การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ผู้สูงอายุจะ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

มองเห็น ขั้นตอนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจนเกิดความมั่นใจว่า “ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง”

๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการด้านสุขภาพร่างกายมากที่สุด เช่น ให้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัยที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี ให้สถานบริการของรัฐและเอกชนมีการจัดบริการ ให้คำปรึกษาทั่วไปแก่ผู้สูงอายุ ได้รับเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการหกล้ม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรริบดำเนินการเหล่านี้อย่างเร่งด่วน

๓) จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะ เรื่อง การดูแลผู้มีอุปการณการแพทย์และการให้ยาค่อนข้างต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่ฝึกอบรมควรเน้นการฝึกทักษะด้านการให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การดูแลผู้มีสายสวนปัสสาวะ ผู้มีท่อหลอดลมคอ และการดูดเสมหะ ผู้มีทวารเทียมทางหน้าท้องผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน และการให้ยา โดยการฝึกปฏิบัติจากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

๙.๒ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

๑) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงปัจจัยเบื้องต้นของโครงการ เช่น (๑) ควรจัดทำโครงการเพื่อให้ได้งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (๒) ผู้จัดการระบบ(Case manager) ควรมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน (๓) ควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ(๔) ควรมีเวทีเสริมสร้างขวัญกำลังใจหรือเยี่ยมเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติงาน และ(๕) ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีจิตอาสาด้วยใจจริง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-กำลังดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว ให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงานเป็น ๑๐๐%

๑) นางสาวดา ภาะวัง สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางสุชาดา ภาะวัง) ผู้ขอประเมิน

วันที่ ๑๖ / มิ.ย. / ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวดา ภาวัง	
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายวรวิทย์ สอดศรี)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) ๑๖ / มิ.ย. / ๒๕๖๘

(ลงชื่อ).....

(นายสุทิน งามเลิศ)

นายอำเภอม่วงสามสิบ

ตำแหน่ง

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) ๑๖ / มิ.ย. / ๒๕๖๘

หมายเหตุ

๑. กรณีส่งผลงานมากกว่า ๑ เรื่อง ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำเอกสารในส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน เพื่อประกอบการพิจารณาให้ครบตามจำนวนเรื่องที่ส่งประเมิน และต้องส่งในคราวเดียวกัน

๒. กรณีขอประเมินผลงานตำแหน่ง ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ บางสายงาน ที่ไม่ ต้องส่งผลงานวิชาการฉบับเต็ม (Full Paper) ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำรายละเอียดของเนื้อหาผลงานวิชาการที่ จัดทำ โดยสรุปไว้ในส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ข้อ ๑ - ๑๑) โดยให้เนื้อหา ผลงานมีความชัดเจนครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่น้อยกว่า ๑๕ หน้า

๓. คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่ เหนือขึ้นไปอีก ๑ ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรอง ๑ ระดับ ได้

แบบเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
บ้านหนองขุน ตำบลยางโยภาพ
อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ของ

นางสุชาดา ภาะวัง

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยาบาลวิชาชีพ)

ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๗๗๒๒๔

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมณี ตำบลนาเลิง

อำเภอม่วงสามสิบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ

จังหวัดอุบลราชธานี

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข)

ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๗๗๗๔๓

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขุน ตำบลยางโยภาพ

อำเภอม่วงสามสิบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ

จังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว และมีการคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ของสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๑-๒๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) ซึ่งผู้สูงอายุจะความเสื่อมตามวัยตามทฤษฎีความสูงอายุ คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theories) ที่มีการเสื่อมถอย ในการทำหน้าที่ของอนุมูล และทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) การถดถอยจากการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิทุกพื้นที่จึงเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ทั้งในการให้บริการด้านหน้า ดูแล บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกับบทบาทในการส่งเสริมสมรรถภาพร่างกายเพื่อป้องกันโรค เรื้อรังต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จึงขอเสนอแนวทางการจัดระบบบริการผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้ศึกษาหวังว่า ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการพัฒนางาน หรือการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนบ้านหนองขุน ตำบลยางโกลน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดระบบบริการผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ ในสถานการณ์ปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุชาดา ะวงษ์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนหนองซุ่น	๑
๒. หลักการและเหตุผล	๑
๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๒.๒ วัตถุประสงค์	๒
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข	๓
๓.๑ บทวิเคราะห์	๓
๓.๒ แนวความคิด	๓
๓.๓ ข้อเสนอ	๑๓
๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	๑๔
๓.๕ แนวทางแก้ไข	๑๔
๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	๑๔
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ	๑๕
๖. บรรณานุกรม	

**แบบการเสนอข้อเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนบ้านหนองซุ่น ตำบลยางโกลน อำเภอม่วงสามสิบ
จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากร 64.5 ล้านคนมีจำนวนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.57 โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 7.5 ล้านคน ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 9.7 ล้านคน ในปี พ.ศ.2557 และพบว่า ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุ เจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 5 ที่สุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 87 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในกลุ่มนี้ มีผู้ป่วยติดเตียงประมาณ 1 ใน 5 มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านน้อยถึงน้อยที่สุด ในบางครั้งได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการทั้งยังขาดแคลนบุคลากร ในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2558: 1)

เมื่อพิจารณาถึงความต้องการของผู้สูงอายุจะต้องการการดูแลทั่วไป การดูแลที่มีปัญหาหลงลืม การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับผู้สูงอายุ การมีกลุ่มกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความต้องการในการวางแผนจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ นอกจากผู้สูงอายุแล้วความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นครอบครัวโดยผู้ดูแลร้อยละ 81.20 เป็นบุตรหลาน และญาติ เหตุผลก็คือ อยู่ด้วยกันมาและดูแลกันไป ในขณะที่ผู้ดูแลรับจ้างมีเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 0.30 เท่านั้น (ชาย โพธิ์สีตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์, 2552) ความต้องการของผู้ดูแลต้องการเวลาพักผ่อนบ้างเพื่อผ่อนคลายจากความเครียดในการดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิธีการที่จะติดต่อกับทีมสุขภาพเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ มีระบบบริการรองรับส่ง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นหรือมีแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ซึ่งเหล่านี้เป็นความต้องการที่ควรต้องตอบสนองเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจากการคาดการณ์ของสหประชาชาติใน ปีพ.ศ.๒๕๖๘ ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๑-๒๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ ๗๙ หรือ ๕ ล้านคนเป็นกลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่างๆได้ อีก ๑.๓ ล้านคนหรือร้อยละ ๒๑ คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า ติดบ้าน ติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกัน

นอกจากนี้แล้วปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่ง Swagerty DLJ, Takahashi PY, Evans JM. (๑๙๙๙) จำแนกการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม จำนวน ๕ เรื่อง ได้แก่ ๑) การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) ๒) การเพิกเฉยละเลยทอดทิ้ง (Physical Neglect) ๓) การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) ๔) การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) จัดการดูแลผู้สูงอายุเครือญาติมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด แม้ว่าจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก ความหวังดีและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ดูแลผู้สูงอายุเครือญาติขาดแคลนผู้ดูแล ความยากจน ขาดความรู้ และขาดคุณภาพในการดูแล ในทำนองเดียวกับการดำเนินงานในเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีพยาบาลดูแลที่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งต่างก็เป็นปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดูแลที่ดีนั้น พบว่า อุปสรรคที่สำคัญคือ อสม. หรือ อพส. เป็นคนเดียวกับความรู้อันและบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่วนพยาบาลวิชาชีพก็ภาระงานที่มากเกินไปจนความจำเป็น และอาจทำให้เกิดการลดลงของคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพ รวมไปถึงระบบบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน และขาดแคลนบุคลากรด้านพัฒนาสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, ๒๕๕๒ : ๑๖-๒๒) ซึ่งสอดคล้องกับสุภัทรา ศรีวิณิชชากร และคณะ (๒๕๕๖ : ๑๔๗-๑๗๑) ที่ชี้ให้เห็นว่ากลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. รพ. รพ. สต. ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา วัด โรงเรียน ครอบครัวและคนในชุมชนมีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่บ้างแล้วในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกพื้นที่เป็นบริการด้านหน้า ที่ผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้ง่าย ผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนมากขึ้นส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และมีความเสื่อมตามวัยตามทฤษฎีความสูงอายุ คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theories) ที่มีการเสื่อมถอย ในการทำหน้าที่ของอนุมูล และ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) การถดถอยจากการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดังนั้นการคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางสังคม แบบแผนและบุคลิกภาพ เดิม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพร่างกาย โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ จึงเสนอแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนบ้านหนองขุ่น ตำบลยางโกลน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน บ้านหนองขุ่น ตำบลยางโกลน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุบ้านหนองขุ่น ตำบลยางโกลน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ครบ ๕ มิติ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากสถิติข้อมูลผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ของบ้านหนองซุ่น ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จ. อุบลราชธานี พบว่า ข้อมูลผู้สูงอายุ ๓ ปีย้อนหลัง มีจำนวน ๓๑๓ , ๓๔๗ และ ๓๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๔๗ , ๒๐.๒๖ และ ๒๐.๙๒ ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และจากการคัดกรองการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(ADL) พบว่า ปี ๒๕๖๕ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน ๓๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๔๐ ผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน ๔ คน ร้อยละ ๑.๒๘ และผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๑ คน ร้อยละ ๐.๓๑ ปี ๒๕๖๖ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน ๓๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๖๙ ผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน ๖ คน ร้อยละ ๑.๗๓ และผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๒ คน ร้อยละ ๐.๕๘ และ ปี ๒๕๖๗ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน ๓๖๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๘๒ ผู้ป่วยติดบ้าน จำนวน ๗ คน ร้อยละ ๑.๙๐ และผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๑ คน ร้อยละ ๐.๒๗ มีแนวโน้มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้เสนอจึงขอเสนอแนวความคิด พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน เขตรับผิดชอบ ให้มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม และติดบ้าน มีชมรมผู้สูงอายุที่ เข้มแข็ง และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อไป

๓.๒ แนวความคิด

ได้จัดทำแนวความคิดการดูแลผู้สูงอายุ โดยขอเสนอทฤษฎี แนวคิด ขั้นตอน และรายละเอียดดังนี้

๓.๒.๑. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุ ไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ ๓ กลุ่ม ดังนี้ (กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, ๒๕๕๓ : เว็บบไซต์)

- ๑) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
- ๒) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

๓) ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้ (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, ๒๕๖๐ : ๒๓๘)

กลุ่มที่ ๑ ติดสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สุขภาพด้วยตนเองได้อย่างเรียบง่าย

กลุ่มที่ ๒ ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ ๓ ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด/ทิวภาพไม่สามารถย้ายตนเองขณะ นั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับภายใน ท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมประจำ

เจมส์และเรนเนอร์ (อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนโกส, ๒๕๔๑ : ๘-๙) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุออกเป็น ๔ ประเภท คือ

(๑.) การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิด เป็นต้นไป

(๒.) การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและ กระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

(๓.) การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการ รับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซวาน์ปัญญาและลักษณะที่ปรากฏในระยะต่างๆของแต่ละคนที่มีอายุ เพิ่มขึ้น

(๔.) การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์

๓.๒.๒. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางที่ เสื่อมโทรมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายอย่างที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน พืชอากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย ๒ ประการหลังถ้าหากผู้สูงอายุดูแล รักษาสุขภาพร่างกาย และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้วก็จะสามารถลดปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความ เสื่อมของร่างกายได้

(๑.) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นในทุกระบบ หน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

๑.๑) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนัง เทียว และมีรอยย่น ไขมัน ใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อ เสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้จึง เกิดอาการเป็นลมแดดได้ภายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงาน น้อยลงผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของ ผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลงแต่มีสารสีสะสมเป็นแห่งๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมหงอก และขนทั่วไปมีสีจางลง หรือเป็นสีขาวและจำนวนลดลงการรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่อ่อน และ ความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

(๑.๒) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลงจำนวนเซลล์สมอง และเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลงการ

เคลื่อนไหวและ ความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ตริรูปร่างตาเล็กลงปฏิกิริยาการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต้อ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทาตามสายตา แคม กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกการรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมน้ำลายทำหน้าที่ลดลงโดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยวหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

(๑.๓) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นไขว้ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น และไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและผุมากขึ้น เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้นความสูงลดลง ๒ นิ้วจากอายุ ๒๐ - ๗๐ ปี (๑.๒ เซนติเมตร ทุก ๒๐ ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดข้อได้ง่าย

(๑.๔) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังพืดไขมัน และสารไลโปฟุสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผนังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

(๑.๕) ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

(๑.๖) ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอมไซม์ และลดลง ๑ ใน ๓ ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่างๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี ๒ ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ทำให้เบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ดับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลง รวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ดับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และ ที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้ หรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม - สาว

(๑.๗) ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

(๑.๘) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่ได้น้อยลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไข่ม้วนบริเวณใต้หัวหน่าวและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กลง ทำให้เกิดความารู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวซีด เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

(๑.๙) ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง ๒๐ เปอร์เซ็นต์ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่เพิ่มขึ้นในผู้หญิง แต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

(๒.) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยประกอบกับวัยสูงอายุที่เป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ครอง บุตรหลาน ญาติสนิท เพื่อน การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกครอบครัวออกไปจึงมีผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงจนสังเกตได้ ดังนี้

บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและภาวะวิกฤตที่แต่ละบุคคลได้เผชิญแตกต่างกันออกไป ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในนิสัยดั้งเดิมของตนจนเกิดการล้มเหลวในโครงสร้างบุคลิกภาพบุคลิกภาพ จึงเสียไปจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้

การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุ จะลดลงและมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นหรือตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย แต่การเรียกกลับและการตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ ซึ่งความจำที่เสื่อมลงในวัยผู้สูงอายุมักมีผลกระทบจากการมีพยาธิสภาพในสมอง

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุมักมีความมั่นคง ทางความคิดจนดูเหมือนจะเป็นความคิดที่กล้าแข็งคือร้านและระมัดระวังรอบคอบต่อการตัดสินใจต่างๆ ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจรวดเร็ว เพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เคยเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆในอดีต จึงทำให้ผู้สูงอายุถูกบอกว่าไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แต่โดยความจริงแล้วความสูงอายุนั้นไม่ได้เป็นขีดจำกัดในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุซึ่งมักมีความคิดริเริ่มใหม่โดยใช้ประสบการณ์ต่างๆมาเรียบเรียงและฟุ้งขึ้นใหม่จริงตามความคิดของตนเอง

สติปัญญา จะประกอบด้วยความสามารถหลายด้าน เช่น ความสามารถในการพูด การคำนวณ การรับรู้ การนำเหตุผลมาใช้ เป็นต้น ในวัยสูงอายุนั้นระดับสติปัญญาอาจเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มี

การเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าบุคคลนั้นไม่มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ แต่ในรายที่มีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ระดับสติปัญญาลดลงจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต

การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน จะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากชุมชนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพทางสังคมใหม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ (พรพรณี สมเทศน์, ๒๕๕๐ : ๙-๑๓)

(๓.) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในที่นี้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการเมื่ออายุ ๖๐ ปี เป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่างๆด้วย ปัญหาผู้สูงอายุที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมอาจจะสรุปได้ดังนี้

(๓.๑) ปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว สำหรับผู้ที่รับราชการตลอดเวลา ก่อนเกษียณอายุเวลาของผู้สูงอายุมักจะใช้ในการทำงานนอกบ้าน เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวมีน้อยเกือบจะไม่มีเวลาพูดคุยกันแต่พอหลังเกษียณอายุจะมีเวลาอยู่ที่บ้าน จึงเกิดปัญหาความขัดแย้งความไม่เข้าใจกันจนทำให้เกิดการเบียดเบียน ไม่ต้องการที่จะอยู่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวไม่ค่อยจะมีปัญหาเรื่องเวลาการพบปะตอบลูกหลานมากนัก เพราะการประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะกระทำที่บ้าน เมื่อถึงวัยสูงอายุมอบให้ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไปลูกหลานก็ได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเรื่อย

(๓.๒) ปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน ปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่รับราชการเมื่อเกษียณอายุแล้วจะทำให้ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงานเพราะผู้ที่ยังไม่เกษียณอายุมักจะยุ่งอยู่กับงานและมีภาระส่วนตัวจนไม่มีเวลา จึงทำให้ผู้สูงอายุน้อยเนื้อต่ำใจ และคิดว่าเมื่อหมดอำนาจก็ไม่มีคนมาเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีค่ามีความรู้สึกว่าเหวและซึมเศร้า เหตุการณ์ดังกล่าว

นี้ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะพบปัญหาดังกล่าวได้จากนักธุรกิจที่ทำการใหญ่ๆ มีอำนาจในการสั่งการ การควบคุม เพราะมนุษย์เราถ้าไม่รู้จักปล่อยวางยังมีความยึดติดถือมั่นอยู่เสมอโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีผลต่อสุขภาพมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

(๓.๓) ปัญหาเศรษฐกิจ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทย พบว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะดูได้จากผู้ที่ทำงานราชการเมื่อเกษียณอายุรายได้จะลดลงในขณะที่ค่าของชีพสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีเงินสะสมไว้ในขณะที่ทำงานได้ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสับสนในเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารการกิน และทำให้ส่งผลไปถึงปัญหาสุขภาพส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนตัว เมื่อแก่แล้วลูกหลานจะให้หยุดการทำงานถ้าเป็นงานที่ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไปรายได้ก็จะแบ่งกันทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ แต่ถ้าผู้สูงอายุทำงานส่วนตัวและไม่มีลูกหลานดำเนินกิจการสืบต่อไปเมื่ออายุมากแล้วจะทำงานไม่ไหว เช่น ชาวนา ขาวสวน ชาวไร่ เป็นต้น อีกรายเหล่านี้จะต้องใช้พลังงานมาก และผู้สูงอายุก็จะประสบปัญหาไม่มี ใครเลี้ยงดู ลูกหลานก็จะจากไปอยู่ในเมืองเพื่อประกอบอาชีพอื่นที่ผู้สูงอายุให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

(๓.๔) ปัญหาการใช้เวลาว่าง ปัญหานี้จะเกิดกับผู้สูงอายุที่เคยทำงานนอกบ้าน เช่น ข้าราชการ หรือผู้ที่ทำงานบริษัทเอกชน มักจะพบว่าหลังจากเกษียณอายุแล้วมีเวลามาก เพราะไม่ต้องออกจากบ้านจึงไม่ทราบว่าจะใช้เวลาทำอะไร ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และรู้สึกตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาการใช้เวลาว่างเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด และมีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจมาจึงไม่เกิดปัญหา

จากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ อันได้แก่ ด้านร่างกายด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคม และด้านเศรษฐกิจได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคม เพราะผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ที่แตกต่างไปจากคนในวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุควรจะได้รับคำตอบสนองตามสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละคน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุแต่ละคน และสภาพแวดล้อมในสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข (เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, ๒๕๕๐ : ๑๖-๑๘)

๓.๒.๓ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สามารถแบ่งออกเป็น ๓ ทฤษฎีใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้ (ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว, ๒๕๔๗ : ๔๑-๔๔)

(๑.) ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย ๔ ทฤษฎี ดังนี้

(๑.๑) ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจนซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ ๓๐-๓๕ ปี บริเวณที่มีการจับตัว ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

(๑.๒) ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติค่อยๆ ลดลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดีเจ็บป่วยง่ายและภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

(๑.๓) ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดตามกรรมพันธุ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนในร่างกาย คล้ายคลึงกับหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

(๑.๔) ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation And Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลง สำหรับทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์ จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลทำให้เสียชีวิต

(๑.๕) ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear And Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักรที่เชื่อว่าหลังจากใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอ แต่มีสิ่งมีชีวิต เช่น ผิวหนังเยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่นๆ ส่วนเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเสริมสร้างจะต่างกับพวกแรกเสริมสร้างเซลล์ภายใน ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ ชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า จะเห็นได้ว่าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้าง มีการใช้ตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมและหมดอายุ ถ้ามีการใช้มาก มีผลทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้น

(๑.๖) ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจน สารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะจึงเสื่อมลง

(๑.๗) ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่า ในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุด จะทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

(๑.๘) ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ อันทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสี แต่มีสารที่ป้องกันไม่ให้เกิดอนุมูลอิสระ ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ วิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซิน แอมยังช่วยจับสารอนุมูลอิสระอีกด้วย

(๑.๙) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

(๒.) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) ประกอบด้วย ๒ ทฤษฎีดังนี้

(๒.๑) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อนในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

(๒.๒) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้ อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีฐานะเศรษฐกิจพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

(๒.๓) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) เป็นทฤษฎีจิตวิทยาที่ อับราฮัม เอช. มาสโลว์ คิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. ๑๙๕๓ ในเอกสารชื่อ "A Theory of Human Motivation" Maslow ระบุว่า มนุษย์มีความต้องการทั้งหมด ๕ ขั้นด้วยกัน ความต้องการทั้ง ๕ ขั้น มีเรียงลำดับจากขั้นต่ำสุดไปหาสูงสุด มนุษย์จะมีความต้องการในขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้วก็จะเกิดความต้องการขั้นสูงต่อไป ความต้องการของบุคคลจะเกิดขึ้น ๕ ขั้นเป็นลำดับ ดังนี้ คือ ๑. ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ๒. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ๓. ความต้องการความรักและสังคม ๔. ความต้องการการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง ๕. ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน

(๓.) ทฤษฎีสังคมวิทยา ประกอบด้วย ๕ ทฤษฎีดังนี้

(๓.๑) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลนั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตลอดชั่วชีวิต เช่น บทบาทการเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

(๓.๒) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีภารกิจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม มีภาพพจน์ในด้านบวก ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย การเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรกการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมสมาคมหรือชมรม

(๓.๓) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องข้องกับบทบาททางสังคม เป็นเพราะการถอนสถานภาพบทบาทของตนเอง ตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลงในขณะ

ที่ปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของตนเอง

(๓.๔) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนทางสังคมเก่าที่สูญเสียไป ยังคงปรับตนเองให้เข้ากับภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

(๓.๕) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่งจากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ มีลักษณะที่เสื่อมถอยตามสภาพ และต้องการความช่วยเหลือการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน ดังนั้นสังคมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ

ในการการนำเสนอแนวความคิด เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในบ้านหนองขุน ตำบลบางโยกพาท อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ใช้ทฤษฎีลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์ ที่มนุษย์จะมีความต้องการในขั้นต่ำสุด ก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้วก็จะเกิดความต้องการขั้นสูงต่อไป ความต้องการ ของบุคคลจะเกิดขึ้น ๕ ชั้น เป็นลำดับ เพื่อส่งเสริมดังนี้

๑. ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการลำดับต่ำสุด และเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ ความต้องการเพื่อตอบสนองความหิว ความกระหาย ความต้องการเพื่อความอยู่รอดของชีวิต ปัจจัยสี่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ที่พักอาศัย สอดคล้องกับ การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ กิจกรรม สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง การมีร่างกายที่แข็งแรง เน้นสร้างเสริมทักษะในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี ในด้าน อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ส่งเสริมความจำ อนามัยสิ่งแวดล้อม สิทธิผู้สูงอายุ ตามรัฐธรรมนูญ และการใช้ยา มีการกิจกรรมต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพ การตรวจโรค ข้อเสื่อม การคัดกรองสุขภาพจิต การฝึกสมาธิ เติมน้ำมันหัวใจ สวดมนต์ไหว้พระ การฝึกการหายใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด โรงเรียนผู้สูงอายุ

๒. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการขั้นนี้ถึงจะเกิดขึ้น ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัยที่มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ปราศจากความกลัว การสูญเสียและภัยอันตราย เช่น สภาพสิ่งแวดล้อม บ้านปลอดภัย การมีงานที่มั่นคง การมีเงินเก็บออม ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย รวมถึง ความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล สุขภาพและความเป็นอยู่ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่มีการดูแลรักษาความปลอดภัยเป็นอย่างดี

