ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดอุบลราชธานี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางปัฐมา สุวรรณพรม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลม่วงสามสิบ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒.	นางวรรณวิมล ศรีคุณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย ตำบลกลาง กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค
๓.	นายเมทรา พาราศรี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
๔.	นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค

/๕. นางสาวทองใบ...

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๕.	นางสาวทองใบ ธานี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฝ้าย ตำบลสมสะอาด กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค
๖.	นางสาวนิตยา ไชยวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำแคนน้อย กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชลธี ยังตรง)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางปัฐมา สุวรรณพรม	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลม่วงสามสิบ</u> <u>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม</u> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๗๑๕๐	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>โรงพยาบาลม่วงสามสิบ</u> <u>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๓๗๑๕๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงเรียนบ้านเหล่าข้าว ดอนก่อ ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					
๒	นางวรรณวิมล ศรีคุณ	<u>จังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย ตำบลกลาง</u> <u>กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค</u> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๕๐๑	<u>จังหวัดอุบลราชธานี</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย ตำบลกลาง</u> <u>กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๐๕๐๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการ
ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายเมทรา พาราศรี	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๓๓๕	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๐๓๓๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “รูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					
๔	นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๓๓๔	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนกอย ตำบลกุดประทาย กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๐๓๓๔	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการ

ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวทองใบ ธานี	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฝ้าย ตำบลสมสะอาด กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๔๗๙	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฝ้าย ตำบลสมสะอาด กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๐๔๗๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					
๖	นางสาวนิตยา ไชยวงษ์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำแคนน้อย กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๕๐๓๓๘	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำแคนน้อย กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๕๐๓๓๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเดื่อ ตำบลเซเป็ด อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงเรียนบ้านเหล่าข้าว ดอนก่อ ตำบลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล

๓.๒ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลแหล่งปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนเป็นหนึ่งในความท้าทายทางด้านสุขภาพในการจัดการปัญหา ในยุคศตวรรษที่ ๒๑ โดยเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน คือ เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่าค่ามัธยฐานเกิน +๓ S.D. (กรมอนามัย, ๒๕๔๒) จากการรายงานขององค์กรระหว่างประเทศด้านการ จัดการปัญหาภาวะอ้วนของประชากร พบว่าสถิติเด็กวัยเรียนทั่วโลกมีภาวะเริ่มอ้วน คือ เด็กที่มี น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมากกว่าค่ามัธยฐานเกิน +๒ S.D. จำนวนมากถึง ๒๐๐ ล้านคน และในเด็กจำนวนดังกล่าวมีภาวะอ้วนถึง ๔๐-๕๐ ล้านคน (International Obesity Task Force [IOTF], ๒๐๑๔) สำหรับประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เด็กมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับในหลายๆ ประเทศทั่วโลก และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ ปีพ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า ในปี พ.ศ.๒๕๓๘ เด็กวัยเรียนไทยมีภาวะอ้วนร้อยละ ๕.๘ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๐.๗ ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ โดยพบว่ามีเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนอยู่ในทุกภาคของประเทศไทย และภาคที่พบความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด คือ ภาคกลาง (รายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทยปี ๒๕๕๘, ๒๕๖๐) และจากสถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พบสถิติเขตพื้นที่การศึกษาของประเทศไทย มีเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๑๓.๐๗ ซึ่งเขตพื้นที่การศึกษาที่พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุด คือ เขตพื้นที่การศึกษาที่ ๔ ประกอบไปด้วย ๘ จังหวัด โดยเรียงตามล้าดับจากมากไปน้อย ได้แก่ นครนายก พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรีอ่างทอง สิงห์บุรี นนทบุรี และปทุมธานีสูงถึงร้อยละ ๑๔.๘๑ (รายงานการตรวจราชการการ พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค: กลุ่มวัยเรียน, ๒๕๖๑) จากปัญหาโรคอ้วนในเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี ๒๕๖๒ ระบุตัวชี้วัดและเป้าหมายว่าภายในปี ๒๕๖๔ เด็กวัยเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัดมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกิน ร้อยละ ๑๐

ภาวะอ้วน เป็นภัยเงียบที่ผู้ใหญ่มักคาดไม่ถึงหรือไม่ให้ความสำคัญ (พรประภา ขุนวิชิต, ๒๕๕๗) ภาวะอ้วนจะส่งผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัวและสังคมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ คือ ๑) ผลกระทบต่อตัวเด็ก ได้แก่ ด้านร่างกาย ร้อยละ ๕๐-๗๐ ของเด็กอ้วน จะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อ ระบบทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดการหยุดหายใจเวลานอน มีความผิดปกติทางผิวหนัง มักพบรอยคอดำ (acanthosis nigricans) จากรายงานของชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ๒๕๕๗ พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ๒) ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าเด็กที่มีภาวะอ้วนจะมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

โดยเด็กจะมีความกังวลและอายเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ซึ่งเด็กที่อ้วนมักโดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียน ขาดความมั่นใจ ทำให้ไม่ต้องการไปโรงเรียน ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อาจไม่เป็นที่สนใจของ เพื่อนต่างเพศ และในบางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Daniels, ๒๐๐๖) ๓) ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ถ้าเด็กอ้วนมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลต่อครอบครัวทั้งด้าน บทบาท รายได้ และสัมพันธภาพ ๔) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากการใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร (จันทิรา ไชยศรี, ๒๕๕๗)

เนื่องด้วยกระแสโลกาภิวัฒน์ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมอย่าง รวดเร็ว ทำให้การดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป มีการรับเอาวัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตกเข้ามาในรูปแบบของอาหารจานด่วนมากขึ้น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันอย่างมาก ส่งผลต่อการทำกิจกรรมทางกายที่ลดลง (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๐) ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗) ดังนั้นหากเด็กในวัยนี้มีภาวะอ้วน จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในอนาคตได้

เด็กวัยเรียนตอนปลาย คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง ๑๐-๑๒ ปี เป็นวัยที่ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ กระดูก สมอง หัวใจ การทำงานของฮอร์โมนและระบบประสาทที่จะมีผลต่อความคิดที่มีการพัฒนาขึ้น เริ่มมีความเป็นตัวของตัวเองและมีเหตุมีผลมากขึ้น เด็กจะเริ่มรับรู้ความสำคัญของภาพลักษณ์ของตนเอง ต้องการการได้รับการยกย่อง ชมเชย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น มีความสามารถที่จะเรียนรู้ แต่การแก้ปัญหายังต้องอาศัยการชี้นำเหตุผลที่เป็นรูปธรรม เด็กวัยนี้จะมีความคิดเป็นรูปธรรมมากกว่านามธรรม (Hockenberry, ๒๐๑๕) ดังนั้นเด็กวัยเรียนตอนปลาย จึงเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่จะบริโภคและทำกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวรไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

ปัญหาเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วนมีสาเหตุจากปัจจัยหลัก คือ ด้านบุคคลและด้านสังคม โดยปัจจัยเหล่านี้มีทั้งปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนได้ยาก อันได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนได้ด้านบุคคล พบว่าในเด็กที่มีภาวะอ้วนมีสาเหตุจากด้านพันธุกรรม พบว่า หากบิดาและมารดามีภาวะอ้วน จะส่งผลให้บุตรมีโอกาสเกิดภาวะอ้วนถึงร้อยละ ๘๐ (สุภาวดี อรรคพัฒน์, ๒๕๕๗) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน โดยพบว่า ด้านความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเด็กไม่รู้ว่าในแต่ละวันต้องรับประทานอาหารอย่างไร สัดส่วนเท่าไหร่ (พรประภา ชุนวิชิต, ๒๕๕๗) และจากการศึกษาของสุภาวดี อรรคพัฒน์ (๒๕๕๗) พบว่า เด็กมีความรู้ระดับปานกลางเรื่องการบริโภคอาหาร โดยเด็กรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามวัย รับประทานอาหารตามใจ รับประทานอาหารต่อมื้อจำนวนมากและวันละหลายมื้อ ทำให้เด็กได้รับปริมาณอาหารมากเกินความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของเด็ก พบว่า หากมีภาวะอ้วนสามารถลดน้ำหนักได้ โดยการรับประทานยาลดน้ำหนัก เด็กมีความเชื่อว่าการดื่มน้ำอัดลมไม่ทำให้อ้วน รวมถึงการงดอาหารมื้อเช้าหรือมื้อเย็นสามารถลดน้ำหนักได้ (ไฉไล เที่ยงกมล, ๒๕๕๘) ทัศนคติของผู้ดูแลหลัก พบว่า เด็กที่อ้วนแสดงถึงการมีฐานะเศรษฐกิจทางบ้านดี (พัชราภรณ์ ไชยสังข์, ๒๕๕๗) ด้านการรับรู้ความสามารถของเด็ก พบว่า การควบคุมอาหารนั้นเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องด้วยเห็นกลุ่มเพื่อนรับประทานอาหารจะทำให้ตนเองนั้นต้องการรับประทานอาหารด้วย (พัชรี ดวงจันทร์, ๒๕๕๐) ทั้งนี้จึง ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

จากการที่ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีโอกาสทำงานเกี่ยวกับอนามัยโรงเรียน ยังคง พบปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และสถิติเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินของจังหวัดอุบลราชธานี สูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็ก การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินทั้งการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง ถึงแม้ว่าโปรแกรมนี้จัดกระทำในบริบทของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่อยู่ในโรงเรียนเท่านั้น และเด็กวัยเรียนตอนปลายยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการในด้านต่างๆ ที่จะสามารถควบคุมดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ดีเนื่องจากเป็นวัยที่พัฒนาการเริ่มสมบูรณ์และเข้าสู่วัยรุ่น โปรแกรมนี้จึงมุ่งหวังให้เด็กสามารถพัฒนาความรู้ ที่จะส่งผลต่อทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกาย รวมทั้งได้จัดให้มีกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน และกิจกรรมเสริมความรู้แก่ครูและผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนและก่อเป็นพฤติกรรมที่ถาวรต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

๔.๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

๑) ผู้ทำการทดลอง คือ ผู้วิจัย ทำหนังสือแนะนำตัวและหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่ทำการวิจัย พร้อมชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และระยะเวลาการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการจัดกิจกรรม สำหรับเด็ก ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลา และรายละเอียดของการดำเนิน กิจกรรมรวมถึงบทบาทของผู้ช่วยวิจัยโดยให้ช่วยจัดอุปกรณ์ สื่อ และการจัดกิจกรรมตามฐาน R

๓) ติดต่อประสานงานกับครูที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครูประจำชั้น ครูกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ - ๖ เพื่อประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการทำวิจัยและกิจกรรมต่างๆ พร้อมมอบเอกสารชี้แจง และขอความร่วมมือระหว่างการดำเนินงาน

๔) ติดต่อประสานงานกับผู้ปกครอง และนักเรียน เพื่อประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาของการทำวิจัย และกิจกรรมต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือระหว่างการดำเนินงาน โดยให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

๕) สถานที่ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ห้องประชุมโรงเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมกลุ่มที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวน โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน

๖) เตรียมสื่อการสอนและอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ๖ สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๔.๓.๒.๑ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

๑) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้วิจัยใช้ห้องประชุมของโรงเรียน ใช้เวลา ๑ ชั่วโมง เพื่ออธิบายการทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถาม (pre - test) การประเมินพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย

๒) เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน เป็นระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้งในวันพุธ ซึ่งเป็นชั่วโมงที่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน โดยผู้วิจัยได้พูดคุยและตกลงกับนักเรียนและครูในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะไม่ทำให้นักเรียนเสียโอกาสในการที่จะเรียนตามเนื้อหาปกติ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

๕.๒ คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนเด็กวัยเรียนตอนปลาย ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

๖.๒ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนเด็กวัยเรียนตอนปลาย ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะเป็นอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๗.๒ การจัดทำเครื่องมือ รวมถึงการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการต่างๆในจำเป็นต้องใช้ความชำนาญในการทำข้อมูลต่างๆ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาอยู่ในช่วงที่มีการเรียนการสอน ทำให้การลงเก็บข้อมูลต้องใช้เวลาหลายรอบ อาจจะทำให้กระทบกับช่วงเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

๘.๒ ในช่วงเวลาที่มีการสอบ กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ สร้างความตระหนักให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนักเรียนในการดูแลสุขภาพ

๙.๒ ภาคีเครือข่ายมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

๙.๓ นำกระบวนการที่ได้ขยายผลไปยังโรงเรียนอื่น

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑๐.๑ เวทีประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๐.๒ เวทีประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางปัฐมา สุวรรณพรม มีสัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางปัฐมา สุวรรณพรม)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๖

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางปัฐมา สุวรรณพรม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางระพินทิพย์ ธรรมเจริญ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชากำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการละเหตุผล

การเสริมสร้างสุขภาพกับการศึกษา เป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการควบคู่กันไป การพัฒนาเด็กและเยาวชนจึงอยู่ที่กระบวนการจัดการศึกษาและการสร้างสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นับตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและองค์กรในท้องถิ่น ซึ่งจะต้องมีการประสานความร่วมมือ ประสานประโยชน์ที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและปลอดภัย ซึ่งโรงเรียนก็เป็นสถาบันหนึ่งของสังคม มีหน้าที่ให้ความรู้และพัฒนาคนให้มีสุขภาพและศักยภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากการให้การศึกษาแล้ว การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในโรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนที่จะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยแก่นักเรียน การให้บริการด้านสุขภาพอนามัย การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ของประเทศไทย พบว่าแนวโน้มสถานการณ์เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วนเปลี่ยนแปลงลดลงในปี ๒๕๖๒ และเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ โดยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย(ร้อยละ๖๖) ร้อยละ๖๕.๒, ๖๕.๕, ๖๑.๕, ๖๕.๗ ตามลำดับ (กรมอนามัย ,๒๕๖๔) สถานการณ์เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กอายุ๖-๑๔ปี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าค่าเป้าหมาย(ไม่เกินร้อยละ๑๐)ร้อยละ๑๑.๑, ๑๑.๗, ๑๒.๓, ๑๒.๓๕, ๑๒.๔ ตามลำดับ (กรมอนามัย ,๒๕๖๔) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสูงดีสมส่วนร้อยละ๖๐.๘๗,ท้วมร้อยละ๔.๕๕, เริ่มอ้วนร้อยละ ๕.๙๑, อ้วนร้อยละ๓.๑๗ (HDC,๒๕๖๔) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ของอำเภอม่วงสามสิบ พบว่าสูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๒.๐๖, ท้วมร้อยละ ๔.๙๐, เริ่มอ้วนร้อยละ๖.๘๒,อ้วนร้อยละ๔.๒๑ (HDC,๒๕๖๔)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาถึง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้นักเรียนอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นของจังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ กิจกรรมของครูและผู้ดูแลหลัก ควรมีการกำหนดข้อตกลงบทบาทการกระตุ้นเตือนเด็กในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กอย่างชัดเจน เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับเด็กทุกคน

๓.๒ ผู้วิจัยควรสังเกตและศึกษาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของเด็กกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบกิจกรรม และสร้างแบบประเมินพฤติกรรมได้สอดคล้องกับบริบทของเด็กในแต่ละพื้นที่

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ นักเรียนในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้

๔.๒ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพนักเรียน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)
(ระดับชำนาญการ)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ นักเรียนในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ร้อยละ ๘๐

๕.๒ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน

(ลงชื่อ) .....