๓. ความต้องการความรักและสังคม (Belonging and Love Needs) เมื่อมีความปลอดภัยในชีวิต และมั่นคงในการงานแล้ว คนเราจะต้องความรัก ความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความต้องการเป็นเจ้าของและมีเจ้าของ ความรักในรูปแบบต่างกัน เช่น ความรักระหว่าง คู่รัก พ่อ แม่ ลูก เพื่อน สามี ภรรยา ได้รับการยอมรับ เป็นสมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม สอดคล้องกับ การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ สุขสง่า เพื่อให้เพื่อนหรือคนรอบข้าง ชื่นชม ให้ความรัก ไว้วางใจ

๔. ความต้องการการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง (Esteem Needs) เมื่อความต้องการความรัก และการยอมรับได้รับการตอบสนองแล้ว คนเราจะต้องการสร้างสถานภาพของตัวเองให้สูงขึ้น เด่นขึ้น มีความ

ภูมิใจและสร้างความนับถือตนเอง ขึ้นชมในความสำเร็จของงานที่ทำ ความรู้สึกมั่นใจในตนเองและมีเกียรติ ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น ฯลฯ สอดคล้องกับ การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ สุขสงบและสุขสง่า เพื่อให้เพื่อนหรือคนรอบข้างชื่นชม ยอมรับ มีคุณค่าในตัวเอง

๕. ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน (Self-actualization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ และความต้องการนี้ยากต่อการบอกได้ว่าคืออะไร เราเพียงสามารถกล่าวได้ว่า ความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเป็นความต้องการที่มนุษย์ต้องการจะเป็น ต้องการที่จะได้รับผลสำเร็จในเป้าหมายชีวิตของตนเอง และต้องการความสมบูรณ์ของชีวิต สอดคล้องกับ การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ สุขสงบและสุขสง่า เพื่อให้เกิดการยอมรับยอมรับ มีคุณค่าในตัวเอง (สุขสงบ) การออกกำลังกาย ฤๅษีดัดตน การนวดเท้า (สุขสบาย) หรือกิจกรรมการแสดงของกลุ่มแคนลำโพง หัวเราะบำบัด กลุ่มระลึกความหลัง (สุขสนุก, สุขสง่า)

๓.๒.๔ แนวคิดพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ใน บ้านหนองขุน ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อที่จะพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุจำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะนำมาปฏิบัติและสามารถวัดในเชิงสัมพันธได้ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตังนิยามข้างต้นในเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้จะจำแนกความสุขของผู้สูงอายุ ๕ มิติ ดังนี้

ด้านที่ ๑ : สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด

ด้านที่ ๒ : สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมที่เหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้

ด้านที่ ๓ : สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

ด้านที่ ๔ : สุขสว่าง (Cognition) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการ จัดการสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านที่ ๕ : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (สุจริต สุวรรณชีพ, ๒๕๕๔ และ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๔)

๓.๓ ข้อเสนอ

ตามที่ศึกษาสภาพปัญหา ความเป็นมา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และได้วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มติดบ้านและติดสังคม บ้านหนองซุ่น ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ข้าพเจ้าขอเสนอแนวทางในการพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน ดังนี้

๓.๓.๑ **ด้านการบริหาร** รวบรวมข้อมูลทรัพยากรในชุมชน ด้านคน เงิน ของ ศึกษาข้อมูลสถานสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data center) คั้นข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบบริการ โดยกำหนดวิธีการดำเนินการ แหล่งงบประมาณ แผนควบคุมกำกับและประเมินผลรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองซุ่น ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน มีงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลยางโยภาพมีผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager) ในการดูแลร่วมกัน มีการสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาโดยจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมและนำไปปฏิบัติในแต่ละรอบจนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีและวัดผลลัพธ์ในระยะประเมินผลการใช้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาต่อไป โดยการประเมินผล ดังนี้

๑) ประเมินจากความต่อเนื่อง และผู้เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของ คณะทำงาน และ ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ติดสังคม ในการดูแลสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม

๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง สมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม ได้รับการส่งต่อ เข้าคลินิกผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรม เยี่ยมบ้าน ป้องกันและฟื้นฟู ร้อยละของผู้สูงอายุ คะแนนประเมิน mini cog และ ข้อเข่าเสื่อม เพิ่มขึ้น

๓) ผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้าน มี ADL เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐ มีระบบการเยี่ยมและติดตามของ CGและCM ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

๓.๓.๒ **ด้านวิชาการ** กำหนดกลยุทธ์รูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เน้นการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุข ๕ มิติ ในชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มติดบ้าน เน้นการสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรัง การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม

๓.๓.๓ **ด้านการบริการและกิจกรรม** ลงเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening : BGS) สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager) รวบรวมข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา โดยกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุดังนี้

๑) กลุ่มติดสังคม สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ADL ๑๒ - ๒๐ คะแนน สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดเนื้อหาหลักสูตร ผู้รับผิดชอบในการสอน ตามกรอบ สุข ๕ มิติ คือ

สุขสบาย : ประเมินภาวะสุขภาพ (ตา/ข้อเข่า / ภาวะหกล้ม/สุขภาพช่องปาก/ สมอง) ออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ ตรวจวัดสายตา และมอบแว่นตา

สุขสนุก : เน้นสันตนาการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง

สุขสง่า : การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปัน ประสบการณ์ และอาชีพที่สร้างรายได้

สุขสว่าง : สันทนาการ เกมส์ ฟีกสมอง ป้องกันหกล้มและสมองเสื่อม

สุขสงบ : สมาธิ ธรรมะ กิจกรรมทางศาสนา

คัดกรองภาวะเสื่อม ส่งต่อ ผู้มีความเสี่ยง สมองเสื่อมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองซุ่น วันพฤหัสบดี

๒) กลุ่มติดบ้าน สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ADL ๔ - ๑๑ คะแนน ที่ลงทะเบียนในระบบของ สปสช. มอบหมายการดูแล กับ CG ที่ผ่านการอบรม จัดทำ Care plan นวัตกรรม พื้นฟู และมอบหมายดูแล ตาม Care plan จัดตารางนิเทศติดตาม และ เยี่ยมบ้านร่วมกับ ทีม สหวิชาชีพ อปท. และ ชมรมผู้สูงอายุ

๓.๓.๔ ด้านการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดสังคม โดยมีภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager) และนักบริบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนภาคีเครือข่ายทั้ง ภาครัฐและเอกชนได้มีการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมทุกรูปแบบ เช่น มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีการจัดนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน โครงการแบบมีส่วนร่วมในทุกมิติ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

- ๑.) เป็นชุมชนที่ วัยกลางคนออกไปทำงาน มีผู้สูงอายุอยู่บ้านมีการะเลียงหลาน จึงมาร่วมกิจกรรมไม่ได้
- ๒.) ญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ คิดว่าผู้สูงอายุปกติดี มีเสื่อมตามวัยไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม ดูแลตัวเองได้ หรือไม่มั่นใจในการดูแลของ CG และ CCG

๓.๕ แนวทางแก้ไข

ให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์/สิ่งที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม ช่วงออกปฏิบัติงานในชุมชน/เยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้ผู้นำชุมชน อสม. หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ให้ข้อมูลชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม และมีสิ่งจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ เจริญปริมาณ

๑. ชุมชน บ้านหนองซุ่น ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ ๘๐

๒. ผู้สูงอายุบ้านหนองซุ่น ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ร้อยละ ๓๐

๔.๒ เจริญคุณภาพ

๑) มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม โดยชุมชนที่เข้มแข็ง มีการดำเนินงานต่อเนื่อง

๒) บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Caregiver) และชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

- ๓) ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีระบบและเครือข่ายการส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ
- ๔) ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ ในคุณค่าของตนเอง
- ๕) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- ๖) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ เจริญปริมาณ

- ๑) ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ ๓๐
- ๒) ผู้สูงอายุติดสังคม มีความรู้ในการดูแลตัวเองด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ครบ ๕ด้าน ประเมินจากแบบประเมินอาหาร ออกกำลังกายสุขภาพช่องปาก การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม แบบคัดกรองสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐
- ๓) ผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้าน มี ADL เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐
- ๔) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจร้อยละ ๙๐

๕.๒ เจริญคุณภาพ

๑) เกิดรูปแบบของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน บ้านหนองขุน ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ผู้สูงอายุบ้านหนองขุน ตำบลยางโยภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ครบ ๕ มิติ

(ลงชื่อ.....)

(นางสุชาดา ภาวัง)

ผู้ขอประเมิน

๑๖ /มิ.ย./๒๕๖๘

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ,ผู้สูงอายุ,๒๕๖๔. Retrieved; 19 มี.ค. 2567; From <https://www.dop.go.th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ,ผู้สูงอายุ,๒๕๖๔. Retrieved; 19 มี.ค. 2567; From <https://www.dop.go.th>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต.กรุงเทพฯ:บริษัทละม่อม จำกัด;๒๕๖๓.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ ความสุข ๕ มิติสำหรับผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓
- เนติยา แจ่มทิม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข ๕ มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. ; วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี Retrieved; 19 มี.ค. 2567; From <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/๒๖๐๕๕๐>
- ภาควิชาสังคมวิทยา,แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ,๒๕๖๓. Retrieved; 19 มี.ค. 2567; From <https://www.Socio.buu.ac.th>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้น ตั้งแอนด์พับลิชซิง; ๒๕๕๘.
- สุจริต สุวรรณชีพ, ๒๕๕๔ และ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๔
- ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.สำนักงานสาธารณสุขสงขลา, ๒๕๖๓ . Retrieved; 20 มี.ค. 2567; From <https://www.Skhomoph.go.th>
- Health Data Center. ข้อมูลประชากรกลางปี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๖ Retrieved; 19 มี.ค. 2567; From <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือน มีนาคม ๒๕๖๘ (๖ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้าน
การบริหาร บริการ วิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม บริหารจัดการงานให้งานบรรลุ
เป้าหมาย องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการศึกษา ประกอบด้วย

๓.๑ ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๓.๒ การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น ๓ กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนิน
ชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จำเป็นต้อง
สนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไร จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยัง
แข็งแรงมีอาการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่าง
เหมาะสม

๓.๓ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต
ประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนนถึงห้าคะแนน
และตามหลักเกณฑ์

๓.๔ การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายความว่า การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือสถาน
บริการสาธารณสุข

๓.๕ แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เช่น องค์ประกอบของการดูแลระยะยาว
ความสำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลวิธีและเทคนิคการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และแนวความคิดมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศไทย และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์
ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging
society) นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
๖ อันดับ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือด
สมอง โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ ๕๓.๒, ๑๙,๑๘.๑, ๔.๖, ๒.๖ และ ๑.๖ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ
ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักจะประสบปัญหาต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยเฉพาะปัญหา
ด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิด
ภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น

ในปี ๒๕๖๖ พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๒๒.๓ และร้อยละ ๕๖.๕ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น
(อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ร้อยละ ๒๙.๙ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และร้อยละ ๑๓.๖ เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย
(อายุ ๘๐ ปี ขึ้นไป) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การจัดการบริการในชุมชนโดยสนับสนุนให้
ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก การจัดการบริการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ และพื้นที่ที่มีการจัดการบริการดูแลระยะยาวมี

การอาศัยต้นทุนหรือทรัพยากรในชุมชน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพของประชากรสูงวัย โดยนำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดนโยบายที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการบรรจุวาระการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีมิติที่สำคัญร่วมกัน คือ ให้อำนาจหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง) โดยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๒๘๖,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔๒ ของประชากรกลางปี (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี, ๒๕๖๖) อำเภอวารินชำราบ มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๒๒,๕๒๙ คน, ๒๒,๘๔๘ คน, ๒๓,๙๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๒, ๑๖.๑๐ และ ๑๗.๒๒ ตามลำดับของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การที่สังคมไทยมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ เกินร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสจ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๗) สภาวะการณ์ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนี้ จะนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เนื่องจากวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กลายเป็นปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น ที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น ในส่วนของภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภาวะทุพพลภาพนั้น มีเหตุเนื่องจากสุขภาพเสื่อมถอยตามวัย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง และต้องการดูแลจากผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันด้านอื่นๆ เพื่อการดำรงชีพมากยิ่งขึ้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง) มาจัดบริการในพื้นที่เน้นการพัฒนาจากทางสังคมและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ โดยเริ่มจากการส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานเข้าร่วมอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ รองรับการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากผลการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) ร้อยละ ๒.๔๔ พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๓ รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และอื่นๆ ได้แก่ พิกัดทางการเคลื่อนไหวจากอุบัติเหตุ และชรา คิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๖๖ จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการตอบรับนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการ ทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับหกสิบปีบริบูรณ์และมีสัญชาติไทย

กลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มติดสังคม หมายถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสามารถอยู่ตามลำพังได้, กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน, กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคม

รูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการการสร้งรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมและการหาคุณภาพของรูปแบบเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง (ภาวะที่ต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ) มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (Independent ADL) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคม มีส่วนร่วม

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลสุขภาพสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริม ป้องกันรักษาฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมได้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยราชการ(พมจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย ใจและคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ในกลุ่มที่ ๒-๓ (๕-๑๑ คะแนน)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เครือข่ายในชุมชน ในการร่วมคิดและร่วมดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในทุกขั้นตอน ทั้งด้านการวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เครือข่ายในชุมชน หมายถึง บุคลากร เจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่เขตอำเภอสิรินธร ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักบริบาลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุและประชาชนที่จะร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, ๑๙๘๘) McTaggart ประกอบด้วย ๒ ระยะ แต่ละระยะมี ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

๑. ผู้วิจัยประสานข้อมูลกับผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อดำเนินการวิจัย
๒. คัดเลือกพื้นที่ กำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
๓. ผู้วิจัยแนะนำตัว กับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการเก็บข้อมูลและขออนุญาตทำการเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย มีการอธิบายเรื่องการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุย และบอกเล่าประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ซึ่งผู้ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ ไม่เปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล และถ้าผู้เข้าร่วมงานวิจัยรู้สึกอึดอัดที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่เป็นข้อสรุป และการอภิปรายผลจะ

แสดงเป็นภาพรวมทั้งหมด เพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และจะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นเวลา ๑ ปี หลังจากนั้นจะถูกนำไปทำลาย

๔. ผู้วิจัยอบรมบุคลากรสาธารณสุข (Care manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองประชากรกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงการเก็บข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย (ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ)

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย

๑. การวางแผน (planning) การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การนำเสนอปัญหาและการสะท้อนข้อมูลการจัดบริการดูแลระยะยาว

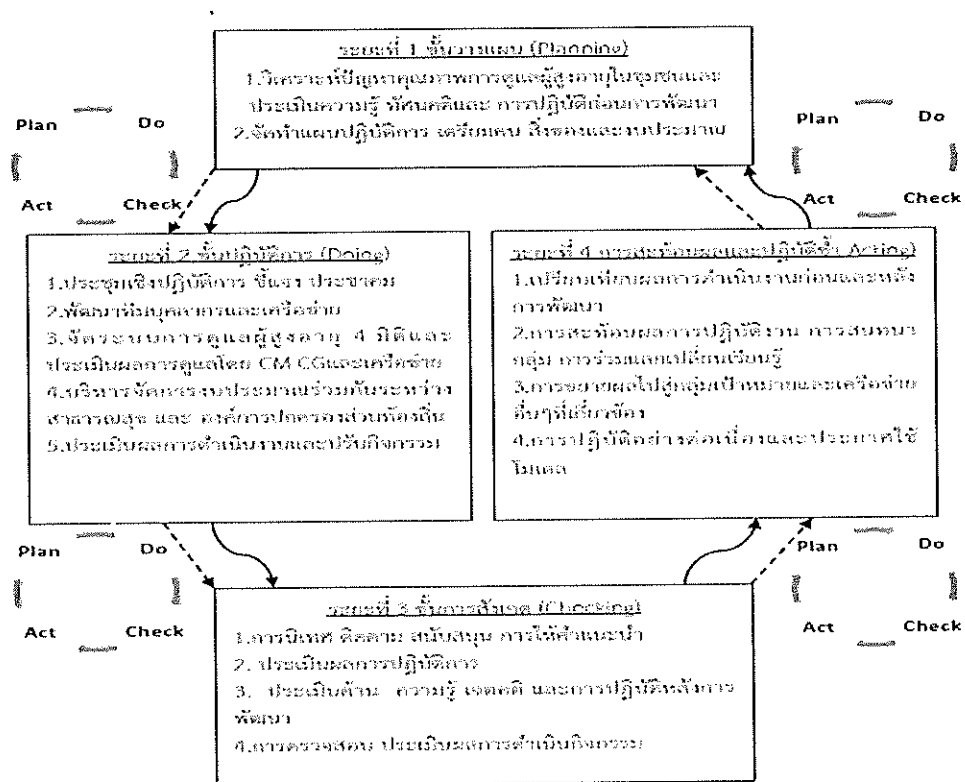
๒. ดำเนินงานตามแผน (action) ดำเนินกิจกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง ๔ องค์ประกอบ (The Chronic Care Model: CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner, Bodenheimer and Grumbach ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) ๒) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ๓) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) ๔) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource and policy)

๓. การสังเกต (observation) และ

๔. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection)

ระยะที่ ๒ จากการสะท้อนผลการปฏิบัติระยะที่ ๑ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีประสิทธิภาพ สามารถสรุปผลการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านออกเป็นชุดบริการ โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



๔.๓ เป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๓. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และผู้จัดการผู้สูงอายุ จำนวน ๕๐ คน โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๖๘ โดยการศึกษาสถานการณ์ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มี ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ ๒ กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพยาวผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขั้นตอนที่ ๓ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากร ภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำ (CM,CG) พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ ขั้นตอนที่ ๔ ติดตาม ผลการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ ๕ ประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ ๖ สรุปและถอดบทเรียนกิจกรรมการดำเนินเพื่อปรับเปลี่ยนให้ยั่งยืนและขยายผลการปฏิบัติงาน กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปขยายผลต่อให้พื้นที่อำเภอใกล้เคียง หรือจังหวัดอุบลราชธานี หรือเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้มีความซับซ้อนและหลากหลายกิจกรรม

๑. ต้องใช้ความอดทน วิริยะอุตสาหะอย่างมากในการค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ เพื่อทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการติดต่อประสานงานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลและชุมชน

๒. ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในทางวิชาการเฉพาะทางผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ เข้าถึง เข้าใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งนี้ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่สอดคล้องกัน

๓. การออกเยี่ยมบ้าน และประเมินสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านผู้สูงอายุ และเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยต้องแนะนำ กำกับ ติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลานาน

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

- กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และผู้ดูแลที่ใกล้ชิด

- การเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน ต้องใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๙.๑.๑ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุร่วมศึกษาในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุบบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนและมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

๙.๑.๒ ควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุบบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข และขยายผลการใช้รูปแบบอย่างจริงจังและกว้างมากขึ้น

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบอื่นเพื่อดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

๙.๒.๒ ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม เพื่อดูให้เกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงาน รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุบบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๘ วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐ %


๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางปดมาภรณ์ จันทโรสภา สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐% (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางปดมาภรณ์ จันทโรสภา)
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(วันที่) ๑๒ / มิถุนายน / ๒๕๖๘
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางปดมาภรณ์ จันทโรสภา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นายอุทัย เลียงหิรัญตาร)
(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ
(วันที่) ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๘ /
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) / /
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีนโยบายและมาตรการเพื่อแก้ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่างๆ มาโดยตลอด และมีหลากหลายภาคีและองค์กรที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง จากการกำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ที่กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย และการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพไว้ ๔ ด้านคือ (๑) การพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยในวัยผู้สูงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ มีรายได้ในการดำรงชีวิต มีการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ (๒) การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง (๓) การพัฒนาด้านสุขภาพโดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ยกกระตือรือร้นการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว และ (๔) การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัย โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศไทย และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ๖ อันดับ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ ๕๓.๒, ๑๙.๑๘.๑, ๔.๖, ๒.๖ และ ๑.๖ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักจะประสบปัญหาต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย ทำให้ต้องพบกับปัญหาสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อยถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและวิกฤตในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่และเหมาะสม จะส่งผลต่อชีวิต ความพิการ และส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด เป็นต้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก

รายงานว่ามีในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ๑๕ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต ๕ ล้านคน เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ข้อมูลจาก กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๗ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๔๕๑.๔, ๔๖๗.๕, ๕๐๖.๒ และ ๕๔๒.๕ ตามลำดับ อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๙.๑, ๑๑.๙, ๑๒.๑, ๙.๑ และ ๑๕.๒ ตามลำดับ ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยสูงสุด ร้อยละ ๑.๕ สาเหตุที่แนวโน้มโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๒๘๖,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔๒ ของประชากรกลางปี (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี, ๒๕๖๖) อำเภอวารินชำราบ มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๒๒,๕๒๙ คน, ๒๒,๘๔๘ คน, ๒๓,๙๓๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๒, ๑๖.๑๐ และ ๑๗.๒๒ ตามลำดับของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๙๘๑ คน แบ่งตามการคัดกรองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน ๘๘๐ คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๘๗ คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน ๑๔ คน การที่สังคมไทยมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสอ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๗) สภาวการณ์ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนี้ จะนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เนื่องจากวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กลายเป็นปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น ที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น ในส่วนของภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภาวะทุพพลภาพนั้น มีเหตุเนื่องจากสุขภาพเสื่อมถอยตามวัย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง และต้องการดูแลจากผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันด้านอื่นๆ เพื่อการดำรงชีพมากยิ่งขึ้น

การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อมิให้มีรอยต่อ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาหรือบริบท ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวคิดเรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีขึ้น โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาเชิงระบบเข้ามา ซึ่งมีองค์ประกอบการพัฒนา ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ ผลจากการศึกษาตามแนวคิดจะสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการหรือพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เพิ่มขึ้น

๒.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

๑) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒) เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๓) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากนโยบายการปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่สำคัญ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และการเปลี่ยนผ่านทางระบอบวิเทศ

รวมทั้งการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อที่มีอยู่เดิม และโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งในส่วนของโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ความเป็นเมือง กระแสโลกาภิวัตน์ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปนำสู่แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นของปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บทางถนน เป็นต้น สถานการณ์ปัญหาเหล่านี้ถือว่าเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์หลากหลายสาขาและการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและไม่ปฏิบัติงานซ้ำซ้อน เพื่อเป็นการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมการกำหนดยุทธศาสตร์การเสริมสร้างพลังทางสังคม ในประเด็นแผนย่อยการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยการส่งเสริมการเตรียมการก่อนสูงอายุเพื่อให้สูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมสูงวัย รวมถึงส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อจึงเป็นการวางระบบบริการที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่างบริการที่บ้านกับโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการไปโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ และมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยมีกรอบแนวคิดการพัฒนาแบบการปรับบริการ (Redesign Service Delivery) ในระดับชุมชน

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายและความสำคัญองค์การอนามัยโลก(World Health Organization, ๒๐๐๒) ให้ความหมายผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม ในประเทศที่พัฒนาแล้วมักจะใช้เกณฑ์ที่อายุ ๖๕ ปี โดยการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้ (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, ๒๕๖๐)

กลุ่มที่ ๑ ติดสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ ๒ ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ ๓ ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด/ทุพพลภาพไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมประจำ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ อาทิ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศอาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งหากผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้วก็จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ได้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้เป็น (๑) การเปลี่ยนแปลงของระบบในร่างกายจนส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย(สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ๒๕๕๓) (๒) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและ

อารมณืเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณืและจิตใจย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่น การสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ล้วนส่งผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ (พรรณื สมเทศน์, ๒๕๕๒) (๓) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม อาทิ การเกษียณอายุราชการเป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่างๆด้วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัวการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน เป็นต้น

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในระดับสากล

การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (The Global Goals for Sustainable Development) ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ -๒๕๗๓ขององค์การสหประชาชาติ มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (Our World in Data team, ๒๐๒๓)โดยยังมีแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุ ใน ๓ ประเด็น (๑) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development) เน้นการพัฒนานโยบายแห่งรัฐเพื่อสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้กับผู้สูงอายุร่วมกับการส่งเสริมให้มีการใช้ความรู้ ความสามารถและความชำนาญของผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้โอกาสที่กว้างขวางในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ(๒) การส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ (Health and Well-being into Old Age) ให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ (๓) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (Ensuring, Enabling and Supportive Environment) เน้นความสำคัญในเรื่องที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงบริการสาธารณะด้านต่างๆ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุได้ยาวนานที่สุดต่อมา องค์การอนามัยโลก(World Health Organization, ๒๐๐๒)ได้เปลี่ยนมุมมองใหม่ว่า สังคมสูงวัยเป็นโอกาสไม่ใช่วิกฤต และได้เสนอแนวคิด การสูงวัยอย่างมีพลัง”(Active Aging) ที่มุ่งเน้น๑) มิติด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Health)๒) มิติด้านการสร้างสรรคและการบูรณาการให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Integration) สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ตามความต้องการและศักยภาพที่มีอยู่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยและมั่นคง ๓) มิติการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Participation) มีส่วนร่วมกับชุมชนและความเป็นอยู่ที่ดีหลังจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (World Health Organization, ๒๐๐๒)แนวคิดผู้สูงวัยที่มีสุขภาพหรือ ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี (Healthy Ageing) เป็นแนวคิดที่เริ่มในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ค.ศ.๒๐๑๕) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO)โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ส่งเสริมการพัฒนาและการคงอยู่ของความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นกระบวนการในการรักษาความสามารถในการทำงานเพื่อให้ความเป็นอยู่ที่ดีในวัยสูงอายุ การส่งเสริมการคงอยู่ของศักยภาพภายในของบุคคล (Intrinsic Capacity) และ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) ของบุคคล โดยครอบคลุมแนวคิดของคำว่า “สุขภาพะ” ใน ๔ องค์ประกอบคือ สุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ โดยแต่ละรูปแบบต่างมุ่งเน้นเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ อาทิ การดูแลแบบบูรณาการที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง (Generic Care Pathway Person -Centered Assessment and Pathwaysin Primary Care) และ การดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงบูรณาการให้บริการสุขภาพในทุกมิติ ตั้งแต่สร้างเสริมสุขภาพ คัดกรองและการป้องกันโรค (Disease prevention and health promotion) ในผู้ที่แข็งแรงไม่มีการเจ็บป่วย หรือประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุ (Pre-ageing population) จนถึงการรักษาและป้องกันโรค การกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long-term care) ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากรจากทางชุมชนและครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือเพิ่มเติม จนถึงช่วงท้ายของชีวิต (End of life)(วชิรนนท์ ศิริกุล, มปป.)

การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อโดยเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เข้าด้วยกันเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการมากขึ้นในรูปแบบเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นราย แห่งโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” มีเป้าหมายสำคัญคือ ลดอัตราการตาย อัตราป่วย ลดระยะเวลา รอคอย มาตรฐานการบริการการเข้าถึงบริการ และลดค่าใช้จ่ายโดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการเชิงรุกขึ้น ในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ ในโครงการ “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) เป็นระบบการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อยกระดับระบบบริการปฐมภูมิพร้อมนำ “หลักเวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) มาเป็นแนวคิด หลักเพื่อบูรณาการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเดิมที่ใช้แนวคิด “ระบบสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้นโดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็น ศูนย์กลาง” มีการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้มีเป้าหมายร่วม เพื่อสุขภาพของประชาชนทั้งนี้การออกแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของไทยเน้นการคัดกรองในชุมชนเป็นระบบการดูแลที่ไม่ได้เน้นการป่วยเป็นโรค ผู้วิจัยพบว่ายังมีความท้าทาย ในประเด็นความไร้รอยต่อของการดูแลระหว่างหน่วยปฐมภูมิ กับ หน่วยทุติยภูมิ นอกจากนี้ยังมีประเด็นท้าทาย ในระบบสุขภาพแบบไร้รอยต่อในเรื่องการสนับสนุน การเพิ่มศักยภาพในการดูแลจัดการผู้สูงอายุในชุมชน และความชัดเจนของ Single Point of Access และ Continuum of Care ที่จำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาท ของหน่วยบริการ และบูรณาการเป้าหมายโดยยึดคนและชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อให้การดำเนินงานได้บรรลุ เป้าหมายตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวความคิดที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบ ไร้รอยต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ “SMART MODEL” มีรายละเอียด ดังนี้

S (Specific) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งตำบล

M (Measurable) หมายถึง การวัดและประเมินผล ซึ่งต่อเนื่องจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการกำหนด โปรแกรมในการวัดและประเมินผล

A (Achievable) หมายถึง ความสำเร็จ ในที่นี้ความสำเร็จ หมายถึง ชื่นชมและให้รางวัลพื้นที่มีผลงาน ที่ประสบความสำเร็จตามการวัดและประเมินผล ทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อ เป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

R (Research) หมายถึง การสนับสนุนการนำข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์และใช้ ประโยชน์ในการประเมินแนวโน้มการเกิดโรค พร้อมวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัย ถือว่าเป็น การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลจนเกิดเป็นผลงานวิจัยหรือนวัตกรรม

T (Team & Time) หมายถึง การมีคณะกรรมการกำกับ ติดตามระบบข้อมูลพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลา กำกับติดตามที่ชัดเจน เช่น การรายงานข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วย การเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้มีการออกแบบเพื่อพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยการบูรณาการแนวความคิดของ WHO Integrated Care for Older People, Seamless Care โดยทุกครอบครัวมี หมอประจำตัว ๓ โดยหมอคคนที่ ๑ เพื่อ ประเมิน ความถดถอย ๘ ด้านด้วยเครื่องมือคัดกรองระดับชุมชนที่พัฒนาขึ้นในไทยมีการพัฒนา Application เพื่อให้การคัดกรองและการจัดการข้อมูลสามารถทำได้ง่ายขึ้น เมื่อพบความถดถอยจะมีการต่อส่งข้อมูล เพื่อคัดกรองเชิงลึก (In-depth Assessment) โดยหมอคคนที่ ๒ มีการประเมินด้านสังคม การออกแบบบูรณาการ การดูแลจัดการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางโดยมีสุขภาพในชุมชน และหมอคคนที่ ๓ เป็นที่ปรึกษาการประเมิน

ติดตามแผนการดูแล การประเมินซ้ำและบริหารจัดการการส่งต่อเมื่อมี Significant Loss โดยผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือ

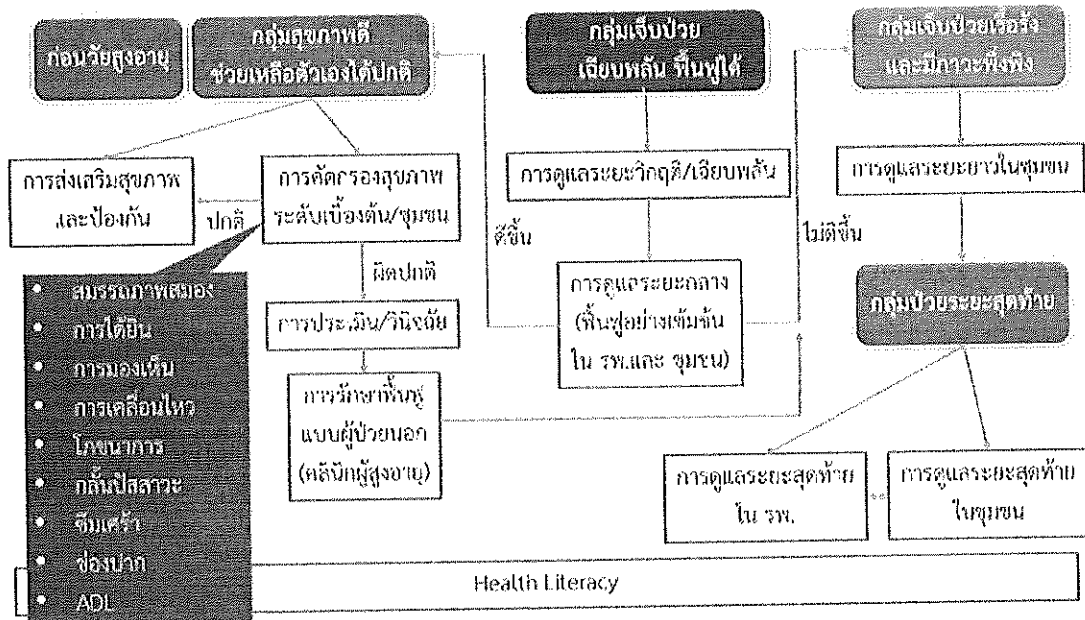
(๑) ความสัมพันธ์ใหม่ที่ร่วมทำงานเป็นทีมของ ๓ หมอ (Good Relation Shift & Trust) สะท้อนผ่านแนวคิด “รู้จัก รู้ใจ เข้าถึง พึ่งได้” (รู้จัก = Recognize, รู้ใจ = Understanding, เข้าถึง = Individual Accessible และพึ่งได้ = Trust & Utilize)

(๒) ประชาชนดูแลตนเองด้านสุขภาพพื้นฐานได้เหมาะสมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Self-care & Health Literacy) ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรงการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการเท่าทันต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

(๓) ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่พอดีมีคุณค่า หมายถึง พอดีคน พอดีโรค (Personalized and Value-based Health Care) มีการจัดการดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่มีความสำคัญในพื้นที่ (Population Health) และมีการจัดบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ (Continuity and Co-ordination)

(๔) ชุมชนร่วมจัดการสุขภาพ (Community Health System Management) โดยให้ชุมชนมีบทบาทและมีส่วนร่วมคิด ร่วมออกแบบในการจัดการสุขภาพในชุมชนตนเองโดยสามารถสรุปได้ดังรูปต่อไปนี้

Flow of Elderly Seamless Care



ภาพที่ ๑ แผนผังการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร้รอยต่อ

๓.๓ ข้อเสนอ

ด้านโครงสร้าง

๑. กำหนดบทบาทและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.ในพื้นที่) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่ออย่างชัดเจน

๒. บูรณาการแผนงานโครงการภาครัฐแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะต้องวางแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ในรูปของแผนงานโครงการระดับอำเภอเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการแก้ไขในทุกพื้นที่

๔. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนารูปแบบและเทคนิคการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ในระดับพื้นที่

ด้านระบบ

๑. จัดการฐานข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย นำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น ทั้งในส่วนของปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงมาก

๒. ใช้สื่อ เพิ่มช่องทางต่างๆ เพื่อการสื่อสารการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเช่น สังคมออนไลน์ facebook/ youtube /Tik Tok /ทอกระจ่ายข่าว

๓. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนการทำงานรูปแบบ SMART MODEL และการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

ด้านเครือข่าย

๑. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล รวมทั้งภาคองค์กรภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

๒. ออกแบบกลไกในการพัฒนาการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในการกำกับติดตามประเมินผล และนำข้อมูลกลับมาใช้พัฒนางานต่อเนื่อง

๔.๓.๔ ข้อจำกัดหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ/ระดับตำบล ยังขาดความเชื่อมโยงในการวางแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ และเชื่อมโยงข้อมูลกันทุกระดับ

๒. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อมีไม่เพียงพอ

๓. ระบบฐานข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อยังไม่ครอบคลุมทุกมิติการแก้ไขปัญหา

๔. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อยังขาดระบบการกำกับติดตามอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๓.๕.๑ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ/ตำบล ประชุมเพื่อวางแนวทางการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อและเชื่อมลงสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน

๓.๕.๒ ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรประชาสังคมในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่ออย่างชัดเจน

๒) ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุได้

๓) ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยโรคที่ป้องกันได้

๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ ๒๕

๒) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(กลุ่มติดบ้าน+กลุ่มติดสังคม) ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๐

๓) ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการ ร้อยละ ๙๐

๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑) มีกลไกความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลและการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ Smart อสม. และ Blue book ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

๒) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์ของการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อร่วมกัน

๓) มีระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในรูปแบบดิจิทัลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน และพร้อมใช้งาน

(ลงชื่อ) 

(นางปณมาภรณ์ จันทโรสภา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ / มิถุนายน / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 83.24 ปี 2567 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 55 ราย
อัตราป่วย

211.40 ต่อแสนประชากร ติดเตียง 6 ราย ร้อยละ 10.90 ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย ร้อยละ 66.67 อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 82.72 จากผลการดำเนินงานจะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงของอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ศูนย์ข้อมูลรายงาน โรงพยาบาลนาตาล, 2567) และสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดงานคุณภาพการพยาบาลในชุมชน กองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2567) เพื่อแก้ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน กรณีศึกษา 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน
2. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ วิทยุภัณฑ์ทางการพยาบาล ตำราวิชาการ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน การวางแผนจำหน่ายติดตามดูแลที่บ้าน
3. การนำองค์ความรู้ที่ได้จากการค้นคว้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม
4. การประสานการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพในชุมชน

วิธีการศึกษา กรณีศึกษาผู้ป่วยแบบเจาะจง เปรียบเทียบจำนวน 2 ราย

ขอบเขต

ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน อำเภอนาตาล จำนวน 2 ราย ระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 (กรณีศึกษาที่ 1 ระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2567 - 28 กุมภาพันธ์ 2568, กรณีศึกษาที่ 2 ระหว่างวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567 - 31 มีนาคม 2568)

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกร สถานภาพสมรส คู่ วันที่ศึกษา 10 ตุลาคม 2567 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568	ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกร สถานภาพ สมรส คู่ วันที่ศึกษา 7 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็น ผู้ป่วยชายอยู่ในวัย ผู้สูงอายุ ซึ่งจากการ เปรียบเทียบตามทฤษฎี เป็นเพศและช่วงอายุที่มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองมาก ที่สุด
อาการสำคัญ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ติดเตียงมา 4 ปี	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ติดเตียงมา 3 ปี	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ติดเตียง มานาน
ประวัติการ เจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ติดเตียงมา 4 ปี on TT-tube, on NG tube for feed, Retained foley's catheter มีแผลกดทับ grade 4 บริเวณก้นกบ ADL=0	ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มี อาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ติดเตียงมา 3 ปีรับประทาน อาหารทางปากเองโดยมีญาติช่วย ดูแล มีแผลกดทับ grade 2 บริเวณก้นกบ ADL=4	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็น ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมอง มีอาการแขนขา อ่อนแรง ติดเตียงมานาน และเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนาน คือ แผลกดทับที่ก้นกบ เหมือนกันแต่รายที่ 1 จะ มีขนาดของแผลกดทับ ขนาดใหญ่กว่ารายที่ 2 และกรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารทาง สายยาง ส่วนรายที่ 2 รับประทานอาหารได้ กรณีศึกษารายที่ 1 มี ภาวะพึงพิงมากกว่า กรณีศึกษารายที่ 2

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	10 ปี ก่อนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 4 ปีก่อนมีอาการลิ้นแข็ง แขนขาอ่อนแรง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการผ่าตัดสมอง	15 ปีก่อนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 12 ปี ก่อนป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3 ปีก่อนมีอาการแขนขาอ่อนแรง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยประวัติมี U/D โรค NCD ซึ่งเป็นตามทฤษฎีที่ว่าโรค NCD เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โดยรายที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการผ่าตัดสมอง ส่วนรายที่ 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่ได้ผ่าตัดสมอง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติสัปดาห์	ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติสัปดาห์	บุคคลในครอบครัวของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายปฏิบัติสัปดาห์ด้วยโรคร้ายแรง
ประวัติการแพ้อาหารสารเคมี	ปฏิบัติสัปดาห์อาหาร สารเคมี	ปฏิบัติสัปดาห์อาหาร สารเคมี	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายปฏิบัติสัปดาห์อาหาร สารเคมี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การประเมิน สภาพแรกรับ	เคลื่อนไหวไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง ทั้ง 2 ข้าง ติดเตียง ADL=0 ภรรยาและบุตรสาวช่วยในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	เคลื่อนไหวได้น้อย แขนขาซีกซ้าย อ่อนแรง ติดเตียง ADL=4 ภรรยาช่วยเคลื่อนย้ายด้วยการ พยุง	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี อาการแขนขาอ่อนแรง ติดเตียง ADL=0-4 มี ผู้ดูแลใกล้ชิดโดย
			กรณีศึกษารายที่ 1 มี ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ กรณีศึกษารายที่ 2 มี ภาวะพึ่งพิงรุนแรง
ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	10 ตุลาคม 2567 UA พบ blood 2.+ 7 พฤศจิกายน 2567 UA พบ protein 2 + Blood 3+ WBC 5-10/HD	ผลตรวจ CBC UA ไม่พบความผิดปกติ DTX 140 mg% HbA1C 5.1	รายที่ 1 retained foleys catheter ตรวจ พบภาวะติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะบ่อย ส่วนรายที่ 2 ไม่พบพบ ภาวะติดเชื้อในทางเดิน ปัสสาวะ แต่เป็น DM พบวาระดับน้ำตาลยังสูง
การวินิจฉัย ของแพทย์	Stroke with Hypertension with Paralysis with Bed ridden	Stroke with Diabetes mellitus with Hypertension with Lt. hemiplegia with Bed ridden	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น Stroke with Bed ridden

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ยาที่ได้รับ	Amlodipine (10mg) 1x 2 oral.pc, Enalapril (5mg) 2 x 2 oral.pc, Doxazosin (2mg) 1x 2 oral.pc, Trazodone (50mg) 1xhs., Furosamide (40mg) 1x1 oral.pc	Aspirin (81mg) 1x O.D.oral.pc, Folic acide (5mg) 1x2 oral.pc, Simvastatin (20mg) 2xhs, Enalapril (5mg)1 x 2 oral.pc, Carvedilol (12.5mg) ¼ x OD.oral.pc, Metformin (500mg) 1x1 oral.pc, Omeprazole (20mg) 1 x OD.oral.pc	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาจำนวน 5 รายการ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาจำนวน 7 รายการโดยมียารักษาโรคเบาหวานเพิ่มเติม

แบบประเมินแบบแผนสุขภาพของ Gordon

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบ
แบบแผนการดำเนินชีวิต 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	มีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้งก็จะไปพบแพทย์ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะซื้อยาตามร้านขายยาและคลินิกใกล้บ้าน และผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	ทั้ง 2 รายมีการรับรู้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ภรรยาและบุตรเป็นคนเตรียมอาหาร และ Feed ให้ผู้ป่วยทางสายยาง สามารถรับประทานอาหารได้ไม่สำรอก	ภรรยาเป็นคนทำกับข้าวให้รับประทาน ผู้ป่วยชอบรับประทานผักมากกว่าเนื้อสัตว์	ทั้ง 2 รายมีผู้ดูแลในการเรื่องการรับประทานอาหาร และสามารถรับประทานอาหารได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบประเมินแบบแผนสุขภาพของ Gordon (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบ
			เหมาะสมกับโรคที่เป็นโดยรายที่ 1 รับประทานอาหารทางสายยาง ส่วนรายที่ 2 สามารถรับประทานอาหารเองได้
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเช้า ไม่ต้องใช้ยาระบาย ไม่มีท้องผูก Retained foley s catheter ปัสสาวะแสบขัด สีเข้ม ป่อย ๆ	ปัสสาวะปกติเหลืองใสไม่แสบขัด ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้งในช่วงเช้า ไม่ต้องใช้ยาระบาย ไม่มีท้องผูก	ทั้ง 2 รายมีการขับถ่ายปกติ แต่ในรายที่ 1 Retained foley s catheter มีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ป่อย
4. การออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ E1VTM1 on TT-tube , on NG tube for feed, Retained foley's catheter มีแผลกดทับ gr. 4 size 5x7 cm บริเวณก้นกบ แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง GCS E1VTM2 Pupil 2.5 mm RTL BE, motor power Rt. side	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรง GCS E4V4M3 Pupil 2.5 mm RTL BE, motor power Rt. side arm gr. 4 Leg gr. 2, Lt. side arm gr.2 Leg gr. 0 ADL = 4 คะแนน ภรรยาช่วยพยุงลุกนั่งและภายหลังการติดตามดูแล ผู้ป่วยเริ่มฝึกเดินโดยเกาะราวเดินในระยะใกล้	รายที่ 1 ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ADL = 0/20 คะแนน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบประเมินแบบแผนสุขภาพของ Gordon (ต่อ)			
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1	การเปรียบเทียบ
	arm gr. 1 Leg gr. 0, Lt. side arm gr.1 Leg gr. 0 ADL = 0 คะแนน บุตรสาวช่วยดูแลพลิกตะ แครงตัวให้ ทำ Passive exercise	ทำ Active – Passive exercise	รายที่ 2 สามารถลุก จากเตียงฝึกเดินได้แต่ ต้องมีคนช่วยพยุง และดูแลอย่างใกล้ชิด ภายหลังการติดตาม ดูแล ADL=6/20 คะแนน
5. การพักผ่อน นอนหลับ	นอนหลับได้วันละ 6-8 ชั่วโมง ช่วงกลางวัน 1-2 ชั่วโมง ช่วง กลางคืนวันละ 5-6 ชั่วโมง	นอนหลับได้วันละ 7-8 ชั่วโมง โดยช่วงกลางวัน 1-2 ชั่วโมง ช่วงกลางคืนวันละ 6-7 ชั่วโมง	ทั้ง 2 รายมีการ พักผ่อนนอนหลับได้ ดี
6. สถิติปัญหาและ การรับรู้	ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยสามารถรับ รส กลืนได้ปกติและมี ความสามารถจดจำเรื่องราวและ เหตุการณ์ต่างๆได้ไม่หลงลืม การ ได้ยินปกติ สามารถรับรู้วันเวลา และสถานที่ได้	ผู้ป่วยสามารถรับรส กลืน ได้ ปกติ และมีความสามารถ จดจำเรื่องราวและเหตุการณ์ ต่าง ๆ ได้ไม่หลงลืม การได้ยิน ปกติ สามารถรับรู้วันเวลาและ สถานที่ได้	ทั้ง 2 ราย มี สถิติปัญหาและการ รับรู้ปกติ
7. การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มี ญาติคอยดูแลช่วยเหลือการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน	รับรู้ปกติ ฟังพอใจในรูปร่าง หน้าตาของตัวเอง สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ดูแลตัวเอง ได้	ทั้ง 2 รายทราบใน ระดับศักยภาพ ของตนเองโดย ผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้มากกว่า รายที่ 1

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แบบประเมินแบบแผนสุขภาพของ Gordon (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1	การเปรียบเทียบ
8. บทบาทและ สัมพันธ์ภาพ	เป็นสมาชิกครอบครัว รักใคร่กลมเกลียวกันดี	เป็นหัวหน้าครอบครัว รักใคร่ กลมเกลียวกันดี	รายชื่อ 1 และรายชื่อที่ 2 เป็น หัวหน้า ครอบครัว ทุกคนในครอบครัว รักใคร่ กันดี
9. เพศและ การเจริญพันธุ์	เหมาะสมตามวัย	เหมาะสมตามวัย	ทั้ง 2 รายมีเพศและ การเจริญพันธุ์ที่ เหมาะสม
10. การปรับตัว และการเผชิญกับ ความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของโรค ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เนื่องจาก ได้รับข้อมูลจากพยาบาลและ ทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับแผนการ รักษา ความจำเป็นในการดูแลฟื้นฟู อย่างต่อเนื่อง	วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของ โรคผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เนื่องจากได้รับข้อมูลจาก พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับแผนการรักษา ความ จำเป็นในการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่อง	ทั้ง 2 รายมี ความเครียด เกี่ยวกับอาการที่ เป็นแต่ก็สามารถ ปรับตัวได้
11. ความเชื่อ	มีความเชื่อศรัทธาใน พระพุทธศาสนา ปฏิบัติตนตาม หลักพระพุทธศาสนา	มีความเชื่อ ศรัทธา ในพระพุทธศาสนา ปฏิบัติตน ตามหลักพระพุทธศาสนา	ทั้ง 2 ราย มีความ เลื่อมใสศรัทธาใน พระพุทธ ศาสนา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESSS			
INHOMESSS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
I: การเคลื่อนไหว (Immobility)	เคลื่อนไหวได้น้อย แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ตัดเตียงADL=0 มีข้อติดแข็ง ภรรยาและบุตรสาว ช่วยเคลื่อนย้าย ไม่สามารถลุกนั่งได้	เคลื่อนไหวได้น้อย แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ตัดเตียงADL=4 ภรรยาช่วยเคลื่อนย้ายด้วยการพยุงและฝึกลุก ฝึกเดิน	ทั้งผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 ต้องการ การช่วยเหลือ ในกิจวัตร โดยรายที่ 1 ต้องการการช่วยเหลือ ทั้งหมด เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนรายที่ 2 ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน
N: อาหาร (Nutrition)	On BD 350 ml x 4 feed /d + น้ำระหว่างมื้ออาหาร 200 ml/feed อยู่ที่บ้านบุตรสาวจะ feed อาหารเป็นนมชง (Bendera)	รับประทานอาหารได้โดยมีญาติเตรียมให้รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารทั่วไปปกติ ภรรยาเป็นผู้ดูแลจัดหา	ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับอาหารทางสายยางเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รายที่ 2 สามารถรับประทานอาหารได้เองโดยมีคนช่วยเตรียมอาหาร
H: สภาพบ้าน (Home Environment)	บ้านชั้นเดียวเป็นบ้านสังกะสีอยู่ในสวนของตัวเอง รอบ ๆ บ้านมีบ้านเพื่อนบ้านอยู่ไม่ห่าง มีห้องสำหรับผู้ป่วย มีเตียงปรับระดับและมีไม้กั้นเตียง บ้านมีรั้วรอบขอบชิด ภายในบ้านจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบและแยกโซนชัดเจน	บ้าน 2 ชั้น ครึ่งปูนครึ่งไม้ มีห้องสำหรับผู้ป่วย มีเตียงปรับระดับและมีไม้กั้นเตียง บ้านมีรั้วรอบขอบชิด ภายในบ้านจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบและแยกโซนชัดเจน	ทั้ง 2 รายมีสภาพบ้านที่ความปลอดภัย มีห้องเป็นสัดส่วน สะดวกในการดูแลของญาติ
O: สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other People)	ครอบครัวที่อยู่ร่วมบ้านมีสมาชิก 3 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย ภรรยา และบุตรสาว	ครอบครัวที่อยู่ร่วมบ้านมีสมาชิก 2 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย และภรรยา ผู้ป่วยและภรรยามีบุตร	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ค่าใช้จ่ายเพียงพอในการดำรงชีพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESSS (ต่อ)

INHOMESSS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	บุตรสาวจะเป็นผู้ดูแลหลัก รายได้จากการทำนา	2 คน เป็นบุตรชายซึ่งได้แต่งงาน และแยกบ้านไปอยู่ต่างจังหวัด	
	และเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้ พิการ ค่าใช้จ่ายเพียงพอ	ภรรยาจะเป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ จากการทำนาและเบี่ยยังชีพ ผู้สูงอายุและผู้พิการ และจาก บุตรชายที่ส่งเงินให้เป็นบางครั้ง ค่าใช้จ่ายเพียงพอ	
M: การใช้ยา (Medication)	Amlodipine (10mg) 1x 2 oral.pc, Enalapril (5mg) 2x2 oral.pc, Doxazosin (2mg) 1x 2 oral.pc, Trazodone (50mg) 1xhs., Furosamide (40mg) 1x1 oral.pc	Aspirin (81mg) 1x .D.oral.pc, Folic acide(5mg) 1x2oral.pc, Simvastatin (20mg) 2xhs, Enalapril (5mg)1 x 2 oral.pc, Carvedilol (12.5mg) ¼ x OD.oral.pc, Metformin (500mg) 1x1 oral.pc, Omeprazole (20mg) 1 x OD. oral.pc	รายที่ 1 มียาที่ใช้ในการ รักษาจำนวน 5 รายการ เป็นยาลดความดันโลหิต ส่วนรายที่ 2 มี 7 รายการ เป็นยาลดความดันโลหิต และยาเบาหวาน
E: การตรวจ ร่างกาย (Examinations)	E1VTM1 on TT-tube , on NG tube for feed, Retained foley's catheter มีแผลกดทับ gr. 4 size 5x7 cm บริเวณก้น กบ สัญญาณชีพ T 36.8 ^o C, PR 90/min, RR 20/min, BP 154/86 mmHg , SpO2 99% แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง GCS E1VTM2 Pupil 2.5 mm RTL BE, motor power Rt. side arm gr. 1 Leg gr. 0, Lt. side arm gr.1 Leg gr. 0 ADL = 0 คะแนน	มีแผลกดทับ gr. 2 size 3x4 cm บริเวณก้นกบ สัญญาณชีพ T 36.5 ^o C , PR 86/min, RR 20/min, BP 149/92 mmHg , SpO2 98% แขนขาซีกซ้ายอ่อน แรง แผลกดทับ gr. 2 size 3x4 cm บริเวณก้นกบ GCS E4V4M3 Pupil 2.5 mm RTL BE, motor power Rt. side arm gr. 4 Leg gr. 2, Lt. side arm gr.2 Leg gr. 0 ADL = 4 คะแนน	ผู้ป่วยรายที่ 1 พุดไม่มี เสียง สื่อสารไม่ได้จาก on TT-tube รายที่ 2 พุด สื่อสารได้ตามปกติ ทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง พบมีแผลกดทับ โดยราย ที่ 1 มีแผลกดทับขนาดใหญ่ กว่า รายที่ 2

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESSS (ต่อ)

INHOMESSS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
S: ความปลอดภัย (Safety)	บ้านชั้นเดียว เป็นบ้านสังกะสี มีการจัดห้องสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะ ผู้ดูแลนอนเฝ้าตอนกลางคืน ภายในบ้านมีการจัดวางของเป็นระเบียบเตียงปรับระดับ มีที่กั้นเตียง เวลาป้อนอาหาร จัดทำโต๊ะสูง	บ้านเป็นบ้าน 2 ชั้นครึ่งปูนครึ่งไม้ มีการจัดที่นอนสำหรับผู้ป่วย อยู่ภายในห้องโถงของบ้าน โดยแยกไว้มุมห้อง มีเตียงปรับระดับ มีที่กั้นเตียง ผู้ป่วยลุกนั่งได้โดยญาติช่วยเหลือพยุงหรือใช้รถเข็นในการช่วยเคลื่อนย้าย	ทั้งรายที่ 1 และรายที่ 2 มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความปลอดภัยทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
S: สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health)	ภรรยาและบุตรสาวมีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	ภรรยามีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่เหมาะสม
S: แหล่งให้บริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน (Services)	ครอบครัวรับบริการที่โรงพยาบาลนาตาลเป็นหลัก - กรณีฉุกเฉินสามารถเรียกบริการ 1669 - รับบริการเยี่ยมจาก CG และทีม FCT - บางครั้งมีการใช้บริการที่คลินิกในอำเภอใกล้เคียงบ้าง นาน ๆ ครั้ง เนื่องจากต้องการความสะดวกรวดเร็ว	ครอบครัวรับบริการที่โรงพยาบาลนาตาลเป็นหลัก - กรณีฉุกเฉินสามารถเรียกบริการ 1669 - รับบริการเยี่ยมจาก CG และทีม FCT - บางครั้งมีการใช้บริการที่คลินิกในอำเภอใกล้เคียงบ้าง นาน ๆ ครั้ง เนื่องจากต้องการความสะดวกรวดเร็ว	มีสถานบริการหรือแหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน มีการให้บริการเชิงรุก และการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวในระบบ Long term care เช่นเดียวกัน ในระยะเจ็บป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 รายขาดโอกาสในการมีแบบแผนสุขภาพที่ดีเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ มีความเครียด วิตกกังวลในเรื่องการพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว และการขาดรายได้

สรุปภาวะสุขภาพ การประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการประเมินปัญหาการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเครื่องมือ INHOMESSS, ADL จึงกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษาที่ 1 จำนวน 1 ข้อ และ กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 1 ข้อ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ (ต่อ)

ระยะเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษาที่ 1 จำนวน 9 ข้อ และ กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 7 ข้อ และ ระยะหลังเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษาที่ 1 จำนวน 5 ข้อ และ กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 3 ข้อ ดังแสดงในตารางเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา ดังนี้

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย		
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน		
ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ติดเตียง ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ทั้ง 2 ราย
ระยะเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง		
1. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	1. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ติดเตียง ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ทั้ง 2 ราย
2. มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	2. มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยกรณีศึกษาที่ 1 แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรงมานาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีภาวะข้อติดแข็ง ทั้งข้อศอกแขนทั้ง 2 ข้างและข้อเข่าขาทั้ง 2 ข้าง ในการฟื้นฟูจึงต้องใช้ระยะเวลาและยังต้องติดตามดูแลในระบบ Long term care ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 อ่อนแรงซีกซ้าย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีภาวะข้อศอกแขนซ้ายติดแข็ง จึงต้องมีการฟื้นฟูสภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ระยะเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง (ต่อ)		
		ซึ่งปัญหาข้อติดขัดในกรณีศึกษาที่ 2 มีน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 1 สามารถแก้ไข ปัญหาได้ดีกว่า โดยปัญหานี้สามารถแก้ไข ได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3
3.บกพร่องในการสื่อสารเนื่องจาก ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน		กรณีศึกษาที่ 1 on TT-tube มานาน พุด ไม่ชัด บกพร่องด้านการสื่อสารซึ่งหลังจาก ได้ติดตามดูแลปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3
4.ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียด และวิตกกังวลเรื่องภาวะพึ่งพาของ ผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค	3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะ เครียดและวิตกกังวลเรื่องภาวะ พึ่งพาของผู้ป่วยจากการดำเนิน ของโรค	ผู้ป่วยและครอบครัวของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะเครียดและวิตกกังวลจาก การที่ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพา โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะพึ่งพาโดย สมบูรณ์ ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มี ภาวะพึ่งพารุนแรง ปัญหานี้สามารถแก้ไข ได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2
5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแส เลือดเนื่องจากมีอุปกรณ์ติดกาย และมี แผลกดทับ	4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแส เลือดเนื่องจากมีแผลกดทับ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะติดเชื้อใน กระแสเลือด โดยรายที่ 1 มีความเสี่ยง มากกว่าจากการมีอุปกรณ์ติดกายและแผล กดทับปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ส่วนรายที่ 2 มี แผลกดทับปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและการ เคลื่อนไหวลดลง		กรณีศึกษาที่ 1 ติดเตียง แขนขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง on TT-tube มานาน ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้ มีการเคลื่อนไหวลดลงจึงมี ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ระยะเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง (ต่อ)		
		ปอดอักเสบ ปัญหาสามารถแก้ไขได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
7. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	5. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง แขนขาอ่อนแรง ในการเคลื่อนไหว จึงมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาที่ 1 ได้ติดตามดูแลและปัญหานี้ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2
8. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้	6. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง การรับประทานอาหารอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะรายที่ 1 รับประทานอาหารทางสายยางอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการได้มากกว่ารายที่ 2 โดยในรายที่ 1 ปัญหานี้ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care ส่วนรายที่ 2 ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1
9. เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป	7. เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป จึงเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยกรณีศึกษาที่ 1 ปัญหานี้ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care ส่วน กรณีศึกษาที่ 1 ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล
ระยะหลังเยี่ยมบ้าน		
1. มีภาวะทุพโภชนาการจากผู้ป่วย รับประทานอาหารเองไม่ได้		ผู้ป่วยรายที่ 1 รับประทานอาหารทางสาย ยาง มีภาวะทุพโภชนาการ มีรูปร่างผอมลง อ่อนเพลีย ปัญหานี้ได้ ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care
2. มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกาย เคลื่อนไหวลดลง	1. มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจาก ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยกรณีศึกษาที่ 1 แขนขาทั้ง 2 ข้างอ่อน แรงมานาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีการ เคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีภาวะข้อติดแข็ง ทั้งข้อศอกแขนทั้ง 2 ข้างและข้อเข่าขาทั้ง 2 ข้าง ในการฟื้นฟูจึงต้องใช้ระยะ เวลานานและยังต้องติดตามดูแลในระบบ Long term care ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 อ่อนแรงซีกซ้าย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีการเคลื่อนไหว ลดลง ทำให้มีภาวะข้อศอกแขนซ้ายติดแข็ง จึงต้องมีการฟื้นฟูสภาพซึ่งปัญหาข้อติด แข็งในกรณีศึกษาที่ 2 มีน้อยกว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามารถแก้ไขปัญหาได้ ดีกว่า โดยปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3
3. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	2. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง แขนขาอ่อนแรง ในการเคลื่อนไหว จึงมี ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาที่ 1 ได้ติดตามดูแลและปัญหานี้ ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care ส่วนกรณีศึกษาที่ 2

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ระยะหลังเยี่ยมบ้าน (ต่อ)		
		ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ในการติดตาม เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2
4. เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก ร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพ เปลี่ยนแปลงไป		กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ บทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปจึง เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ปัญหานี้ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care
5. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองซ้ำจากการมีโรคประจำตัวและ ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	3. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองซ้ำจากการมีโรคประจำตัว และร่างกายเคลื่อนไหวลดลง	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองซ้ำจากการมีโรค ประจำตัวและร่างกายเคลื่อนไหวลดลง โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิต สูง กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ในกรณีศึกษาที่ 1 ปัญหานี้ได้ติดตามดูแลต่อไปในระบบ Long term care ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 ปัญหานี้สามารถแก้ไขปัญหาได้ในการ ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกร สถานภาพ สมรส คู่ วันที่ศึกษา 10 ตุลาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง มีอาการแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ติดเตียงมา 4 ปี on TT-tube , on NG tube for feed, Retained foley's catheter มีแผลกดทับ grade 4 บริเวณก้นกบ ADL=0 การวินิจฉัยโรค Stroke with Hypertension with paralysis with Bed ridden ในระยะเตรียมเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ระยะเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง บกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเรื่องภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากมีอุปกรณ์ติดกายและมีแผลกดทับ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและการเคลื่อนไหวลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้ และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป ระยะหลังเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ยังมีภาวะทุพโภชนาการจากผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้ มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากการมีโรคประจำตัวและร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ผู้ศึกษาได้วางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ร่วมกับญาติ care giver และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยระยะหลังเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรายนี้ ยังมีแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เริ่มมีข้อติดแข็ง ข้อศอกทั้ง 2 ข้างติดแข็ง ข้อเข่าทั้ง 2 ข้างติดแข็ง ADL = 0 อยู่ในระดับเดิม มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ได้วางแผนติดตามดูแล Long term care และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พื้นที่เพื่อติดตามดูแลร่วมกันต่อไป ยาที่ใช้รักษา Amlodipine (10 mg) 1x 2 oral.pc} Enalapril (5 mg) 2 x 2 oral.pc, Doxazosin (2 mg) 1x 2 oral.pc, Trazodone (50 mg) 1xhs., Furosamide (40 mg) 1x1 oral.pc

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกร สถานภาพ สมรส คู่ วันที่ศึกษา 7 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ติดเตียงมา 3 ปี มีแผลกดทับ grade 2 บริเวณก้นกบ ADL=4 การวินิจฉัยโรค Stroke with Diabetes mellitus with Hypertension with Rt. hemiplegia with Bed ridden ในระยะก่อนเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง ระยะเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเรื่องภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยจากการดำเนินของโรค เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากมีแผลกดทับ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากร่างกายและบทบาทสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไป ระยะเวลาหลังเยี่ยมบ้าน พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ มีภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากร่างกายเคลื่อนไหวลดลง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากการมีโรคประจำตัวและร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ผู้ศึกษาได้วางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ร่วมกับญาติ care giver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หลังการติดตามดูแลผู้ป่วยมี ADL=6 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง แต่สามารถฝึกลุกนั่ง ฝึกเดินเดินจับราวได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ยาที่ได้รับ Aspirin (81mg)1x OD.oral.pc, Folic acide (5mg) 1x2 oral.pc, Simvastatin (20mg) 2xhs, Enalapril (5mg) 1 x 2 oral.pc, Carvedilol (12.5mg) ¼ x OD.oral.pc, Metformin (500mg) 1x1 oral.pc , Omeprazole (20mg) 1 x OD.oral.pc.

อภิปราย วิเคราะห์กรณีศึกษาและการพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยติดเตียง แขนขาอ่อนแรง การดูแลฟื้นฟูพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 สามารถดูแลและฟื้นฟูได้มากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงกว่า หรือการได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถและการดูแลที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพชุมชนโดยมีการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน ให้ได้รับการดูแลโดยระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาว การดูแลโดยระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาว มีความสำคัญ ช่วยให้มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกมิติ เชื่อมโยงกระบวนการพยาบาลในชุมชนร่วมกับเครือข่าย โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและดูแลด้วยองค์รวม ส่งเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว ร่วมกับผู้ดูแลร่วม หรือ Care giver และมีเครือข่ายผู้ช่วยเหลือในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน โดยหลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเน้นการสนับสนุนให้เป็นไปตามศักยภาพครอบครัวหรือความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งวางแผนเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง

สรุป

ผลงานทางวิชาการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ฉบับนี้ เรียบเรียงเพื่อเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลนาตาล สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยในชุมชน ของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้น และหากเกิดความพิการแล้วสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะความพิการที่เกิดขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

จากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานย้อนหลัง ปี 2565 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 57 ราย อัตราอัตราป่วย 219.09 ต่อแสนประชากร ติดเตียง 7 ราย ร้อยละ 12.28 ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย ร้อยละ 57.14 อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 81.16 ปี 2566 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 54 ราย อัตราป่วย 207.55 ต่อแสนประชากรติดเตียง 5 ราย ร้อยละ 9.25 ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย ร้อยละ 80 อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 83.24 ปี 2567 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 55 ราย อัตราป่วย 211.40 ต่อแสนประชากร ติดเตียง 6 ราย ร้อยละ 10.90 ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน 4 ราย ร้อยละ 66.67 อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 82.72 ปี 2568 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 52 ราย อัตราป่วย 199.87 ต่อแสนประชากรติดเตียง 5 ราย ร้อยละ 9.61 ติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย ร้อยละ 20.00 อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยร้อยละ 85.19 โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มลดลง อัตราความพึงพอใจในการให้บริการของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงขึ้น

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ด้านบุคลากร บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมที่บ้าน มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2 ด้านผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่มากขึ้น ตลอดจนมีเครือข่ายชุมชนในการร่วมดูแล ลดภาวะเครียด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ลดการเกิดความพิการ ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายรวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 หน่วยงาน/กลุ่มงาน ผลงานที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาด้านวิชาการ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

6.2 โรงพยาบาล ผลงานที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้านทุกหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย และเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ด้วย เป็นการพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลตลอดจนเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานพยาบาล

6.3 โชน/จังหวัด ผลงานที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการในการเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในการนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถอ้างอิงได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6.4 เขต ผลงานที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการผลักดันเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ตาม service plan

6.5 ประเทศ ผลงานที่ได้จากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนกำหนดนโยบายของผู้บริหารระดับประเทศ ในการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในชุมชน เช่น การสนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชน เป็นต้น

ผลกระทบ

ผลจากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในชุมชน ส่งผลกระทบระดับหน่วยงาน องค์กร ระดับโซน ระดับเขต และระดับกระทรวงสอดคล้องตามพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ระยะก่อนดูแล จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีภาวะโรคร่วม มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงต้องมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้าน (4 M) ประกอบด้วย คน งบประมาณ อุปกรณ์และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของญาติและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

7.2 ระยะขณะดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีภาวะโรคร่วมเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องการสื่อสาร ตลอดจนความต้องการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ และเวลาในการประเมินผู้ป่วย และต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

7.3 การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีภาวะโรคร่วมเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด อยู่ในภาวะพึ่งพิงและใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแล ผู้ดูแลอาจเกิดความเบื่อหน่ายและในการดูแลผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่สูง จึงต้องมีการสร้างเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนด้านทักษะการดูแลและความรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ด้านงบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายที่ 1 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุติดเตียง on TT-tube, on NG tube for feed, Retained foley's catheter ADL=0 มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ มีอุปสรรคในเรื่องการสื่อสาร และมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา แนวทางแก้ไข คือ ผู้ศึกษาใช้การสังเกตความต้องการจากอาการของผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการ และจากการที่ผู้ดูแลอาจยังขาดความรู้ประสบการณ์ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และอาจเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย แนวทางแก้ไข

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

คือ ผู้ศึกษาให้ความสม่ำเสมอในการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ การสอน สาธิตผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ในทุกมิติ ตลอดจนการประสานหน่วยงานในชุมชนเพื่อร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

กรณีศึกษารายที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคที่พบถึงจะน้อยกว่ารายที่ 1 แต่จากการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและอยู่ระหว่างการฟื้นฟูสภาพร่างกายและมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ และมีโอกาสกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แนวทางแก้ไข คือ ผู้ศึกษาชี้แนะ และโน้มน้าวผู้ดูแลในการให้ความสำคัญกับการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ การดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเรื่องอาหารและโภชนาการ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา การผ่อนคลาย และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะฟื้นฟูมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ตลอดจนการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ครอบคลุมความต้องการในทุกมิติ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านบริหาร

9.1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

9.1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงใน

ชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเข้ารับการฝึกอบรมในสถาบันต่าง ๆ หรือ on the job training

9.2 ด้านบริการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติ

9.3 ด้านวิชาการ

9.3.1 จัดกิจกรรมฝึกอบรมพัฒนาความรู้ ทักษะสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และให้พื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชนภายใต้มาตรฐานเดียวกัน

9.3.2 สนับสนุนการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน

9.3.3 จัดทำสื่อ/คู่มือ/วิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

9.3.4 ประมวลผลงานวิชาการเพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียงในชุมชน

10. การเผยแพร่ผลงาน นำเสนอผลงาน (Oral Presentation) ในการประชุมวิชาการพยาบาลชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ 17 ประจำปี 2568 “นวัตกรรมดิจิทัลกับพยาบาลชุมชน : ขับเคลื่อนสุขภาพ ชะลอวัย ไร้โรค เพื่ออนาคตที่ยั่งยืน” ระหว่าง วันที่ 28-30 พฤษภาคม 2568 ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

1) นางณัชพร ปักษาพันธ์ สัดส่วนผลงาน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

2) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

3) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางธนัชพร ปักษาพันธ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางธนัชพร ปักษาพันธ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

วันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โดยทฤษฎี 7s Model (McKinsey)

2. หลักการและเหตุผล

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 (2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ องค์การสหประชาชาติได้นิยาม ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึงประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป และได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ทั้งนี้ การคาดการณ์ว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษแห่งผู้สูงอายุช่วงปี 2001-2100 นั้น แต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางการแพทย์ การโภชนาอาหาร (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, บทความเรื่อง สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ) สำนักงานอ้างอิงประชากร (Population Reference Bureau: PRB) เผยข้อมูลจากเอกสารข้อมูลประชากรโลก ฉบับล่าสุด ปี 2567 (World Population Data Sheet 2024) ระบุว่า ในปัจจุบันโลกมีประชากรกว่า 8 พันล้านคน และคาดว่าจำนวนประชากรจะเพิ่มขึ้นเป็น 9.6 พันล้านคน ภายในปี 2593 ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 1.2 เท่าจากปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ตัวเลขคาดการณ์นี้ต่ำกว่าประมาณการเมื่อปีที่แล้ว(ปี 2567)ที่ระบุไว้ 9.8 พันล้าน เนื่องจากแนวโน้มอัตราการเจริญพันธุ์ทั่วโลกที่ลดลง และการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก รายงานฉบับนี้เผยข้อค้นพบสำคัญว่า โลกกำลังเผชิญกับแนวโน้มอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลง ควบคู่กับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์โดยรวมทั่วโลกเฉลี่ยอยู่ที่ 2.2 บุตรต่อผู้หญิง 1 คนตลอดช่วงชีวิต ในขณะที่สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอยู่ที่ประมาณ 10% และในบางประเทศในเอเชียตะวันออก ยุโรป และอเมริกาเหนือ สัดส่วนดังกล่าวสูงถึง 20% หรือมากกว่านั้น

สถิติจำนวนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2567 โดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่าในผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นจำนวน 20.70% จากประชากรทั้งหมด นั้นหมายความว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ หรือ Aged Society แล้ว โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากที่สุดคือ กลุ่มผู้อายุวัยต้น (60-69 ปี) อยู่ที่ 59.3% รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) อยู่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ที่ 29.8% และกลุ่มที่มีน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) อยู่ที่ 10.9% จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ได้หมายถึงการที่เราจะได้เห็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นแค่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีข้อกังวลอื่นๆ ตามมาอีกด้วย เช่น ใครจะเป็นคนดูแลพวกเขา หรือพวกเขาต้องดูแลตัวเอง สังคมต้องปรับตัวอย่างไร และนับตั้งแต่ปี 2537 ที่มีสำรวจประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมาตลอด จนมาถึงในปี 2567 สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ ที่แสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุกี่คน มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันอยู่ที่ 31.1 เท่ากับว่า ประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน จะต้องรับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 31 คน หรือแปลว่า ผู้สูงอายุ 1 คน จะต้องมีการทำงานประมาณ 3 คนในการดูแล นอกจากนี้ยังมี ‘กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง’ เป็นอีกกลุ่มที่น่าเป็นห่วง พวกเขาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง ข้อมูลจากอนามัยโพล โดย กรมอนามัย คาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ล่าสุดในปี 2568 นี้ มีการคาดการณ์ไว้ว่าจะมีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ราว 126,000 ราย และมีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ราว 236,000 ราย

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปี 2568 มีผู้สูงอายุ 291,599 คน จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL (Barthel Activities of Daily Living) จำนวน 212,019 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 202,301 คน หรือร้อยละ 95.42 และเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 8,472 คน หรือร้อยละ 4 และ กลุ่มติดเตียง จำนวน 1,246 คน หรือร้อยละ 0.58 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด (Health Data Center,กระทรวงสาธารณสุข.2568)

เครือข่ายโรงพยาบาลนาตาล มีประชากร 25,502 คน มีผู้สูงอายุ 5,867 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ดังนั้นจึงอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL (Barthel Activities of Daily Living) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน จำนวน 14 คน, 32 คน, 33 คน และ 38 คน ตามลำดับ (Health Data Center,กระทรวงสาธารณสุข. 2568) ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 21.43) , 4 คน (ร้อยละ 12.5) , 4 คน (ร้อยละ 12.12) , 7 คน (ร้อยละ 18.42) ตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของโรงพยาบาล อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 5 และเพื่อเป็นการตอบสนอง ต่อความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข : ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : Service Plan สาขา การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ในประเด็น สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอได้กำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจนถึงระยะสุดท้าย(แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560-2579) (กระทรวงสาธารณสุข ,2560) และเพื่อเป็นการตอบสนอง ต่อความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชากรในปัจจุบัน ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สำนักงานโรงพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการพัฒนาคูณภาพระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ และพัฒนาระบบ บริการพยาบาลปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการ ได้อย่างเท่าเทียม และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ให้ได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญ ของการพยาบาลในชุมชน (สำนักงานโรงพยาบาล, 2556) ซึ่งการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึงแบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เป็นการ ให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่าง ๆ (เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และณภัส แก้ววิเชียร, 2558)

จากสถานการณ์ข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น หากไม่มีมาตรการการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการถาวร หรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล กระทั่งต่อสุขภาพวิถีชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือทนทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น และกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยให้ความสนใจการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี 2525 ในสมัยรัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ และมีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 แต่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงคือประเภทติดบ้านติดเตียงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก(<https://www.thaihealth.or.th> การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสื่อมของร่างกายตามสภาพ มีกำลังถดถอย เชื่องช้า สมควรได้รับการช่วยเหลืออุปการะ แต่มากด้วยวิญญูและประสพการณ์ อันถือเป็นการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุด้วย (พระสุรชัย อยู่สาโก, 2550) รวมทั้งความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุที่มีมากกว่าวัยอื่นทำให้เมื่อผู้สูงอายุที่ติดเตียงโอกาสที่จะฟื้นตัวจึงเป็นไปได้ยาก จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลเป็นพิเศษจากทีมเยี่ยมบ้าน จากข้อมูลและเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ของโรงพยาบาล ว่ามีสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างไร อีกทั้งโรงพยาบาลยังไม่เคยมีการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อนจึงศึกษาเพื่อจะนำไปสู่การวิเคราะห์ (Analysis) และสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โดยการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ(System Analysis) ได้ใช้ทฤษฎี 7S Model (McKinsey) ซึ่งประกอบด้วย 1.โครงสร้างองค์กร(Structure) 2.กลยุทธ์(Stragey) 3.บุคลากร(Staff) 4.รูปแบบ(Style) 5.ระบบ (System) 6.ทักษะ(Skill) และ 7. ค่านิยมร่วม(Shared value) และได้วิเคราะห์ (Analysis) วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสังเคราะห์(Synthesis) เพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล

ระยะเวลาที่คาดว่าจะดำเนินการ ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569

วิธีการศึกษา

- 1) การศึกษาสภาพปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล โดยการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ(System Analysis) โดยใช้ทฤษฎี 7S Model (McKinsey) ซึ่งประกอบด้วย 1.โครงสร้างองค์กร (Structure) 2.กลยุทธ์(Stragey) 3.บุคลากร(Staff) 4.รูปแบบ(Style) 5.ระบบ(System) 6.ทักษะ(Skill) และ 7.ค่านิยมร่วม(Shared value)
- 2) การวิเคราะห์(Analysis) วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3) สังเคราะห์(Synthesis) การศึกษาสภาพปัญหากระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โดยการศึกษาวิเคราะห์เชิงระบบ(System Analysis) ได้ใช้ทฤษฎี 7S Model (McKinsey) และการวิเคราะห์(Analysis) วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล ต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เครือข่ายโรงพยาบาลนาตาล มีประชากร 25,502 คน มีผู้สูงอายุ 5,867 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ดังนั้นจึงอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน จำนวน 14 คน, 32 คน, 33 คน และ 38 คน ตามลำดับ ซึ่งภาวะและปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแล และฝึกตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกายไว้ไม่ให้ถดถอยเร็วเกินไป สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ยังทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น รักษาคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยไว้อย่างมีคุณภาพเท่าที่สามารถทำได้ภาวะและปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีดังนี้ (Chansirikan, Sasat, Lapbenjakul, Suthatworawut, Khemthong & Pheunrum, 2016)

- 1) ภาวะกลืนลำบากผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอาจมีปัญหากลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อัลไซเมอร์ หรือพาร์กินสัน ฯลฯ เมื่อมีปัญหาการกลืนลำบาก มักจะสำลักง่ายหรือไอขณะรับประทานอาหาร อาจทำให้อาหาร ลงไปในหลอดลม มีโอกาสทำให้ปอดติดเชื้อหรือเป็นปอดบวมได้
- 2) ภาวะการติดเชื้อการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อ จากแผลกดทับ อาการอาจไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้สูงอายุอาจมีแค่อาการไข้และการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- 3) ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก ผู้สูงอายุมีปัญหาเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากหลายสาเหตุต่าง ๆ เช่น อาการปวดตามจุดต่าง ๆ กล้ามเนื้ออ่อนหรืออ่อนแอ ร่างกายอ่อนแอ มีความผิดปกติในระบบประสาท การทรงตัวไม่ดี เจ็บป่วยด้วยโรค ปัญหาทางจิต หรือได้รับยารักษาอาการทางจิตบางประเภท
- 4) ท้องผูก ถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรืออุจจาระแข็ง
- 5) นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายรวมทั้งสมอง นอนไม่หลับ เป็นอาการหนึ่งที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ไม่ปกติ การนอนไม่หลับ อาจเป็นอาการเตือนของโรคอื่นๆทางสมองได้

จากที่มาความสำคัญของปัญหาและบทวิเคราะห์ดังกล่าว จึงเกิดคำถามว่าจะทำอย่างไร ระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง จึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้ทฤษฎี 7S Model(McKinsey) เป็นกรอบแนวคิดใช้วิเคราะห์สภาพปัญหา ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1980 โดยสองนักคิด Robert Waterman, Tom Peter and Julien Phillips ซึ่งทำงานอยู่บริษัทที่ปรึกษาบริษัท Mckincy & Company ซึ่งเป็นที่มาของชื่อ Mckinsey's 7s Framework ประกอบด้วย 1)โครงสร้างองค์กร (Structure) 2)กลยุทธ์(Stratgy) 3)บุคลากร(Staff) 4)รูปแบบ(Style) 5)ระบบ(System) 6)ทักษะ(Skill) และ 7)ค่านิยมร่วม(Shared value) และได้ วิเคราะห์ (Analysis) วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสังเคราะห์(Synthesis) เพื่อเป็นข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทราบสภาพปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 2) ได้แนวทางการแก้ปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 3) มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 4) โรงพยาบาลมีระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 5) เกิดภาคีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งมีระบบสนับสนุนในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ให้เข้าถึงระบบบริการเยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

- 1) มีแนวทางการแก้ปัญหาในระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 2) มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาล
- 3) มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลนาตาลร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

- 1) ร้อยละของผู้สูงอายุติดเตียง เข้าถึงระบบบริการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลนาตาลตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 5
- 3) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานในผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 5
- 4) ผู้สูงอายุติดเตียงหลังการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง มีค่า ADL (Barthel Activities of Daily Living) เพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ)

(นางธนัชพร ปักษาพันธ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 10 / มิถุนายน / 2568

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

ข้าพเจ้ามีความรู้พื้นฐานและเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญอาหารเนื่องจากความไม่สมดุลของการใช้กับการสร้างอินซูลินในร่างกาย สามารถเกิดได้กับคนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง เมื่อเกิดโรคนี้นักบุคคลใดแล้วหากไม่รักษาหรือรักษาได้ไม่ดีไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระดับเฉียบพลันและในระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรืออาจสูญเสียอวัยวะ พิการ หรือเสียชีวิตได้ เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์อันเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ประเทศไทยพบโรคนี้นี้นประมาณร้อยละ ๔-๖ ของประชากร พบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, ๒๕๕๓: ๗๗๗)

โรคเบาหวานสามารถแบ่งออกเป็นหลายชนิด ซึ่งมีสาเหตุ ความรุนแรงและการรักษาที่ต่างกันอย่างสำคัญ ได้แก่

๑.เบาหวานชนิดที่ ๑ มีการทำลายของ beta cell ทำให้เกิดการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน โดยมีพยาธิสภาพที่ islet cell of Langerhans ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี อาการของโรคเกิดขึ้นทันทีทันใด รูปร่างผอม ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลิน ส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน คือ diabetic ketoacidosis เบาหวานชนิดที่ ๑ แต่เดิมเรียกว่าเป็น (IDDM :Insulin dependent diabetes mellitus)

๒.เบาหวานชนิดที่ ๒ มีตั้งแต่ predominantly insulin resistance with relative insulin deficiency จนถึง predominantly secretory defect with insulin resistance เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินแต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ ๑ ร่วมกับมีภาวะ insulin resistanceและการเพิ่ม hepatic gluconeogenesis ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า ๓๐ ปี อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือไม่มีอาการ รูปร่างอ้วนหรือปกติ แต่มี abdominal/visceral obesity มักมีประวัติเบาหวานในครอบครัวชัดเจน

๓. กลุ่มที่มีความทนต่อกลูโคสเสื่อม (Impaired glucose tolerance: IGT) พวกนี้ยังไม่จัดว่าเป็นเบาหวานและไม่มีอาการของโรคเบาหวาน เพียงแต่มีค่าความทนต่อกลูโคสผิดปกติเป็นครั้งเป็นคราว พบได้ทั้งในผู้สูงอายุ อ้วนและไม่อ้วน ได้รับยาบางชนิด ผู้ขาดการออกกำลังกายเป็นเวลานาน ๆ ในบางรายเมื่อผ่านภาวะความทนต่อกลูโคสเสื่อมอาจกลายเป็นโรคเบาหวานได้

๔. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) ในระยะการตั้งครรภ์ อาจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหรือความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย ความเครียดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ภาวะดังกล่าวอาจทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้เต็มที่ อินซูลินมีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้พลังงาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

ดังนั้นเมื่ออินซูลินในร่างกายทำงานลดลง น้ำตาลไม่ถูกนำมาใช้จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ จะถูกไตกรองออกมาเป็นปัสสาวะ มีมดตอมได้ โรคเบาหวานมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ ผู้ที่พ่อแม่หรือญาติพี่น้องเป็นโรคนี้นั้น มักจะป่วยเป็นโรคนี้นี้ด้วยหรือเป็นโรคที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วน เกิดจากการใช้ยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะหรืออาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็ง ระยะสุดท้าย คอพอกอักเสบ

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการทำงานทุกระบบของร่างกาย เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (สังเกตจากระดับน้ำตาลหลังอาหาร ๖-๘ ชั่วโมง) จะทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนได้มากมาย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ จะเป็นปัญหาแทรกซ้อนเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นาน มีผลให้อวัยวะภายในทำงานผิดปกติ ได้แก่

หัวใจ: ในผู้ป่วยเบาหวาน ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ มักเกิดร่วมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ เกิดการอุดตันของเส้นเลือด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจในส่วนนั้นตาย หัวใจทำงานไม่ปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอกเวลาทำงานหนักหรือออกกำลังกาย เมื่อพักจะหายไป แต่ถ้าเป็นมากจะมีอาการตลอดเวลาและรุนแรงมากขึ้นจนทำให้เสียชีวิตในเวลารวดเร็ว

สมอง: ผู้ป่วยเบาหวานมักมีอาการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เกิดการแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่นและถ้าผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน จะทำให้หลอดเลือดขนาดกลางที่ไปเลี้ยงสมองมีภาวะตีบตัน ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีก เดินไม่ได้หรือพูดไม่ได้เป็นต้น

ไต: การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เส้นเลือดเล็กๆ ขาดประสิทธิภาพในการไปเลี้ยงไต ทำให้เซลล์ไตตายไปที่ละน้อย โดยผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงออก แต่จะเห็นความผิดปกติได้จากการตรวจปัสสาวะและในที่สุดถ้าเป็นเรื้อรังนานๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายได้

ปลายประสาท: เส้นเลือดเล็กๆ ที่ไปเลี้ยงปลายประสาทจะทำงานได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกร้อนและปวดแสบปวดร้อนที่ฝ่าเท้า อาจเกิดอาการชาและหมดความรู้สึกที่ขาและเท้าทั้งสองข้าง ถ้าผู้ป่วยไปเหยียบของร้อนหรือแหลม จะทำให้เป็นแผลได้โดยไม่รู้สีกตัว จึงต้องระวังโดยเวลาเดินต้องใส่รองเท้าตลอดเวลา นอกจากนั้น โรคเบาหวานยังมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะผิวหนังมักเป็นฝี เชื้อรา กลาก เกลิออนและถ้าเป็นแผลจะมีโอกาสติดเชื้อและรักษาหายช้ากว่าคนปกติ

ทางเดินปัสสาวะ: ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อได้ง่ายตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อไตอักเสบ กรวยไตอักเสบ มักมีอาการปัสสาวะแสบขัดและถ้าเกิดอาการอักเสบที่กรวยไต อาจทำให้มีไข้สูง หนาวสั่นและช็อกได้

ตา: ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เลือดไปเลี้ยงตาได้น้อยลง ทำให้เกิดความผิดปกติกับกระจกตา ประสาทตา กล้ามเนื้อตา และจอรับภาพ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นต่อกระจกได้ง่ายกว่าคนปกติและบางรายอาจมีภาวะหนังตาตกได้ นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนที่ตาที่สำคัญที่สุดคือ เส้นเลือดในจอรับภาพมีการเปลี่ยนแปลงเกิดความแปรปรวนกว่าปกติ ทำให้เส้นเลือดปริแตก มีเลือดออกในลูกตาด้านหลังกระจกตาและที่จอรับภาพ ซึ่งเป็นผลให้ตาบอดทันที

ความรู้นี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับความ ต้องการและศักยภาพที่แตกต่างกันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ

ข้าพเจ้ามีความชำนาญงานอย่างสูงในการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นแนวทางการวิจัยที่เน้นการแก้ปัญหาและพัฒนาในสถานการณ์จริง ข้าพเจ้ามีความเข้าใจและสามารถนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Kemmis และ McTaggart (๑๙๘๘) มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดหลักในการวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่อาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน เริ่มต้นโดยชุมชนเอง ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน ค้นหาปัญหาของชุมชน หาทางออกร่วมกัน และร่วมรับผลการพัฒนาเป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการตามสถานการณ์ เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคก็แก้ไขปัญหามาพร้อมๆ กันกับการพัฒนางาน เกิดการเรียนรู้และมีบทเรียนในการแก้ไขปัญหา มีแนวทางแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย โดยมีนักวิจัยภายนอกทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยและทำหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมกับคณะทำงานในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสนับสนุนให้ชาวบ้านหรือชุมชน หรือผู้เข้าร่วมขบวนการวิจัยมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการวิเคราะห์ถึงปัญหา การแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ โดยร่วมกันวางแผนและกำหนดกิจกรรมตามแผนหรือโครงการ ตลอดจนการปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ภายใต้สภาวะการณ์เงื่อนไขที่เป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ ๔ ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมในการค้นหาสภาพการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการในรอบหรือเกลียวต่อไป จนกว่าจะได้ผลการปฏิบัติตามจุดมุ่งหมายและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

นอกจากความชำนาญในระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว ข้าพเจ้ายังมีความเชี่ยวชาญในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ซึ่งรวมถึง

๑. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity): สามารถนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ข้าพเจ้าสามารถแปลผลค่า IOC ที่อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ ซึ่งบ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

๒. ความเชื่อมั่น (Reliability): มีความสามารถในการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สูตร Kuder Richardson ๒๐ (KR-๒๐) สำหรับแบบทดสอบความรู้และ Cronbach's Alpha Coefficient สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วม การรับรู้และทัศนคติ

๓. ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้าพเจ้ามีความชำนาญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: สามารถใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) รวมถึงการใช้มัธยฐาน (Median) และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๒๕ และ ๗๕ กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ นอกจากนี้ ยังสามารถเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ (ต่อ)

เชิงคุณภาพ: เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการบันทึกการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ โดยการรวบรวม ตรวจสอบ และจัดกลุ่มข้อมูลและนำมาสรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ความชำนาญเหล่านี้สะท้อนถึงความสามารถของข้าพเจ้าในการดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีระเบียบวิธีที่ชัดเจนและสามารถวิเคราะห์ผลได้อย่างน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้า มีประสบการณ์การทำงานที่สั่งสมมาอย่างยาวนานและหลากหลายในสายงานสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ การประสานงานและการพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการดำเนินงานวิจัยนี้ ประสบการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการบริหารจัดการและการเป็นผู้นำ: ข้าพเจ้าปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบทบาทนี้ ข้าพเจ้ามีหน้าที่กำกับ ดูแลเจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการ มีประสบการณ์ในการบริหารกิจการของสถานบริการ การวางแผนการปฏิบัติ การควบคุม กำกับดูแลเกี่ยวกับการบริหารงานวิชาการ งบประมาณ การบริหารบุคคล การบริหารงานทั่วไป งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุม ป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ ยังรับผิดชอบในการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ ค่านิยมและการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายให้สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ประสบการณ์นี้สะท้อนความสามารถในการบริหารจัดการหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างครบวงจร

ด้านการประสานงานและคณะกรรมการ: ข้าพเจ้ามีบทบาทสำคัญในการเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทักษะในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ตัวอย่างเช่น เป็นคณะกรรมการ NCD, MCH Board ระดับอำเภอ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และระดับจังหวัด เพื่อร่วมพัฒนางานสาธารณสุขและบริหารทรัพยากร คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล คณะกรรมการศูนย์บำบัดยาเสพติดระดับตำบล ระดับอำเภอและระดับจังหวัด คณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เพื่อตำบลเข้มแข็งด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโขงเจียม คณะกรรมการ Long Term care (LTC) องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลนาโพธิ์กลาง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประสานความร่วมมือกับระดับอำเภอ ระดับตำบล หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่

ด้านการถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพ: ข้าพเจ้ามีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรและจัดอบรมให้กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่นเป็นวิทยากรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม กินอยู่ปลอดภัยห่างไกลโรคร้ายเจียม วิทยากรส่งเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ พัฒนาคุณธรรมจริยธรรมบุคลากรทุกระดับ เป็นวิทยากรการขับเคลื่อนการดำเนินงานของชมรม อสม. เป็นวิทยากรการพัฒนาระบบงานด้านสาธารณสุข งานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รับคณะศึกษาดูงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง อำเภอเขื่องในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น(CPR) ให้กับชุดพัฒนาสัมพันธ์มวลชนที่ ๒๒๐๖

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เป็นวิทยากรแนวทางการดูแลสุขภาพจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนและแนวทางการดำเนินงานชุดปฏิบัติการหมู่บ้านให้กับชุดพัฒนาสัมพันธ์มวลชนที่ ๒๒๐๖ เป็นวิทยากรพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รับคณะศึกษาดูงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ให้คำปรึกษาและร่วมเป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการและเทคโนโลยีแก่บุคลากรในหน่วยงาน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพควบคุม กำกับ ดูแลการจัดทำเอกสาร คู่มือแนวทางการปฏิบัติและผลงานวิจัยเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากร อสม. และประชาชน เป็นอาจารย์ที่เลี้ยงนักศึกษาชั้นปี ๔ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี นักศึกษาชั้นปีที่ ๔ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนและสาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรและนักศึกษาชั้นปีที่ ๓ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อาจารย์ที่เลี้ยงนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ จากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘ อาจารย์ที่เลี้ยงนักศึกษา ชั้นปีที่ ๒ จากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ๒๖ พฤษภาคม - ๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ: ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการอย่างต่อเนื่องและได้รับรางวัลมากมาย ตัวอย่างเช่น ได้รับรางวัลชนะเลิศประกวดการจัดการสุขภาพชุมชน ประเภทหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ ระดับอำเภอปี ๒๕๕๗ บ้านชะขอมและได้รางวัล ๒ ระดับจังหวัดในปีเดียวกัน รางวัลที่ ๑ ประกวดการจัดการสุขภาพชุมชน ประเภทตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบตำบลนาโพธิ์กลาง ระดับอำเภอ ปี ๒๕๕๗ รางวัลชมเชยการนำเสนอผลงานวิชาการ ประเภท Poster Presentation เรื่อง นวัตกรรมปูนแดงกำจัดลูกน้ำยุงลาย เขตพัฒนางานสาธารณสุข โชนที่ ๓ ปี ๒๕๕๗ รางวัลชนะเลิศประกวดระดับจังหวัดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือด บ้านชะขอม ปี ๒๕๕๘ รับโล่พระราชทานประกาศเกียรติคุณหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดชนะเลิศ ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ประจำปี ๒๕๕๘ รับรางวัลที่ ๒ ระดับจังหวัดในการประกวดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือด บ้านนาโพธิ์ใต้ ปี ๒๕๖๑ รางวัลชนะเลิศระดับภาคการประกวดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ระดับเขต ปี ๒๕๖๓ รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ ๒ และได้รับคัดเลือกเป็นผลงานที่มีความโดดเด่น จากกองระบาดวิทยา ประจำปี ๒๕๖๕ เรื่อง รู้ตำแหน่ง แผลงที่มา แก้ปัญหาโรค ไข้เลือดออก แบบ Online by smartphone & spot map ได้รับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับดีเยี่ยม จากกรมอนามัย ระยะเวลาการรับรอง ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖-๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผ่านการประเมินตำบลหมักจรรยา ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ๕ ดาว ๕ ดี ซึ่งประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรที่ดี บริการดี และประชาชนมีสุขภาพดีจนผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว (๕ ดาว) ปี ๒๕๖๐ พัฒนาสถานบริการผ่านการประเมินคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๗ R๒R เรื่อง ระบบควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยเส้นรัศมี ๑๐๐ เมตรรอบบ้านผู้ป่วยแบบออนไลน์ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี รางวัลอันดับ ๒ ประเภท Poster Presentation วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๘ โดย สสจ.อุบลราชธานี

ประสบการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าข้าพเจ้ามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีทักษะในการบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีมการสร้างเครือข่ายและการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานคัดเลือกโดยวิธีเจาะจง จำนวน ๕๔ คนและผู้นำชุมชน จำนวน ๓๒ คน โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม/สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและคำร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน จัดทำแผน ดำเนินการตามแผน สังเกตติดตามให้คำแนะนำ รวบรวมจัดเก็บข้อมูล การถอดบทเรียน การประเมินผลและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลชุมชนผลที่เกิดขึ้น คือ ชุมชนมีการสร้างทีมงานในรูปคณะกรรมการจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้นำชุมชน การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการจับคู่ผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด จัดระบบการติดตามเยี่ยมโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินภาวะเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยคณะกรรมการอย่างน้อยปีละครั้ง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายลดภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ ๓๐.๗๗

โดยสรุป รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เหมาะสม คือ การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการที่มาจากกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพและให้ความเอาใจใส่ดูแลกันเอง โดยมีการจัดทำและดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้แนวคิด “ชุมชนตระหนักรู้และผู้ป่วยจับคู่ดูแลกัน” ซึ่งเป็นรูปแบบที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ย้อนหลัง พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียน ๗๖, ๗๘, ๘๕ รายตามลำดับ อัตราป่วยต่อประชากรพันคนเท่ากับ ๑๙๐๘, ๒๐๖๖, ๓๑๘๓ ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ เท่ากับ ๑๑, ๑๓ และ ๑๗ รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ จำนวน ๑, ๓, ๓ รายตามลำดับ ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ๒๘ ราย (ร้อยละ ๓๒.๙๔) และมีภาวะแทรกซ้อน ๑๗ ราย (ร้อยละ ๖๐.๗๒) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น ภาวะไตวาย จอประสาทตาเสื่อม การเกิด แผลที่เท้า การถูกตัดขา ตัดนิ้วเท้าและภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม, ๒๕๖๗) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลกับแพทย์และทีมงานเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติได้ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, ๒๕๕๔: ๑๓) นอกจากนี้ บางรายป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานและขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้มีการจัดบริการคลินิกเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ ๑ วัน และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายอย่างน้อยปีละครั้ง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ (พรพิไล วรรณสัมพันธ์, ๒๕๕๗) หลังเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ mg/dl ติดต่อกัน ๒ ครั้ง หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ mg/dl ติดต่อกัน ๒ ครั้ง หรือความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg ติดต่อกัน ๒ เดือน หรือ ๓ ครั้งใน ๖ เดือน ต้องส่งพบแพทย์เพื่อทบทวนแนวทางการรักษาทันที (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, ๒๕๕๔: ๑๓) ปัจจุบันปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะบุคคลหรือครอบครัวเท่านั้น เพราะหากผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ จากข้อมูลเชิงสำรวจพบว่าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และไม่พบกิจกรรมที่บ่งชี้ถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในรูปแบบอื่นๆ เช่น คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวาน การติดตาม และการเยี่ยมจากผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

ปัจจุบันปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะครอบครัวเท่านั้น หากผู้ป่วยเบาหวานรายใดรายหนึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้ ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อาศัยอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนได้ไม่ชนิดใดก็ชนิดหนึ่ง ในเวลาใดเวลาหนึ่ง ถึงแม้สถานบริการจะดำเนินงานตามนโยบายของรัฐและวางแผนการรักษาอย่างดีเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาพบว่า ความร่วมมือของชุมชนคือหัวใจแห่งความสำเร็จ โดยเน้นให้ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตระหนักถึงปัญหา วางแผนและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามสภาพพื้นที่และวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาโดยประชาชนไม่มีส่วนร่วมอาจทำให้เกิดปัญหา คือ ประชาชนไม่สนใจต่อปัญหาในชุมชนของตน ไม่สามารถพัฒนาโครงการต่อไปได้ เนื่องจากโครงการที่คนภายนอกหรือภาครัฐให้ความช่วยเหลือสนับสนุนไม่เป็นความต้องการและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ตลอดจนไม่สนใจดูแลรักษาผลงานพัฒนา โดยเฉพาะด้านวัตถุเพราะประชาชนไม่ได้เป็นเจ้าของ (ดาบชัย มาภา, ๒๕๕๐: ๓) ประชาชนขาดการกระตุ้นให้แสดงความสามารถและภูมิปัญญาเพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง หากประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา มีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน มีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ มีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดจากโครงการ และมีส่วนร่วมในขั้นการประเมินผลการดำเนินงานและเกิดการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับปรุงแก้ไขเชื่อมโยงกับการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะในส่วนที่แก้ไขได้ชุมชนจะเป็นผู้แก้ปัญหานั้นโดยชุมชนเอง วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็จะต้องให้เป็นหน้าที่ของหน่วยงานรัฐหรือบุคคลภายนอกเป็นผู้ดำเนินการภายใต้การควบคุมและกำกับโดยชุมชน

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการวิจัยที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ทำความเข้าใจกับชุมชนถึงสถานการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประชากร ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำชุมชนซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจต่อสภาพปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาภายใต้บรรยากาศที่คนในชุมชนร่วมกันเรียนรู้เรื่องชุมชนของตนเอง เห็นปัญหาของตัวเอง เห็นทางออกหรือทางแก้ปัญหามาของชุมชนร่วมกันและรับผลของการแก้ปัญหาร่วมกัน ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ โดยจำแนกประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนาเป็น ๕ ขั้นตอน คือ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

๑. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา: เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นๆ

๒. การมีส่วนร่วมในขั้นวางแผนการพัฒนา: เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน กำหนดทรัพยากรและแหล่งของทรัพยากรที่จะใช้ในโครงการ เป็นต้น

๓. การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ: เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือโดยการบริหารงานและประสานงาน ตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นต้น

๔. การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดจากการพัฒนา: เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากโครงการ หรือมีส่วนในการรับผลเสียที่อาจเกิดจากโครงการ ซึ่งผลประโยชน์หรือผลเสียนี้อาจเป็นด้านกายภาพหรือด้านจิตใจที่มีผลต่อสังคมหรือบุคคลก็ได้

๕. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลการพัฒนา: เป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าโครงการพัฒนาที่พวกเขาดำเนินการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมถึงการสะท้อนปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้น ยังได้นำแนวคิดการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ด้วยเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP: Technology of Participation) ซึ่งเป็นเทคนิคที่นำคนจำนวนมากมาระดมสมองและการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน แสดงความคิดอย่างสร้างสรรค์ ได้คำตอบที่แปลกใหม่ สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่จะนำไปปฏิบัติ เป็นการกระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็นสร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่ม มาใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยผ่านแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เทคนิคการจัดการความรู้ (Knowledge Management) การเรียนรู้หลังจากการทำงาน (AAR-After Action Review) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ การวางแผน การจัดองค์การ การควบคุมและการนำไปสู่การปฏิบัติ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ที่เอื้อและสนับสนุนชุมชนให้สามารถดูแลกันและกันเกิดความเข้มแข็งของระบบชุมชนในการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและนอกจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสถานการณ์จริง ในพื้นที่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และความต้องการของชุมชน โดยผู้วิจัยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและชุมชน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกัน หาทางออกร่วมกัน และร่วมกันรับผลการพัฒนาที่เกิดขึ้น เป็นการแก้ปัญหาที่มีความยืดหยุ่น เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ ก็แก้ไขไปพร้อมๆ กันกับการพัฒนา เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีบทเรียน มีแนวทางที่หลากหลาย มุ่งการค้นหาวิธีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ มีนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการวิจัย กระตุ้นและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและชุมชนค้นหา วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการตามแผนและประเมินผลการดำเนินงานด้วยตนเอง ผู้ป่วยและชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหา เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลยั่งยืนตลอดไป

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานตามรูปแบบและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและแกนนำของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘) ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ๔ ขั้นตอน คือ ๑) ขั้นวางแผน (planning) ที่มุ่งสำรวจปัญหาร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อระบุปัญหาสำคัญ วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม ๒) ขั้นปฏิบัติการ (action) ที่นำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการพร้อมปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบในระหว่างการดำเนินการ ๓) ขั้นสังเกตการณ์ (observation) โดยประเมินความเปลี่ยนแปลงผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น การประเมินความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๔) ขั้นสะท้อนผล (reflection) ซึ่งเป็นการสรุปและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ตรวจสอบปัญหา อุปสรรคและปัจจัยแห่งความสำเร็จผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในอนาคต

ศึกษาห้วงเดือน มกราคม-พฤษภาคม ๒๕๖๘

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมวิจัยในครั้งนี้ จำนวน ๒ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มผู้ปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ จำนวน ๕๔ คน

๒. กลุ่มผู้วิจัย คือ แกนนำชุมชนที่มีส่วนร่วมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน ๓๒ คน ได้แก่

๒.๑ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

๒.๒ อาสาสมัครสาธารณสุข

๒.๓ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒.๔ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

๑. เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

๑.๑ เป็นหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๒ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับการรักษาและขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๑.๓ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้

๑.๔ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้

๑.๕ เป็นผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านในตำบลนาโพธิ์กลาง

๑.๖ เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง

๑.๗ มีความเต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัย

๑.แบบสอบถาม เกี่ยวกับ ประวัติบุคคล ประวัติการเป็นเบาหวาน ประวัติโรคประจำตัว ข้อมูลค่าความดันโลหิต การค้นหาความอ้วน การควบคุมระดับน้ำตาล เบาหวานขึ้นตา เบาหวานลงไต ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดและสรุปโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

๒.แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม / คณะที่มิวิจัย โดยใช้วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการและวิธีวางแผนปฏิบัติการรวมทั้งการถอดบทเรียนในทุกกิจกรรมโดยข้อมูลทุติยภูมิ แฟ้มข้อมูลชุมชน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูลและประเมินผลระยะแรกของการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ประวัติการรักษาและกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๓.แบบสังเกตและจดบันทึก (Observation and record) เป็นเครื่องมือที่สำคัญใช้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย เป็นการติดตามในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน การจดบันทึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาพ การบันทึกภาพ มีการแจ้งแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกครั้งที่มีการสังเกตจากคำพูด การแสดงออกพฤติกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยแสดงออกเป็นการสะท้อนความคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหาลือเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก ประเมินผลร่วมกัน พร้อมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงในทุกขั้นตอน

๔.อุปกรณ์ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกภาพและเสียง เพื่อให้มีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนทำการบันทึก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปดำเนินการใช้ (Try Out) ในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย ในเขตอำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๐ ชุด นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือหาความเที่ยงแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วม การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือโดยมีขั้นตอนดังนี้

๑.การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ คน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒.ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทะเบียนและรายงานที่มีอยู่ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยพิจารณาความสมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา ผู้บันทึก จุดประสงค์ในการบันทึก ตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่เก็บมาจากการสัมภาษณ์ สันทนา กลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการศึกษา โดยเริ่มจากนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม มาตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data Triangulation) ก่อนจากนั้นผู้วิจัยให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยตั้งข้อมูลที่ เป็นกลุ่มคำหรือเหตุการณ์ที่สำคัญออกมาให้รหัส มีการให้รหัสเป็นชื่อเดียวกันในกรณีที่เป็นสิ่งเดียวกัน การให้รหัสข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก ทำการวิเคราะห์บรรทัดต่อบรรทัด ข้อความต่อข้อความ คำต่อคำ เพื่อให้การตรวจสอบละเอียดถี่ถ้วนขึ้น แล้วจึงให้รหัสที่เหมาะสมในแต่ละประเด็น เปรียบเทียบแต่ละข้อมูล แต่ละเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนเดียวหรือผู้ให้ข้อมูลรายอื่นๆ เพื่อหาความเหมือนหรือความต่างของประเด็นที่ศึกษา หลังจากนั้นจึงสร้างข้อสรุปชั่วคราว นำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อให้มีความชัดเจนขึ้น สุดท้ายจึงสร้างเป็นข้อสรุป

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนซึ่งข้าพเจ้าจะต้องเข้าไปคลุกคลีและทำงานใกล้ชิดกับชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้และจะต้องมีกิจกรรมที่จะต้องเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ร่วมวิจัยด้วยดังนั้นข้าพเจ้าต้องเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษา และเข้าร่วมในการศึกษานี้ข้าพเจ้าจึงสัมภาษณ์และสนทนา กลุ่มข้าพเจ้าถือว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย พร้อมกันนี้นั้นในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทป ข้าพเจ้าจำเป็นที่จะต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกันดังนี้

๑. ข้าพเจ้าได้วางแผนนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของ สสจ.อุบลราชธานีและคณะกรรมการวิจัยในคนในพื้นที่วิจัยเพื่อขออนุมัติก่อนดำเนินการ

๒. ข้าพเจ้าต้องพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาการวิจัยและแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของข้าพเจ้า

๓. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลจริง

๔. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

๕. การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สสจ.อุบลราชธานีแล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๓.๑๗ อายุมากที่สุด ๗๐ ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๗ ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๔๖.๓๔ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ ๕๑.๒๑ รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ ๒๙.๒๗ อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ ๖๘.๒๙ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ๑๐,๐๐๐ บาท มีรายได้สูงสุด ๖๐,๐๐๐ บาท ต่ำสุด ๓,๐๐๐ บาท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๙,๐๐๐ บาท/เดือน

๕.๑.๒ ภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ลดลง ร้อยละ ๓๐.๗๗ ภายหลังจากดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

๕.๑.๓ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการมีจำนวนรวม ๘๖ คน ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๕๔ คนและผู้นำชุมชนจำนวน ๓๒ คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย

๕.๑.๔ มีการดำเนินงานตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการครบทุกขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การจัดทำแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตาม การประเมินผล การถอดบทเรียนและการจัดเวที คืบข้อมูลสู่ชุมชน คณะกรรมการชุมชนดำเนินการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี คือ การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการที่มาจากกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพและให้ความเอาใจใส่ดูแลกันเอง โดยมีการจัดทำและดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้แนวคิด “ชุมชนตระหนักรู้และผู้ป่วยจับคู่ดูแลกัน”

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ การนำไปใช้ประโยชน์ พัฒนาแนวทางปฏิบัติในระดับชุมชน (Community Practice Guidelines) ผลลัพธ์จากงานนี้สามารถนำไปสร้างคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติให้กับ รพ.สต. อสม.และภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๖.๑.๒ ประโยชน์ต่อบุคคล

๖.๑.๒.๑ การดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกิจกรรม "การจับคู่ผู้ป่วย" ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วย (peer support system)

๖.๑.๒.๒ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด มีแรงเสริมเชิงบวกในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้อย่างต่อเนื่องและการมาตรวจติดตามตามนัด นำไปสู่การลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเป็นรูปธรรม

๖.๑.๒.๓ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนซึ่งเข้ามามีบทบาทในกระบวนการ รับการพัฒนาทักษะในการประเมินและดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงมีโอกาสดูแลผู้ป่วยในฐานะ ผู้ขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนอันเป็นการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและเพิ่มคุณค่าในบทบาทของตน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์ (ต่อ)

๖.๑.๓ ประโยชน์ต่อองค์กร

๖.๑.๓.๑ หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับประโยชน์จากการมีระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน กลไกคณะกรรมการชุมชนที่จัดตั้งขึ้นทำหน้าที่เสมือน “ขยายมือ” ของระบบบริการสุขภาพอย่างไม่เป็นทางการ ช่วยให้ รพ.สต. สามารถติดตามและประเมินผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น

๖.๑.๓.๒ หน่วยงานสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานของชุมชนมาประกอบการวางแผนและพัฒนากระบวนการสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแผนงานด้านสุขภาพเชิงรุก ที่มีความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดของระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated health system)

๖.๑.๔ ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

๖.๑.๔.๑ ในระดับชุมชน การดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ป่วยและผู้นำชุมชน ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการและเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นที่ให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบนี้ ส่งผลให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of ownership) ต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไข สอดคล้องกับแนวคิด empowerment และ community-based health promotion

๖.๑.๔.๒ ในระดับสังคมกว้าง การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานย่อมส่งผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพในระยะยาวและส่งเสริมให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองในชุมชน อันจะนำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีศักยภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

๖.๒ ผลกระทบ

๖.๒.๑ ผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Impact) รูปแบบการจับคู่ผู้ป่วย ดูแลกันเอง อาจส่งผลให้เกิดค่านิยมใหม่ในด้านการดูแลกันในกลุ่มเพื่อนร่วมโรคและครอบครัว ส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ทางสังคมในระยะยาว แต่ในบางบริบท อาจมีข้อจำกัดด้านการยอมรับหากผู้ป่วยรู้สึกอับอายหรือไม่ต้องการเปิดเผยสถานะโรคของตนเอง

๖.๒.๒ ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและเครือข่าย (Health System & Network Impact) การดำเนินงานที่ต้องอาศัยการติดตาม เยี่ยมบ้านและประเมินความเสี่ยง อาจเพิ่มภาระงานให้กับผู้นำชุมชนและอสม. โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรจำกัด หากไม่มีการสนับสนุนที่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและความต่อเนื่องของการดำเนินงานในระยะยาว

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งข้าพเจ้าจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่ายและจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดีเข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มเป้าหมายเป็นวัยทำงาน ทำให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพน้อยเนื่องจากทำงานที่ต้องทำ ต้องใช้เทคนิคและทักษะในการพัฒนาศักยภาพ ของประชาชนที่หลากหลายและใช้สื่อที่มีความน่าสนใจ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

๙.๑.๑ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน จัดทำแผน ดำเนินการตามแผน สังเกตติดตามให้คำแนะนำ รวบรวมจัดเก็บข้อมูล การถอดบทเรียน การประเมินผลและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลชุมชน ผลที่เกิดขึ้น คือ ชุมชนมีการสร้างทีมงานในรูปคณะกรรมการจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มผู้นำชุมชน การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการจับคู่ผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้าน พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด จัดระบบการติดตามเยี่ยมโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินภาวะเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยคณะกรรมการอย่างน้อยปีละครั้ง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายลดภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ ๓๐.๗๗

๙.๑.๒ จัดตั้งคณะกรรมการที่มีความหลากหลายและครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกลไกนี้มีบทบาทอย่างชัดเจนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ส่งเสริมให้เกิด ownership และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในระดับรากหญ้า

๙.๑.๓ “จับคู่ผู้ป่วย” (Peer Pairing Support) การจับคู่ผู้ป่วยเพื่อดูแลและติดตามกันเองในเรื่อง การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการระดมความคิดร่วมกันของชุมชน นำไปสู่การสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และการสนับสนุนเชิงสังคม ระหว่างเพื่อนผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดภาวะเสี่ยงจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๑.๔ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยลดภาระของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. และช่วยเสริมการทำงานเชิงรุกของ อสม. อย่างเป็นระบบ โดยไม่เพิ่มภาระงานอย่างไร้ทิศทาง

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ จากความสำเร็จในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การวิจัยในอนาคตควรทดลอง นำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไตเรื้อรัง เพื่อประเมินความเหมาะสมและการปรับใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น

๙.๒.๒ พัฒนาเครื่องมือวัดผลกระทบในระดับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น พฤติกรรมการดูแลร่วมกันและระดับชุมชน เช่น ความเข้มแข็งของเครือข่าย การมีส่วนร่วมของประชาชนและความสามารถในการจัดการตนเอง

๙.๒.๓ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและประเมินผล เช่น การบันทึกข้อมูล ติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยง อาจใช้ระบบฐานข้อมูลหรือแอปพลิเคชัน สุขภาพระดับชุมชนเข้ามาช่วย เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการจัดการข้อมูล และสามารถสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑) นางดวงใจ พูลงาม.....สัดส่วนผลงาน.....๑๐๐%.....(ระบุร้อยละ)
 ๒) สัดส่วนผลงาน(ระบุร้อยละ)
 ๓) สัดส่วนผลงาน(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


 (นางดวงใจ พูลงาม)

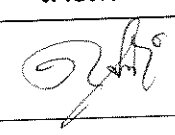
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางดวงใจ พูลงาม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


 (นายบุญถ้อย พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอโขงเจียม

(วันที่) ๑๒ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

บบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๒) แม้ว่าการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะมีความสำคัญ แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

จากข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน ๑-๒ เดือนบ่อยครั้งต่อปี ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ยังไม่เพียงพอ (นพพร วงศ์สุทัศน์, ๒๕๖๓) การกำเริบซ้ำแต่ละครั้งไม่เพียงแต่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ยังส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประสานงานและส่งต่ออย่างเร่งด่วนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและทันที่ (สุพิศรา วัฒนาภรณ์, ๒๕๖๔) อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่รวมถึงตำบลนาโพธิ์กลาง ยังขาดระบบการดูแลที่เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเมื่อพบเหตุการณ์ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ ทำให้การจัดการสถานการณ์ขาดความต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย

การขาดระบบการดูแลที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ดูแล ญาติ และผู้นำชุมชนไม่ทราบว่าจะควรดำเนินการอย่างไร เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือแสดงพฤติกรรมรุนแรง การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างสับสนและล่าช้า ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การก่อความรุนแรงในชุมชน หรือการขาดโอกาสในการได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันที่ (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

จากข้อมูลโรงพยาบาลโขงเจียม ปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๖ พบว่ามีแนวโน้มผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) จำนวน ๑๔๗, ๑๖๗ และ ๑๙๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๑, ๐.๙๒ และ ๑.๐๙ ตามลำดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน ๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๖ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำภายใน ๑-๒ เดือนบ่อยครั้งต่อปี และพบว่าเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องประสานงานและดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังขาดระบบการดูแลที่เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อพบเหตุการณ์ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบไม่มีรูปแบบการจัดการที่ต่อเนื่องและปลอดภัย

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ด้วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและสอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพสู่ชุมชนตามแนวคิดสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) (องค์การอนามัยโลก, ๒๕๖๐) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชน การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีความต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพสูงสุด

๒.๒ วัตถุประสงค์

๒.๒.๑ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

มุ่งเน้นการสร้างรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาล ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการภาวะฉุกเฉิน

๒.๒.๒ เพื่อสร้างแนวทางการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจนและเป็นระบบ

พัฒนา Flow Chart ให้เป็นเครื่องมือการประสานงานภาคีเครือข่ายในตำบลนาโพธิ์กลาง เพื่อให้ทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัยเมื่อเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบหรือมีภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันที่

๒.๒.๓ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวัง การป้องกันการกำเริบซ้ำ การให้คำแนะนำปรึกษา ไปจนถึงการจัดการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมในโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการกำเริบซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดูแลตนเองได้หรือสามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้บ้าง รวมถึงลดภาระของผู้ดูแลและสร้างความมั่นคงในชุมชน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลนาโพธิ์กลาง ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ พบว่ายังคงมีช่องว่างและข้อจำกัดที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยสามารถสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญได้ดังนี้

ความขาดแคลนระบบที่เป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน: ปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและเป็นเอกภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลนาโพธิ์กลาง เมื่อเกิดอาการกำเริบ หรือเมื่อต้องการการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้น ผู้ดูแล ญาติและผู้นำชุมชนยังไม่ทราบขั้นตอน

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

ที่แน่นอนและช่องทางการติดต่อที่ชัดเจนในการดำเนินการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ , ๒๕๖๕) การขาดมาตรฐานนี้ส่งผลให้การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างไม่สอดคล้องกัน ขาดความรวดเร็วและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรรอบข้าง

การขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอของภาคีเครือข่าย: ผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วย ญาติและแม้แต่ผู้นำชุมชน บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทั้งในด้านอาการ สาเหตุ การรักษา ถ้าหากพื้นที่ ไม่มีการวางระบบการดูแลที่ดี ละเลยผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการกำเริบซ้ำทำให้ส่งผลกระทบต่อ ด้านลบที่เกิดขึ้นมี ๓ ด้านดังนี้