(นางปัฐมา สุวรรณพรม)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ ๒๕๖๖
ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน**

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

๑. ขั้นตอนการเตรียมการและการวางแผน (Plan)

- สัปดาห์ที่ ๑ ประเมินภาวะสุขภาพ/ค้นหาตัวตน
- สัปดาห์ที่ ๒ การตั้งเป้าหมาย/ค้นหาแรงจูงใจ

๒. ขั้นดำเนินการ (Do)

- สัปดาห์ที่ ๓ การปรับพฤติกรรมการบริโภค
- สัปดาห์ที่ ๔ ปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
- สัปดาห์ที่ ๕ ปรับพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด
- สัปดาห์ที่ ๖ ปรับพฤติกรรมการรับประทานยา

๓. ตรวจสอบ (Check)

- สัปดาห์ที่ ๗ ติดตามเยี่ยมบ้าน/ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปรับปรุง (Act)
- สัปดาห์ที่ ๘ ปรับปรุง/ยกระดับพฤติกรรมที่ดีให้เป็นนิสัย ,ถอดบทเรียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

๓.๓ ความรู้ ความชำนาญด้านการทำวิธีวิจัย

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๕ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

จากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น พบว่า ๑ ใน ๑๐ ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ ๑ ใน ๓ มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ พบว่าประมาณร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบร้อยละ ๒๑.๔ โดยพบว่าร้อยละ ๖๐ ในชาย และร้อยละ ๔๐ ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ ๘-๙ ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖) โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคอื่นที่นำไปสู่การตายได้สูง เช่น โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย หลอดเลือดสมอง จึงนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙)

โรคความดันโลหิตสูงการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกและอุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ๓-๕ เท่า และเกิดอัมพาต ๓-๑๗ เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วหากเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มักจะต้องเผชิญกับความเครียดเช่นการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา จากผลกระทบดังกล่าวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย ตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในสถานบริการ และจัดให้มีบริการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน โดยปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อยทั้งหมด จำนวน ๔๓๙ คน ได้รับบริการ วัดความดันโลหิต ประเมินภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนกลับบ้าน สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ ตัวผู้ป่วยที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม โดยการรู้จักตนเอง และการใช้ตัวแบบจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและส่งผลให้บุคคลสามารถกำกับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ๒๕๕๐)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามที่กำหนด แล้วติดตามผลการปฏิบัติงานตามกรอบการทำงานของวงจรคุณภาพ Deming ๔ ขั้นตอน (PDCA) คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) ปรับปรุง (Act) เพื่อรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม โดยการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory - SRT) ของ Bandura (๑๙๗๗) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายขั้นตอนต่างๆของกระบวนการให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

จากนั้นตัวผู้ป่วยเองจะเป็น ผู้ดำเนินการในขั้นตอนถัดไป โดยมีผู้วิจัยเป็นวิทยากรทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเอง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ต้องผ่านการฝึกฝน ประกอบด้วยกระบวนการสังเกต พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการจดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและ การรับประทานยา กระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง จากการ เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับตัวแบบและวางแผน ในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม ได้แก่การให้ความช่วยเหลือจากผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (๑๙๘๑) ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและ ด้านการประเมิน โดยวิธีการกระตุ้นเตือน การให้การสนับสนุนการให้กำลังใจและให้คำชมเชยและติดตาม เยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งประโยชน์ สูงสุดย่อมเกิดกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวนั่นเองผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม อันจะส่งผลดีให้กับตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเองและทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเม็กน้อย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในประเด็นสำคัญดังนี้

๑. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

๒. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

๑. **ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเม็กน้อย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๓๙ คน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขอบเขตการวิจัย

๒. ตัวแปรที่ศึกษา

๒.๑ ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้บริการปกติ

๒.๒ ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

๒.๒.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๒ การกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๓ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๓. ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม – สิงหาคม ๒๕๖๖

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามที่กำหนด แล้วติดตามผลการปฏิบัติงานตามกรอบการทำงานของวงจรคุณภาพ Deming ๔ ขั้นตอน (PDCA) คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) ปรับปรุง (Act) เพื่อรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory - SRT) ของ Bandura (๑๙๗๗) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบาย ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการให้ผู้ป่วยฟังอย่างละเอียด จากนั้นตัวผู้ป่วยเองจะเป็น ผู้ดำเนินการในขั้นตอนถัดไป โดยมีผู้วิจัยเป็นวิทยากรทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเอง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ต้องผ่านการฝึกฝน ประกอบด้วยกระบวนการสังเกต พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการจดบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและ การรับประทานยา กระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง จากการ เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับตัวแบบและวางแผน ในการปฏิบัติตัวเพื่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม ได้แก่การให้ความช่วยเหลือจากผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (๑๙๘๑) ซึ่งครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและด้านการประเมิน โดยวิธีการกระตุ้นเตือน การให้การ สนับสนุนการให้กำลังใจและให้คำชมเชยและติดตาม เยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ ๑

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ต่อ)

โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

<u>ขั้นตอนการเตรียมการและการวางแผน (Plan)</u>

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพ/ค้นหาตัวตน

สัปดาห์ที่ 2 การตั้งเป้าหมาย/ค้นหาแรงจูงใจ

<u>ขั้นดำเนินการ (Do)</u>

สัปดาห์ที่ 3 การปรับพฤติกรรมการบริโภค

สัปดาห์ที่ 4 ปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 5 ปรับพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 ปรับพฤติกรรมการรับประทานยา

<u>ตรวจสอบ (Check)</u>

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้าน/ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

<u>ปรับปรุง (Act)</u>

สัปดาห์ที่ 8 ปรับปรุง/ยกระดับพฤติกรรมที่ดีให้เป็นนิสัย ,ถอดบทเรียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้

→

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. การกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
4. ระดับความดันโลหิต

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบ ๒ กลุ่ม วัด ๒ ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน ๓๐ คน และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกปกติ จำนวน ๓๐ คน ดังภาพที่ ๒

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

O๑ O๒

$X_๑$	$X_๒$	$X_๓$	$X_๔$	$X_๕$	$X_๖$	$X_๗$	$X_๘$
๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘

สัปดาห์ที่

กลุ่มควบคุม ที่ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกปกติ

O๓ O๔

1	2	3	4	5	6	7	8

สัปดาห์ที่

ภาพที่ ๒ รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

X๑-๘ หมายถึง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

O๑,O๓ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ๑ สัปดาห์ ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ๕ ส่วน ดังนี้ ๑) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ๒) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ๓) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมกำกับตนเอง (Self-Regulation) ๔) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care) และ ๕) แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตก่อน–หลัง การได้รับโปรแกรมฯ

O๒,O๔ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ๑ สัปดาห์ ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นชุดเดียวกันกับ Pre-test ประกอบด้วย ๕ ส่วน ดังนี้ ๑) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ๒) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ๓) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมกำกับตนเอง (Self-Regulation) ๔) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care) และ ๕) แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตก่อน–หลัง การได้รับโปรแกรมฯ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 439 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณ Power Analysis ของ Cohen (1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of the Test) เท่ากับ 0.80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect Size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้คือ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เบญจมาศ ดามแสง, 2555) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้ค่าเท่ากับ 0.77 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 21 ราย เพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็น 30 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านเม็กน้อย หมู่ 7 และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมู่ 16 บ้านเม็กน้อย จำนวน 30 คน ซึ่งได้มา โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุระหว่าง 35-55 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเม็กน้อย
3. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
4. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ขอออกจากโครงการวิจัยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล
3. เจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือหลัก ๒ ชุด คือ

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกปกติ สำหรับกลุ่มควบคุม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

๒.๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติคนในครอบครัว พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำตอบ

๒.๒ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๐ ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิด ให้เลือกตอบ ถูก ผิด มีคะแนนอยู่ในช่วง ๐-๒๐ คะแนน โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

๒.๓ แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมกำกับตนเอง (Self-Regulation) ในการควบคุมความดันโลหิต เป็นการกำกับตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา จำนวน ๑๐ ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ

๒.๔ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care) จำนวน ๒๕ ข้อ แบ่งเป็น ๕ เรื่อง ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ

๒.๕ แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตก่อน–หลัง การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การวัดค่าความดันโลหิตค่าบน และค่าล่าง (Systolic / Diastolic) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๒)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยแบบแบบสองกลุ่ม มีการวัดก่อนการทดลอง ๑ ครั้ง และหลังการทดลอง ๑ ครั้ง (Two Group Pretest Posttest Design)

ขั้นตอนการทดลอง

๑. ขั้นเตรียมการ

๑.๑ ประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทราบวิธีการศึกษา รายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

๑.๒ ประชุมกลุ่มญาติที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลต้นแบบ ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ แจ้งสถานที่ในการทดลอง

๑.๓ จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ ได้แก่ คู่มือการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ใบงาน ปากกา กระดาษ A ๔ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ Manual และแบบสอบถาม

๑.๔ จัดเตรียมสถานที่ สื่อ โสตทัศนูปกรณ์ ลงทะเบียนบริเวณจะทำการทดลอง การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

๒. ขั้นก่อนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต

๓. ขั้นดำเนินการทดลอง

๓.๑ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามผลโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใช้ระยะเวลาในการทดลอง ๘ สัปดาห์ (๒ เดือน)

๓.๒ กลุ่มควบคุมได้รับบริการปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมีรายละเอียด ดังนี้

๑. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การกำกับตนเอง (Self-Regulation) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care) และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

๓. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การกำกับตนเอง (Self-Regulation) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care) และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <๐.๐๕)

๒. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <๐.๐๕)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการอื่นที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกันให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

๒. เป็นแนวทางในการรณรงค์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เช่น การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมอาหารประเภทไขมัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในการประยุกต์ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติให้ใกล้เคียงปกติได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

การปรับมุมมอง ทัศนคติให้ประชาชนตามแนวคิดสร้าง นำ ซ่อมเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหายุ่งยาก เพราะประชนชนส่วนหนึ่งมองว่าเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากอินเตอร์เน็ต สอบถามผู้เชี่ยวชาญ และทดลองทำด้วยตนเอง ต้องใช้เวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเม็กน้อย ตำบลกลาง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและโรคเรื้อรังในชุมชน

๒. ควรมีการนำผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ขยายผลไปยังพื้นที่ใกล้เคียง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-ไม่มี-

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางวรรณวิมล ศรีคุณ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๒).....สัดส่วนของผลงาน.....

๓).....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางวรรณวิมล ศรีคุณ)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวรรณวิมล ศรีคุณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางมณีภรณ์ บัวขาว)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืกน้อย

วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๖

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ ทุกภาคส่วนมีความพยายามในการจัดระบบบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาอย่างต่อเนื่องกว่า ๒๐ ปี โดยให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเสมอภาคในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เน้นการขยายการจัดบริการทางคลินิก ด้วยมาตรฐานการบริการตามรูปแบบของศูนย์ความเป็นเลิศไปในทุกพื้นที่ของประเทศ เมื่อเกิดความแออัดภายใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

องค์การอนามัยโลกมีกรอบการบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Framework on Integrated, people-centered health services) ประกอบด้วยแนวคิด Integrated health services และ People-centered care ให้คำแนะนำการจัดทำแผนกลยุทธ์คือ การสร้างความสัมพันธ์และเสริมพลังให้ประชาชนและชุมชน การสร้างความเข้มแข็งให้กับการอภิบาลระบบและสร้างความรับผิดชอบในระบบสุขภาพ การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย การประสานการจัดบริการสุขภาพร่วมกับภาคส่วนต่างๆ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ การบูรณาการร่วมกับการศึกษาวิจัยโครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สรุปกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับระดับผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย ๒ กลยุทธ์ คือ

๑. การสร้างความสัมพันธ์ และเสริมพลังให้ประชาชน และชุมชน (Empowering and engaging people and communities): จนเกิดเป็นความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

๒. การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Reorienting the model of care): เป็นการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติการดูแลใหม่ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การรักษาที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงรายบุคคล การปรับรูปแบบการจัดบริการใหม่เป็นการให้บริการตามกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยจัดกลุ่มการให้บริการดูแลผู้ป่วย

จึงขอเสนอแนวทางการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

การจัดบริการตามกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑. ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี

๑.๑ ผู้ป่วยทำ Self-monitoring และส่งผลทุกครั้งที่เข้ามาพบเจ้าหน้าที่ หรือนำส่งผ่านระบบ

๑.๒ จัดให้มีเครื่องวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ในชุมชน

๑.๓ สร้างช่องทางด่วน ระบบเติมยา (Drug refilled /re-med) หรือส่งยาที่บ้าน

๑.๔ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ส่งผล Self-monitoring จะไม่ได้เข้า ช่องทางด่วนหรือส่งยาที่บ้าน จะต้องทบทวน Shared care plan กับทีมสุขภาพ

๑.๕ เว้นระยะการตรวจโดยแพทย์ให้ห่างขึ้น

๑.๖ Health coach ที่รับ-ส่งข้อมูลและยา เรียนรู้การสร้าง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Brief advice; BA) ถาม ชม แนะเป็น ตลอดจนกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงจูงใจ (Motivation interview; MI)

๑.๗ สร้างช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อหมอประจำตัว กรณีพบความผิดปกติจากการติดตามประเมินตนเอง

๒. ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดี (ผู้ป่วยจำเป็นต้องพบแพทย์)

๒.๑ จัดให้แพทย์หรือสหวิชาชีพมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย แต่ละรายมากขึ้น และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาการวางแผนและตัดสินใจ (Shared care plan) ที่มาจากแรงจูงใจภายใน (Brief Intervention หรือ BI)

๒.๒ เพิ่มระดับความสามารถ ทักษะในการดูแลตนเอง (Self-Management) ทั้งการจัดการกับอาหาร การเคลื่อนไหว อารมณ์และความเครียด เช่น กิจกรรม กลุ่มการฝึกสติแบบสั้น (Mindfulness based brief intervention; MBBI : สมาธิคลายเครียดและสติในการ เคลื่อนไหว การกิน และการควบคุมอารมณ์)

ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังวิถีใหม่แบบยึดประชาชนสำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ ๑ Empowering and Engagement

๑. ทีมสหวิชาชีพทำ การประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

๒. ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๓. จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง เพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง กล้ามีส่วนร่วมวางแผนการดูแลรักษาของตนเอง และทำตามแผนที่กำหนดไว้ตามแนวทางการให้บริการในรูปแบบใหม่ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนเกิดเป็นความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ขั้นตอนที่ ๒ Population management & Clinical risk stratification

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่สนใจเข้าสู่ระบบบริการใหม่ ให้พยาบาลเวชปฏิบัติหรือ case manager นำผลตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพที่บันทึกในฐานข้อมูลมาประมวลผล เพื่อจัดระดับความเสี่ยงทางคลินิก

การจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก ๓ กลุ่มหลัก

๑. กลุ่ม C คือ กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) เป็นกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีไม่มีโรคร่วม หรือ Control Patient

๒. กลุ่ม D คือกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง (Moderate Control) เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลางและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มคือ

๒.๑ กลุ่ม D๑คือกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลาง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้ในเบื้องต้นเสนอระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) มีค่าอยู่ระหว่าง ๗.๐-๗.๙% ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง ๑๓๑-๑๕๙ mg/dL ระดับความดันโลหิตมีค่าอยู่ระหว่าง๑๔๐-๑๕๙/๙๐-๙๙ mmHgและมีโรคแทรกซ้อนไม่รุนแรงซึ่งจะได้รับการจัดบริการ แบบปานกลาง

๒.๒ กลุ่ม D๒ คือ กลุ่มที่ดูแลตนเองได้ปานกลาง มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่พอใช้ได้ในเบื้องต้นเสนอ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) อยู่ระหว่าง ๗.๐-๗.๙% ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง ๑๖๐-๑๗๙ mg/dL ระดับความดันโลหิตมีค่าอยู่ระหว่าง ๑๖๐-๑๗๙/๑๐๐-๑๐๙ mmHg และมีโรคแทรกซ้อนไม่รุนแรง หรือมีความเสี่ยง (BMI > ๒๕, CV risk score > ๓๐%) โดยถ้ามีค่าใดค่าหนึ่งสูงให้ถือว่าเป็นกลุ่ม D๒ ซึ่งจะได้รับการจัดบริการแบบ เข้มข้นขึ้น

๓. กลุ่ม Eคือกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี (Poor Control) เป็นกลุ่มที่มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดีในเบื้องต้นเสนอระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) มากกว่าหรือเท่ากับ ๘.๐% ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐/๑๑๐

mmHg ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ mg/dL มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้และ functionally dependent ซึ่งต้องได้รับการจัดบริการเพื่อปรับปรุงการดูแลตนเองอย่างเข้มข้น

ผู้สูงอายุอาจได้รับการยืดหยุ่นในเกณฑ์การตัดสินผลการควบคุม เนื่องจากร่างกายมีความทนต่อระดับน้ำตาลต่ำมากไม่ไหว ในผู้ป่วยอายุไม่มากจะต้องควบคุมเข้มข้นและยึดเกณฑ์การตัดสินผลแบบเข้มงวด

ขั้นตอนที่ ๓ Registration

ทำการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ากลุ่มจัดบริการจัดให้มีหมอและทีมสุขภาพประจำตัวที่ผู้ป่วยสามารถสืบค้นได้

ขั้นตอนที่ ๔ Reorienting the model of care

กำหนดกระบวนการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใหม่ โดยให้บริการแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน เช่น ความถี่ของการพบแพทย์การจัดผู้ให้คำ ปรึกษาและบริการ ประเด็นเนื้อหาในการวางแผนดูแลตนเอง และ ระยะเวลาที่พบแพทย์ในแต่ละครั้ง ออกแบบระบบนัดรูปแบบใหม่สำ หรับแต่ละกลุ่ม

๑. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยคุมโรคได้ดี (กลุ่ม C) : Good Control

๑.๑ นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก ๔ เดือน หรือปรับความถี่ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยให้พบแพทย์ครั้งเว้นครั้ง สลับกับการเติมยาโดยเภสัชกร/พยาบาลเวชปฏิบัติ(Refilled/Re-med) และรักษาแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยการถาม ชม แนะ เป็น (BA)

๑.๒ ผู้ป่วยต้องนำข้อมูลที่ทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือSelf-monitoring record มาส่งให้พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย

๑.๓ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract เพื่อเติมยาได้เลย

๑.๔ ในกรณีที่ผิดปกติให้พิจารณาปัญหาหรือปัจจัยที่ทำ ให้เกิดความผิดปกติเพื่อนัดหรือจัดบริการให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น ปรึกษาแพทย์เพื่อการปรับยา หรือปรึกษาเภสัชกรหากมีการใช้ยาคลาดเคลื่อน เป็นต้น

๑.๕ ควรจัดให้มีช่องทางที่สะดวกสำ หรับการติดต่อ มีหมอประจำตัวในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยมีข้อสงสัยต้องการปรึกษา

๒. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D๑)

๒.๑ นัดผู้ป่วยมาที่หน่วยบริการทุก ๓ เดือน หรือปรับความถี่ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยให้พบแพทย์ครั้งเว้นครั้ง สลับกับการเติมยาโดยเภสัชกร/พยาบาลเวชปฏิบัติ(Refilled/Re-med) และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้วยการชม ถาม แนะ เป็น (BA)

๒.๒ ผู้ป่วยต้องนำข้อมูลที่ทำการบันทึกผลภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือSelf-monitoring record มาส่งให้พยาบาล Case manager หรือผู้ที่มีหน้าที่Triage ทุกครั้งที่นัดหมาย เพื่อพิจารณาบริการที่เหมาะสม

๒.๓ ในกรณีที่ผลปกติสามารถเข้าช่องทาง Fast tract เพื่อเติมยาได้เลย ให้บริการเหมือนกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี(Good Control)

๒.๔ ในกรณีที่ผิดปกติพยาบาลหรือผู้ที่มีหน้าที่ Triage ต้องประเมินปัญหาที่พบว่า ควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาหรือไม่ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเองจากสาเหตุใดเช่น ความรู้ไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่ซับซ้อนมากกว่าเดิมทำ ให้จัดการตนเองไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนยาหรือใช้ยาผิดวิธีเป็นต้น และพิจารณาว่าจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพรายบุคคลหรือไม่

๒.๕ แพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยนานขึ้น เปลี่ยนรูปแบบบริการโดยแพทย์ควรใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและแพทย์ในการค้นหาปัญหา

สุขภาพ การวางแผนและตัดสินใจ(Shared care plan) โดยใช้หลักBA (ถาม ขม แนะเป็น) ที่ให้เวลามากขึ้นกับการแนะนำ ให้ตรงกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย

๒.๖ ควรจัดให้มีช่องทางที่สะดวกสำ หรับการติดต่อหมอประจำตัวในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยมีข้อสงสัยต้องการปรึกษา

๓. การจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคได้ปานกลาง (กลุ่ม D๒) และ กลุ่มผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ดี(กลุ่ม E):

๓.๑ ผู้ป่วยกลุ่ม D๒ และกลุ่ม E ต้องพบแพทย์ทุกครั้งความถี่ของการนัดเป็นไปตามตามดุลยพินิจของแพทย์ ปรับบริการอย่างน้อย ๒ อย่าง ได้แก่

๓.๑.๑ ปรับเวลาในการพบแพทย์ในแต่ละครั้งให้นานขึ้น แพทย์ควรใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวและ เวชปฏิบัติปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก เน้นการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจการดูแลรักษาด้วยตนเอง (Shared care plan)

๓.๑.๒ จัดโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นการฝึกทักษะ เช่น แยกออกจากวงจรการพบแพทย์ นัดผู้ป่วยเข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและให้เวลาแต่ละครั้งอย่างเพียงพอ เช่น ทุก ๑-๒ สัปดาห์ ๓๐-๖๐ นาที/ครั้ง โดยไม่ต้องเป็นภาระกับระบบบริการ เช่น มาเข้ากลุ่มได้เลย อาจจำเป็นต้องจัดโปรแกรมรายบุคคล (Individual program)

๓.๑.๓ แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ปรับบทบาทจากผู้สั่งการรักษาเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Healthfacilitator)และเป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (Consultant) สร้างแรงจูงใจ (Motivation) ช่วยเพิ่มความสามารถ (Ability) ในการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Self-Management)

๓.๑.๔ จัดบริการ Health Coachเพื่อคอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็นระยะๆในแต่ละพื้นที่สามารถ พัฒนา อสม. หรือจิตอาสาให้เป็น Health Coach ตามบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนที่ ๕ Assessment แพทย์พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว หรือหมอประจำตัว ต้องประเมินการเปลี่ยนแปลง Stage of change การปรับตารางและแผนการเป็นระยะ (Re-Schedulingwith case manager)

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมารับบริการเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงมาก มีอาการ มีความเสี่ยงต่อการหมดสติให้จัดบริการพิเศษมาในวันที่นัด ให้แยกผู้ป่วยออกไปจากกระบวนการข้างต้น

๒. ผู้ป่วยที่ผลการควบคุมโรคดีขึ้น แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยให้เปลี่ยนกลุ่ม ทั้งนี้หากผู้ป่วยยังได้รับการฝึกทักษะไม่ครบจะต้องเข้ารับการฝึกให้ครบทั้งชุดก่อน

๓. กรณีผลการควบคุมโรคไม่ดีขึ้น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัวหรือหมอประจำตัวต้องประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำ ให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตั้งเป้าหมายและแผนการที่วางไว้และคอยช่วยให้คำ ปรึกษา สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเชิญครอบครัวมาพูดคุย ปรึกษา ค้นหาปัญหาร่วมกัน (family meeting) สร้างความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับผู้ป่วยอีกครั้ง

๔. กรณีผลการควบคุมโรคแย่ลงแพทย์พยาบาลวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัวหรือหมอประจำตัวต้องทำ Advanced plan หรือวางแผนการรักษาในอนาคตร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสมมุติว่าเมื่อมีภาวะไตเสื่อมอย่างรุนแรงผู้ป่วยมีทางเลือกการรักษาใดบ้าง อธิบายให้ทราบคร่าวๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนอนาคตได้

๕. กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีภาวะพึ่งพิง ต้องส่งปรึกษาอายุรแพทย์เฉพาะทาง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำแนวทางการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปใช้ในการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

๒. สามารถนำแนวทางการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแนวทางในการพัฒนาคลินิกโรคไมติดต่อเรื้อรังคุณภาพ ให้เกิดความยั่งยืนได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดการจัดการรักษาและระบบบริการใหม่ (Redesign of intervention and system) ในคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดความแออัดของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยง ตามหลัก ๒ P Safety (Patients Personnel safety)

๒. เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยควบคุมโรค ได้ดีขึ้น มีโรคแทรกซ้อนลดลง

(ลงชื่อ) .....

(นางวรรณวิมล ศรีคุณ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง รูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โควิด-๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงและติดต่อระหว่างระหว่างคนสู่คนได้อย่างรวดเร็ว การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-๑๙ ที่ได้ผลมากที่สุดในตอนนี้ คือ ต้องแยกผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงออกจากชุมชน ซึ่งการจะดำเนินการได้ต้องจัดหาสถานที่ที่แยกเป็นเอกเทศจากชุมชน และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง การจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อสถานการณ์โรคในปัจจุบัน ซึ่งการจัดตั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ในชุมชนตำบลกุดประทาย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ไวรัสโคโรนา เป็นไวรัสในสัตว์ซึ่งโดยทั่วไปไม่มีการระบาดในคน แต่พบการระบาดในคนครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย ทางภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเกิดการระบาดใหญ่อย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและป่วยตายจำนวนมาก จนต้องมีการปิดเมืองและปิดประเทศเพื่อควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้น จนประเทศจีนสามารถควบคุมการระบาดได้

ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยที่รับการรักษาไวรัสโคโรนารายแรก วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาวจีนเดินทางมาจากประเทศจีน และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ ในปัจจุบันมีการระบาดไปทั่วโลกแล้ว

ในประเทศไทยมีการระบาดของ COVID-๑๙ เป็นวงกว้างครั้งแรกในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน ๒๕๖๓ ในการระบาดครั้งนั้นประเทศไทย ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร และบังคับใช้มาตรการปิดเมืองและลดการเดินทางของประชาชน พร้อมทั้งมีมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ออกมาเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคให้สงบลงได้ภายในระยะเวลาไม่นาน ต่อมาเกิดการระบาดของ COVID-๑๙ ระลอกใหม่ที่จังหวัดสมุทรสาครในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ โดยแหล่งแพร่เชื้อของการระบาดเกิดขึ้นในตลาดค้าส่งอาหารทะเลที่มีพ่อค้าไปรับสินค้ามาจำหน่ายทั่วประเทศ จึงทำให้การระบาดกระจายไปเป็นวงกว้างเกิดการแพร่เชื้อไปยังจังหวัดต่างๆ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ค่อยๆ ลดลง จนสามารถควบคุมการระบาดได้

เดือนเมษายน ๒๕๖๔ เกิดการระบาดระลอกที่ ๓ เป็น COVID-๑๙ สายพันธ์อังกฤษ หรือ B.๑.๑.๗ หรืออัลฟ่า ซึ่งการระบาดในครั้งนี้เกิดจากกาะแพร่เชื้อเชื้อในสถานบันเทิงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งในช่วงต้นมีการระบาดเฉพาะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แต่เมื่อถึงเทศกาลสงกรานต์มีวันหยุดยาวหลายวันมีการเดินทางออกสู่ต่างจังหวัด ซึ่งผู้เดินทางบางคนป่วยแต่ไม่แสดงอาการกลับมาเยี่ยมครอบครัวและเกิดการแพร่เชื้อในครอบครัว และบางส่วนไปเที่ยวสถานบันเทิงทำให้มีการแพร่เชื้อในถานบันเทิงเป็นจำนวนมากการระบาดเกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนานมีผู้ป่วยจำนวนมาก

เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ พบการระบาดของสายพันธุ์อินเดีย หรือ B.๑.๖๑๗.๒ หรือเดลต้า ซึ่งสายพันธ์นี้สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยมีรายงานพบผู้ป่วยรายใหม่สูงเกินกว่า ๑๐,๐๐๐ คนต่อวัน โดยมีการระบาดสูงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินกว่าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้ จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรอคิวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รัฐบาลจึงประกาศล็อคดาวน์พื้นที่ที่มีการระบาดสูงปิดกิจการที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้ผู้ป่วยและผู้มีความเสี่ยงสูงเดินทางกลับสู่ภูมิลำเนามากขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงพื้นที่แพร่ระบาดสูงจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อมาก่อนและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่มาตรวจพบเชื้อหลังจากเข้ามาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้มีผู้ป่วย COVID-๑๙ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดอุบลเป็นจำนวนมากจนเกินกว่าความสามารถในการรับการรักษาผู้ป่วยได้ จึงได้เปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย เมื่อจำนวนผู้ป่วยมากเกินกว่าระบบสาธารณสุขปกติจะรองรับได้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย COVID-๑๙ นอกสถานพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษามนโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ชุมชนสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้เอง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วย COVID-๑๙ และกลุ่มเสี่ยงสูง เดินทางกลับเข้ามาในพื้นเป็นจำนวนมาก จึงได้เปิดศูนย์ดูแลโควิดชุมชนอำเภอเดชอุดมเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีเดินทางกลับมารับการรักษาในพื้นที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนเกินกว่าจะรองรับผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องให้ตำบลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจัดหาสถานที่รองรับผู้ป่วยเอง

ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก เพื่อการรองรับผู้ป่วยที่เข้ามาในพื้นที่จึงร่วมกันจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย เพื่อรองรับการระบาดของ COVID-๑๙ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน
๒. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
๓. วางแผนการดำเนินงาน
๔. จัดหาสถานที่สำหรับศูนย์โควิดชุมชน
๕. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์โควิดชุมชน
๖. ดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
๗. สังเกตุกระบวนการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชนฯ
๘. ประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อศูนย์โควิดชุมชน
๙. ผลการรักษาผู้ป่วย COVID-๑๙
๑๐. ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข
๑๑. คืนข้อมูลสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายของงาน

๑. เกิดรูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ลักษณะทั่วไปทางประชากรของญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ พื้นที่ตำบล กุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๖๐ คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๖.๗ เพศหญิง ร้อยละ ๔๓.๓ ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๑-๒๕ ปี ร้อยละ ๒๐ รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๔๑-๔๕ ปี ร้อยละ ๑๕.๐ และกลุ่มอายุ ๒๖-๓๐ ปี กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๓.๓ เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๓๕.๐ รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๒๑.๖ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท ต่อเดือน ร้อยละ ๗๓.๓

ผลการศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคโควิค – ๑๙ พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค โควิค – ๑๙ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับความรู้น้อยที่สุด ร้อยละ ๕๘.๓ รองลงมาระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ ๓๕.๐ และระดับความรู้มากที่สุด ร้อยละ ๖.๗ ส่วนหลังการพัฒนา ญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ ทุกคนมีระดับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

คะแนนความรู้เรื่องโรคโควิด – ๑๙ ระดับความรู้มากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐.๐ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน ของญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ จำนวน ๖๐ คน พบว่า ก่อนการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคโควิด – ๑๙ ๘.๑๕ คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐๑ หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคโควิด – ๑๙ ๑๔.๕๘ คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๕๓ การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า t = ๒๔.๓๗, df = ๕๙, ๙๕%CI = ๕.๙๑-๖.๙๖, p-value < ๐.๐๐๑ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา ญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

ผลการศึกษาระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน ก่อนการพัฒนา ญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง ร้อยละ ๖๕.๐ รองลงมาคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากและระดับการมีส่วนร่วมน้อย เท่ากัน ร้อยละ ๑๖.๗ และน้อยที่สุด คือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๑.๖ ส่วนหลังการพัฒนา ญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน ส่วนใหญ่ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๙๓.๓ และ ระดับการมีส่วนร่วมมาก ร้อยละ ๖.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน ของญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ จำนวน ๖๐ คน พบว่า ก่อนการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน ๓๐.๕๒ คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๔.๙๒ หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน ๔๔.๗๐ คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๒ การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า t = ๒๐.๕๐ , df = ๕๙, ๙๕%CI = ๑๒.๘๐-๑๕.๕๗, p-value < ๐.๐๐๑ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา ญาติผู้ป่วยหรือญาติกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-๑๙ มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์โควิดชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ทั้ง ๓ ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Dicision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) และการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefits) มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน ๒๒ คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒ คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑๐ คน กลุ่มผู้นำชุมชน ๑๐ คน มีการร่วมกันเสนอปัญหาและคัดเลือกปัญหาที่จะนำมาแก้ไขและร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาที่ได้จากการประชุม คือ โครงการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเกิดรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี ในการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ทราบบริบทและสภาพปัญหาการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย

๒. รูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการตอบโต้การระบาดของโรคอื่นได้ในอนาคต

๓. ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย

๔. นำผลการดำเนินงานรูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย เสนอต่อผู้บริหารและเผยแพร่สู่สาธารณะต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

โควิด - ๑๙ เป็นโรคอุบัติใหม่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมีน้อยมาก อีกทั้งประชาชนในชุมชนตื่นตระหนกและมีความอ่อนไหวต่อสถานการณ์ของโรคเป็นอย่างมาก ผู้ที่มาปฏิบัติงานในศูนย์โควิดชุมชน จะต้องสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ต้องทำความเข้าใจกับชุมชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. โควิด-๑๙ เป็นโรคระบาดที่คนในชุมชนกลัวและตีตราผู้ป่วย

๒. การจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ต้องได้รับความยินยอมจากทุกภาคส่วนในชุมชนจึงจะสามารถจัดตั้งและขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์โควิดชุมชนได้

๙. ข้อเสนอแนะ

การจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดตั้งศูนย์พักพิงหากเกิดภัยพิบัติขึ้นในชุมชนได้ในอนาคต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นายเมทรา พาราศรี สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....

๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายเมทรา พาราศรี)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่) ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเมทรา พาราศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒ ๐ เม.ย. ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. **เรื่อง** รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. **หลักการและเหตุผล**

ประเทศไทย มีแนวทางการจัดการโรคโควิด-๑๙ ที่เปลี่ยนไป โดยจะปรับจากการเป็นโรคติดต่อร้านแรงที่ต้องเฝ้าระวังให้เป็นโรคประจำถิ่น เนื่องจากความรุนแรงของโรคลดลง แนวทางการดูลรักษาผู้ป่วยเน้นการรักษาผู้ป่วย โควิด-๑๙ ที่บ้าน ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาที่บ้านเป็นจำนวนมากการดูแลโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ครอบคลุมทั่วถึง

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอเสนอแนวคิดจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย เพื่อรองรับการระบาดของ โควิด-๑๙ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อรองรับการเข้าสู่โรคประจำถิ่นต่อไป

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการพัฒนารูปแบบการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโควิด-๑๙ ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในเวลารวดเร็ว ทำให้จำนวนผู้ป่วยเกินกว่าระบบการรักษาปกติจะดูแลได้ จึงต้องมีการจัดทำโรงพยาบาลสนามและศูนย์โควิดชุน เพื่อรองรับผู้ป่วย แต่ปัจจุบันประเทศไทย มีแนวทางการจัดการโรคโควิด-๑๙ ที่เปลี่ยนไป โดยจะปรับจากการเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่ต้องเฝ้าระวังให้เป็นโรคประจำถิ่น เนื่องจากความรุนแรงของโรคลดลง แนวทางการดูลรักษาผู้ป่วยเน้นการรักษาผู้ป่วย โควิด-๑๙ ที่บ้าน ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาที่บ้านเป็นจำนวนมากการดูแลโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ครอบคลุมทั่วถึง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโควิด-๑๙ ต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เกิดรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี ในการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เกิดรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี ในการจัดตั้งศูนย์โควิดชุมชน ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

(ลงชื่อ) .....

(นายเมทรา พาราศรี)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....ระหว่าง เดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔.....

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคพยาธิใบไม้ตับ ที่เกิดจากพฤติกรรมการกินปลาสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินปลาและการค้นหาผู้ป่วยโดยการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๓๙ ปี ๒๕๕๒ ปี ๒๕๕๗ พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ เฉลี่ยในภาพรวมของประเทศเฉลี่ยร้อยละ ๑๑.๘ ร้อยละ ๘.๗ และร้อยละ ๕.๑ ตามลำดับเมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี ๒๕๕๗ มีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุด ๘๕.๒ ในระดับหมู่บ้านภาคเหนือ สูงสุดที่ ๔๕.๖ จากการประมาณการ พบว่า คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า ๒๐ ล้านคนติดโรคหรือเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า ๖ ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด ในปี ๒๕๔๘ เมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมาประมาณ ๒๘,๐๐๐ รายคิดเป็นอัตรา การเสียชีวิตวันละ ๗๖ ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๓ ราย ในปี ๒๕๕๗ พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี และตับจำนวน ๑๔,๓๑๔ ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือประมาณ ๗,๕๓๙ ราย รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน ๒,๖๓๘ ราย และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นปี ๒๕๕๘ พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า ๑,๗๖๕ ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ๖๓% (๑,๑๐๘ ราย) มะเร็งตับ ๑๘% (๓๒๐ ราย) โดยประมาณร้อยละ ๕๕ เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา ๘๐,๐๐๐ บาทต่อราย ประมาณ ๑,๙๖๐ ล้านบาท/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก

การค้นหาผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจไข่พยาธิในอุจจาระเป็นหนึ่งในมาตรการที่จำเป็น หากพบว่ามีไข่พยาธิในอุจจาระก็ได้รับการรักษาด้วยยา ตำบลกุดประทายเป็นพื้นที่เสี่ยงพบว่ามีผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔๔ คน อัตราป่วย ๔ รายต่อพันประชากร , ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๕๒ คน อัตราป่วย ๕ รายต่อพันประชากร ,ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓๔ คน อัตราป่วย ๓ รายต่อพันประชากร

จากสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป

๒. บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/ปัจจัยส่วนบุคคล/การดูแลสุขภาพ

๓. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

๔. วิเคราะห์ปัญหา

๕. จัดลำดับความสำคัญ

๖. วางแผน A-I-C

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ดำเนินการแก้ปัญหา
๘. สังเกตุกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน
๙. ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
๑๐.สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของชุมชน
๑๑.ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข
๑๒.คืนข้อมูลสู่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมายของงาน

เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

จากการศึกษารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ลักษณะผลการศึกษาลักษณะทางประชากรในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖๐ คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๕.๐ เพศชาย ร้อยละ ๓๕.๐ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ ๕๕-๖๐ ปี ร้อยละ ๒๐.๐ รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๔๑-๔๕ ปี ร้อยละ ๑๖.๗ และกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๕.๐ ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๓๓.๓ ประชากรส่วนใหญ่ มีรายได้ระหว่าง ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๓๘.๓ ผู้ตอบแบบสอบถาม ทุกคนเคยรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ทุกคนเคยได้รับการตรวจหาหนอนพยาธิ ซึ่งตรวจพบไข่พยาธิสูงถึง ร้อยละ ๔๐.๐ สมาชิกในครอบครัวเคยตรวจหาหนอนพยาธิ ร้อยละ ๗๒.๗ ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทราบผลตรวจหนอนพยาธิ ร้อยละ ๓๖.๗ และทราบผลตรวจว่าพบหนอนพยาธิ ร้อยละ ๓๓ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีสมาชิกที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน จำนวน ๑-๒ คน ร้อยละ ๔๐ และพบว่า ไม่มีสมาชิกในครอบครัวใดที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

คะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้น้อยที่สุด ร้อยละ ๘๐.๐ และระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ ๒๐.๐ ส่วนหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ ๗๐ รองลงมา คือ ระดับความรู้มากที่สุด ร้อยละ ๒๕.๐ และระดับความรู้น้อยที่สุด ร้อยละ ๕.๐ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน ๑๘ ข้อ คะแนนเต็ม ๑๘ คะแนน ของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวน ๖๐ คน พบว่า ก่อนการพัฒนา มีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย ๘.๘๓ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๙๕ หลังการพัฒนา มีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย ๑๓.๒๒ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๙๐ การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า t = ๑๗.๘๒ , df = ๕๙, ๙๕%CI = ๓.๙๐-๔.๘๘, p-value < ๐.๐๐๑ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับความรู้จากคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพฤติกรรมน้อย ร้อยละ ๖๐ รองลงมา คือ ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ ๓๘.๓ และระดับพฤติกรรมน้อยที่สุด ร้อยละ ๑.๗ ส่วนหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับพฤติกรรมมาก ร้อยละ ๖๕.๐ และระดับพฤติกรรมมากที่สุด ร้อยละ ๓๕.๐ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน พบว่า ก่อนการพัฒนา มีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เฉลี่ย ๒๕.๒๘ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๓.๙๘ หลังการพัฒนา มีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เฉลี่ย ๔๐.๘๘ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๔๖ การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า t = ๒๖.๔ , df = ๕๙, ๙๕%CI = ๑๖.๗๙-๒๖.๒๕, p-value < ๐.๐๐๑ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มีความพฤติกรรมที่ดีขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมจากคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ ๗๖.๖ รองลงมา คือ ระดับทัศนคติมาก และระดับทัศนคติ ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ ๑๑.๗ เท่ากัน ส่วนหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับคะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนมากอยู่ในระดับทัศนคติมากที่สุด ร้อยละ ๙๑.๗ รองลงมาคือ ระดับทัศนคติมาก ร้อยละ ๘.๓ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ คะแนนเต็ม ๙๐ คะแนน พบว่า ก่อนการพัฒนา มีคะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย ๕๔.๒๐ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๗๕ หลังการพัฒนา มีคะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย ๗๑.๖๓ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๙๘ การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า t = ๑๘.๓๕ , df = ๕๙, ๙๕%CI = ๑๕.๑๓-๑๙.๓๓, p-value < ๐.๐๐๑ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งศึกษาในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ มีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จากการสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มีทัศนคติที่ดีขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับการส่งเสริมทัศนคติจากคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้มีรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ทราบบริบทและสภาพปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. นำกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ในพื้นที่

๔. ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และนำไปใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้

๕. นำผลการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เสนอต่อผู้บริหารและเผยแพร่สู่สาธารณะต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพฤติกรรมการกินปลาสุกๆ ดิบๆ การพัฒนารูปแบบการป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่จะเกิดขึ้น ต้องเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่และประชาชนสามารถนำไปปฏิบัติได้

๙. ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นรูปแบบที่เหมาะสมเฉพาะพื้นที่ หากจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่น อาจต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่จะนำไปใช้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๑๐๐.....

๒) .....สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๖

งานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๓๙ ปี ๒๕๕๒ ปี ๒๕๕๗ พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ เฉลี่ยในภาพรวมของประเทศเฉลี่ยร้อยละ ๑๑.๘ ร้อยละ ๘.๗ และร้อยละ ๕.๑ ตามลำดับเมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี ๒๕๕๗ มีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุด ๘๕.๒ ในระดับหมู่บ้านภาคเหนือ สูงสุดที่ ๔๕.๖ จากการประมาณการ พบว่า คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า ๒๐ ล้านคนติดโรคหรือเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า ๖ ล้านคน หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด ในปี ๒๕๔๘ เมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมาประมาณ ๒๘,๐๐๐ รายคิดเป็นอัตรา การเสียชีวิตวันละ ๗๖ ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๓ ราย ในปี ๒๕๕๗ พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี และตับจำนวน ๑๔,๓๑๔ ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือประมาณ ๗,๕๓๙ ราย รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน ๒,๖๓๘ ราย และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นปี ๒๕๕๘ พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า ๑,๗๖๕ ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ๖๓% (๑,๑๐๘ ราย) มะเร็งตับ ๑๘% (๓๒๐ ราย) โดยประมาณร้อยละ ๕๕ เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง ๔๐-๖๐ ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา ๘๐,๐๐๐ บาทต่อราย ประมาณ ๑,๙๖๐ ล้านบาท/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก

การค้นหาผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจไข่พยาธิในอุจจาระเป็นหนึ่งในมาตรการที่จำเป็น หากพบว่ามีไข่พยาธิในอุจจาระก็ได้รับการรักษาด้วยยา ตำบลกุดประทายเป็นพื้นที่เสี่ยงพบว่ามีผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔๔ คน อัตราป่วย ๔ รายต่อพันประชากร , ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๕๒ คน อัตราป่วย ๕ รายต่อพันประชากร ,ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓๔ คน อัตราป่วย ๓ รายต่อพันประชากร

จากสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่กล่าวมาข้างต้นข้าพเจ้ามีแนวคิดว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จะสามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ต่อไป

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการค้นหาผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจไข่พยาธิในอุจจาระเป็นหนึ่งในมาตรการที่จำเป็น หากพบว่ามีไข่พยาธิในอุจจาระก็ได้รับการรักษาด้วยยา ตำบลกุดประทายเป็นพื้นที่เสี่ยงพบว่ามีผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔๔ คน อัตราป่วย ๔ รายต่อพันประชากร , ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๕๒ คน อัตราป่วย ๕ รายต่อพันประชากร ,ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓๔ คน อัตราป่วย ๓ รายต่อพันประชากร

จากสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบผลของโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกอย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ลดลง

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวทิภาภรณ์ ศิลาลัย)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

๔. งานด้านบริหารเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยา

- การเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยา ให้เพียงพอทุกเดือน
- จัดทำรายงาน การรับ – จ่าย เวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยา รายเดือน และ รายปีงบประมาณ

๕. งานด้านการประสานงาน

- ประสานการทำงานร่วมกัน ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนส่วนราชการในเขตพื้นที่ตำบลโพนงาม ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ประชาสัมพันธ์ และประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงาน

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒ ประสบการณ์ในการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓ ความรู้ ความชำนาญด้านการทำวิธีวิจัย

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๕ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน (DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก (World Health Organization,๒๐๑๘) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบตนเองป่วยจึงไม่ได้ดูแลตนเองส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เกิดอาการป่วยและตายก่อนวัยอันควร เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิตหรือหลั่งฮอร์โมนอินสุลินออกมาให้มากเพียงพอที่จะใช้เปลี่ยนน้ำตาลที่ร่างกายได้ ให้เกิดเป็นพลังงาน จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมายจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จนเกิดการเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (American Diabetes Association, ๒๐๐๔) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิด เรื้อรังได้ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ยาวนาน และ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย จอประสาทตาเสื่อมเกิดตามัว ตาบอด โรคหลอด เลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบส่งผลให้ผู้ป่วย ทุพพลภาพ รวมถึงการเสียชีวิตนอกจากนี้การเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ คือ เกิดภาวะซึม เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนมากและใช้ระยะเวลาในการรักษานาน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, ๒๕๕๗) ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ก่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมายโดยมีแนวทางหลัก ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม (ธิติ สนั่นบุญ และ วราภรณ์ วงศ์วราวัฒน์, ๒๕๔๙)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบดูแล ๔ หมู่บ้าน ประชากร ๑,๘๙๒ คน มีผู้ป่วย โรคเบาหวาน จำนวน ๑๒๖ คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๑๐ คน ทางเท้า ๒ คน โรคหลอดเลือดสมอง ๑๓ คน การจัดบริการของ มีการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ๒ เดือนต่อ ๑ ครั้ง โดยมีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการตรวจรักษาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และมีการติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA๑c)อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในระดับปกติได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด จึงจำเป็นต้องปรับกลวิธีในการดำเนินงาน โดยเน้นการทำงานเชิงรุก ด้วยการประสานความมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมวางแผนปฏิบัติการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดประสิทธิผลที่ดี และเกิดความพึงพอใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๓. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตในการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และ ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน ๒๐ คน

๒.๒ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๔๐ คน

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม – กันยายน ๒๕๖๖

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานบริการคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, ๒ ๐ ๐ ๑ ; Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff,& Austin,๑๙๙๘) เป็นรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทาง

สุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย และแนวคิดการจัดการตนเอง (Embrey, ๒๐๐๘; Ryan, & Swin, ๒๐๐๙) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ดังภาพที่ ๑

กรอบแนวคิดการวิจัย (ต่อ)

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบล โพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และ ภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน ๒๐ คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓ คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโพนงาม จำนวน ๓ คน ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน ๔ คน ตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๔ คน ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓ คน และ ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓ คน

๒. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๔๐ คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

๑. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

๒. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ระดับน้ำตาลในเลือด ๒ ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่ รพ.สต. นิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ มากกว่า ๑๔๐ mg/dl)

๓. ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

๔. เป็นผู้ที่ยินดีร่วมมือในการรักษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ ๓ เดือน

๕. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

๑. ผู้ป่วยขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการศึกษา

๒. อยู่ร่วมการศึกษาไม่ได้ครบ ๓ เดือน

ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่างๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

๑. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

๒.๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน ๖ ข้อ ประกอบด้วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการ สมรส การศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนักและส่วนสูง

๒.๒ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน ๒๐ ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

๒.๓ ประกอบด้วย พฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัดและการเฝ้าระวัง โรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ

๒.๔ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ

๒.๕ แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า fasting blood sugar: FBS) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

๑. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม เป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด Index of Item Objective Consistency หรือ IOC โดยกำหนดระดับการให้ คะแนนตั้งแต่ ๑ ถึง - ๑ ซึ่งพิจารณาให้คะแนนจากเกณฑ์ต่อไปนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (ต่อ)

+๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

๐ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

-๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตาม

IOC = ผลรวมของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม โดยข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕-๑.๐๐ คัดเลือกไว้ได้และข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ต่ำกว่า ๐.๕ พิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

๒. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฝ้าย จำนวน ๓๐ คน นำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

๒.๑ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก มีค่าคะแนน ๐ กับ ๑ ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson ๒๐ : KR-๒๐

๒.๒ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ทำการหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient (Cronbach, ๑๙๕๑)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑ : ๑๑-๑๒) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้ คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๑. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่

๒. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการนำแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และข้อมูลที่ ได้จากขั้นตอนที่ ๑ มาพิจารณาปัญหาและวิเคราะห์ แนวทางแก้ไขปัญหา โดย

๒.๑ ระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

๒.๒ ค้นหาประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น

๒.๓ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา

๒.๔ สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบฯ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ดังนี้

๑. การตรวจรักษาจากแพทย์

๒. ให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัด และการป้องกันการเกิด โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน)

๓. การบอกเล่าประสบการจากต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

๔. การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

๕. การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่

๖. การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ใช้วิธีการสังเกต ติดตามผลการดำเนินงาน เป็นระยะ เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

๑. การคืนข้อมูล สู่ชุมชน

๒. ถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

๑. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้ Paired t-test

๔. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๑. หลังการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๓. หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <๐.๐๕)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ คือ มีการตรวจรักษาโดยแพทย์ และเมื่อผู้ป่วยตรวจรักษาโรคแล้วพยาบาลจะดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่มๆ ละ ๒ – ๓ คน โดยใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวซึ่งจะเน้นในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุม ปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัดและเฝ้าระวังโรค และการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน) รวมทั้งมีการซักถามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละบุคคล และแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม และหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์จะมีการติดตามโดยทีมเจ้าหน้าที่ หากพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ก็จะมีการเน้นย้ำให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง และจะมีการประเมินอีกครั้งโดยทีมแพทย์และพยาบาลหลังจากที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งที่ ๓

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงานบริการคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวมรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยเบาหวานร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ต้องมีความชัดเจนและกระชับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและต้องมีการคืนข้อมูลให้กับในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งอาจจะมีบริบททางด้านผู้ดูแล หรือครอบครัวของผู้ป่วยโรเบาหวานที่แตกต่างกัน ส่งผลทำให้ผู้วิจัยต้องมีความละเอียดรอบคอบและสังเกตสิ่งแวดล้อมต่างๆให้ได้มากที่สุก เพื่อประโยชน์ในการศึกษาในครั้งนี้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ต้องให้การดูแลและควบคุมกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดในช่วงที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งอาจจะทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวมรวมหรือทำกิจกรรมในการวิจัยมากขึ้น

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากอินเตอร์เน็ต สอบถามผู้เชี่ยวชาญ และทดลองทำด้วยตนเอง ต้องใช้เวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้พัฒนาและปรับเป็นแนวทางในการดูแลรักษากลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆในชุมชน เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน และผู้รับบริการในชุมชน

๒. ควรมีการควบคุม กำกับติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเป็นต้นแบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๓. ควรมีการนำผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ขยายผลไปยังพื้นที่ใกล้เคียง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-ไม่มี-

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ได้แก่ แสงสว่างรอบ ๆ บ้าน พื้นบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชนเป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้าจะช่วยพัฒนาการทรงตัวและระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุสามารถทำเองที่บ้านได้ง่าย ๆ ได้ผลดีในการป้องกันการตกหกล้มสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (ปริศนา รถสีดา, ๒๕๖๑). ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพต้องมีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหลายๆปัจจัย (Multifactorial Intervention) เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม ตัวอย่างเช่น การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ การตรวจทานยาที่รับประทานเป็นประจำ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพตา การจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย (American Geriatrics Society, ๒๐๐๑; Stevens & Sogolow, ๒๐๐๘; World Health Organization, ๒๐๐๗) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีการแตกต่างในบริบทชุมชนของไทยและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาในประเทศไทยยังเน้นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงภายในและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการจัดการหลายปัจจัยพร้อมกันและการจัดการสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง (Kittipimpanon et al., ๒๐๑๒) พบว่า รูปแบบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ปัจจัยเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ๖ กิจกรรมหลัก ได้แก่ ๑) การรณรงค์ป้องกันการหกล้มในชุมชน ๒) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ๓) การให้ความรู้ ๔) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ๕) การเยี่ยมบ้านเพื่อทวนสอบการใช้ยาและผลข้างเคียงและการจัดการสิ่งแวดล้อม ๖) การมีระบบการจัดการการหกล้มในชุมชน ซึ่งผลของรูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน โดยอัตราการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนลดลงร้อยละ ๒๔.๕๖ มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น และมีการดำเนินการเพื่อจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายเบื้องต้นทั้งภายในบ้าน และชุมชน รวมทั้งรายงานหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อแก้ไข โดยมีชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเดื่อ มีผู้สูงอายุจำนวน ๒๔๕ คน จากอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลเซเป็ด มีประวัติการหกล้ม จำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๔ จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้อม พบว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อความปลอดภัยในการเดินของผู้สูงอายุ พื้นที่ทางเดินมีความคับแคบ ไม่มีแสงสว่างเพียงพอ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ส่งผลกระทบต่าง ๆ ตามมาทั้ง ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น บาง รายมีอวัยวะแตกหัก หกล้มศีรษะกระแทกทำให้หมดสติ หรือเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ จัดโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นเวลาทั้งสิ้น ๘ สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้การรับรู้การฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการปกติ โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมและลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒.๔ กำหนดแผนการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มผู้ป่วยระดับตำบล หลังดำเนินการไปแล้ว ๖ เดือน

๓. การพัฒนาระบบและการดำเนินการ

๓.๑ การตรวจเยี่ยม ติดตาม และ Self Health Group การสร้างสัญลักษณ์ให้เกิดการรวมกลุ่ม กำหนดระบบการ ดูแล ติดตามอย่างมีส่วนร่วม

๓.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ยินยอมให้ อสม. เฝ้าระวัง ควบคุมกำกับ ติดตามการดูแลรักษา ในชุมชน และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์อย่างเคร่งครัด

๓.๓ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดกิจกรรมเชิงรุก ในหมู่บ้านร่วมกัน อปท. แกนนำชุมชน อสม. รพ.สต. ในรูปแบบสันทนาการร่วมกับ Self Health Group

๓.๔ การออกตรวจเยี่ยมในชุมชนร่วมกันของภาคี- เครือข่าย

๓.๕ มีการรวมกลุ่ม ผู้ป่วยระดับตำบลหลัง ๖ เดือน

๓.๖ สะท้อนการปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาให้บรรลุผล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๔.๒ เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยทั่วไป

๔.๓ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดการจัดการรักษาและระบบบริการใหม่ (Redesign of intervention and system) ในคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดความแออัดของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบป้องกันความเสี่ยง ตามหลัก ๒ P Safety (Patients Personnel safety)

๒. เพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ป่วยควบคุมโรค ได้ดีขึ้น มีโรคแทรกซ้อนลดลง

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวทองใบ ธานี)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

วันที่ ๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเดื่อ ตำบลเขเป็ด อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

๓.๓ ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญด้านระเบียบวิธีวิจัย

๓.๕ ความรู้ และประสบการณ์การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๖ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

๓.๗ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมของผู้สูงวัย (Aging Society) คือมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของ ประชากรทั้งหมด สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน มกราคม ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๑๒,๑๑๑,๑๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓๙ ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕) จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๖๔ พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑) โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ ๙) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ ๖) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่ความพิการได้คือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มนี้เกิดจากทั้งสภาพร่างกายและศักยภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ถดถอยตามอายุและสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน จากข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ ๑๑.๖ เคยหกล้มในระหว่าง ๖ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จากการสอบถามผู้สูงอายุถึงสาเหตุที่ทำให้หกล้มครั้งสุดท้ายในระหว่าง ๖ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์คือ การสะดุดสิ่งกีดขวาง (ร้อยละ ๓๙.๐) รองลงมาคือลื่น (ร้อยละ ๓๔.๔) เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียน (ร้อยละ ๑๑.๒) มีสาเหตุมาจากพื้นที่ต่างระดับ (ร้อยละ ๙.๕) หกล้มเนื่องจากตกบันได (ร้อยละ ๑.๖) และสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรงตกจากเตียงนอน เก้าอี้หรือต้นไม้ฯลฯ (ร้อยละ ๔.๓) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายและอันตรายมากกว่ากลุ่มคนช่วงวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและทรงตัวได้ไม่ดีพอซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น แขน ขา ศีรษะ ฯลฯ เกิดการกระแทกและมีอาการบาดเจ็บตามมา อาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง และรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิตโดย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้ม มากกว่าร้อยละ ๓๔.๓ และ ร้อยละ ๓๘.๔ ผู้สูงอายุที่ประวัติการหกล้มเกิดการหกล้มซ้ำ (Kittipimpanon, ๒๐๐๖) ผลกระทบเมื่อผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม นำมาซึ่งการบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชน การพลัดตกหกล้มเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้ง ปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยทางงแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมาจากหลายประการทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง จากความเสื่อมของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการป้องกันการหกล้มและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายทั้งบริเวณภายในบ้านได้แก่การดูแลสุขลักษณะภายในบ้านให้สะอาด จัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบและบริเวณนอกบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเดื่อ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๒.๑ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังการทดลอง

๒.๒ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติ

๒.๓ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังการทดลอง

๒.๒ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มกับกลุ่มควบคุมได้รับบริการปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลาทั้งสิ้น ๘ สัปดาห์ ดังภาพที่ ๑

ตัวแปรต้น (Independent Variables) **ตัวแปรตาม (Dependent Variables)**

โปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมที่ ๑</u> การประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการทำแบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุการวัดสายตา และการวัดการทรงตัว

<u>กิจกรรมที่ ๒</u> การสร้างการรับรู้เรื่องการหกล้ม โดย การบรรยาย อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโอกาส เสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และปัญหาอุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมที่ ๓</u> การสร้างความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์และการเฝ้าระวังการหกล้มจากการใช้ยารักษาโรคต่างๆ และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมที่ ๔</u> การสร้างทักษะการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมที่ ๕</u> การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Cg และ อสม.

<u>กิจกรรมที่ ๖</u> การค้นหานวัตกรรมการป้องกันการหกล้ม

<u>กิจกรรมที่ ๗</u> การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสู่พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ที่เหมาะสมต่อการป้องกันการหกล้ม

<u>กิจกรรมที่ ๘</u> สรุปและประเมินผล

→

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

๑.ความรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

๒. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุ

๓.การทรงตัว

๔. ความกลัวต่อการหกล้ม

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญชนิดหนึ่งต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และทำให้ ผู้สูงอายุมีสภาวะการพึ่งพิงสูงขึ้น จากสถิติการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้น ไปมีมากกว่าล้านคนมีประวัติการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่า ๑ ใน ๔ ของผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้ม และเมื่อมีประวัติของการหกล้มแล้ว ไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มครั้งต่อไป เมื่อใด (CDC, ๒๐๑๙) ความหมายของการพลัดตกหกล้มนั้นมีผู้ให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันออกไปซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

การพลัดตกหกล้มหมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลเสียหลักล้มลงไปที่พื้น หรือ พื้นที่ มีมีระดับต่ำกว่า ซึ่งไม่ได้เกิดจากการถูกทำร้าย หรือการหมดสติ หรือการเป็นอัมพาตฉับพลันทันที หรือเกิดจากการชัก (Dionyssiotis, ๒๐๑๒)

การพลัดตกหกล้มหมายถึงเหตุการณ์ที่เป็นผลจากการที่บุคคลล้มลงไปโดยไม่ได้ตั้งใจบนพื้น หรือพื้นที่มีมีระดับต่ำกว่า และไม่ได้เกิดจากผลของการเกิดปัญหาภายในของบุคคลนั้น ๆ เช่น ผลจากการเกิด ภาวะ stroke หรืออันตรายอื่น ๆ (Tinetti ,Speechley and Ginter, ๑๙๘๘)

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง อุบัติการณ์ที่บุคคลไม่สามารถทรงตัวในขณะเอนตัวลงนอน ขณะนั่ง หรือขณะยืนอยู่ ทำให้เสียหลัก หรือหกล้มกับพื้น (Health Care Association of New Jersey, ๒๐๑๒) ๑๕ การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายลงไปอยู่กับพื้น หรือในระดับที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ยืน นั่ง หรือนอน โดยไม่ได้ตั้งใจ (Lyons et al ,๒๐๐๕)

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งพลัดตกลงมาบนพื้นหรือบนพื้นผิว ในระดับที่ต่ ากว่าโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาจเกิดจากทั้งภาวะที่มีสติหรือภาวะหมดสติ หรือเกิดจากผลของการ เกิดภาวะฉุกเฉินจากการเกิดอาการอ่อนแรงฉับพลัน การเกิดภาวะชัก หรือเกิดจากการได้รับการกระแทก อย่างรุนแรง (Fuller, ๒๐๐๐)

จากความหมายของการพลัดตกหกล้ม สามารถสรุปได้ว่า การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การที่ บุคคลไม่สามารถทรงตัวในขณะที่เปลี่ยนแปลงท่าทาง หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เป็นผลให้ท าให้เกิดการเสีย หลัก ท าให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลงไปอยู่กับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจทำให้เกิดการ บาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บของร่างกาย

การพลัดตกหกล้มทำให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติโดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งนอกจากการเกิดบาดแผลตามร่างกายแล้วยังพบว่า ผู้สูงอายุหลายรายมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน การบาดเจ็บที่ศีรษะรวมทั้งการหักของกระดูกเชิงกราน ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าเดิมและบางรายเสียชีวิตในเวลาต่อมา ผู้สูงอายุเองและครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา รัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก นอกจากนี้หลังเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุบางรายจะวิตกกังวลและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ (Fear of falling) แม้กระทั่งในรายที่ยังไม่เคยมีการพลัดตกหกล้มมาก่อน ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เศร้าซึม และแยกตัวออกจากผู้อื่นและสังคมรอบข้าง (Meiner, S. E. Safety, ๒๐๑๑)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๒. ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยร่วมกันหลายปัจจัย (Multifactor) ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factor) และปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factor)

๒.๑ ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factor) ที่เป็นสาเหตุของการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเสื่อมของร่างกายตามวัยหรือการชราภาพ และ ปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค

๒. ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factor) หรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม มีดังนี้

๒.๑ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่

๑) พื้นบ้านเป็นมันลื่น เช่น การปูพื้นด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัดหินแกรนิต พื้นไม้มันเงา อาจสวยงาม แต่จะเป็นอันตรายกับผู้สูงอายุและเพิ่มโอกาสเสี่ยงได้มากขึ้นเมื่อพื้นเปียกแฉะ เพราะ ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีอยู่แล้ว เมื่อพื้นลื่นจึงท าให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มได้ง่าย

๒) พื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาของการมองเห็นไม่ชัดเจน การแยกความแตกต่างของระดับทำได้ลำบาก ทำให้การกะระยะก้าวเท้าผิดพลาด เกิดการหกล้มได้

๓) ประตูบ้านมีขอบธรณีประตูเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะการเดินก้าวย่างช้า ก้าวสั้นๆ และยกเท้าต่ำ เมื่อมีขอบธรณีประตูจึงทำให้เกิดการสะดุดหกล้มได้

๔) แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ กรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา การมองเห็นไม่ชัดเจน เมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

๕) บันไดบ้านไม่มีราวบันไดจับยึด การตกจากบันไดบ้านส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากการสั่น หรือก้าวเท้าพลาดไถลขณะเดินขึ้นลงบันได ผู้สูงอายุบางรายอาจถือสิ่งของในมือจนไม่สามารถใช้มือ เกาะจับราวบันไดได้ทำให้เกิดการก้าวพลาดขั้นบันไดได้

๖) ห้องน้ำห้องส้วมที่ไม่เหมาะส าหรับผู้สูงอายุ ได้แก่พื้นลื่นไม่สะอาด ส่วนใหญ่มักจะพบว่าพื้นห้องน้ ำห้องส้วมเปียกชื้นตลอดเวลา เนื่องจากห้องน้ำห้องส้วมในบ้านของคนไทยบริเวณอาบน้ ำ และสุขาจะอยู่รวมกันในห้องเดียวกัน และไม่ได้แบ่งบริเวณที่เปียกและแห้ง เวลาอาบน้ำจึงทำให้น้ำไหล เปียกทั่วห้อง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ นอกจากนี้ ห้องน้ำที่ไม่มีราวเกาะยึดในห้องน้ำห้องส้วม ผู้สูงอายุมักมีปัญหากล้ามเนื้อขาดความแข็งแรง มีการเสื่อมของข้อต่อ การลุก การนั่งไม่คล่องแคล่ว จึงมี ความยากลำบากในการลุกขึ้น และนั่งบนโถส้วม ขณะทำกิจกรรมขับถ่าย ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการหก ล้มได้ ถ้ามีราวจับเกาะยึดจะช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น การวางของใช้เกะกะในห้องน้ำห้องส้วม ทำให้ ผู้สูงอายุเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย เช่นกัน

๗) การจัดบ้านเปลี่ยนที่วางเฟอร์นิเจอร์บ่อย ๆ ทำ ให้ผู้สูงอายุจำสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่ได้จึงเสี่ยงต่อการเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย

๘) พรมเช็ดเท้าหรือผ้าเช็ดเท้าลื่น ขาดรุ่งริ่ง ขอบสูงเกินไป หรือการนำเอาเศษผ้าที่เหลือใช้มาทำเป็นผ้าเช็ดเท้า ทำให้เสี่ยงต่อการเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย

๙) ภายในบ้านมีสิ่งของวางเกะกะทางเดิน และบนขั้นได ทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุด หรือชนสิ่งของเกิดหกล้มได้และ

๑๐) การเลี้ยงสัตว์เช่น สุนัข หรือแมวไว้ภายในบ้าน และมาคลอเคลียผู้สูงอายุ หรือนอนกีดขวางทางเดิน ทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้มได้ง่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๒. ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ต่อ)

๒.๒ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิด การหกล้ม มักจะเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุไปเป็นประจำในชุมชน ได้แก่

๑) ถนนในชุมชน ไม่มีบาทวิถีไม่มีสะพานลอยหรือทางม้าลายสำหรับข้ามถนน ทางเดิน ชำรุด และมีสิ่งกีดขวาง เช่น พุ่มไม้

๒) วัด รอบเจดีย์เป็นพื้นขัดมัน บันไดปูด้วยหินอ่อนซึ่งท าให้ลื่นหกล้มได้

๓) ตลาด แผงขายของที่จัดวางไม่เป็นระเบียบและทางเดินแคบ

๔) ทุ่งนา มีคันนา คูคลอง ซึ่งพื้นไม่สม่ำเสมอ เปียกลื่น เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหกล้มได้ง่ายในผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายใน บุคคล (Intrinsic factor) หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุและปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factor) หรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

๓. โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สำหรับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถช่วยป้องกันการเกิด การหกล้มในชุมชน นั้น สามารถแบ่งออกเป็น โปรแกรมที่มีกิจกรรมเดี่ยว หรือโปรแกรมป้องกันการหกล้ม แบบสหปัจจัย โดยโปรแกรมที่มีกิจกรรมเดี่ยวที่ดไเนินการจะเป็นการเน้นทำกิจกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อ การหกล้มของผู้สูงอายุ เช่นการออกกำลังกายเพิ่มการทรงตัว หรือกล้ามเนื้อขาให้แข็งแรง หรือกิจกรรม การจัดการสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการแก้ปัญหาภาวะเสี่ยงด้านสายตา เป็นต้น

โปรแกรมที่เป็นกิจกรรมเดี่ยวที่นิยมและมีประสิทธิภาพคือโปรแกรมการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Rimland และคณะ (๒๐๑๖) พบว่า มีการศึกษาถึง ๕๙ ๒๑ การศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวสามารถลดการเกิดการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยการออกกำลังกายสามารถทำได้หลายรูปแบบ อาทิเช่น โปรแกรมการออกกำลังกายเสริมการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุรายบุคคลที่บ้าน

Gillespieและคณะ (๒๐๑๒) ได้ทบทวนผลการวิจัยที่ศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ จำนวน ๑๕๙ เรื่อง พบว่า การปฏิบัติในงานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว วิจัยบางเรื่องยังมีจุดอ่อนเกี่ยวกับการดำเนินงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม สำหรับการออกกำลังกายแบบไทชิถึงแม้ยังไม่สามารถ พิสูจน์ได้ชัดเจนว่า สามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่การออกกำลังกายแบบไทชิสามารถ ลดอัตราเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๔. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิด พื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีแนวคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากโครงสร้างที่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบคือ

๑) ปัจจัย ภายในตัวบุคคล (Internal Personal factor: P)

๒) การแสดงพฤติกรรม (Represent behavior: B) และ

๓) สภาพแวดล้อม (External environment: E)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ๓ องค์ประกอบนี้มีลักษณะที่ ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน (Reciprocal causation) ซึ่งอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละอย่างจะมากหรือ น้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกัน

ปัจจัยระหว่างสภาพแวดล้อมกับปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคล นั้น จะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้โดยอิทธิพลทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคมขณะเดียวกันบุคคลจะมี ปฏิกิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันตามสภาพของสังคม และลักษณะทางด้านกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อ ชาติ และขนาดของร่างกาย นอกจากนี้การตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของ บุคคลอีกด้วย Bandura (๑๙๙๗) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลจะกระทำหรือแสดง พฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องอาศัยศักยภาพ ๒ ประการ คือ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการวิจัยและการปฏิบัติการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เชื่อว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง (Bandura, ๑๙๙๗) ดังนั้น การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสร้างเสริมให้เกิดความคาดหวังผลดี จากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีอิทธิพลต่อการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นการสร้างเสริมให้ ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และสร้างเสริมให้เกิดความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลทำให้สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้ม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองไปใช้ในการวิจัยส่งเสริมสุขภาพอย่างหลากหลาย รวมทั้งการเพิ่มความสามารถในการป้องกันการหกล้ม ลดความกลัวในการหกล้ม และเพิ่มสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Teeranut Harnirattisai และคณะ (๒๐๑๕) ที่ท าการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมกิจกรรมทางกายต่อ ความสามารถในการป้องกันการหกล้ม สมรรถภาพทางกาย การทรงตัว และการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการป้องกันการ หกล้ม สมรรถภาพทางกายและ การทรงตัวดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น ๘ สัปดาห์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๔. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) (ต่อ)

จากการศึกษาของ Jeon และคณะ (๒๐๑๔) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกัน การหกล้มซ้ า ต่อความเสี่ยงในการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจ านวน ๖๒ คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง ๓๑ คนและกลุ่มควบคุม ๓๑ คน กิจกรรมด าเนินการทั้งหมด ๑๒ สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการหกล้ม ความกลัวต่อการหก ล้ม และสมรรถนะแห่งตน ของผู้สูงอายุ เพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษาของ Cheal and Clemson (๒๐๐๑) ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิผลของ Steady As You Go โปรแกรมต่อสมรรถนะในการลดการเกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โปรแกรมพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด ๖ สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น มีความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยเวลาทำกิจกรรมทั้งกิจกรรมในบ้านเช่น การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้านและนอกบ้าน เช่น การเดินออกกำลังกาย การใช้รถโดยสารสาธารณะ การขับรถ และการทำสวนนอกบ้านเป็นต้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความสามารถในการจัดการ ตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน เช่น การสวมใส่รองเท้าให้ พอดี เพื่อลดการเกิดการลื่นล้ม การใส่เสื้อผ้าจะใช้วิธีการใช้มือเกาะโต๊ะเพื่อป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

จากการศึกษาของ Clemsonและคณะ (๒๐๐๔) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรม Step On เพิ่ม สมรรถนะแห่งตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดต่อความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมใช้ระยะเวลา ๗ สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมอีก ๖ สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมบ้านทุก ๆ ๓ เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีกลุ่มทดลอง มีอัตราการหกล้มลดลงถึง ร้อยละ ๓๑ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อลดโอกาสการหกล้มเพิ่มมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาของ หทัยทิพย์ ใจปิติและ ศิริพันธุ์ สาสัตย์(๒๕๖๑) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน ๒๒ คน โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความกลัว การหกล้มหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest Posttest Design)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่ออำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดโดยใช้ Program G Power ได้ขนาดตัวอย่าง ๔๕ คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น ๙๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๔๕ คน คือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อและกลุ่มควบคุม จำนวน ๔๕ คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม อันตรายผลกระทบ ความรุนแรงจากการหกล้ม ประโยชน์อุปสรรคของ การมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้ม และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

๒.๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำในช่องว่า

๒.๒ แบบสัมภาษณ์ความกลัวในการหกล้ม แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้ม เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับนานาชาติ(FES-I) ที่ สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, ๒๐๐๖) และได้รับการแปลเป็น ภาษาไทย (Thai FES-I) โดย ลัดดา เถียมวงศ์ (๒๕๕๔) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้ม เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทาง สังคมทั้งที่มีความง่ายและความยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ ดังนี้

ไม่กลัวหกล้มเลย ให้คะแนนเท่ากับ ๑ คะแนน

กลัวหกล้มเล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ ๒ คะแนน

กลัวหกล้มมาก ให้คะแนนเท่ากับ ๓ คะแนน

กลัวหกล้มมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ ๔ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง ๑๖-๖๔ คะแนน

คะแนน ๑๖-๒๑ คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม

คะแนน ๒๒-๒๗ คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มน้อยถึงปานกลาง

คะแนน ๒๘-๖๔ คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

๒.๓ แบบประเมินความสามารถด้านการทรงตัว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้แบบการประเมิน ความเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุ Burge balance scale (BBS) (Berg et al, ๑๙๘๙) และได้รับแปล และนำมาใช้ในการประเมินการทรงตัวผู้สงอายุโดย อัจฉรา บุราคม และคณะ (๒๕๕๙) ซึ่งเป็นการทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวโดยการท้ากิจกรรมในท่านั่งและยืนทั้งหมด ๑๔ กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมี ระดับการให้คะแนนตั้งแต่ ๐ ถึง ๔ คะแนน โดย ๐ คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถท้ากิจกรรมนั้น ได้ ๔ คะแนน ตามความสามารถของผู้สูงอายุระดับการต้องการความช่วยเหลือ และระยะเวลาที่ใช้ โดย ๕๙ มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๕๖ คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนการทดสอบน้อยกว่า ๔๕ คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุ มีภาวะเสี่ยงต่อการล้มสูง

๒.๔ แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เองประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด ที่ให้ผู้ประเมินตอบว่า "ใช่" และ "ไม่ใช่" ทั้งหมด ๒๘ ข้อ โดย แบ่งเป็น ๔ ด้าน ได้แก่

๑) ด้านสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่ท้าให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุจำนวน ๙ ข้อ

๒) ด้าน อันตราย/ผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน ๕ ข้อ

๓) ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน ๘ ข้อ และ

๔) ด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม จ้านวน ๖ ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้โดยคำตอบที่ถูก ได้๑ คะแนนและคำตอบที่ผิด ได้๐ คะแนน แบบประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง ๐ – ๒๘ คะแนน ซึ่งถ้ามีคะแนน สูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่ดี

๒.๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้จาก ๓ ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	๓ คะแนน	๑ คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	๒ คะแนน	๒ คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	๑ คะแนน	๓ คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมาย ของคะแนนคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มแบ่งเกณฑ์เป็น ๓ ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

คะแนนเฉลี่ย ๒.๓๓- ๓.๐๐ หมายถึง มีพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย ๑.๖๗- ๒.๓๒ หมายถึง มีพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐- ๑.๖๖ หมายถึง มีพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับน้อย

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก (World Health Organization, ๒๐๑๘) ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มากขึ้น รวมถึงการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเหล่านี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิตหรือหลั่งฮอร์โมนอินสุลินออกมาให้มากเพียงพอที่จะใช้เปลี่ยนน้ำตาลที่ร่างกายได้ ให้เกิดเป็นพลังงาน จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ และเกิดภาวะ แทรกซ้อนได้มากมายจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จนเกิดการเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะที่ตาไตประสาทหัวใจและหลอดเลือด (American Diabetes Association, ๒๐๐๔)

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สุขภาพเป็นสิทธิของบุคคลขั้นพื้นฐานและเป็นการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่าเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตตามอัตภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวบุคคล ครอบครัว และสังคม และช่วยพัฒนาทักษะชีวิตของบุคคล รวมทั้งใช้ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพกับตนเอง ครอบครัว และ ชุมชน ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตตามบริบทของตนเองได้อย่างผาสุก รวมทั้งอาจส่งผลให้มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสามารถป้องกัน ได้ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคและการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคแล้ว ซึ่งวัตถุประสงค์ของการป้องกันในแต่ละระดับจะแตกต่างกัน จึงขอเสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ดังนี้

๑. แนวทางการพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

๑.๑ การคืนข้อมูลสู่ผู้ป่วย ญาติ และชุมชนเพื่อให้เกิดความตระหนัก

๑.๒ การติดตามข้อมูลผู้ป่วยที่ไปรับบริการรักษาที่อื่นเพื่อจัดทำฐานข้อมูล

๑.๓ การจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ทุกราย

๑.๔ การปรับปรุงระบบการนัดผู้ป่วยด้วยหนังสือแจ้งผ่านเครือข่ายใน ชุมชน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.

๑.๕ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีบทบาทในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย

๑.๖ ผู้นำชุมชน นำข้อมูลเข้าสู่การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน/หอกระจายข่าว เพื่อติดตามให้ผู้ป่วย เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องและตามเวลากำหนด

๑.๗ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณดำเนินการ

๒. การวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวางแผนร่วมกันของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ญาติ ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน ร่วมแก้ไขปัญหา ภายใต้การยอมรับและการยินยอม

๒.๑ ยินยอมให้ อสม. เฝ้าระวังควบคุม กำกับ ติดตาม การดูแล รักษาในชุมชน และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่อง การยอมรับผลการรักษาที่ตรวจวินิจฉัย

๒.๒ กรณีปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมมารักษา ไม่มาตามนัด วางแผนจัดกิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้านร่วมกัน ในรูปแบบสันทนาการสอดแทรกกิจกรรม Self Health Group

๒.๓ กำหนดแผนการออกตรวจเยี่ยมในชุมชนร่วมกัน ของภาคีเครือข่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางสาวทองใบ ธานี สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวทองใบ ธานี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๙ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวทองใบ ธานี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางทรัพย์ทวี พวงคต)

(ตำแหน่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเองลำโดมใหญ่

วันที่ ๙ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายธนายุทธ ศรไชย)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

วันที่ ๙ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๖

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

๑. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๕ ท่าน พิจารณาด้านความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนี ความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ จากนั้นนำค่าผลคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ระหว่างประเด็นคำถามกับเนื้อหา โดยผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ๐.๖ ขึ้นไป กรณีที่ประเด็นคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า ๐.๖ และเป็นประเด็นที่มีเนื้อหาสำคัญ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๒. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ของคอนบราค (Cronbach)

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลงและทำการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายขั้นตอนการดำเนินการทดลองและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในสัปดาห์แรก ก่อนการทดลอง (Pre-test)

๒. จัดโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตามกิจกรรม ที่ได้กำหนดไว้ทั้ง ๘ กิจกรรม จัดโปรแกรมสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๖๐ นาที รวมทั้งสิ้น ๘ สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ กิจกรรมการประเมินการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการทำแบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุการวัดสายตา และการวัดการทรงตัว

กิจกรรมที่ ๒ กิจกรรมการสร้างการรับรู้เรื่องการหกล้ม โดย การบรรยาย อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโอกาส เสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และปัญหาอุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๓ กิจกรรมการสร้างความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์และการเฝ้าระวังการหกล้มจากการใช้ยารักษาโรคต่างๆ และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นปัจจัยของการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๔ กิจกรรมการสร้างทักษะการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๕ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Cg และ อสม.

กิจกรรมที่ ๖ การค้นหานวัตกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๗ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสู่พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ที่เหมาะสมต่อการ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๘ สรุปและประเมินผล

๓. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ทำการทดสอบหลังการทดลองอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดิม ภายหลังจากการทดลองสิ้นสุด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ได้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิผล

๑. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

๒. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติ

๓. หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

๔. หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมได้รับบริการปกติ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๑ ได้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิผล นำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมได้ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้

๕.๒ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำกระบวนการตามโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมได้ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้

๖.๒ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้เป็นแนวทางในพัฒนาและสนับสนุน การจัดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

๖.๓ ผลการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสามารถนำไปขยายผลต่อในชุมชนอื่น ๆ ได้ในกว้างขวาง

๖.๔ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเผยแพร่ผลงานไปสู่ผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้องได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุต้องใช้ความรู้และทักษะในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสง

๗.๒ ในการดำเนินการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความยุ่งยาก แต่ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบรูณ์สามารถตอบคำถามการวิจัย และบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้

๗.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือหลากหลายชนิด ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

๗.๔ ความยุ่งยากในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป และใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

๗.๕ ความยุ่งยากในการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ต้องดำเนินการสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัยให้สอดคล้องสัมพันธ์กับแนวคิดทฤษฎี องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ทำให้การจัดกิจกรรมที่ต้องมีการรวมกลุ่มคนเป็นไปด้วยความยากลำบาก

๘.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากอินเตอร์เน็ต สอบถามผู้เชี่ยวชาญ และทดลองทำด้วยตนเอง ต้องใช้เวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำาหรับการนำาผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานด้านต่าง ๆ จากผลการศึกษา ครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการป้องกันการหกล้มมีประสิทธิผล สามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม เพิ่มความสามารถในการทรงตัวและลดความกลัวในการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น

๙.๑ ด้านนโยบาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษา ไปใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายในการส่งเสริมป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุใน ชุมชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการหกล้มและอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

๙.๒ ด้านบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานการส่งเสริมและป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป โดยสามารถนำความรู้ไปต่อยอดหรือนำไปใช้ในการเพิ่ม สมรรถนะของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาแกนนำในชุมชนเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุต่อไป

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๙.๓ การนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม และป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ในวงกว้างจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุ ที่มี คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออายุสูงขึ้น และ ในระยะยาวจะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของญาติ รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาของภาครัฐอีกด้วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นางสาวนิตยา ไชยวงษ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เป็นผู้จัดทำผลงาน เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อตำบลเซเป็ด อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในสัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวนิตยา ไชยวงษ์) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) 07 / 02 / 2566

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวนิตยา ไชยวงษ์	
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....-.....	-
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....-.....	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวสลิตตา จัมปะโสม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเดื่อ

(วันที่) ...27.../...02.../...2566...

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายไพรัช จันทพันธ์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล

(วันที่) ...27.../...02.../...2566...

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๖

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

๒. หลักการและเหตุผล

การหกล้มในผู้สูงอายุนับเป็ นปัญหาสำคัญด้านการสาธารณสุข เนื่องจากปัจจุบันประชากรโลก กำลังเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นโดยการหกล้มจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตในเวลาต่อมา จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปี จะมีผู้สูงอายุหกล้มถึงร้อยละ ๓๕-๔๐ และ พบว่าการเสียชีวิตที่เกิดจากการบาดเจ็บในผู้สูงอายุตั้งแต่ ๗๕ ปี ขึ้นไปร้อยละ๗๐ มีสาเหตุจากการหกล้ม

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งเป็ นปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factors) ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลจะรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้าน ร่างกายเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงได้แก่ ปัญหาความผิดปกติของ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง ข้อเสื่อม การอักเสบของข้อ ความหนาแน่นของมวลกระดูกต่ำ และภาวะทุพโภชนาการ สายตาผิดปกติ การมองเห็นไม่ ชัดเจนจากเลนส์ตาขุ่นหรือต้อกระจก การเสื่อมของหูชั้นในทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ มึนงง และการทรงตัวไม่มั่นคง จากลักษณะท่าทางการเดินที่เปลี่ยนไปตามวัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาการของโรคจะส่งผลให้การทรงตัวลดลง เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง และมีท่าเดินที่ผิดปกติ โรคกระดูกพรุ นทำให้เดินไม่สะดวกและเสียสมดุลได้ง่าย โรคระบบหัวใจและ หลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันโลหิต ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ ออกจากหัวใจน้อยลง ส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดที่สมองลดลง เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม และการหกล้ม ตามมาได้ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหมดสติและเกิดการ หกล้มตามมา นอกจากนี้การใช้ยายังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้สูงอายุมักมีภาวะความเจ็บป่วยร่วมกันหลายโรค ทำให้มักได้รับยาหลายชนิด ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท และระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยานอนหลับ ยาระงับประสาท เป็นต้น ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดการ เดินเซ กระวนกระวาย และสับสน ยาลดความดันโลหิต ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ทำให้ หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ ยิ่งผู้สูงอายุได้รับยาจำนวนมากเท่าไร ก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม มากเท่านั้น ส่วนด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุบางคนที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี เช่น มีความวิตกกังวล หลงลืม และซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม เนื่องจากการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็น อันตรายลดลงสำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทั้งภายในบ้าน และภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป พื้นที่ลื่น พื้นเปียก ทางต่างระดับ บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ และการจัดวางสิ่งของที่ไม่เป็นระเบียบสิ่งแวดล้อม ภายนอกบ้าน ได้แก่ ถนนนอกบ้านไม่มีบาทวิถี ทางเดินชำรุด และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น พุ่มไม้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การหกล้มมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย พบว่า ผลกระทบจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ร้อยละ ๔๗.๖ และบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ ๔๔.๖ ลักษณะของการบาดเจ็บที่พบ ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก แผลฉีกขาด ข้อเคลื่อน กระดูกหัก และมี เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ผลของการหกล้มที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กระดูกสะโพกหัก ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดและนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็ นเวลานาน และมักส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งเป็นสาเหตุ ชักนำให้เสียชีวิตในเวลาต่อมาโดยพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๒๐-๓๐ โดยร้อยละ ๔ เสียชีวิตขณะอยู่ โรงพยาบาล และมีถึงร้อยละ ๒๕-๗๕ ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่รอดชีวิตและสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้น ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนาน ๓ เป็ นการสร้างความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการ เดิน และพบผู้ป่วยร้อยละ ๓๐-๗๓ มีความกลัวการหกล้มซ้ำจนไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน ทำให้หลีกเลี่ยงการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในที่สุดก็จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ ดังนั้นจึงขอเสนอแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตามแบบประเมิน Hendrich II fall risk assessment , Morse fall scale , Edmonson psychiatric fall risk assessment มีดังนี้

มาตรการป้องกัน ๑ แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การสื่อสาร

๑. ติดเครื่องหมายที่เตียงหรือประตูห้อง เพื่อระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

๒. ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง สื่อสารกับทีมในการร่วมดูแลและเฝ้าระวังป้องกัน

๓. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยราย นั้นๆ วิธีการระวังป้องกันร่วมกัน สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

การให้ความรู้

๑. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยรายนั้น ๆ วิธีการ ที่ทำให้ปลอดภัย การระวังป้องกันร่วมกัน

๒. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณเตียงนอน สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

๓. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทางช้ำๆ การสังเกตอาการวิงเวียนขณะเปลี่ยนท่า

การช่วยเหลือในการขับถ่าย

๑. ประเมินความต้องการการช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ

๒. จัดให้ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่อยู่ใกล้ห้องน้ำ

๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายให้เป็นเวลา

๔. ติดตาม สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับยาระบายและยาขับปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ

๕. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอำการเวียนศีรษะปัสสาวะในท่านั่ง หรือใช้หม้อนอนหรือกระบอกปัสสาวะรองขับถ่ายที่เตียง การใช้ยา ทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยบ่อย ๆ และประเมินอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากันชัก ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

การจัดสิ่งแวดล้อม

๑. ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ ความรกรุงรัง

๒. จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณเตียงและห้องน้ำ

๓. ดูแลพื้นให้สะอาด และแห้งตลอดเวลา

๔. มีราวจับบริเวณห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำ

๕. ปรับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้อยู่ในระดับต่ำสุด ยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้ง ๒ ด้าน ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ

๖. จัดโต๊ะข้างเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

๑. แนะนำให้ผู้ป่วยลุกช้ำ ๆ และเดินอย่างระมัดระวัง สวมรองเท้าที่ไม่ลื่น

๒. ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายในรายที่การทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ช่วยเคลื่อนย้ายลงรถเข็น ช่วยพยุงเดิน

๓. จัดอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการช่วยเดิน และมีผู้ช่วยเฝ้าระวัง โดยตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้ในการเคลื่อนย้าย

มาตรการป้องกัน ๒ แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนหรือมีความเสี่ยงสูงดังนี้

๑. แจ้ง วัน เวลา สถานที่ บุคคล ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล

๒. ย้ายผู้ป่วยไปไว้ใกล้บริเวณที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด

๓. จัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และพิจารณาความจำเป็นในการผูกยึดโดยปฏิบัติตามมาตรฐานของการผูกยึด หากไม่อยู่กับผู้ป่วยให้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้ง

๔. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุก ๑ ชั่วโมง

มาตรการป้องกัน ๑

๑. แขวนป้ายสัญลักษณ์ "ข้อควรคำนึงและการเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดูแลผู้สูงอายุ"

๒. แนะนำให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมตั้งแต่แรกรับ ทั้งบริเวณเตียงและสิ่งอำนวยความสะดวก

๓. ประเมินการมองเห็น การได้ยิน ระดับการคิดรู้หรือสภาพสมอง (Cognitive function)

๔. แนะนำและสาธิตการใช้อุปกรณ์ และกริ่งเรียกขอความช่วยเหลือ

๕. จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาด สะดวก และปลอดภัย โดยจัดอุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ มีความมั่นคงแข็งแรง สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างและล็อคล้อ เตียงไว้ตลอดเวลา

๖. ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติเรื่องการเคลื่อนไหว ลุกนั่ง และเคลื่อนไหวช้ำๆ

๗. รักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก และใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น

๘. เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก ๓ วัน หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

มาตรการป้องกัน ๒ ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน ๑ และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๑. จัดที่นอนให้ผู้สูงอายุอยู่ใกล้ผู้ดูแล

๒. เฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

๓. ประเมินผลของยาที่ได้รับ เพราะยาอาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

๔. ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และจัดการกับปัญหาเหล่านี้เพื่อลดปัจจัยความเสี่ยง

๕. เฝ้าระวังผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่อการพลัดตกหกล้ม

๖. ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างน้อยทุก ๓ ชั่วโมง

มาตรการป้องกัน ๓ ดูแลเหมือนมาตรการป้องกัน ๑-๒ และเพิ่มกิจกรรม ดังต่อไปนี้

๑. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยวันละ ๓ ครั้ง

๒. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง กรณีที่ญาติไม่อยู่ให้แจ้งผู้ดูแล

๓. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทุกชนิด

๔. จัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน

๕. ประสานทีมสหสาขาชีพในการฝึกการทรงตัว การเดิน การใช้อุปกรณ์ให้มีความมั่นคง และปลอดภัยมากขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๔.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

๔.๓ ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

๔.๔ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้รับการป้องกันพลัดตกหกล้มทุกราย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

๕.๒ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทุกรายได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำทุก ๓ วัน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาการและการรักษา

๕.๓ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้รับการป้องกันพลัดตกหกล้มทุกราย

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวนิตยา ไชยวงษ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

(วันที่) 27 / 02 / 2561

ผู้ขอประเมิน