๑. ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมทานยาหรือปรับยาเอง ขาดนัด ขาดยา

๒. ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีเวลา ต้องไปประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย

๓. ด้านชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชนหวาดกลัวต่ออาการกำเริบอาจมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคจิตเพิกเฉย มีความคิดว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้นไม่ควรอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช มักมีการดำเนินโรคเรื้อรังและกลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการมากขึ้น อาการเรื้อรังไม่หายขาดและยังพบปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม ที่ส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติ สัญญาณเตือนของการกำเริบและวิธีการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน อย่างเหมาะสม (ประภัสสร ปรีชาญ, ๒๕๖๔) ยิ่งไปกว่านั้น ทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่อาจรุนแรงของผู้ป่วย เมื่ออาการกำเริบก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ทำให้เกิดความหวาดกลัว ความเครียดและความไม่มั่นใจในการให้การช่วยเหลือที่ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ ความเข้าใจผิดหรือความตระหนกอาจนำไปสู่การจัดการที่ไม่เหมาะสมและส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ปัญหาการประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพและขาดความต่อเนื่อง: เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางจิตเวช การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่ควรจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจและโรงพยาบาล แม่ข่ายมักเกิดความล่าช้า ขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายและไม่มีช่องทางการสื่อสารที่เป็นทางการและรวดเร็วเพียงพอ (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕) การสื่อสารที่ไม่ต่อเนื่องและขาดความชัดเจนนี้ส่งผลให้การตัดสินใจและการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยล่าช้าและอาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ครอบคลุมและขาดประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่องและขาดการสนับสนุนในระยะยาว ผู้ป่วยจิตเภทมักได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเฉพาะในช่วงที่อาการกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เมื่อได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน การติดตามดูแลและสนับสนุนจากชุมชนยังไม่เข้มแข็งและต่อเนื่องเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปมีอาการกำเริบซ้ำสูง (สุพัตรา วัฒนาภรณ์, ๒๕๖๔) การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดกิจกรรมบำบัดและการขาดระบบที่รองรับในชุมชนผู้ป่วยขาดยา ไม่ไปตามนัดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ที่เอื้อต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

จากบทวิเคราะห์ข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนแบบองค์รวม ที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการจัดการภาวะฉุกเฉิน แต่ยังคงครอบคลุมถึงการส่งเสริมความเข้าใจ

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

ในการเสริมสร้างทักษะและการสร้างระบบการประสานงานที่แข็งแกร่ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการเตรียมพื้นที่เพื่อรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน มีรูปแบบการดูแลที่อย่างยั่งยืน

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้ยึดหลักการสำคัญหลายประการที่ผสมรวมกัน มีภาคีเครือข่ายที่เข้าใจและเข้มแข็ง เพื่อสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและข้อจำกัดที่ได้จากการวิเคราะห์ ดังนี้

๓.๒.๑ แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) แนวคิดนี้เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในชุมชนอย่างทั่วถึง เป็นธรรมชาติและเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม (องค์การอนามัยโลก, ๒๕๖๐) การนำแนวคิดนี้มาใช้จะส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนตำบลนาโพธิ์กลาง เข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพโดยรวมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการสนับสนุน ให้ความรู้และประสานงาน เพื่อให้เกิดการดูแลที่เข้าถึงได้ง่ายและต่อเนื่องในระดับครัวเรือนและหมู่บ้าน

๓.๒.๒ แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการวางแผนประสานงาน ประเมินและให้การสนับสนุนบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตามความต้องการเฉพาะบุคคล (พรทิพย์ ศิริบุรณ์, ๒๕๖๒) ในบริบทนี้ จะมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เช่น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาหรือผู้นำชุมชน ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การทนายาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ป้องกันการกำเริบซ้ำ ไม่ขาดนัด ไม่ขาดยา การให้การดูแลอย่างเอาใจใส่ การรักษาอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการฟื้นฟู ไปจนถึงการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยในรายที่ต้องจัดการฉุกเฉินนั้น ผู้ดูแล ญาติ อสม.หรือผู้เห็นเหตุการณ์ประสานไปยังฝ่ายปกครอง กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อเข้าไปประเมินเหตุการณ์ เมื่อประเมินแล้วถ้าจัด อยู่ในกลุ่มเร่งด่วนฉุกเฉิน ฝ่ายปกครอง กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านจะประสานไปยังศูนย์ดำรงธรรมอำเภอโขงเจียม รายงานสถานการณ์เพื่อส่งทีมออกมาระงับเหตุ เมื่อระงับเหตุแล้ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพธิ์ใต้จะประสานไปยังโรงพยาบาลโขงเจียม เตรียมรับเคสเพื่อให้การส่งต่อรวดเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความซับซ้อนในการเข้าถึงบริการและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

๓.๒.๓ แนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพชุมชน (Community Empowerment) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ ทักษะ ทศนคติที่ดี และทรัพยากรที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง (วิโรจน์ แสงดาว, ๒๕๖๑) ในที่นี้ หมายถึงการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแล ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน เพื่อให้พวกเขาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถสังเกตอาการผิดปกติและจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างปลอดภัย การเสริมสร้างศักยภาพนี้จะช่วยลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวและสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะยาว

๓.๒.๔ แนวคิดการทำงานแบบภาคีเครือข่าย (Networking) เป็นการสร้างความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและเพิ่มขีดความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหา (สมชาย ใจดี, ๒๕๖๓) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา Flow Chart เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานงานที่ชัดเจน มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน โดยระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและช่องทางการสื่อสารของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตำรวจ หน่วยงานปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลและญาติ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด

จากการบูรณาการแนวคิดข้างต้น การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้ จึงมีแก่นสารอยู่ที่มีการสร้างระบบการดูแลที่ยืดหยุ่นและเป็นศูนย์กลาง โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะแก่ภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนของแต่ละฝ่าย การพัฒนาระบบการประสานงานฉุกเฉินในรูปแบบ Flow Chart ให้เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย เนื่องจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในตำบลนาโพธิ์กลาง ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการคิด กระบวนการวางแผน ขั้นตอนในการประสานงานเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบจากสาเหตุใดก็ตาม ชุมชนจะมีขั้นตอนการประสานงานตาม Flow Chart และคณะทำงานมีการติดตามประเมินผลเครื่องมือที่ใช้ว่ามีประสิทธิภาพ หากมีข้อผิดพลาดหรือเกิดปัญหาจุดใดจะได้มีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้นำชุมชนก็รับบทบาทหน้าที่ของตนเมื่อเกิดเหตุในพื้นที่

๓.๓ ข้อเสนอ

การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเขตรับผิดชอบตำบลนาโพธิ์กลาง ซึ่งมีเขตปกครอง ๑๐ หมู่บ้าน มี ๓ สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ รับผิดชอบ ๗ หมู่บ้าน ประชากร ๖,๘๑๒ คน ๑,๕๙๔ หลังคาเรือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคันทำเกวียน รับผิดชอบ ๒ หมู่บ้าน ประชากร ๑,๖๗๕ คน ๓๙๒ หลังคาเรือนและสถานบริการสาธารณสุขบ้านปากลา รับผิดชอบ ๑ หมู่บ้าน ประชากร ๔๗๖ คน มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ๖๓ ราย ที่มีอาการรุนแรงต้องเฝ้าระวัง ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๕๒ ผู้ป่วยที่อาการสงบตามยาต่อเนื่อง ต้องเฝ้าระวังเรื่องการขาดนัดรับยาต่อเนื่อง ๓๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๓๘ อีก ๒๔ ราย มีรายชื่อในระบบที่เฝ้ารักษา แต่อาการปกติไม่ได้ทานยา ไม่มีอาการกำเริบบางรายไปทำงานที่ต่างจังหวัด ๒๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘ (ข้อมูลจากโรงพยาบาลโขงเจียม, ๒๕๖๗)

เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน จึงมีข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

๓.๓.๑ การจัดทำและเผยแพร่คู่มือและ Flow Chart การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริงสำหรับทุกภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการภาวะฉุกเฉิน

เนื้อหาโดยละเอียด:

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท: ควรนำเสนอในรูปแบบที่กระชับและเข้าใจง่าย ครอบคลุมถึงลักษณะอาการหลัก เช่น หูแว่ว หลงผิด สาเหตุที่พบบ่อย ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความตระหนกและขจัดอคติที่มีต่อผู้ป่วยในชุมชน

วิธีการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน: ให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

การจัดการเรื่องยา: การให้ยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

การส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมบำบัด: แนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพและความสนใจของผู้ป่วย เช่น การทำงานบ้าน การทำสวน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิตและลดการแยกตัว

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย สะอาดและสงบเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้อาการกำเริบ

การสังเกตอาการผิดปกติและสัญญาณเตือนการกำเริบ: ฝึกอบรมให้ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายสามารถระบุสัญญาณเตือนเบื้องต้นของอาการกำเริบได้อย่างแม่นยำ เช่น

การเปลี่ยนแปลงทางความคิด: หวาดระแวงมากขึ้น มีความคิดแปลก ๆ ที่ไม่เคยเป็น

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์: ซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวผิดปกติ

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม: แยกตัว เก็บตัว ไม่ยอมทำกิจกรรมที่เคยทำ ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนตัว นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่ยอมกินยา ประเมินอาการเบื้องต้นโดยผู้ดูแล ญาติ หรือผู้นำชุมชน โดยใช้ อาการทางจิต คือ ๕ ธงแดง (๕ Red flag) “ไม่หลับไม่นอน เดินมา พูดจากคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง”

สัญญาณทางกายภาพ: ปฏิเสธอาหาร ไม่ดื่มน้ำ พูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว

Flow Chart การประสานงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response Flow Chart): นี่คือหัวใจสำคัญของคู่มือ โดยจะต้องระบุขั้นตอนการดำเนินการอย่างละเอียดและเป็นลำดับขั้น ได้แก่

ขั้นตอนที่ ๑ การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น: ใครเป็นผู้ประเมิน ประเมินอะไรบ้าง เช่น ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตราย

ขั้นตอนที่ ๒ การแจ้งเหตุ: เมื่อพบเหตุต้องแจ้งใครเป็นอันดับแรก ต้องประสานใครทำอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ ๓ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: บทบาทของแต่ละฝ่ายในการให้การช่วยเหลือเมื่อได้รับการแจ้งเหตุ เมื่อผู้พบเหตุตาม Flow Chart ต้องแจ้ง กำนัน/ผู้ใหญ่ตามเบอร์โทรที่ระบุไว้ จากนั้น กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านจะเข้าประเมินสถานการณ์ว่าเป็นเคสเร่งด่วนหรือไม่และดำเนินการตามขั้นตอน Flow Chart

ขั้นตอนที่ ๔ การให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น (Psychological First Aid): สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ที่ได้รับการอบรมในการปลอบโยน ลดความตื่นตระหนกและให้ความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๕ การส่งต่อผู้ป่วย: วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัยและเหมาะสม การเตรียมเอกสารที่จำเป็น

ขั้นตอนที่ ๖ การติดตามและดูแลหลังการส่งต่อ: บทบาทของชุมชนในการติดตามอาการและเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่: ควรระบุอย่างชัดเจนพร้อมตำแหน่งหน้าที่ เพื่อให้ง่ายต่อการติดต่อประสานงาน

รูปแบบการนำเสนอ: เป็นแผนภาพ Flow Chart ที่ชัดเจน เข้าใจง่ายส่งเป็นเอกสารให้กับผู้นำชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านและเผยแพร่ในช่องทางดิจิทัล เช่น กลุ่ม Line ชุมชน เว็บไซต์ของ รพ.สต. หรือหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว โดย Flow Chart ๓ กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไม่ฉุกเฉิน เช่น ขาดยา ขาดนัดเสี่ยงต่ออาการฉุกเฉินและกลุ่มที่โรงพยาบาลรักษาแล้วเตรียมส่งกลับมาดูแลต่อในชุมชน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

แนวทางการปฏิบัติและประสานงานส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2568

กรณีผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกาย (แรงตัวน)

มีอาการ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ทูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ)

ญาติ / ผู้ดูแล / เจ้าบ้าน ผู้พบเห็น หรือ อสม.

ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้นำชุมชน กำนัน 0979641844

- 1.ประเมินอาการ ความรุนแรง
- 2.สอบถามประวัติ / ทัศนคติ

จัดการได้

จัดการไม่ได้

3. ญาตินำส่ง รพ.โขงเจียม
4. ก่อนนำส่งให้ประสาน รพ.สต. เพื่อแจ้ง โรงพยาบาลโขงเจียม เตรียมรับผู้ป่วย

3.ประสาน ทหาร ตำรวจ หรือ ดตช. ในพื้นที่ ต.นาโพธิ์กลาง เพื่อเข้าควบคุมสถานการณ์

3.1 ญาตินำส่ง

3.2 ด้อยโอกาส / ยากไร้ ไม่สามารถเดินทางเองได้

3.3 ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนำส่ง หรือขอรับการสนับสนุนรถยนต์ จาก อบต.นาโพธิ์กลาง

4. ญาตินำส่ง รพ.โขงเจียม
5. ก่อนนำส่งให้ประสาน รพ.สต. แจ้ง รพ.โขงเจียม เตรียมรับผู้ป่วย

ปลัดประจำตำบล / ศูนย์ดำรงธรรม อำเภอโขงเจียม โทร 063-9037076 นายศิริศร ทิศราช

4.2 ด้อยโอกาส / ยากไร้ ไม่สามารถเดินทางเองได้

4.3 ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนำส่ง หรือขอรับการสนับสนุนรถยนต์ จาก อบต.นาโพธิ์กลาง

4.1 ญาตินำส่ง

รพ.สต.นาโพธิ์ใต้
-ผอ.ดวงใจ พูลงาม 0984693675
-นายเพิ่มพูน มลิมาต 0368127321
รพ.สต.คันทำเกวียน
-ผอ.อภิสิทธิ์ พูลงาม 0828749266
-น.ส.รัตนติกร นามาก 0819666560
สสข.ปากลา
-น.ส.พรชิตา สายราช 0933289352

โรงพยาบาลโขงเจียม

ดตช.เขต ต.นาโพธิ์กลาง รตอ.ประดม สังข์ทอง 0885813606

อบต.นาโพธิ์กลาง นายคนสาราญ แก่นโสม 0879059651

โรงพยาบาลโขงเจียม -ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER) -0817604433 -พ.จ.ขวัญรดา อ่อนศรี 0828632990

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

แนวทางการปฏิบัติและประสานงานส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต ตำบลนาโพธิ์กลาง
อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2568

กรณีผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต
ต้องการเข้ารับการรักษา (ไม่เร่งด่วน)

- สัญญาณ 5 ธงแดง
- รายใหม่ / รายเก่า
- ไม่หลับไม่นอน
- เดินไปเดินมา
- พูดจาคนเดียว
- หงุดหงิดฉุนเฉียว
- เที่ยวหาตระเวน

ญาติ / ผู้ดูแล / เจ้าบ้าน
ผู้พบเห็น หรือ อสม.

ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้นำชุมชน
กำนัน 0979641844

-ประเมินอาการ ความรุนแรง
-สอบถามประวัติ / คดีความ

จัดการได้

จัดการไม่ได้

ญาตินำส่ง รพ.โขงเจียม
ก่อนนำส่งให้ประสาน รพ.สต. เพื่อแจ้ง
โรงพยาบาลโขงเจียมเตรียมรับผู้ป่วย

-ประสาน ทหาร ตำรวจ หรือ ดชต. ในพื้นที่
ต.นาโพธิ์กลาง เพื่อเข้าควบคุมสถานการณ์
- ญาตินำส่ง รพ.โขงเจียม
- ก่อนนำส่งให้ประสาน รพ.สต. เพื่อแจ้ง
โรงพยาบาลโขงเจียมเตรียมรับผู้ป่วย

ญาตินำส่ง

ด้อยโอกาส / ยากไร้
ไม่สามารถเดินทางเองได้

ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนำส่ง
หรือขอรับการสนับสนุนรถยนต์
จาก อบต.นาโพธิ์กลาง

ด้อยโอกาส / ยากไร้
ไม่สามารถเดินทางเองได้

ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนำส่ง
หรือขอรับการสนับสนุนรถยนต์
จาก อบต.นาโพธิ์กลาง

ญาตินำส่ง

โรงพยาบาลโขงเจียม

รพ.สต.นาโพธิ์ใต้

- ผอ.ดวงใจ พูลงาม 0984693675
- นายพิมพ์พูน มลิมาศ 0368127321

รพ.สต.คันทาเกวียน

- ผอ.อภิสิทธิ์ พูลงาม 0828749266
- น.ส.รัตติกาน นามาก 0819666560

สสข.ปากลา

- น.ส.พรชิตา สายราช 0933289352

ดชต.เขต
ต.นาโพธิ์กลาง
รตต.ประถม สังข์ทอง
0885813606

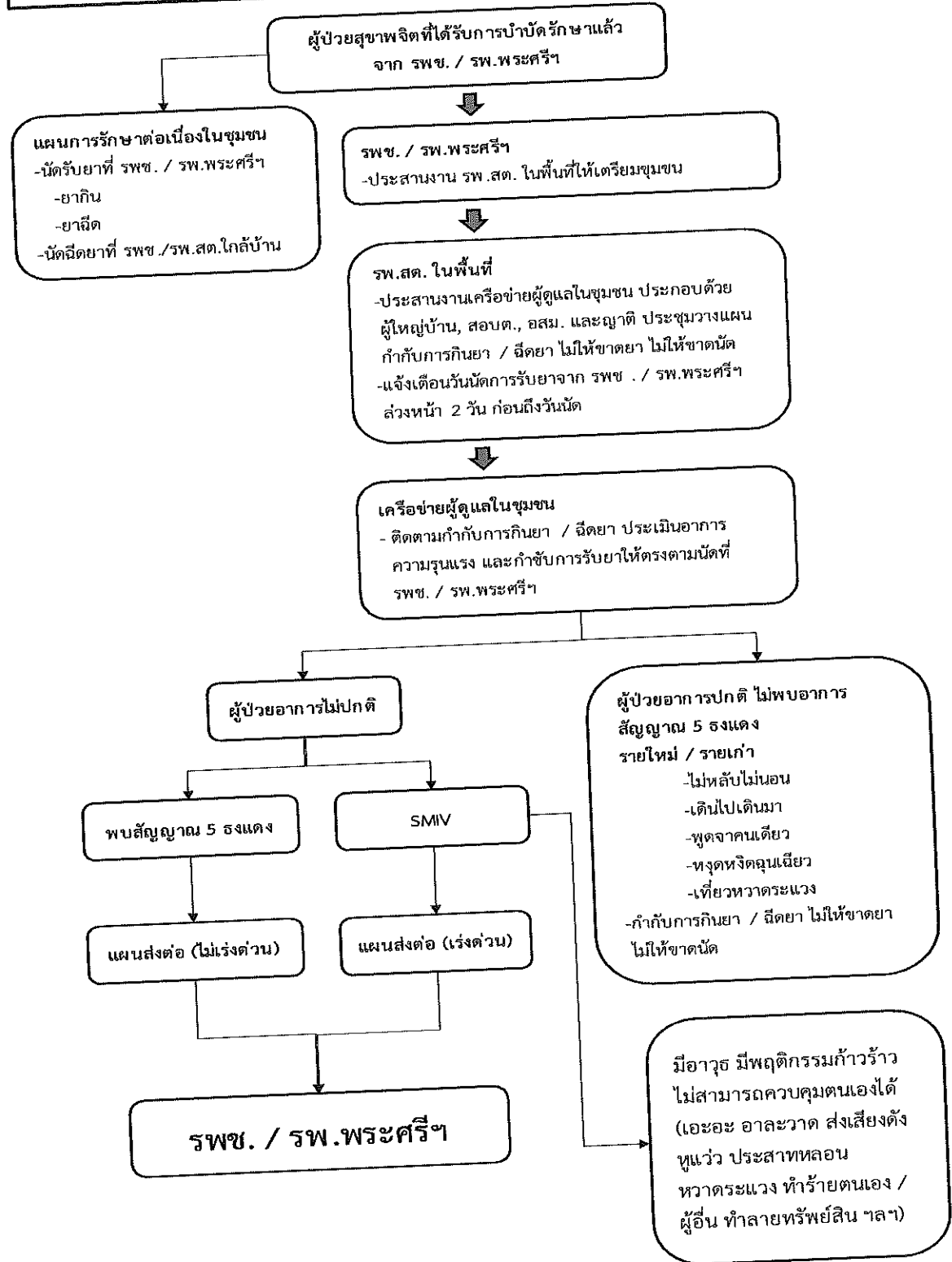
อบต.นาโพธิ์กลาง
นายกสารัญ แก่นโสม
0879059651

โรงพยาบาลโขงเจียม

- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER) -0817604433
- พว.ขวัญรา อ่อนศรี 0828632990

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

แนวทางการปฏิบัติและประสานงานการรับผู้ป่วยสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลเข้าสู่ชุมชน
ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2568



**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

๓.๓.๒ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ

กลุ่มเป้าหมาย: กำหนดให้ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องหลักทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ญาติ ใกล้ชิด ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนทุกคนในตำบลนาโพธิ์กลาง รวมถึงบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

เนื้อหาการอบรม:

การให้ความรู้ด้านโรคจิตเภทอย่างลึกซึ้งและถูกต้อง: บรรยายโดยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค พยากรณ์โรค ความเชื่อที่ผิดๆ การลดอคติและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับและสนับสนุน

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงปฏิบัติ: สอนวิธีการจัดการเรื่องยา (การบริหารยา การเก็บรักษา การสังเกตผลข้างเคียงและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น) เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (การฟังอย่างตั้งใจ การใช้ภาษากาย การตอบสนองอย่างเหมาะสม) การส่งเสริมกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม ตามศักยภาพและความสนใจของผู้ป่วยและการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการฟื้นฟูในบ้าน

การสังเกตและประเมินอาการกำเริบอย่างแม่นยำ: ฝึกอบรมให้สามารถระบุสัญญาณเตือนเบื้องต้นของอาการกำเริบที่ละเอียดอ่อนและรุนแรงขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด การนอนหลับและความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงเบื้องต้นอย่างปลอดภัย: สอนเทคนิคการลดความตึงเครียด (de-escalation techniques) โดยใช้คำพูดที่สงบ สุภาพ เข้าใจและการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การใช้ท่าทางที่แสดงความเข้าใจ การป้องกันการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอย่างปลอดภัยและการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องรู้เทคนิคและวิธีการเข้าควบคุมเหตุในขณะที่ยอเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อเข้าระงับเหตุ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น รวมถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ

บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเครือข่ายและ Flow Chart การประสานงาน: สร้างความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการประสานงานและขั้นตอนตาม Flow Chart ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ทุกคนทราบว่าตนเองมีหน้าที่อะไรและต้องประสานงานกับใคร ในสถานการณ์ต่างๆ อย่างไรรอยต่อ ถ้าหากว่าขณะทำงานใช้ Flow Chart ที่พัฒนาขึ้นแล้วพบปัญหา ในการประชุมครั้งถัดไปสามารถนำเสนอปัญหาเพื่อปรับปรุงขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม

การฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง (Simulation) และบทบาทสมมติ (Role-playing): จัดให้มีการฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อยในชุมชน โดยให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกปฏิบัติการประสานงาน การสื่อสารและการจัดการตาม Flow Chart ที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความคุ้นเคย มั่นใจและสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๓.๓ การแต่งตั้งและพัฒนาทีมประสานงานจิตเวชชุมชน

องค์ประกอบ: ประเมินจากปัญหาในพื้นที่ เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่เฝ้าระวังเมื่อเกิดอาการรุนแรง ผู้ดูแล ญาติหรือผู้นำชุมชนไม่ทราบว่าต้องจัดการอย่างไร พื้นที่นำโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง จึงมีการพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง ในกรณีที่เกิดเหตุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้ประสานงานหลักตาม Flow Chart ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

เช่น เมื่อพบเหตุหรือได้รับแจ้งจากญาติ ผู้ดูแล อันดับแรกต้องแจ้งไปยังฝ่ายปกครองกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เมื่อฝ่ายปกครองประเมินแล้วว่าเป็นกลุ่ม ผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายร่างกาย (แรงด่วน) ทางฝ่ายปกครองจะประสานไปยังศูนย์ดำรงธรรมอำเภอโขงเจียม เพื่อรายงานเหตุและประสานทีมตำรวจ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดระดับอำเภอออกมาระงับเหตุให้ทันเวลา ซึ่งกลุ่มกรณีอาการกำเริบ การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกบ่งบอกว่ามีความเสี่ยงที่จะต้องจัดการอย่างเร่งด่วน คือ

๑. ประเมินความเคลื่อนไหว พบว่ามีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เดินไปเดินมา ไม่สามารถจะนั่งอยู่นิ่งๆ หรือหยุดการกระทำที่ท้ออยู่อย่างทันทีทันใด
๒. ประเมินพฤติกรรมด้านคำพูดและการกระทำที่แสดงถึงอันตรายคุกคามต่อผู้อื่นที่เป็นเป้าหมายทั้งความเป็นจริงหรือจินตนาการขึ้นเอง ได้แก่ คำพูดก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นๆ ที่แสดงถึงการคุกคาม การหวาดระแวงและการแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวที่สนองตอบต่อการหลงผิด
๓. ประเมินความรู้สึกที่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทำทางเครียดมาก การเปลี่ยนความรู้สึกทันทีทันใด อาการรุนแรงอย่างทันที

หรือกรณีที่ฝ่ายปกครองกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้รับแจ้งจากญาติ ผู้ดูแล เมื่อฝ่ายปกครองประเมินแล้วว่าเป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดหรือผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต ต้องการเข้ารับการรักษา (ไม่เร่งด่วน) อาสาสมัครในชุมชน หรือผู้ดูแลที่เข้มแข็งที่ผ่านการอบรมและมีความกระตือรือร้น

บทบาทหน้าที่:

การเป็นศูนย์กลางการประสานงาน: รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่วางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน: รับแจ้งเหตุและดำเนินการตาม Flow Chart การประสานงานอย่างเคร่งครัด รวมถึงการประเมินสถานการณ์เบื้องต้นและการตัดสินใจส่งต่อหากจำเป็น

การติดตามและเยี่ยมบ้าน: เมื่อมีการประสานจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีเคสผู้ป่วยจิตเวชกลับมาบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นผู้ประสานสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อสม.ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านนั้น รวมถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลางเพื่อรับทราบเคสที่ทางโรงพยาบาลจะส่งผู้ป่วยกลับเข้ายังชุมชน เตรียมชุมชน พร้อมจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านและติดตามอาการผู้ป่วยตามความเหมาะสมเพื่อประเมินอาการ ให้คำแนะนำและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำบัตรนัดผู้ป่วยเพื่อมาลงในระบบ Line กลุ่มดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตำบลนาโพธิ์กลาง เพื่อเตือนวันนัดรับยาหรือฉีดยาครั้งต่อไป

การให้คำแนะนำและสนับสนุน: เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

การประชุมทบทวนเคส: จัดประชุมเพื่อทบทวนเคสผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือมีอาการกำเริบ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การรวบรวมข้อมูลและรายงานผล: จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การแจ้งเหตุและการประสานงานที่เป็นมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินงาน

๓.๓.๔ การสร้างช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ช่องทางหลัก: ควรเลือกใช้แพลตฟอร์มการสื่อสารที่เข้าถึงง่าย เป็นที่นิยมและสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วในชุมชน เช่น การจัดตั้งกลุ่ม Line สำหรับภาคีเครือข่ายจิตเวชชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่หลักที่รับผิดชอบ

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

ในการเฝ้าระวังและการตอบสนองตลอด ๒๔ ชั่วโมง หรือการกำหนดเบอร์โทรศัพท์สายด่วน/ช่องทางติดต่อฉุกเฉินที่สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา โดยมีผู้รับผิดชอบในการตอบสนองที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ดูแล ญาติและภาคีเครือข่ายสามารถแจ้งเหตุ ขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ

การจัดระบบ: กำหนดผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการแจ้งเหตุอย่างชัดเจน พร้อมกำหนดระยะเวลาการตอบสนองที่เหมาะสม เช่น ภายใน ๑๕-๓๐ นาทีหลังได้รับแจ้งและมีระบบสำรองในกรณีที่ผู้รับผิดชอบหลักไม่สามารถติดต่อได้ โดยใช้แผนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งหน้าที่ดังนี้

ผู้ดูแลหรือญาติ มีหน้าที่ ในกรณีที่อาการผู้ป่วยจิตเวชอาการปกติ ประเมินความผิดปกติ กำกับ การทานยา การรับยาตามแพทย์นัด กรณีผิดปกติ ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลหรือประสานผู้นำชุมชนช่วยเหลือ

ควบคุมและป้องกัน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีหน้าที่เมื่อได้รับการประสานต้องเข้าไป ประเมินสถานการณ์ ถ้าอาการปกติให้ญาติหรือผู้นำชุมชนและญาติ นำส่งโรงพยาบาล

ปราบปราม ได้แก่ ชุดตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่เข้าควบคุมเฝ้าระวังสถานการณ์เมื่อได้รับแจ้ง จากกลุ่มป้องกันว่ามีผู้ป่วยจิตเวชมีอาการรุนแรง เอะอะโวยวายทำลายข้าวของ ตนเองหรือคนรอบข้าง

บำบัด รักษา ได้แก่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ ประสานโรงพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การประเมินอาการโดยผู้ดูแล ญาติ หรือผู้นำชุมชน โดยใช้ อาการทางจิต คือ ๕ ธงแดง (๕ Red flag) “ไม่หลับไม่นอน เดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง” มีการหาแนวทางการปฏิบัติ Flow Chart ในการดำเนินที่ชัดเจน โดยทุกภาคส่วนคิด วิเคราะห์หารูปแบบแนวทางในการปฏิบัติชัดเจนเพื่อให้เป็นรูปแบบและแนวทางการปฏิบัติเดียวกันทั้งตำบล

๓.๓.๕ การติดตามและประเมินผลระบบอย่างต่อเนื่อง

วิธีการ: จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นประจำ เช่น ทุก ๓ เดือน หรือตามความเหมาะสมของสถานการณ์และความถี่ของการเกิดเหตุ เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบและหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การประเมินควรครอบคลุมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการที่เป็นปัญหาในปีที่ผ่านมา เพื่อพัฒนางานต่อไป

ตัวชี้วัด: ติดตามตัวชี้วัดสำคัญอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อ ๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การเก็บข้อมูล: จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การแจ้งเหตุ การประสานงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผลประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว และใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาต่อไป

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะเป็นระบบและต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลนาโพธิ์กลางที่มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างแท้จริง ลดภาระของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ รวมถึงสร้างความมั่นคงและปลอดภัยให้กับชุมชนโดยรวม

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ แม้จะมีศักยภาพสูงในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดภาระแก่ครอบครัวและระบบสาธารณสุข แต่ก็อาจเผชิญกับข้อจำกัดและความท้าทายหลายประการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพิจารณาและวางแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมล่วงหน้า เพื่อให้โครงการสามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างยั่งยืนและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ข้อจำกัดเหล่านี้สามารถแบ่งออกเป็นอย่างน้อย ๓ ด้านหลัก ดังนี้

๓.๔.๑. ด้านบุคลากรและทรัพยากร (Human Resources and Material Resources)

ข้อจำกัด:

การขาดผู้ดูแล : ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ในแต่ละรายจะมีปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ต้องรับยาต่อเนื่อง หรือในกรณีร้ายที่ขาดยาเสี่ยงต่อความรุนแรง ในพื้นที่เกิดจากผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลหรือญาติต้องทำงาน ผู้ป่วยจิตเวชบางรายเป็นผู้ด้อยโอกาส ไม่มีคนดูแล ทำให้ไม่มีค่าเดินทางในการไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเวช ขาดยาทำให้ผู้ป่วยขาดยารับยาไม่ต่อเนื่อง อาการกำเริบก่อให้เกิดความรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

การขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ: แม้จะมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนหลัก แต่บุคลากรด้านสุขภาพจิตโดยตรง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ในระดับชุมชนยังคงมีจำนวนจำกัด ทำให้การให้คำปรึกษา การฝึกอบรมเชิงลึกและการสนับสนุนทางเทคนิคอาจไม่ทั่วถึงหรือเพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น

ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของภาคีเครือข่าย: การให้ผู้ดูแล ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาจเพิ่มภาระงานและความรับผิดชอบที่นอกเหนือจากบทบาทปกติของพวกเขา ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าหรือการขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

งบประมาณและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ: การจัดอบรม การจัดทำคู่มือ การสร้างช่องทางการสื่อสารและการติดตามเยี่ยมบ้าน ล้วนต้องใช้งบประมาณและอุปกรณ์สนับสนุน ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดสรรที่เพียงพอ อาจส่งผลให้กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่

แนวทางแก้ไข:

สร้างเครือข่ายการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย: ประสานงานอย่างใกล้ชิดกับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอรับการสนับสนุนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการจัดอบรมให้คำปรึกษาทางไกลและเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

จัดระบบการทำงานที่เป็นธรรมและมีสิ่งจูงใจ: จัดสรรบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมกับศักยภาพและเวลาของแต่ละภาคีเครือข่าย พิจารณาการให้สิ่งจูงใจ เช่น เบี้ยเลี้ยง ค่าตอบแทน หรือการยกย่องเชิดชูเกียรติ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจและกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

แสวงหาแหล่งทุนและระดมทรัพยากร: ยื่นข้อเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลนาโพธิ์กลาง หรือภาคเอกชน รวมถึงการระดมทรัพยากรในชุมชน เช่น สถานที่จัดกิจกรรม อุปกรณ์ หรืออาสาสมัคร

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

๓.๔.๒. ด้านความรู้ ทักษะและการยอมรับ (Knowledge, Attitude, and Acceptance)

ข้อจำกัด:

ความเข้าใจผิดและอคติ: แม้จะมีการอบรม แต่ความเชื่อ ทักษะและอคติบางอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ที่ฝังรากลึกในชุมชน เช่น เชื่อว่าเป็นสิ่งลึกลับ ถูกผีเข้า หรือเป็นคนอันตราย อาจยังคงอยู่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือในการดูแล

การขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้: ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายบางรายอาจขาดความกระตือรือร้นในการเข้ารับการอบรม หรือขาดความต่อเนื่องในการเรียนรู้และนำความรู้ไปใช้ หากไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจน

การสื่อสารที่ซับซ้อน: การถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ที่ไม่มีความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้

แนวทางแก้ไข:

จัดกิจกรรมสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่องและหลากหลาย: นอกจากอบรมแล้วควรจัดกิจกรรมอื่น ๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ฟื้นฟูแล้ว การจัดนิทรรศการหรือการรณรงค์ในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง มีคณะกรรมการภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบล โดยมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน มีการหาแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินที่ชัดเจน เมื่อเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแล ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร ติดต่อกับใครเป็นคนแรกตามที่คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้ ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลนาโพธิ์กลางระดมแนวคิดรับทราบร่วมกันและมีการประชาสัมพันธ์ให้ทุกหมู่บ้านได้รับทราบ แนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วยตาม Flow Chart ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดประชุมทุก ๓ เดือน หรือตามที่คณะกรรมการเห็นสมควรเพื่อประเมินผลรับ เสนอปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขให้ง่ายต่อการประสานงานได้อย่างเหมาะสม

ออกแบบหลักสูตรที่เข้าถึงง่ายและตรงกับบริบท: พัฒนานี้อหากการอบรมให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้เข้าร่วม เน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีกรณีศึกษาจากชุมชนจริงและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเห็นประโยชน์และนำไปใช้ได้ทันที

ใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย: ใช้สื่อผสมผสาน เช่น คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก การ์ตูน หรือละครเวทีชุมชน เพื่อสื่อสารประเด็นที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายและน่าสนใจมากขึ้น

๓.๔.๓. ด้านความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบ (Continuity and Sustainability of the System)

ข้อจำกัด:

การเปลี่ยนแปลงผู้นำและบุคลากร: การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของผู้นำชุมชน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ อสม. อาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของโครงการ หากไม่มีการส่งมอบงานและฝึกอบรมทดแทนอย่างเป็นระบบ ดังนั้นในตำแหน่งการทำงานกรณีตำแหน่งที่มีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนบ่อยจะระบุคณะกรรมการเป็นตำแหน่งแทนชื่อ

การขาดการสนับสนุนจากนโยบายในระยะยาว: หากโครงการไม่ได้ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหรือแผนงานประจำของหน่วยงานท้องถิ่น อาจทำให้ขาดการสนับสนุนที่จำเป็นในระยะยาว

ความท้าทายในการติดตามและประเมินผล: การเก็บข้อมูลและประเมินผลอย่างต่อเนื่องอาจทำได้ยาก หากขาดระบบบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หรือขาดบุคลากรที่มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

แนวทางแก้ไข:

จัดทำแผนการส่งมอบงานและฝึกอบรมทดแทน: กำหนดกระบวนการที่ชัดเจนในการส่งมอบงานและฝึกอบรมบุคลากรใหม่ที่เข้ามาแทนที่ เพื่อให้มั่นใจว่าความรู้และแนวปฏิบัติจะไม่ขาดช่วง

ผลักดันให้โครงการเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานท้องถิ่น: ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลนาโพธิ์กลาง และหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อให้โครงการนี้ได้รับการบรรจุเป็นแผนงานประจำและได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

พัฒนาระบบข้อมูลที่เรียบง่ายและใช้งานง่าย: ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน หรือระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงและบันทึกข้อมูลได้ง่ายโดยภาคีเครือข่าย เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการฝึกอบรมทักษะการใช้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้เกี่ยวข้อง

การเผชิญหน้ากับข้อจำกัดเหล่านี้ด้วยแนวทางแก้ไขที่สร้างสรรค์และบูรณาการ จะเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนในระยะยาว

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ตำบลนาโพธิ์กลาง อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี คาดว่าจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์อย่างมหาศาล ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพโดยรวม อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่มีรูปแบบการมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการดำเนินการ การประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ ได้อย่างเป็นระบบ ชุมชนมีระบบ รูปแบบและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อมีภาวะวิกฤติฉุกเฉินผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมีความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลง

๔.๑ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงปริมาณ

๔.๑.๑ ลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต: คาดการณ์ว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากอาการกำเริบซ้ำภายใน ๑-๒ เดือนจะลดลงอย่างน้อยสำคัญ เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนาระบบ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลในชุมชนที่เข้มแข็งขึ้น

๔.๑.๒ เพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน: คาดว่าจะเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชที่มีการติดตามเยี่ยมบ้านและได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ สะท้อนถึงการเข้าถึงการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

๔.๑.๓ เพิ่มจำนวนภาคีเครือข่ายที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ: คาดว่าผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง อย่างน้อยร้อยละ ๙๐ จะผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการสร้างฐานบุคลากรภาคประชาชนที่มีคุณภาพ

๔.๑.๔ เพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน: คาดว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการประสานงานและเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจะลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบ แสดงถึงความพร้อมและความคล่องตัวของเครือข่าย

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๔.๑.๕ เพิ่มการเข้าถึงคู่มือและ Flow Chart การดูแล: คาดว่าคู่มือและ Flow Chart การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะถูกนำไปใช้และเข้าถึงได้โดยภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลอย่างน้อยร้อยละ ๙๐ ซึ่งหมายถึงการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญเพื่อการปฏิบัติงาน

๔.๒ ผลที่คาดว่าจะได้รับเชิงคุณภาพ

๔.๒.๑ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น: ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ทำให้มีอาการทางจิตที่ควบคุมได้ดีขึ้น มีโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่ามากขึ้น ลดการถูกตีตราและเพิ่มโอกาสในการกลับคืนสู่สังคม

๔.๒.๒ ลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลและญาติ: ผู้ดูแลและญาติจะมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น รู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น รวมถึงได้รับช่องทางการสนับสนุนที่ชัดเจน ส่งผลให้ความเครียด ภาระและความกังวลในการดูแลลดลงอย่างเห็นได้ชัด

๔.๒.๓ ความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยลดอคติ ความเชื่อผิด ๆ และการตีตราที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่งเสริมการยอมรับ การโอบรับและการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข อันเป็นรากฐานของการดูแลที่ยั่งยืน

๔.๒.๔ สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพจิตในชุมชน: เกิดระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ทำให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระบบและยั่งยืน สร้างโมเดลการทำงานแบบบูรณาการ

๔.๒.๕ ความปลอดภัยของชุมชนเพิ่มขึ้น: การมีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ ทำให้ชุมชนมีความปลอดภัยและมั่นใจมากขึ้นในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช

๔.๒.๖ เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่อื่น: รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นนี้ อาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ หรือเป็นต้นแบบและกรณีศึกษาที่ดีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ซึ่งจะขยายผลลัพธ์เชิงบวกออกไปในวงกว้าง

ประโยชน์ของงานพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แนวความคิดพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนี้ คาดว่าจะสร้างประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในหลายมิติ โดยสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ด้านหลัก ดังนี้

ประโยชน์ต่อบุคคล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น: ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจากคนในชุมชน ทำให้ อาการทางจิตควบคุมได้ดีขึ้น ลดการกำเริบซ้ำและสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีคุณค่า ลดการแยกตัวและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีคุณค่าในตัวเอง

ลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลและญาติ: ผู้ดูแลและญาติจะมีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี มีช่องทางการขอความช่วยเหลือและปรึกษาที่ชัดเจนส่งผลให้ ความเครียด ภาระและความกังวลในการดูแลลดลง อย่างเห็นได้ชัดรวมถึงมีเวลาส่วนตัวและสามารถจัดการชีวิตได้ดีขึ้น

ความปลอดภัยและความมั่นใจในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว: การมีระบบรองรับและแนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึก ปลอดภัยและมั่นใจมากขึ้น ในการใช้ชีวิตประจำวัน ลดความหวาดกลัวต่อการเกิดอาการกำเริบ หรือสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

ประโยชน์ต่อหน่วยงาน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้)

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น: พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีระบบการทำงานที่เป็นมาตรฐานและมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจะลดความซับซ้อนและเพิ่มความรวดเร็วในการจัดการ

ลดภาระงานของบุคลากรและค่าใช้จ่ายของระบบ: เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นและผู้ป่วยมีอาการกำเริบช้าลง จะช่วยลดภาระงานของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดตามดูแลผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจากการเข้ารับการรักษาซ้ำ

สร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่งและยั่งยืน: พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นแกนกลางในการสร้างและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ เครือข่ายการดูแลสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน ไม่เฉพาะแค่เรื่องสุขภาพจิต แต่ยังรวมถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในอนาคต

ประโยชน์ต่อส่วนรวม (ชุมชนและสังคม)

ชุมชนเกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น: การเผยแพร่ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วม จะช่วย ลดอคติ ความเชื่อผิดๆ และการตีตรา (stigma) ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สร้างทัศนคติเชิงบวกและบรรยากาศของการยอมรับและการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

เพิ่มความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน: การมีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะช่วย ลดความเสี่ยงจากการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง ที่อาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ ทำให้คนในชุมชนรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการใช้ชีวิตร่วมกันมากขึ้น

เป็นต้นแบบและสร้างความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน: รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้ ไม่เพียงแต่จะสร้างประโยชน์ในตำบลนาโพธิ์กลาง แต่ยังสามารถเป็น ต้นแบบและกรณีศึกษาที่ดี สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ซึ่งจะช่วยขยายผลลัพธ์เชิงบวกออกไปในวงกว้างระดับประเทศต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์กลาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลและติดตามโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ที่มีอาการกำเริบซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (re-admission rate) ภายใน ๑-๒ เดือนหลังจำหน่าย

เป้าหมาย: ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ จากค่าพื้นฐานก่อนดำเนินโครงการ เช่น หากค่าพื้นฐานเดิม ๒๕% ลดเหลือ ๒๐%

แหล่งข้อมูล: ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ และบันทึกข้อมูลการรับ-จำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่าย

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๕.๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด: ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดในพื้นที่ที่อยู่ในความดูแลของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ ที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน หรือตามแผนการดูแลรายบุคคลที่กำหนดไว้ โดยทีมประสานงานจิตเวชชุมชน

เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่อยู่ในความดูแล

แหล่งข้อมูล: ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและบันทึกการเยี่ยมบ้าน/ การติดตามรายบุคคลของทีมประสานงานจิตเวชชุมชน

๕.๑.๓ ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพ

ตัวชี้วัด: ร้อยละของจำนวนผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วย ญาติใกล้ชิด ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมและผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจัดการภาวะฉุกเฉินตามหลักสูตรที่กำหนด

เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในแต่ละประเภท

แหล่งข้อมูล: ทะเบียนผู้เข้าร่วมอบรม บันทึกผลการอบรมและใบรับรองการผ่านการอบรม

๕.๑.๔ ระยะเวลาเฉลี่ยในการประสานงานและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

ตัวชี้วัด: ระยะเวลาเฉลี่ย (เป็นนาที) ที่ใช้ในการประสานงานและช่วยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช นับตั้งแต่ผู้ดูแลหรือภาคีเครือข่ายแจ้งเหตุ จนกระทั่งทีมประสานงานจิตเวชชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้

เป้าหมาย: ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของระยะเวลาเฉลี่ยที่เคยเกิดขึ้นก่อนดำเนินโครงการ

แหล่งข้อมูล: บันทึกการแจ้งเหตุฉุกเฉินและบันทึกเวลาการตอบสนองของทีมประสานงาน

๕.๑.๕ การเข้าถึงคู่มือและ Flow Chart การดูแล

ตัวชี้วัด: ร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายที่ได้รับคู่มือและ Flow Chart การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางดิจิทัลได้ เช่น กลุ่ม Line หรือ QR Code

เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล: บัญชีรายชื่อผู้รับคู่มือ การตรวจสอบการเข้าร่วมกลุ่ม Line หรือการสำรวจการเข้าถึง ข้อมูลดิจิทัล

๕.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลและญาติ

ตัวชี้วัด: ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลและญาติที่มีต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่เกิดขึ้นใหม่

เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ดูแลและญาติ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมาก จากการสำรวจหรือการสัมภาษณ์

แหล่งข้อมูล: แบบสอบถามความพึงพอใจ (Likert scale) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

๕.๒.๒ ระดับความรู้และทัศนคติของภาคีเครือข่ายต่อผู้ป่วยจิตเวช

ตัวชี้วัด: การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติเชิงบวกของภาคีเครือข่าย ผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชน อสม. ที่มีต่อโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวช หลังการเข้าร่วมโครงการ

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

เป้าหมาย: คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ หลังการอบรม เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนการอบรม

แหล่งข้อมูล: แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทัศนคติ (ก่อนและหลังการอบรม)

๕.๒.๓ ระดับความร่วมมือและการประสานงานของภาคีเครือข่าย

ตัวชี้วัด: การรับรู้ของภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับระดับความร่วมมือ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และความราบรื่นในการประสานงานระหว่างกันในระบบใหม่

เป้าหมาย: ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕) รับรู้ว่ามีระดับความร่วมมือและการประสานงานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

แหล่งข้อมูล: แบบสำรวจความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๕.๒.๔ ระดับความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยของชุมชน:

ตัวชี้วัด: การรับรู้ของคนในชุมชนเกี่ยวกับความมั่นใจในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นและความรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

เป้าหมาย: ระดับความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เพิ่มขึ้น ๑ ระดับจากมาตราส่วน ๕ ระดับ

แหล่งข้อมูล: แบบสำรวจความคิดเห็นของชุมชน หรือการจัดเวทีประชาคมและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

การประเมินผลอย่างสม่ำเสมอตามตัวชี้วัดเหล่านี้จะช่วยให้โครงการสามารถปรับปรุงและพัฒนาไปข้างหน้าได้อย่างมีทิศทางและสามารถแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาว



(ลงชื่อ)

(นางดวงใจ พูลงาม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการ

(วันที่) ๑๒ เดือน มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน