ISSN : 2985-170X (Print)
ISSN : 2985-2226 (Online)

สลบ. สธ.

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

JARAS
OSNARC
Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2566
Vol. 1 No. 2 September - December 2023



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee,
Ministry of Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2566 Vol. 1 No. 2 September – December 2023

บทความวิชาการ

- การพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย
- ผลการดำเนินงานคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

บทความวิจัย

- ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
- ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
- ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
- พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชน ในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
เจ้าของ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ISSN : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)
พิมพ์ที่ : บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2566

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาเสพติด
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ผลงานวิจัย บทความวิชาการ หรือกึ่งวิชาการด้านยาเสพติด และเป็นสื่อกลางในการแปลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ

กำหนดออกวารสาร

ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม
ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

ผู้จัดทำและออกแบบปก

กลุ่มส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
88/20 อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 02-590-2422 โทรสาร : 02-590-1863
E-mail : journal.addiction2023@gmail.com
Website : https://ncmc.moph.go.th

พิมพ์ที่ บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ. กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ผศ. อภินันท์ อร่ามรัตน์ หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. มานพ คณะโต ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. รัศมน กัลยาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ผศ. (พิเศษ) สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ศ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ. วไลลักษณ พุ่มพวง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

นายณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางสาวอรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
นางสายสุดา โภชนากรณ์	ข้าราชการบำนาญ
นางกษมา ประไชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง
นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ	เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายชลภัชร ลันสุชีพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายปรีชวิชญ์ พรมจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางเลน
ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2566 Vol. 1 No. 2 September – December 2023

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ประกอบด้วย บทความวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย 2) ผลการดำเนินงานคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด และบทความวิจัย 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 3) ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 4) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร 5) ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2566 Vol. 1 No. 2 September – December 2023

สารบัญ

	หน้า
การพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย **สมชาติ โตรักษา**	1
ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ **เยาวนิตย์ ศิลาพัฒน์**	15
ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ **พนมพร พลเสนา**	24
ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ **ศรีประไพ ชาธรรมา**	31
พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชน ในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร **ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล**	40
ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ **เลยนภา โคตรแสนเมือง**	55
ผลการดำเนินงานคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด **กษมา ประไชโย**	64
ภาคผนวก	72

การพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย
Building Research Capacity for Citizen

สมชาติ โตรักษา*
*ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการติดตามและประเมินวิทยากรหลักสูตรการพัฒนานักวิจัย
โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

บทคัดย่อ

การพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย ด้วยการพัฒนาระบบและกลไกในการดำเนินงานวิจัย ของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่มุ่งมั่นพัฒนาผลงานวิจัย ให้ช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตนอย่างรวดเร็วและมั่นคง ให้ประชาชน ชุมชน และพื้นที่ ที่ดูแลรับผิดชอบ ได้รับประโยชน์ทันที ต่อเนื่อง ตลอดเวลา และตลอดไป จนได้ “ทีมวิจัยแบบบูรณาการเชิงพื้นที่” ที่มีประชาชนมาร่วมมือร่วมใจด้วย แล้วขยายผลให้ทุกคนในทีมเป็นนักวิจัยที่ดีและเก่ง มีผลงานวิจัยตีพิมพ์เป็นนิพนธ์ต้นฉบับในวารสารวิชาการระดับชาติขึ้นไป เพิ่มขึ้นทุกปี ด้วยกลยุทธ์ดาวกระจาย จากชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: นักวิจัย, การพัฒนาอย่างยั่งยืน, วิจัยเชิงพื้นที่, คุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า, การพัฒนาระบบและกลไก.

Abstract

Capacity building for citizen to be researchers with the development of systems and mechanisms for conducting research of agencies/organizations/institutions who want research results to help bringing their progress quickly and steadily, making people, communities and areas of responsibility for higher benefits immediately, continuously, all the time and forever until getting "spatial integrated research team" with local citizen involvement. Then expand the results that everyone in the team is a good, smart, and the better researcher, publishing original articles in academic journals at a national level or higher and is listed in the country's research database, increases every year. Using star expansion strategy from Local Administrative Organization’s community.

Key words: Researchers, SD., Area-based Research: ABR., HOMES.FA., System & Mechanism Development.

ความเป็นมา ความสำคัญ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข

การทำวิจัย ช่วยให้ได้ข้อเท็จจริง และ ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไป/มา ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนา ทั้งคน งาน กระบวนการ ความรู้ วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย การสื่อสาร การเดินทาง การคมนาคม การขนส่ง ฯลฯ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษยชาติ อย่างมากมายมหาศาลตลอดมา และยังคงมีคุณประโยชน์เช่นนี้อีกตลอดไปในอนาคต[1,2,3,4,5] แบบการวิจัย ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างชัดเจน คือ Research and Development: R&D[6,7] ที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อมนุษยชาติ เป็นสิ่งที่ได้มีการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตลอดเวลา สิ่งที่ต้องการมากคือ การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา[8]

ปัญหา (The Problems) ในที่นี้ ขอกล่าวถึง ปัญหาการทำวิจัย ซึ่งหมายถึง ผลการดำเนินงานของ “การทำวิจัย” ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ต้องการ ทั้งในด้านปริมาณที่ทำได้น้อย ความด้อยคุณภาพของการทำวิจัยและผลงานวิจัย ด้านแรงงานและเวลาที่ใช้ “มาก” เกินความจำเป็น ด้านความไม่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงานวิจัยที่ไม่คุ้มกับทรัพยากรและเวลาที่ใช้/ลงทุน ไป ที่เกิดขึ้นและ

หรือได้รับ อย่างต่อเนื่องมา จากอดีตถึงปัจจุบัน และ มีแนวโน้มที่จะยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไปในอนาคต

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (Causes of The Problems) ขอนำหลัก Epidemiology Triage (Triangle) ที่ใช้ในงานระบาดวิทยา มาประยุกต์ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา “การทำวิจัย” คือ

1. จากตัววิจัย (The Research=Host) ที่มีความยุ่งและยาก ต้องใช้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถสูงหลายด้านมาร่วมกันดำเนินงาน ซึ่งมีน้อย หายากการพัฒนามาเพิ่ม/หามาทดแทน ทำได้ยากมาก ใช้เวลานาน, ต้องใช้วิธีการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ทั้งการออกแบบ (Design) การเขียนและเสนอโครงการวิจัย (Proposal) การขอการรับรองจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การเตรียมการและดำเนินงานวิจัย การเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล การนำเสนอข้อมูล รวมถึงการเขียนผลงานวิจัย (Original Article: OA) ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

2. จากสิ่งที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย (The Resources used=Agents) คือ 5Ms ได้แก่ Man, Money, Material, Management, Minute (Time) ที่มีน้อย มีความจำกัดและข้อจำกัดมาก มีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการใช้ ต้องมีเงื่อนไข ขั้นตอนมาก ต้องใช้เวลานาน ไม่เอื้ออำนวยกับการดำเนินงานวิจัย ซึ่งต้องการความรวดเร็วและความสุขของผู้ทำวิจัย สิ่งที่สมควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ Man (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ทำวิจัย) และ Management (การจัดการงานวิจัย) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดระบบและกลไกในการทำวิจัยจากระดับพื้นที่ที่ดำเนินงานวิจัยจนถึงระดับชาติ ภูมิภาค และ โลก

3. จากสิ่งแวดล้อมในขณะที่ดำเนินการวิจัย (The Environments during Researching=Env.) ทั้ง 4 ด้าน คือ กายภาพ (อุณหภูมิ แสง เสียง ฝุ่น ลม ฝน น้ำท่วม-แล้ง), เคมี (สารเคมี สารพิษ), ชีวภาพ (พืช สัตว์ เชื้อโรค ที่มารบกวน), และ สิ่งแวดล้อมด้านสังคม (กฎหมาย กฎ-ระเบียบ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ทัศนคติ) ที่ขัดขวาง/ไม่เอื้อ ต่อการทำ และดำเนินงานวิจัยตาม Time, Place, Person, และ เรื่องที่ทำ

ผลของปัญหา (Results of The Problems)

เกิดผลเสียต่อบุคคล หน่วยงาน องค์การ ชุมชน สังคม ประเทศชาติ และ ต่อโลก คือ ไม่เกิดการพัฒนาและ/หรือ พัฒนาช้า ทั้งคน งาน กระบวนการ ความรู้ วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ฯลฯ ดังที่กล่าวมา เป็นการเสียประโยชน์/โอกาส อย่างมากมายมหาศาล ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่มุ่งมั่นพัฒนาผลงานวิจัย ให้ช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตนอย่างรวดเร็วและมั่นคง ทำให้ประชาชน ชุมชน และพื้นที่ที่ดูแลรับผิดชอบ ได้รับประโยชน์น้อยกว่าที่ควร อย่างต่อเนื่อง มาตลอดเวลา และมีโอกาสที่จะเกิดผลเสียเหล่านี้อีกต่อไปในอนาคต

แนวทางการแก้ไข เน้น ทำอย่างไร (How to solve The Problems?)

ต้องแก้ที่ “สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา” ดังที่ได้กล่าวมา โดยสมควรพิจารณาเป็นพิเศษ ในสิ่งต่อไปนี้

1. Man (ผู้นำและผู้ทำวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้เป็นผู้นำและนักวิจัยที่ดี เก่ง และ สามารถพัฒนาตนเองและทีม ให้เป็น “นักวิจัย” ที่ดีและเก่งยิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ตลอดเวลา

2. Management (การจัดการงานวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้มีระบบและกลไกในการทำวิจัยที่ดี กระทัดรัด มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สามารถพัฒนางานวิจัยทั้งของตน ของบุคลากร/ผู้ปฏิบัติงานของเพื่อนร่วมงาน/ผู้ใต้บังคับบัญชา/ผู้ที่ตนดูแล และ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งประชาชน ให้ดียิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีความสุขทั้งในการทำงานและการทำวิจัย ทั้งของบุคคลและหน่วยงาน

แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหา “การทำวิจัย” สรุปได้ ดังภาพที่ 1[1,9]



ภาพที่ 1 แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหา “การทำวิจัย”
ที่มา สมชาติ โตรักษา. กิจกรรมหลักของการวิจัย[1] หน้า 12

บทความฉบับนี้ มุ่งพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด หลักการ แนวทาง และ วิธีการ ในการดำเนินงาน ให้ประชาชน “ทำวิจัย” เพื่อการพัฒนาชุมชนของตน -► ประโยชน์สุขความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าของตน ครอบครัว และทุกคนในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาประเทศ อย่างรวดเร็ว มั่นคง และ ยั่งยืน ยิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่อง เน้น “ทำอย่างไร? (How to do?)” ที่สามารถทำได้ ในบริบทและข้อจำกัดของไทยในปัจจุบัน สู่การพัฒนาประเทศ อย่างยั่งยืน ดังนี้

1. เริ่มต้น ด้วย “ความรักและความปรารถนาดี (Love)” ใช้ อิทธิบาท 4 โดยมี ฉันทะ ในการทำวิจัย[10]

ใช้เวลา ประมาณ 6-12 เดือน นับตั้งแต่ตั้งใจที่จะ “ทำ” มี 4 กิจกรรมหลัก คือ

1.1 การเตรียมความพร้อมของ “ผู้นำ และทีมงาน” ที่จะพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย

1.2 การจัดทำระบบและกลไก ในการดำเนินงานพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย -► การเป็น “ต้นแบบ (Prototype)” ระดับวิชาการ (Lab-scale) ในชุมชนพื้นที่เล็กๆ ที่สามารถ “ทำ” ให้เห็นและจับต้องได้ไม่ยาก เสนอให้ดำเนินการ ใน อปท. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ที่มีอยู่ 7,850 แห่ง ทั่วประเทศ[11] ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ ในอำเภอ หรือ เขตใน กทม. ตาม พชอ./พชข[12] ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกเขตสุขภาพ (13 เขต) พื้นที่ละ 3-5 ชุมชน ให้เป็น Prototype นำร่อง (Pilot) แล้วขยายผลต่อไปอย่างมั่นคง

1.3 การจัดทำ “รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)”[1,9] ของต้นแบบ (Prototype)” ในพื้นที่เชิงบูรณาการ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของตัวแทนจากพื้นที่นำร่องที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เห็นผลแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมอบหมายให้หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบหลัก ของแต่ละพื้นที่/ เขตสุขภาพ เป็นแกนกลาง ในการดำเนินงานทั้งในเขตสุขภาพตน และ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเขตสุขภาพอื่น ด้วยกระบวนการ Knowledge Management: KM ให้ได้ Working Model เบื้องต้นที่สามารถเป็น Prototype ของการดำเนินงาน พัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย ที่ดี และ มั่นใจได้ว่า จะสามารถต่อยอด/ขยายผล จากระดับตำบล หรือแขวงใน กทม. -► ต้นแบบในระดับอำเภอหรือเขตใน กทม. -► ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ/ภาค เชิงบูรณาการ ได้อย่างสะดวก ไม่ยุ่ง ไม่ยาก และ มีประสิทธิภาพสูง ยิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทุกพื้นที่ของการดำเนินงาน โดยวัดผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน (ปริมาณ คุณภาพ แรงงาน และเวลาที่ใช้ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐศาสตร์) อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามหลักวิชาการ

1.4 การเตรียมนำรูปแบบฯ เบื้องต้น ของการพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย ที่ได้ช่วยกันจัดทำขึ้น (ข้อ 1.3) ไปดำเนินการในพื้นที่จริงของแต่ละเขตสุขภาพ ด้วยกระบวนการวิจัยแบบ Research and Development: R&D สู่เป้าหมาย HOMES.FA[1,9] เป็นองค์รวม ของแต่ละพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 3 วงรอบปีงบประมาณ

ของ R&D ตามระบบและกลไกในการดำเนินงาน ที่ได้จัดทำไว้ (ในกิจกรรม 1.2).

2. การทำให้ “บรรลุเป้าหมาย” ของการพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย ด้วย อิทธิบาท 4 อย่าง ครบวงจร (ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา) และต่อเนื่อง ทั้งในแต่ละกิจกรรม และ จาก 1. (การเริ่มต้น) ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 48 เดือน นับตั้งแต่การกำหนดให้นำรูปแบบฯ เบื้องต้น ที่จัดทำขึ้นไปดำเนินการ มี 2 กิจกรรมหลัก

2.1 การเตรียมการ “ก่อนเก็บข้อมูล” การวิจัยสิ่งสำคัญยิ่ง คือ การได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC)[1,13,14]

2.2 การดำเนินงาน “ทำวิจัย” ตามแผนงาน/โครงการ ที่ได้รับ EC ด้วยการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลเบื้องต้น ศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมแล้วนำมาสรุปผลให้สมบูรณ์มากขึ้น สรุปผลการดำเนินงานทั้งหมด แล้วนำมาสังเคราะห์เป็น “ต้นแบบ (Prototype) ของการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย ที่ได้ผ่านการนำไปดำเนินการจริงในพื้นที่แล้วไม่น้อยกว่า 3 วงรอบปีงบประมาณ ที่จะนำมาดำเนินการต่อๆไป ทั้งในพื้นที่/เขตสุขภาพ ของตน และ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเขตสุขภาพอื่น ด้วยกระบวนการ Knowledge Sharing: KS รวมทั้งการขยายผลและการต่อยอดการดำเนินงานต่อไป -► เป้าหมาย คือ ได้ต้นแบบ (Prototype) ของการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย ที่น่าเชื่อถือ ดังนั้น ถ้าได้ตีพิมพ์เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article: OA) ใน Academic Journal ระดับชาติขึ้นไป จะดีมาก

3. การ “ทำนุบำรุงรักษา” ต้นแบบ (Prototype) ฯ ที่ได้ทำและได้รับจากการดำเนินงานนี้ ตั้งแต่การเริ่มต้นจนได้ Prototype ที่ได้ผ่านการดำเนินการจริงแล้ว มี 2 กิจกรรมหลัก คือ

3.1 การถอดบทเรียน “การดำเนินงาน” ให้เป็น Documents อย่างครบถ้วน ทุกด้าน/ประเด็น

3.2 การนำผลการถอดบทเรียนมาใช้ประโยชน์ตาม Principle of Utilizing อย่างคุ้มค่ามากที่สุด และยิ่งๆขึ้น ในการดำเนินงานของหน่วยงาน องค์การ และสถาบัน ที่ได้ทำและเกี่ยวข้อง ให้ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งการต่อยอด-ขยายผล อย่างครอบคลุมทุกด้าน/ทุกประเด็น ของ Prototype นั้น อย่างต่อเนื่อง. ใช้เวลาในข้อ 3. นี้ ไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับตั้งแต่การได้ Prototype ของการดำเนินงานฯ แล้ว

4. การ “ขยายผล” การดำเนินงาน ทั้งในเชิงกว้าง คือ มีความครอบคลุมมากขึ้น และ ในเชิงลึก คือ มีความละเอียดลึกซึ้งด้านวิชาการมากขึ้น ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 24 เดือน นับตั้งแต่การถอดบทเรียนฯ ของทีมงาน แต่สามารถทำได้ก่อนหน้านี้ มี 3 กิจกรรมหลัก คือ

4.1 การจัดทำและพัฒนา “เครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่” ทั้งของตนเอง และ หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ให้กว้างขวางมากยิ่งๆขึ้น ตลอดเวลา ทั้งเชิงกว้าง และ เชิงลึก

4.2 การจัดทำและพัฒนาเครือข่ายฯ ในการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย ให้ครอบคลุม ประชาชนในพื้นที่ ด้วยการดำเนินงานเชิงบูรณาการจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ใน “ชุมชน” ของประชาชนผู้เป็นผู้วิจัยเอง -> หมู่บ้าน -> ตำบล/แขวง -> อำเภอ/เขต (กทม.) -> จังหวัด/กทม. -> เขตสุขภาพ และ ภาค ตามลำดับ ให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งๆขึ้น รวมทั้งการขยายผล/ต่อยอด การพัฒนา ให้ครอบคลุมครบถ้วน และ ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ มากขึ้น

4.3 การพัฒนาและจัดทำ Prototype นี้สู่การเป็น “ต้นแบบของประเทศไทย” และ “ต้นแบบของนานาประเทศ” เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา และ ตลอดไป

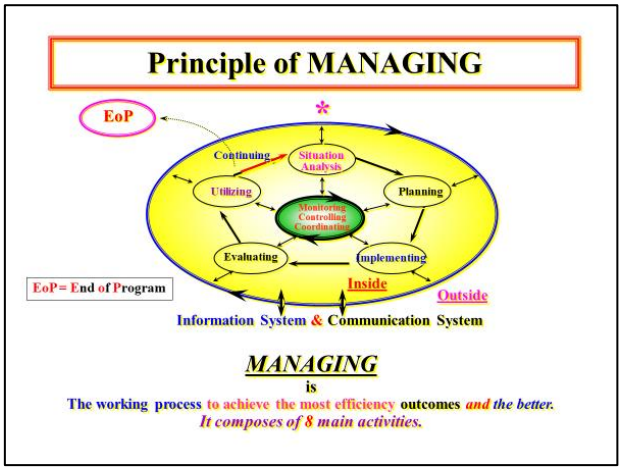
5. การทำให้การดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย เกิดความยั่งยืน คือ มีประชาชนเป็นนักวิจัยแนวหน้า ที่ดีและเก่ง มีผลงานวิจัยตีพิมพ์เป็นนิพนธ์ต้นฉบับในวารสารวิชาการระดับประเทศขึ้นไป และมีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผลงานวิจัยของประเทศ เพิ่มขึ้นทุกปี ก่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อมนุษยชาติ อย่างต่อเนื่องเป็นปกติธรรมดา/ธรรมชาติ ของประชาชนในแต่ละชุมชน โดยไม่ต้องกระตุ้นให้ทำวิจัย ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี นับตั้งแต่ การได้ต้นแบบฯ ตามข้อ 4.3 แล้ว กิจกรรมหลักที่ “ทำ” มีดังนี้

5.1 พัฒนาและจัดทำ Prototype ของการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย จากข้อ 4.3 อย่างต่อเนื่อง ให้ดี มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จนสามารถเป็นฐานรากและแกนกลาง (Core/Backbone) ของการพัฒนาการทำวิจัยของประชาชนในแต่ละชุมชน โดยสามารถ “ทำวิจัย” ได้ทันทีที่ต้องการ

สำเร็จอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง และ ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างมั่นใจ

5.2 พัฒนาและจัดทำเป็น “ศูนย์เรียนรู้ (Learning center)” ในการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย ของตำบล/แขวง, อำเภอ/เขต (ใน กทม.), จังหวัด/กรุงเทพมหานคร, เขตสุขภาพ, และ ภาค ที่ดี มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง โดยนำแนวทาง หลักการ และวิธีการ ของศูนย์ศึกษาการพัฒนาตามพระราชดำริ ของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร มาประยุกต์ มุ่งให้ประชาชนไทยแต่ละคน สามารถมาเรียนรู้ “การทำวิจัย” ได้ตลอดเวลา แล้วสามารถนำไป “ทำ” ได้ทันทีที่ต้องการทำ หรือ ถูกสั่ง ให้สำเร็จอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพสูง สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

กิจกรรมหลักในการดำเนินงาน 13 กิจกรรม ใน 5 ข้อ (ช่วงเวลา) ที่กล่าวมานี้ แต่ละกิจกรรมยังสามารถจำแนกเป็นกิจกรรมย่อยได้อีกมากมาย การดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม/กิจกรรมย่อย ที่ทำนั้น ใช้หลักการจัดการ (Principle of MANAGING)[1,9] ดังภาพที่ 2 อย่างต่อเนื่อง ของกิจกรรม/กิจกรรมย่อย เหล่านั้น ทั้งกิจกรรมที่ทำภายในงาน/หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน และ กิจกรรมที่ทำภายนอกงาน/หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน อย่างกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน ไร้รอยต่อ



ภาพที่ 2 หลักการจัดการ (Principle of MANAGING) ในการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม/กิจกรรมย่อย เพื่อการพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย อย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน

กิจกรรม แนวทาง กลยุทธ์ และวิธีการ ในการดำเนินงานพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย

เริ่มจาก “ผู้นำ” ที่มีใจ ในการดำเนินงาน ให้ประชาชน “อยู่ดีกินดี” มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ในแต่ละชุมชน มารวมทีมกัน “ทำกิจกรรม” เพื่อการพัฒนาชุมชน (บ้าน) ของตน -► ประโยชน์สุข ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และการมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าของทุกคนในชุมชนนั้น นำไปสู่การพัฒนาประเทศ อย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน ยิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ “การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน ให้เป็นเศรษฐกิจฐานราก” ของประเทศไทย ตามแนวทางของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือ พอช.15 ได้เป็น “ทีมวิจัยแบบบูรณาการเชิงพื้นที่” ที่มีประชาชนในชุมชนนั้นมาร่วมเป็นผู้วิจัยด้วย มี 4 กิจกรรม คือ

1. การเริ่มต้น จาก “การถอดบทเรียน (Lesion-learned)” ของผู้นำและทีมงาน ในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนของตน กิจกรรมนี้ สามารถทำได้ทันที นับตั้งแต่คิด และ ตั้งใจ ที่จะ “ทำ” ด้วยการคัดเลือก “ผลงาน” ที่ได้ทำมาแล้วนานกว่า 3 ปี มา “ถอดบทเรียน” ให้เป็นผลงานเชิงวิจัย ด้วยการ “เขียน/เรียบเรียง” เป็นผลงานเพื่อนำเสนอแบบ Oral presentation บนเวทีวิชาการ และ พัฒนาให้เป็น Original Article: OA ที่สามารถลงตีพิมพ์ใน Academic Journal ระดับชาติขึ้นไป ได้อย่างภาคภูมิใจ มากกว่า 2 เรื่อง อย่างต่อเนื่อง เสนอให้คัดเลือกผลงานที่มีลักษณะของ R2R แท้และดี[9,16] อย่างครบถ้วน โดยทีมงานที่ทำมีประชาชนในชุมชน บุคลากรของส่วนราชการที่รับผิดชอบ สถาบันวิชาการ และ อปท. (อบต./เทศบาล/กทม./อบจ.) รวมอยู่ด้วย กิจกรรมนี้ จะช่วยแสดงให้ผู้นำและทีมงาน

ได้เห็น/เรียนรู้ ว่า การดำเนินงานวิจัยและพัฒนา (R&D) ในชุมชน ทำอย่างไร? ที่ไม่ยุ่ง-ไม่ยาก “ทุกคนที่มีใจ” ต้องการ/อยาก ทำ สามารถทำได้ และ ทีมงานที่ทำทุกคนจะสามารถมีผลงานวิจัย เป็นการเรียนลัด เข้าสู่การเป็น “นักวิจัย”ที่จับต้องได้ง่าย/สะดวก

2. ทีมงาน ร่วมมือร่วมใจกัน ขออนุมัติผู้บังคับบัญชาของราชการที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่ตามกฎหมาย (ราชการส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม, หรือราชการส่วนภูมิภาค ได้แก่ จังหวัด, หรือราชการส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อปท.) ในการดำเนินงานพัฒนา “ผลงานดีๆ” ที่ได้ร่วมมือร่วมใจกันทำมานานกว่า 3 ปี แล้วนั้น ให้เป็นผลงานวิจัย และพัฒนา -► การเป็น “ต้นแบบ (Prototype)” ระดับวิชาการ (Lab-scale) หรือระดับพื้นที่เล็กๆ ที่คนในชุมชนนั้นสามารถเห็น และจับต้องได้ เสนอให้ดำเนินการ ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบของ อปท. (อบต. หรือเทศบาล หรือ เขต ใน กทม.) ที่มีความพร้อมมาก มีศักยภาพสูง และ เต็มใจที่จะสนับสนุนการ “ทำ” เรื่องนี้ อย่างต่อเนื่อง ต่อไปไม่น้อยกว่า 36 เดือน (3 ปี).

3. จัดทำ “โครงร่างวิจัย เพื่อขอ EC (Ethical Certificate)” ก่อนดำเนินการ “เก็บข้อมูลการวิจัย” เพื่อพิทักษ์สิทธิมนุษยชน (Human Right) ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เสียสละมาเข้าร่วมการวิจัย เน้นการช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย “มีความสุข ได้ผลงานที่ดี มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง” ยิ่งๆขึ้น ตลอดเวลา นำไปสู่ประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่ เป็น “วิจัยเชิงบูรณาการ” ด้วยความร่วมมือร่วมใจของ 4 ภาคส่วน (รัฐ เอกชน NGOs ประชาชน) โดยประชาชนเป็นหลักในการดูแลรับผิดชอบ และ เป็นแกนกลางในการดำเนินงานพัฒนา ขยายผล-ต่อยอด และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น ด้วยกระบวนการ KM ให้ได้ Working Model ที่ดี ที่มั่นใจว่า สามารถนำไปพัฒนา/ขยายผลเป็นต้นแบบในระดับพื้นที่ใหญ่ขึ้นจนถึงระดับชาติได้อย่างสะดวก ไม่ยุ่ง ไม่ยาก และ มีประสิทธิภาพสูงอย่างต่อเนื่อง ในทุกพื้นที่ ของการดำเนินงาน.

4. ดำเนินการ ตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับ EC เน้นการพัฒนา “ประชาชน” ให้เป็นนักวิจัย ที่แต่ละพื้นที่จัดทำขึ้น สู่เป้าหมายร่วม คือ HOMES.FA ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ เขตฯละ 3-5 พื้นที่ ใช้กลยุทธ์ และ วิธีการในการพัฒนาแบบดาวกระจาย: Star Expansion (ครู ก. ในระดับเขตฯ -► ครู ข. ในระดับจังหวัด/กทม. -► ครู ค. ในระดับอำเภอ/เขต) จนได้ผลงานที่ “ประชาชน” เป็นผู้ทำวิจัย เพื่อพัฒนาชุมชนตน ครอบคลุม ทุกอำเภอ (ในจังหวัด) และ ทุกเขต (ใน กทม.) ทั้งจาก Top down และ Bottom-Up.

ขอนำ ร่าง การเขียน Research Proposal การพัฒนางานตามภารกิจเชิงบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อขอ EC (ตามข้อ 3.) มาเป็นแนวทางการจัดทำ “โครงร่างวิจัยฯ เพื่อขอ EC” ของแต่ละหน่วยงาน ด้วยความร่วมมือร่วมใจของ “ทีมวิจัย” ที่มีประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของทีม ที่มั่นใจว่า สามารถนำไปพัฒนา/ประยุกต์/ใช้ เป็นต้นแบบให้แต่ละหน่วยงาน ได้อย่างสะดวก ไม่ยุ่ง ไม่ยาก และ มีประสิทธิภาพสูง ดังนี้

<u>โครงร่างวิจัยเรื่องการพัฒนางานตามภารกิจเชิงบูรณาการอย่างต่อเนื่องหน่วยงาน...</u> ตัวเลขอ้างอิง “[1]”<u>ไม่มี</u>วงเล็บ

หลักการและเหตุผล (ความหมาย, ความเป็นมา ความสำคัญ, ปัญหา การแก้ไข จากอดีต-►ปัจจุบัน-►อนาคต)

งานตามภารกิจ คือ ... ... [1] เป็นงานที่สำคัญของทุกหน่วยงานและทุกตำแหน่ง เนื่องจาก ... ... ปัญหาที่พบ คือ ... ...[2] ... ...[3] ... ...[4] ... ...[5]

หน่วยงาน... มีภารกิจที่กำหนดไว้ใน....(กฎหมาย/ทะเบียน)... <u>และ</u>ที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบัน[6] คือ

1. ....

2. ....

โดยกำหนดหน่วยงานย่อยในความดูแล/กำกับ/บังคับบัญชา ตามโครงสร้างองค์การ (Organization Structure) ของหน่วยงาน... ในการดำเนินงานตามภารกิจ อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีโครงสร้างฯในปัจจุบัน[7] คือ

Organization Structure ของหน่วยงาน...

คณะผู้บริหารและทีมงานของหน่วยงาน... ได้มุ่งดำเนินงานและพัฒนางานตามภารกิจที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องมานานกว่า ... ปี ตามนโยบายของ ...[7] แต่**ผล**การดำเนินงาน ที่ผ่านมา ยังไม่ดีเท่าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องคาดหวัง

กล่าวคือ ... ... [8] ... ... [9] ... ... [10] ... ... [11] สาเหตสำคัญ ที่เป็นจุดร่วมของปัญหา คือ ขาดระบบ กลไก และวิธีการในการดำเนินงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสูง, ขาดความร่วมมือร่วมใจกันอย่างจริงจัง ต่างคนต่างทำ, และขาดความต่อเนื่อง [12,13]

คณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน... ได้ตั้งเป้าหมาย ... ... [14] ภายในปี ... ด้วยการบูรณาการการดำเนินงานจากทุกหน่วยงานย่อย และ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง[15] และ การบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Administration)[16] มาประยุกต์อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท ศักยภาพ และข้อจำกัด ของแต่ละงาน/หน่วยงาน ในแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินงาน สามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง สู่ความยั่งยืน อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการพัฒนาประชาชนให้เป็นนักวิจัย ในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนของตน -►ประโยชน์สุข ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า ของทุกคนในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาประเทศ อย่างรวดเร็ว มั่นคง และ ยั่งยืน ยิ่งๆขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ “การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน ให้เป็นเศรษฐกิจฐานราก” ของประเทศไทย ให้ประชาชน “อยู่ดีกินดี” มากขึ้น นำไปสู่ประโยชน์สุขของประชาชนไทย แล้วขยายผล/ต่อยอด/พัฒนา เป็น “ต้นแบบ (Prototype)” ของประเทศไทย

คณะผู้วิจัยจึงตั้งใจที่จะพัฒนางาน ตามภารกิจของหน่วยงาน... ให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งๆขึ้น ด้วยแนวคิด หลักการ และ วิธีการ ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่การวิจัย (R2R=Routine to Research)[17] และ R&D for CSWI (Research and Development for Continuous and Sustainable Working Improvement[18] ที่มีการพิสูจน์แล้วว่า สามารถนำมาประยุกต์ในการพัฒนางานต่างๆ ของสถานบริการด้านสุขภาพทั้งหลายได้ โดยใช้วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ใช้งบประมาณไม่มาก สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของแต่ละหน่วยงานที่มีข้อจำกัดมากด้านเวลาและทรัพยากร[19] สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานวิจัยสู่นวัตกรรม (R&D, D&D, Innovation)[20] และการขยายผลจากหิ้งสู่ห้าง ที่ วช. คบอช. และ สนช. ให้การสนับสนุนส่งเสริม ในการนำมาประยุกต์สำหรับการพัฒนางานสำคัญของชาติ ด้วยการทำวิจัยเชิงบูรณาการ ที่สอดคล้องกับนโยบายการบริหาร พัฒนา และแก้ปัญหาของประเทศ ตามบริบทของหน่วยงาน... กระทรวง... ที่เป็นเจ้าภาพหลัก ในการดูแล...ประชาชน [21]

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Frame Work: CFW of Research)

Research CFW

นิยามปฏิบัติการ (Operation Definitions) *ตามชื่อเรื่องและ วัตถุประสงค์

I. การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่การวิจัย คือ การนำ กระบวนการวิจัย (Research Methodology) มาใช้ในการพัฒนา “งาน” ตามภารกิจหลัก ของบุคคล/หน่วยงาน/องค์การ อย่างต่อเนื่อง สู่ความเจริญก้าวหน้าของงานหน่วยงานและองค์การ อย่างมั่นคงสู่ความยั่งยืนของชาติและของคนทั้งโลก[22] เป็นกลุ่มกิจกรรมเชิงบูรณาการ ในการดำเนินงานให้งานตามภารกิจหลักทั้งหลาย ดียิ่งๆขึ้น อย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน ด้วยกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย:

1. ตัวงาน (The Task) ที่ต้องการพัฒนา
2. ผู้ปฏิบัติงาน (The Actors) ทีมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง
3. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ทั้ง 5Ms (Man, Money, Material, Management/Method, Minute)
4. วิธีการ (Method) และ เวลา (Time) ที่ใช้ในการดำเนินงาน ทั้งจำนวนและกำหนดเวลา ทั้งในแต่ละครั้ง และในแต่ละช่วงเวลา (วัน สัปดาห์ เดือน ไตรมาศ ปี ฯลฯ) ของแต่ละกิจกรรม/กลุ่มกิจกรรม
5. สิ่งแวดล้อม (Env.) ขณะที่ปฏิบัติงานแต่ละครั้งในแต่ละช่วงเวลา ทั้งกายภาพ เคมี ชีวะ และ สังคม
6. การวัดผลการดำเนินงาน ประกอบด้วยตัวชี้วัด (Indicators) เครื่องมือวัด (Instruments) ผู้วัด (Measurementors) วิธีการในการวัด (Methods of Measurement) การแปลผลการวัด (Interpretation) การควบคุมคุณภาพการวัด (Quality Control of Measurement) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

7. การดำเนินงาน ตามหลัก Research Methodology ให้ได้ข้อมูลและผลการดำเนินงานที่น่าเชื่อถือ

II. รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)[23] ของการพัฒนางานตามภารกิจ คือ "ทั้งหมด" ของสิ่งที่ใช้ในการดำเนินงาน ของงานตามภารกิจที่ต้องการพัฒนา ในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการดำเนินงานในช่วงเวลานั้น เป็นสิ่งที่ใช้เป็น Intervention (สิ่งที่ใช้ในการทดลอง/ดำเนินการ) ในการพัฒนางานฯ มี 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ หลักการของรูปแบบฯ, โครงสร้างของรูปแบบฯ, และ วิธีการในการนำรูปแบบฯนั้นไปปฏิบัติหรือนำไปดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สู่ความยั่งยืนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและสูงยิ่งๆขึ้น ตลอดเวลา

III. งานตามภารกิจของหน่วยงาน... คือ การ ... ... เพื่อให้ประชาชนในการดูแลของหน่วยงาน... มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 5 ด้าน (สุขภาพ อาชีพ คุณธรรม จริยธรรม การศึกษา และ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน) ครอบคลุมทั้งมิติของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน [24] เป็นงานที่บุคลากรแต่ละคนของหน่วยงาน... ปฏิบัติทุกวัน (งานประจำ)และต้องสรุป/รายงาน ผลการดำเนินงาน ทุกเดือนเป็นอย่างน้อย จำแนกเป็น ... กลุ่มงาน ตามโครงสร้างองค์การของหน่วยงาน... คือ

1. กลุ่มงานบริการ อย่างครบวงจรที่สมบูรณ์ในแต่ละงานตามภารกิจของหน่วยงาน...

2. กลุ่มงานสนับสนุนทรัพยากร 5Ms ให้กับงานบริการ ของหน่วยงาน... (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)

3. กลุ่มงานพัฒนางานบริการ หน่วยงาน และวิชาการ ของหน่วยงาน...

4. กลุ่มงานบริหารจัดการหน่วยงาน งาน วิชาการ และ หน่วยงานอื่น (ที่เป็นทางการ) ในแต่ละช่วงเวลา

5. กลุ่มงานอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ในโครงสร้างและภารกิจองค์การ ของหน่วยงาน...

แต่ละกลุ่มงาน ประกอบด้วย ตัวระบบ ในแต่ละช่วงเวลาตลอดปีงบประมาณ (งป.), การจัดระบบและกลไกขององค์การ.../หน่วยงาน... ในแต่ละช่วงเวลานั้น , การขับเคลื่อนอย่างครบวงจร ตั้งแต่เริ่มต้น จนเสร็จสิ้นการดำเนินงาน เชิงบูรณาการ อย่างต่อเนื่อง ในช่วงเวลานั้นแล้วเชื่อมต่อไปยังช่วงเวลาต่อไป อย่างไร้รอยต่อ ทั้งด้านงานและหน่วยงาน ทั้งบุคลากรของหน่วยงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง/เกี่ยวเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ ในงานตามภารกิจของหน่วยงาน... ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่าง ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบฯใหม่ ที่พัฒนาขึ้น มาดำเนินการ จำแนกเป็นรายปีงบประมาณ

วัสดุและวิธีการ

เป็นวิจัยและพัฒนา (R&D) [25] **สิ่ง**ที่ใช้ในการทดลอง (Experimental Intervention) คือ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น นำไปทดลองที่หน่วยงาน... ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 256... ถึง 30 กันยายน 256... ตามแผน ... ... โดยมีการติดตาม ประเมิน และ ปรับปรุง เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ช่วงเวลา (Phase) ในการดำเนินงานวิจัย

จำแนกเป็น 2 Phases หลัก ได้แก่ Phase 1. การพัฒนาต้นแบบ และ Phase 2. การนำต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการทดลองในพื้นที่จริง ดังนี้:-

Phase 1. เป็นช่วงเวลาของการพัฒนาต้นแบบ (Prototype) เบื้องต้น ของรูปแบบฯ ของหน่วยงาน... ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ มี 7 ขั้นตอน/กลุ่มกิจกรรม ย่อย คือ

1. การกำหนดลักษณะสำคัญของต้นแบบ (Prototype) ของ หน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา โดยจัดทำระบบงานบริการผู้มารับบริการตามภารกิจหลักที่หน่วยงานของผู้ต้องการพัฒนาในแต่ละครั้ง อย่างสมบูรณ์ครบวงจร (Complete cycle) ตั้งแต่เริ่มต้นงานบริการนั้นจนเสร็จสิ้น ตามหลักวิชาการและตามสิ่งที่ปฏิบัติจริง ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ โดยศึกษาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยงาน... นั้น ที่มาจากทุกเขตสุขภาพ และ ศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน จากการปฏิบัติที่ดี (Good practices) และ ผลงานวิชาการ/วิจัย ทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสรุปเป็นระบบงานบริการเบื้องต้น (Initial Service System) เพื่อการประยุกต์ในพื้นที่ทดลอง ด้วย SOAR technique [26] นำไปสู่การกำหนดประเด็นหลักของรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา

ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้ง 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ หลักการของรูปแบบ, โครงสร้างของรูปแบบ, และวิธีการในการนำรูปแบบฯ นี้ ไปปฏิบัติ/ดำเนินการอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน ที่ครบถ้วน ชัดเจน ตามหลักวิชาการ

2. การถอดบทเรียน (Lesson-learned) [27] การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การแก้ปัญหาและผลการแก้ปัญหา การพัฒนาและผลการพัฒนาในหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในช่วงเวลาที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 3 ปีงบประมาณติดต่อกัน ให้ได้ข้อมูลสำคัญ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3. การจัดทำผลการดำเนินงานของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ในช่วงเวลาที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่องตามข้อ 2. ให้เป็นผลงานวิชาการและดำเนินการให้ได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะ

4. การจัดทำรูปแบบการดำเนินงานเดิม ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างชัดเจนและครบถ้วน ทั้ง 3 องค์ประกอบสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการทดลอง ใน Phase 2.

5. การสังเคราะห์ (Synthesizing) ต้นแบบของ “รูปแบบการดำเนินงาน” ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนาด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อเป็นสิ่งที่จะนำไปใช้ในการทดลอง (Experimental Intervention) ใน Phase 2.

6. สรุปต้นแบบ (Prototype) เบื้องต้นที่พัฒนาขึ้น ให้ชัดเจน เอื้อต่อการนำไปดำเนินงานใน Phase 2.

7. การเตรียมการ (Preparing) ในการนำต้นแบบและรูปแบบฯที่สังเคราะห์ขึ้น ไปดำเนินการ

Phase 2. เป็นการนำต้นแบบและรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการในพื้นที่จริง เพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมที่ดีและมีประสิทธิภาพ ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างครบถ้วน รอบด้าน ครบวงจร รวมไม่น้อยกว่า 3 วงรอบ ปี งป.

มี 3 ขั้นตอน ในภาพรวมของการทดลอง ใน “แต่ละงาน” ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ คือ

1. ก่อนการทดลอง (Pre-Experiment) เป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากขั้นตอนย่อยที่ 5. – 7. ของ Phase 1.

2. ขณะทดลอง (Experimenting) ด้วยการนำต้นแบบและรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการโดยมีการติดตาม ประเมิน ทบทวน ผลการดำเนินและ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นระยะๆ แล้วนำผลที่ได้ มาปรับปรุงระบบงาน/วิธีการ กระบวนงาน และ

วิธีปฏิบัติ ในการดำเนินงาน ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งๆขึ้น ในช่วงเวลาต่อๆมา จนครบถ้วนตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้

3. หลังการทดลอง โดยการนำข้อมูลทั้งหลายที่ได้จากการดำเนินงาน ของทั้ง 3 ขั้นตอน มารวบรวม วิเคราะห์ แปลผล สรุป และ จัดทำรายงาน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทั้งในภาพรวม และในแต่ละปีงบประมาณ

ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง

Phase 1.

ประชากร คือ การดำเนินงานบริการของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 รวม ... ครั้ง ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Phase 2.

ประชากร คือ การดำเนินงานบริการของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2570 รวม ... ครั้ง (ประมาณการจากข้อมูล 3 ปีล่าสุด) ใช้ประชากรทั้งหมด (Census) เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการดำเนินงานวิจัยและผลการวิจัย

Phase 1.

มี 5 ชิ้น คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลลักษณะพื้นฐานของพื้นที่วิจัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านๆมา

2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของงานและการดำเนินงาน ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา

ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566 ที่ดำเนินการ

3. รายงานผลการดำเนินงาน ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งรายงานประจำเดือนและรายงานประจำปี ในช่วง 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2566

4. แบบบันทึกการประชุมและผลการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ของงาน ... และหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา รวมทั้งข้อสังเกตในประเด็น การปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงาน, สิ่งที่มีผลต่อการดำเนินงาน การปรับปรุงการปฏิบัติงานและการพัฒนา, ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม, เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน การปรับปรุงพัฒนางานและการเปลี่ยนแปลง, และ ข่าว รูปถ่าย และ เหตุการณ์ทั้งที่เกี่ยวข้องและเกี่ยวเนื่อง

5. แบบสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก/สำคัญ ในการดำเนินงานของงานที่ต้องการพัฒนา

Phase 2.

มี 11 ชิ้น คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลลักษณะพื้นฐานของพื้นที่วิจัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2570 ที่ดำเนินการวิจัย

2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของงานและการดำเนินงาน ของงานและหน่วยงาน ที่ต้องการพัฒนา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย พร้อมเหตุผล/คำอธิบาย

3. แบบบันทึกการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงาน ของงานและหน่วยงาน ที่ต้องการพัฒนา

4. แบบสังเกตการปฏิบัติงาน ของงานและหน่วยงานที่ต้องการพัฒนา และ สิ่งที่มีผลต่อการดำเนินงาน ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ พร้อมคำอธิบาย

5. แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของงาน และหน่วยงาน ที่ต้องการพัฒนา

6. แบบบันทึกการประชุม ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับงานและหน่วยงานที่ต้องการพัฒนา

7. รายงานการประชุม ของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่ต้องการพัฒนา

8. รายงานประจำเดือนและรายงานประจำปี ของหน่วยงาน... และ ของหน่วยงานผู้ดูแลในช่วงเวลาที่ดำเนินการใน Phase 2.

9. แบบบันทึกเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและการพัฒนางาน ที่ต้องการพัฒนา

10. แบบสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ของงานและหน่วยงานที่ต้องการพัฒนา

11. กล้องถ่ายรูป/วีดีโอ พร้อมการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาพ/วีดีโอ ที่ถ่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบ/ระบบงาน/วิธีการ ในการดำเนินงาน ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนาด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ที่ได้ดำเนินการจริงในพื้นที่แล้ว รวมเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ทั้งในภาพรวม และในแต่ละงาน

2. ได้รูปแบบ/ระบบงาน/วิธีการ ใหม่ ของการดำเนินงานในการพัฒนางาน ของบุคลากรหน่วยงาน... ที่ผ่านการนำไปใช้ในพื้นที่จริงแล้วรวมเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี

3. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง รวมไม่น้อยกว่า 3 ปี

4. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ในการพัฒนาหน่วยงาน... อย่างต่อเนื่อง

5. ได้ความรู้จากการปฏิบัติจริง ที่เกี่ยวข้องกับงาน การพัฒนางาน/หน่วยงาน... ทั้งในด้านการวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัด การสร้างเครื่องมือวัดและการวัดผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาพรวม และในแต่ละงานที่ต้องการพัฒนา

6. ได้ความคิดสร้างสรรค์และประสบการณ์จริงในการพัฒนางาน/หน่วยงาน ที่ดูแล ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

7. ได้ประสบการณ์ การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานในพื้นที่จริง

สิ่งเหล่านี้ สามารถนำไปใช้เป็นบทเรียน/ตัวอย่างของการพัฒนางานที่ดูแลรับผิดชอบ (ของแต่ละ

คน/หน่วยงาน) โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินงาน ในการพัฒนาบุคลากรและงานทั้งหลายของหน่วยงาน... ได้อย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม จับต้องได้ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของงานทั้งหลายของหน่วยงาน... และกระทรวง.../กรม... ยิ่งๆขึ้น

8. ได้ผลงานวิชาการเพื่อการแก้ปัญหาของหน่วยงาน... อย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานในพื้นที่จริง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวม ... ฉบับ คือ

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานตามภารกิจ รวม ... ฉบับ

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานตามภารกิจสู่การวิจัย รวม ... ฉบับ

3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานและการพัฒนางาน... รวม ... ฉบับ

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของงานและ การพัฒนางาน สู่การวิจัย รวม ... ฉบับ

5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยที่จะนำมาใช้ในการทำวิจัย/พัฒนา รวม ... ฉบับ

ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และ แผนการดำเนินงานวิจัย (จากเดือนกันยายน พ.ศ.2566).

รวม ~56 เดือน เริ่มตั้งแต่ สิงหาคม 2567 ถึง มีนาคม 2571 (พร้อม Gantt chart แสดงแผน/กิจกรรมการดำเนินงาน) คือ

ที่	กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาที่ดำเนินงาน (ไตรมาศ = 3 เดือน/ช่อง) ในแต่ละปีงบประมาณ																	
		ก่อนทำ Exp. (งป.2567)				ปี งป.ที่ทำ Exp. 1 (งป.2568)				ปี งป.ที่ทำ Exp. 2 (งป.2569)				ปี งป.ที่ทำ Exp. 3 (งป.25670)				หลังทำ Exp. (งป.2571)	
1	จัดทำโครงร่างวิจัย																		
2	ขอจริยธรรมการวิจัย (EC)																		
3	เตรียมการก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย																		
4	ดำเนินการเก็บข้อมูลใน Phase 1. หลังได้รับ EC แล้ว																		
5 - 12	รวบรวมข้อมูล ทำความสะอาดและวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการทดลองใน Phase 2.																		
13 - 22	รวบรวม สรุป วิเคราะห์ แปลความ สังเคราะห์ข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง เขียนรายงาน ผลการวิจัย ฉบับสมบูรณ์																		
23	นำเสนอ/เผยแพร่ ผลการวิจัย																		
24	เขียน Original Article เผยแพร่ผลการวิจัยในวารสาร																		
25	นำผลการวิจัย ทั้งหลาย ไปใช้ประโยชน์																		

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย (เน้น KM คือ การประชุม/อบรม เพื่อดำเนินการวิจัย/เผยแพร่/ขยายผล/แลกเปลี่ยนเรียนรู้/พัฒนาเครือข่าย) เป็นงบประมาณที่มีอยู่ตามแผนงาน/โครงการ ของหน่วยงาน... / ส่วนราชการ นำมาบูรณาการ แล้วจำแนกเป็น หมวดค่าตอบแทน ... บาท หมวดค่าใช้สอย ... บาท หมวดค่าสาธารณูปโภค ... บาท และ หมวดค่าใช้จ่ายอื่น ... บาท ตามระเบียบของทางราชการ/ส่วนราชการ

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

1. .... หัวหน้าโครงการ เป็นหัวหน้าชุดโครงการ **(Program Director)** นี้

ตำแหน่ง หน.งาน... หน่วยงาน... สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... email: .....

วุฒิการศึกษา ....

2. .... รองหัวหน้าโครงการ คนที่ 1 เป็น หน.ชุดโครงการย่อยที่1 (Sub-Program Director1)

ตำแหน่ง หน.งาน... หน่วยงาน... สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... email: .....

วุฒิการศึกษา ....

3. .... รองหัวหน้าโครงการ คนที่ 2 เป็น หน.ชุดโครงการย่อยที่2 (Sub-Program Director2)

ตำแหน่ง หน.งาน... หน่วยงาน... สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... email: .....

วุฒิการศึกษา ....

4. .... ผู้ร่วมโครงการ/ผู้วิจัย

ตำแหน่ง หน.งาน... หน่วยงาน... สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... email: .....

วุฒิการศึกษา ....

[แต่ละคน สามารถเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (Project Director) ย่อยๆแต่ละเรื่องได้ด้วย]

5. – 30+. .... ผู้ร่วมโครงการ/ผู้วิจัย (ตามที่ทำจริง รวมประชาชนในพื้นที่ด้วย)

ผู้แทนหัวหน้าส่วนราชการ/หน่วยงาน/รัฐวิสาหกิจ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ที่เป็นผู้มารับบริการจากหน่วยงาน... และบุคลากรในสังกัดทุกคน รวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชน, ภาค NGOs, และ ภาคประชาชน ต่างๆ สามารถเป็นผู้ร่วมโครงการ/ผู้วิจัย โดยแนบข้อมูลบุคคล สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ .... โทรสาร ..... email: .... (แต่ละบุคคลของแต่ละหน่วยงาน) มาในเอกสารแนบการขอมาเป็นผู้ร่วมโครงการ/ผู้วิจัย โดยมีวุฒิการศึกษา ของแต่ละบุคคลด้วย เช่น: ผู้แทนสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้แทนกระทรวงแต่ละกระทรวง/ส่วนราชการในสังกัด เช่น กระทรวงสาธารณสุข/ส่วนราชการในสังกัด ผู้แทนมหาวิทยาลัยต่างๆและส่วนงานในสังกัดของมหาวิทยาลัยนั้น ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนหน่วยงานศูนย์ฯ/ทั่วไป/หน่วยงานชุมชน/สำนักงานเขต กทม. ผู้แทนสำนักงานจังหวัด ผู้แทน อปท. ผู้แทนหน่วยงานภาคเอกชน/NGOs/ภาคประชาชน ผู้แทน องค์การในกำกับของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ เป็นต้น โดยให้หัวหน้าชุดโครงการ (Program Director) นี้ ให้การรับรองตามหลัก/มาตรฐาน ทางวิชาการ (เสนอให้แต่ละทีมงาน/ทีมวิจัย มีสมาชิกทีมไม่น้อยกว่า 5 หน่วยงาน จาก 4 ภาคส่วน) ที่ดำเนินงานในพื้นที่ โดยให้งานบริการและผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน.../ส่วนราชการที่หน่วยงาน...สังกัด คือ ผอ.หน่วยงาน.../อธิบดี/ผวจ.

2. รอง/ผู้ช่วย (ผชช., ผทค.) ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน... /ส่วนราชการที่หน่วยงาน...สังกัด (ทุกคน)

3. ผู้แทนภาคเอกชน ที่มารับบริการ/ร่วมงานกับหน่วยงาน...

4. ผู้แทนภาค NGOs ที่มารับบริการ/ร่วมงานกับหน่วยงาน...

5. ผู้แทนภาคประชาชน/สื่อมวลชน ที่มารับบริการ/ร่วมงาน กับหน่วยงาน...

6. .... นักวิชาการอิสระ ที่เกี่ยวข้องกับงาน... ของหน่วยงาน... ที่ต้องการพัฒนา

7. ประธานคณะกรรมการ IRB ของหน่วยงาน ... ที่ดูแลพื้นที่วิจัย หรือผู้ที่ประธานฯ มอบหมาย

เอกสารอ้างอิง

(1. 27. ตามที่อ้าง อย่างถูกต้อง ตามข้อกำหนดและมาตรฐานทางวิชาการ)

ภาคผนวก ตามข้อกำหนด ของการขอ EC ของหน่วยงาน... *เช่น*

1. รายละเอียดงบประมาณและแหล่งทุน
2. ประวัติผู้วิจัยทุกคน และที่ปรึกษา

ฯลฯ

อภิปราย และ สรุป

อภิปราย และ สรุป

การพัฒนา“ประชาชน”ให้เป็นนักวิจัยนี้ เป็นแนวทางและวิธีการหนึ่ง ในการแก้ปัญหา ของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่มุ่งมั่นพัฒนางานตามภารกิจของตนด้วยทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ โดยการพัฒนาระบบและกลไกในการดำเนินงานของหน่วยงาน ให้เอื้ออำนวยสู่ความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและมั่นคง ด้วยกลยุทธ์ดาวกระจาย เน้นให้ประชาชน ชุมชน และพื้นที่ ที่ดูแลรับผิดชอบ ได้รับประโยชน์ทันที ต่อเนื่อง ตลอดเวลา และตลอดไป เป็นสิ่งที่ทุกหน่วยงานสามารถทำได้ ใน “ทุกๆงานตามภารกิจที่ทำ” นำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากร หน่วยงาน องค์การ และ ประเทศชาติอย่างมั่นคง ยิ่งๆขึ้น ดังภาพที่ 3

.



ภาพที่ 3. การพัฒนา"ประชาชน"ให้เป็นนักวิจัยเชิงบูรณาการ ด้วยการทำ/พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (R2R2E)

เป็นการใช้ทั้ง Top down และ Bottom-Up[9,16] ในการ "พัฒนางาน" ที่มีคุณภาพ/ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล สูง อย่างครบวงจร ตามแต่ละกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนา "งาน" ที่มั่นคง และ ยั่งยืน (Continuous & Sustainable Working Improvement) สมควรนำมาประยุกต์/ใช้ในการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกคน ปลูกฝังให้เป็น "ผู้ใฝ่รู้ ร่วมด้วยช่วยกันในการเพิ่มพูนทักษะของการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีจิตสาธารณะ สู่การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนของตน ชุมชน และประเทศตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ทุกหน่วยงาน/สถาบัน/องค์การ สามารถนำเนื้อหาที่นำเสนอนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด หลักการและวิธีการ ในการ "ทำ พัฒนา และ แก้ปัญหา" ของตนได้ตามความต้องการและบริบท อย่างเสรี เน้นการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้บุคลากรของตน มีความสุขในการทำงานมากขึ้น ได้ผลงานวิจัยที่สามารถนำสู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์การ สถาบัน และ ประเทศชาติ อย่างรวดเร็ว มั่นคง และ ยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น -► ประโยชน์สุขของประชาชนที่ดูแลรับผิดชอบและมวลหมู่มนุษยชาติทั้งมวล

แนวทางและวิธีการ ในการดำเนินงาน สามารถทำได้ 5 ทาง ตามหน่วยงาน/ผู้บริหาร ที่ต้องการทำ คือ โดยหน่วยงานของราชการ[17] [บริหารส่วนกลาง (ส่วนราชการ), ส่วนภูมิภาค (จังหวัด), ส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล อบต. กทม.), โดยผู้บริหาร ของแต่ละสถาบันการศึกษา/วิจัย, และ โดยผู้บริหารของแต่ละกลุ่มบุคคล ที่ต้องการพัฒนาตนด้านการวิจัย] เน้นการสนับสนุน/ส่งเสริม การดำเนินงานและการพัฒนา การขยายผล/ต่อยอด ตามแนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเชิงบูรณาการ อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรและเครือข่าย ใช้ KM, R2R2E, HRD, สู่การเป็น Learning Organization: LO[1,9,16] ที่สง่างาม น่าภาคภูมิใจ มีผลงานวิชาการ/วิจัย ตีพิมพ์เผยแพร่ ในวงการวิชาการระดับชาติขึ้นไป[7,9,18] เพิ่มขึ้นทุกปี.

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาติ โตรักษา. กิจกรรมหลักของการวิจัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(1):11-26.

2. คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, สำนักงาน. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร "นักวิจัย". กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.

3. คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, สำนักงาน. คู่มือนักวิจัยมือใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทวงศ์สว่างการพิมพ์ จำกัด; 2552.

4. คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, สำนักงาน. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร "นักวิจัย"ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2557.

5. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติ สภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562. หน้า 8-41 เล่ม 136 ตอนที่ 57 ก; 1 พฤษภาคม 2562.

6. OECD (2015), Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities. OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en.

7. คณัชฌา สิทธิบุศย์. การพัฒนางานจัดเก็บรายได้สถาบันบำราศนราดูร ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติจากทุกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2558 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

8. สมชาติ โตรักษา. แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(2): 17-32.

9. สมชาติ โตรักษา. การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

10. พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม พิมพ์ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2535, พิมพ์ครั้งที่ 12 พ.ศ. 2546, หมวด 4 หน้า 213.

11. ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กรม. กองกฎหมายและระเบียบท้องถิ่น กลุ่มงานกฎหมายและระเบียบท้องถิ่น 2. สรุปข้อมูล อปท. ทั่วประเทศ ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2563.

12. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. หน้า 1-7 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง; 9 มีนาคม 2561.

13. มหิดล, มหาวิทยาลัย หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. คู่มือปฏิบัติ สำหรับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับที่ 7.1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 19 เมษายน 2560.

14. The World Medical Association. The Declaration of Helsinki, adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the 59th WMA General Assembly, Seoul; October 2551.

15. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. จดหมายเหตุ 20 ปี พอช.; สำนักพัฒนานวัตกรรมชุมชน จัดการความรู้และสื่อสาร สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน กรุงเทพฯ: สิงหาคม 2563, www.codi.or.th.

16. สมชาติ โตรักษา. หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การ และ หน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.; 2548.

17. สมชาติ โตรักษา. แนวทางและวิธีการในการพัฒนาบุคลากรของส่วนราชการให้เป็นนักวิจัย. PSRU Journal of Science and Technology 2023;8(2):1-16.

18. ชุติมา ชัยมณี, สมชาติ โตรักษา, วราภรณ์ บุญศิริ, ขจรศักดิ์ เกษมกิตติ์ธนากุล. การติดตามดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองพบการอักเสบของปากมดลูก อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2551-2556. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(6): 1032-43.

ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of the Discharge planning for postpartum who use methamphetamine Tha Khan Tho District Kalasin Province

เยาวนิตย์ ศิลาพัฒน์*
*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลท่าคันโท คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สิ่งแทรกแซง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ตามแนวคิด D-METHOD จำนวน 6 ระยะ ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 19-24 ปี 36.40% (mean 28.21, SD 6.73) จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 51.50% อาชีพ ทำนา 45.50% ใช้เมทแอมเฟตามีน 2 ปี 48.80% (mean 2.09, SD 1.12) ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 3 30.30% (mean 3.51,SD 1.17) ไม่ฝากครรภ์ 30.30% มารดามี HCt < 33% 30.30% เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง (mean 8.75, SD 1.58) หลังการทดลอง (mean 16.33, SD 3.11) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ควรมีการนำกระบวนการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, เมทแอมเฟตามีน, หลังคลอด

Abstract

Methamphetamine use among pregnant women remains a major problem. The purpose of the present study was to show the effects of postpartum discharge planning for pregnant women who use methamphetamine on their knowledge and self-care behavior. A single group quasi-experimental research measures results before and after the experiment. Population of patients received services in the maternity ward of Tha Khan Tho hospital. Krejcie & Morgan's sample size was calculated as a sample of 33 people. The interventions included discharge planning program based on the D-METHOD concept in 6 phases from the first 24 hours until 6 weeks after birth.

The sample group was between 19-24 years old, 36.40% (mean 28.21, SD 6.73), 51.50% graduated from secondary school, 45.50% were farmers, used methamphetamine for 2 years, 48.80% (mean 2.09, SD 1.12). Pregnant in the third pregnancy 30.30% (mean 3.51, SD 1.17) No prenatal care 30.30% Mother has HCt< 33% 30.30%. The compared the mean scores of knowledges and self-care behavior before the experiment (mean 8.75, SD 1.58) and after the experiment (mean

16.33, SD 3.11), there was a statistically significant difference, P-value < 0.001, with scores self-care behavior Responsibility for health, physical activity and stress management There is a statistically significant difference, P-value < 0.001.

The nursing process should be implemented in planning the discharge of postpartum pregnant women who use methamphetamine. To serve as a guideline for further patient care.

Keywords: pregnant woman, methamphetamine, postpartum woman

บทนำ

สถานการณ์การใช้ยาเสพติดยังคงทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมีการใช้มากขึ้นในเพศหญิง โดยพบว่า มีสัดส่วนถึงประมาณร้อยละ 45 ของผู้ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนทั้งหมด ทั้งนี้ส่งผลให้ 1 ใน 5 คนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขจากการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนเป็นเพศหญิง[1] โดยเมทแอมเฟตามีนถูกพบมีการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มมากขึ้น[2]

การใช้เมทแอมเฟตามีนมีผลกระทบต่อเด็กในครรภ์และหลังคลอด ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกตัวเหลือง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ[3] เกิดครรภ์เป็นพิษ มีภาวะซีด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย อุณหภูมิแรกคลอดต่ำ และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[4] เมทแอมเฟตามีนสามารถส่งต่อไปยังทารกในครรภ์ผ่านทางรก ทั้งนี้การใช้แอมเฟตามีนส่งผลต่อการเจริญเติบโตของมดลูกลดลง สองถึงสี่เท่า เกิดโรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตของทารกในครรภ์และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด[5,6] ทารกมีคะแนนประเมินภาวะสุขภาพทารกที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาทีต่ำ[6] อีกทั้งทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้น้อยกว่าปกติ 3.5 เท่า[7] มีผลกระทบในเรื่องสติปัญญาและพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าปกติ[8]

D-METHOD คือรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายที่ถูกนำมาใช้ในกระบวนการพยาบาลอย่างกว้างขวางสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดย D คือ Disease เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง M คือ Medication เกี่ยวข้องกับความรู้การฝึกปฏิบัติ ทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับยาที่ใช้ E คือ Environment & Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการด้านเศรษฐกิจ H คือ Health การเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง O คือ Outpatient referral การมาตรวจตามนัด D คือ Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม[9] ทั้งนี้พบผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวนผู้มาคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 20 ราย, 10 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีน ถือเป็นความยุ่งยากซับซ้อนอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลและการดูแลจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและออกแบบการดูแลที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อทารก มารดา และครอบครัว การศึกษาถึงการนำกระบวนการวางแผนการจำหน่ายที่มีผลต่อความรู้พฤติกรรมหลังคลอด สามารถนำสู่การวางแผนเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและหากเกิดผลลัพธ์ที่ดีจะสามารถเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง พื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าคันโท ระหว่าง ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566

ประชากร คือ หญิงหลังคลอดทั้งหมดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

เกณฑ์การคัดเลือก

เป็นหญิงหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่คลอดในโรงพยาบาลท่าคันโท

เกณฑ์การคัดออก

ส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปจากภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[10]

$$n=\frac{X^2Np(1-P)}{e^2(N-1)+X^2p(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (36)

e= ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

X^2= ค่าไคสแควร์ที่ *df =1* และระดับความเชื่อมั่น 95% (3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (0.5)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32.99 (33 คน)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ คุณภาพการฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่มาคลอด อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ระยะเวลาการใช้ยาบ้า ภาวะแทรกซ้อนมารดาก่อนคลอด น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนทารก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97[11] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ความรู้ จำนวน15 ข้อ (ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค 0.84) เป็นแบบเลือกตอบถูก – ผิด โดยคำถามตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ

คะแนน 13 – 15 คะแนน หมายถึง ความรู้ดี

คะแนน 9 – 12 คะแนน หมายถึง ความรู้ปานกลาง

คะแนน 0 - 8 คะแนน หมายถึง ความรู้ไม่ดี

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ จำนวน 23 ข้อ (ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค 0.88) มีองค์ประกอบย่อย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมทางกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เป็นประจำ มีค่าคะแนน 3 คะแนน บางครั้ง มีค่าคะแนน 2 คะแนน น้อย มีค่าคะแนน 1 คะแนน

การแปลผล

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67 หมายถึง ระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ระหว่าง 1.68 – 2.34 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.35 – 3.00 หมายถึง ระดับดี

สิ่งแทรกแซง

รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD ดังนี้

D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องการคลอด โรคภาวะแทรกซ้อนจากสารเสพติด

M = Medicine แนะนำการใช้ยา การรักษาของแพทย์

E = Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่/การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T = Treatment การรักษา หัตถการของแพทย์ การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H = Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O = Out patient การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือ การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย[12,13]

1) ระยะ 24 ชั่วโมงแรก เป็นระยะการดูแลแรกรับและพักฟื้น มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง และการส่งข้อมูลดูแลต่อเนื่องในวันแรกรับแก่ชุมชนเพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

2) ระยะ 24 – 72 ชั่วโมง เป็นระยะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งต้องประเมินสภาพผู้ป่วยให้มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นผลลบก่อน ซึ่งบางรายอาจใช้เวลานาน 72–96 ชั่วโมง มีการดูแลโดยพยาบาลคลินิกยาเสพติด พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอด การวางแผนคุมกำเนิด การดูแลทารก โทษของสารเสพติดต่อมารดาและทารก การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เอกสารประกอบการให้ ความรู้ประกอบด้วย แผนการสอนสุขศึกษา วิดีทัศน์ แผ่นพับ และการสาธิต

3) ระยะ 72–96 ชั่วโมง เป็นระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และข้อมูลเรื่องการมาตรวจตามนัด การฉีดวัคซีนของทารก การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายสุขภาพ และการวางแผนเยี่ยมบ้าน การให้ทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน

4) การเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ ในเขตอำเภอท่าคันโท โดยทีมสหวิชาชีพ

5) การมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด และการทำแบบทดสอบพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดและสอบถามการกลับมาเสพซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปฏิญญาเฮลซิงกิ ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล และทำลายเอกสารการเก็บข้อมูลภายหลังดำเนินการเรียบร้อย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 124/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 คน อายุต่ำสุด 19 ปี สูงที่สุด42 ปี (Mean 28.21 , SD 6.73) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 19-24 ปีร้อยละ 36.40 รองลงมาคือ 25-30 ปี ร้อยละ 33.30 การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมต้น ร้อยละ 51.50 อาชีพทำนา ร้อยละ 45.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.90 มีพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ 2 ปี ร้อยละ 48.50 รองลงมาคือ 3 ปี ร้อยละ 21.20 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (minimum 19, Maximum 42, Mean 28.21 , SD 6.73)		
19 - 24 ปี	12	36.40
25 - 30 ปี	11	33.30
31 – 36 ปี	3	9.10
36 ปีขึ้นไป	7	21.20
การศึกษา		
ประถมศึกษา	16	48.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	51.50
อาชีพ		
ทำนา	15	45.50

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	8	24.20
รับจ้าง	10	30.30
สถานภาพสมรส		
คู่	29	87.90
หม้าย หย่า แยก	4	12.10
ระยะเวลาการใช้เมทแอมเฟตามีน (minimum 1 เดือน maximum 6 ปี mean 2.09 SD 1.12)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	6.00
1 ปี	6	18.20
2 ปี	16	48.50
3 ปี	7	21.20
4 ปี	1	3.00
6 ปี	1	3.00

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์รวมครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 30.30 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 5 ร้อยละ 27.30 (Mean 3.51, SD 1.17) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 30.30 รองลงมาคือ ฝากครรภ์ 1 ครั้ง คุณภาพ ร้อยละ 24.20 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 ความผิดปกติของมารดาที่พบระหว่างการตั้งครรภ์ที่พบมาก HCT < 33% ร้อยละ 30.30 ทารกหลังคลอดส่วนใหญ่มี Apgar score 9,10,10 ร้อยละ 78.50 น้ำหนักแรกเกิด ≥ 2,500 กรัม ร้อยละ 87.50 โดยหลังคลอดจะไม่ได้ดูดนมแม่ มีอาการ Severe birth Asphyxia จำนวน 1 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการคลอด

รายการ	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (minimum 1, Maximum 8, Mean 3.51, SD 1.17)		
ครรภ์ที่ 1	1	3.00
ครรภ์ที่ 2	6	18.20
ครรภ์ที่ 3	10	30.30
ครรภ์ที่ 4	7	21.20
ครรภ์ที่ 5	9	27.30
คุณภาพการฝากครรภ์		
ไม่เคยฝากครรภ์	10	30.30
1 ครั้งคุณภาพ	8	24.20
2 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
3 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
4 ครั้งคุณภาพ	6	18.20
5 ครั้งคุณภาพ	3	9.10
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (minimum 0, Maximum 35, Mean 13.85, SD 11.18)		
ไม่เคยฝากครรภ์	10	30.30

รายการ	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
1 - 13 สัปดาห์	6	18.20
14 - 27 สัปดาห์	13	39.40
28 - 40 สัปดาห์	4	12.10
ความผิดปกติของมารดาระหว่างตั้งครรภ์		
ไม่มี	17	51.60
HCT < 33 %	10	30.30
Pre-eclampsia	5	15.10
Psychosis	1	3.00
Apgar score		
Birth Before Admit	4	12.10
3,6,8	1	3.00
8,9,10	3	9.10
9,10,10	25	75.80
น้ำหนักแรกเกิด (minimum 2,355, Maximum 3765, Mean 2964 , SD 358.28)		
< 2,500 กรัม	4	12.10
≥ 2,500 กรัม	29	87.90
ผลกระทบทารก		
งดนมแม่	33	100
หายใจหอบ	1	3.30
Severe birth Asphyxia	1	3.30
ได้รับยาต้านจุลชีพ	2	6.00

3. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

การวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 8.57 (SD 1.58) หลังการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 16.33 (SD 3.11) โดยก่อนและหลังการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดหลัง-ก่อนการดูแล

คะแนนความรู้และพฤติกรรม	mean	SD	95%CI	t	p-value
หลังการดูแล	16.33	3.11	7.20-8.31	28.53	<0.001
ก่อนการดูแล	8.57	1.58			

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนการดูแล พบว่า อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือ ด้านโภชนาการ ภายหลังการดูแล อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดก่อนและหลังการดูแล

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล	แปลผล	คะแนนเฉลี่ยหลังการดูแล	แปลผล	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.43	ไม่ดี	1.68	ปานกลาง	<0.001
ด้านโภชนาการ	1.72	ปานกลาง	1.81	ปานกลาง	0.006
ด้านกิจกรรมทางกาย	1.40	ไม่ดี	1.87	ปานกลาง	<0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.46	ไม่ดี	1.71	ปานกลาง	<0.001
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.63	ไม่ดี	1.76	ปานกลาง	0.746

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 คน อายุต่ำสุด 19 ปี สูงที่สุด 42 ปี (Mean 28.21, SD 6.73) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 19-24 ปีร้อยละ 36.40 ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่ไม่เคยฝากครรภ์ร้อยละ 30.30 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 HCT < 33% ร้อยละ 30.30 การวัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 8.57 (SD 1.58) หลังการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนน 16.33 (SD 3.11) โดยก่อนและหลังการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนการดูแล พบว่า อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คือ ด้านโภชนาการ ภายหลังการดูแลอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน มีอายุเฉลี่ยไม่เกิน 30 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอดิศักดิ์ ไวเขตการณ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 30.30 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 97 ช่วงอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ 14-27 สัปดาห์ ร้อยละ 39.40 พบมีภาวะซีด (HCT< 33%) ร้อยละ 30.30 รวมถึง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ฝากครรภ์[4]

ทารก Apgar score ที่ 1 นาที 9 คะแนน ร้อยละ 75.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารักษ์ ชัยวีรพันธ์เดช และสิวิลักษณ์ กาญจนบัตร ที่พบคะแนนที่ 9 คะแนน ร้อยละ 73.80 ซึ่งร้อยละ 90 อีกทั้งไม่ต้องการการกู้ชีพหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด > 2,500 กรัม ทั้งนี้ทารกทั้งหมดไม่ได้รับนมมารดา แต่ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก ได้แก่ การเกิดภาวะเกิดก่อนกำหนด เกิดอาการถอนยาในทารก[3] น้ำหนักทารกแรกเกิด > 2,500 กรัม ทั้งนี้ทารกทั้งหมดไม่ได้รับนมมารดา

ค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยสอดคล้องกับการวางแผนการจำหน่ายของพรทิพย์ หอมเพชร และคณะ[13] คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด ก่อนและหลังการดูแล ซึ่งสามารถเลื่อนจากระดับไม่ดี ไปอยู่ในระดับปานกลาง โดยจากการศึกษาของ Ward B. et.al., 2022. และ การศึกษาในประเทศเยอรมัน ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรม โดยให้ความสำคัญกับการแทรกแซงถึงครอบครัวผู้ดูแล[15,16] ด้วยเหตุผลคือ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงพอ และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธจากครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนก่อนและหลังการดูแลในด้านปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะในการติดตามเพื่อยืนยันผลการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน

2. กระบวนการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย D-METHOD จำเป็นต้องมีการประเมินก่อนและหลังการดูแลอย่างครอบคลุม โดยใช้มาตรฐานเดียวกัน

3. โปรแกรมในการวางแผนการจำหน่าย จำนวน 5 ระยะ ครอบคลุมไปถึงการเยี่ยมบ้าน และการตรวจหลังคลอด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพและการติดตามอย่างใกล้ชิด กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

4. ระหว่างการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาล จำเป็นต้องประเมินพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ต้องสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจและแสดงออกในการช่วยเหลือด้วยความจริงใจ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation Office on drug and crime. World drug report 2022: Booklet1 Executive summary/policy implication. [Internet].2022[Cited 2023 Sep 21. Available from:https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-1.html

2. ASEAN–NARCO ASEAN Narcotics Cooperation Center. ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2020 [Internet]. 2021 [Cited 2023 Sep 21]. Available from: https://asean.org/wp–content/ uploads/ 2022/03/ADM–Report–2020_2021Nov02.pdf

3. จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช และ สิวิลักษณ์ กาญจนบัตร. ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเสพติด เมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด.วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2016;60(1):53-64.

4. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์.ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;18(2):105-112.

5. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ., 3rd Caughey AB^Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol 2014 ;211(4):429, e1–7.

6. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol. 2010;116:330–4.

7. Oro AS, Dixon SD. Perinatal cocaine and methamphetamine exposure: maternal and neonatal correlates. J Pediatr. 1987; 111:571–8.

8. Lu LH, Johnson A, O'Hare ED, Bookheimer SY, Smith LM, O'Connor MJ, et al. Effects of prenatal methamphetamine exposure on verbal memory revealed with functional magnetic resonance imaging. J Dev Behav Pediatr. 2009;30:185–92.

9. กฤษดา แสวงดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กองการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539

10. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-610.

11. จินตนา ศรีสุพัตพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดในจังหวัด ราชบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.

12. วรัญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี และปราณี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. ว.วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29(1):30–41.

13. พรทิพย์ หอมเพชร, พิสมัย กองทรัพย์, น้องนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมาเสพซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2023;26(1):12-25.

14. Thamkhantho M, Obstetric Outcomes of Amphetamine Misapplication duration Pregnancy. J Med Assoc Thai 2018; 101: 1680-5.

15. Hayward R.A., DePanfilis D. Parental methamphetamine use and implications for child welfare intervention: a review of the literature. Journal of public Child welfare 2010; 4(1):1-14.

16. Dyba J., Moesgen D., Klein M., Leyendecker B. Methamphetamine use in German families parental substance use, parent-child interaction and risks for Children involved. Substance use & Misuse 2019;54(4):108-121

ประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of the discharge planning for psychiatric patients at Tha Khan Tho Hospital Kalasin Province

พนมพร พลเสนา*
*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าคันโท

บทคัดย่อ

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชขาดยายังคงเป็นปัญหาสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการกินยา โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ระหว่างตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Krejcie & Morgan

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 138 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.20 กลุ่มอายุมากที่สุด 41-50 ปี ร้อยละ 23.20 (mean 42.20, SD 15.90) อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 45.70 การวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ด้วย F10-F19 ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการนอนโรงพยาบาล 1 วัน ร้อยละ 50.70 โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.09 (SD 0.88) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.97 (SD 1.05) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

การวางแผนการจำหน่ายสามารถส่งผลต่อการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในครอบคลุมทุกกลุ่มโรค

คำสำคัญ: การวางแผนการจำหน่าย, ผู้ป่วยจิตเวช, D-METHOD-P

Abstract

The problem of psychiatric patients missing medication remains an important problem that needs to be resolved. The purpose of this research was to examine the effectiveness of discharge planning for psychiatric patients receiving services in inpatient departments on drug adherence using the D-METHOD-P model. Between October 2022 - September 2023, the sample was calculated using Krejcie & Morgan.

The total sample group was 138 people, 65.20% were male, 23.20% were in the oldest age group 41-50 years (mean 42.20, SD 15.90), 45.70% were agriculture, and 50% were diagnosed according to ICD-10 codes F10-F19. 50.70% had a 1-day hospital stay. Before the experiment, the average score was 2.09 (SD 0.88). After the experiment, the average score was 2.97 (SD 1.05). Comparing the mean scores before and after the experiment, there was a significant difference. Statistical significance P-value < 0.001

Discharge planning can influence the appropriate use of medications for psychiatric patients. It should be used in inpatient nursing to cover all disease groups.

Keywords: discharge planning, psychiatric patients, D-METHOD-P

บทนำ

ในปีงบประมาณ 2566 พบมีผู้ป่วยในประเทศไทยที่ได้รับการวินิจฉัยในโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 122,847 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดกาฬสินธุ์ 4,878 คน (ร้อยละ 3.97) โรงพยาบาลท่าคันโท มีการรับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบ ระหว่างปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 185, 183 และ 202 คน ตามลำดับ ทั้งนี้โรคที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ร้อยละ 49.00, ร้อยละ 50.27 และ ร้อยละ 43.24 ตามลำดับ[1]

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลล่วงหน้า ซึ่งต้องมีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน พยาบาล หรือกระบวนการเตรียมความพร้อมเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสมในทางปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ[2] อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึง การเตรียมผู้ดูแล ให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแลและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[3] การวางแผนการจำหน่าย จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก เพราะผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความสามารถเพียงพอที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้อย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม[4]

โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-METHOD[5,6] ร่วมกับ METHOD – P[7] รวมเป็น D-METHOD - P ประกอบด้วย D = Diagnosis ความรู้เรื่องโรค M : Medication ความรู้เรื่องยา E : Environment and Economic สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ T : Treatment แนวทางการรักษา H : Health ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย O : Outpatient referral ระบบการดูแลต่อเนื่อง D : Diet โภชนาการที่เหมาะสม P : Psychological support มาใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรักษาไม่ต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลในทางที่ดี[8] ทั้งนี้ยังพบว่าการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากการลืมรับประทานยาก่อนนอน มีการวางแผนการจำหน่าย โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย[9]

การศึกษาถึงประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าคันโท เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์ในการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งสามารถนำสู่แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยในได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการวางแผนการจำหน่าย ต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าคันโท

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) โดยดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย F00-F99 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยด้วย F00-F99
2. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าคันโท
3. มีการวางแผนการจำหน่าย และบันทึกในเวชระเบียนเป็นหลักฐาน

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีสถานะรักษาสุดท้าย คือ หนีกลับ หรือ ส่งต่อ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[10]

$$n=\frac{X^2Np(1-P)}{e^2(N-1)+X^2p(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (185)

e = ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df =1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (3.841)

P = สัดส่วนของลักษระที่สนใจในประชากร (0.5)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125.08 (126 คน)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัย และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2. แบบวัดความร่วมมือในการกินยาของคนไทย MMAS-8 คำถาม ฉบับ ภาษาไทย แบบสอบถามมีความสอดคล้องของเนื้อหา (internal consistency reliability) ในระดับ moderate (Cronbach's = 0.61) และทำการทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบ และทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการทดสอบสองครั้ง ระดับ excellent อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (intra-class correlation coefficient = 0.83 ; p < . 1) การทดสอบความตรงเชิงสอดคล้อง (convergent validity) ของ MMAS-8 ฉบับภาษาไทยกับ MMAS-8 ฉบับภาษาอังกฤษพบความสัมพันธ์กับข้อคำถามในระดับสูง 3 ข้อ (r= 0.77;p< . 5) (10-12)

เกณฑ์การให้คะแนน

คำถาม MMAS ในข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 (ยกเว้นข้อ 5) หากผู้ป่วยเลือกตอบว่า " ใช่ " ให้คะแนน = 0 และ หากตอบว่า " ไม่ใช่" ให้คะแนน = 1 กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม 2. ในข้อ 8 ให้คะแนนดังนี้ ข้อ 8.1 ให้คะแนน = 1, ข้อ 8.2 ให้คะแนน = 0.75, ข้อ 8.3 ให้คะแนน = 0.5, ข้อ 8.4 ให้คะแนน = 0.25 และ ข้อ 8.5 ให้คะแนน = 0 3. รวมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คะแนนต่ำสุดคือ 1 และสูงสุด คือ 8 คะแนนสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือ ในการใช้ยาดีกว่าคะแนนต่ำ

สิ่งแทรกแซง

รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย D-METHOD-P ดังนี้

D = Diagnosis ให้ความรู้เรื่องการคลอดโรคภาวะแทรกซ้อนจากสารเสพติด

M = Medicine แนะนำการใช้ยา การรักษาของแพทย์

E = Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่/การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T = Treatment การรักษาหัตถการของแพทย์ การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H = Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้าน ร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O = Out patient การมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือ การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ P= Psychosis การประเมินสภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและภาวะถอนยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test และ Paired sample T- test

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปฏิญญาเฮลซิงกิ ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล ดำเนินการภายใต้การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าคันโท ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 175/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 90 คน (ร้อยละ 65.20) กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 41-50 ปี 32 คน (ร้อยละ 23.20) รองลงมาคือ 21-30 ปี (ร้อยละ 18.80) สถานภาพสมรสโสด 95 คน (ร้อยละ 68.80) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร 63 คน (ร้อยละ 45.70) โดย ร้อยละ 50 วินิจฉัยในกลุ่ม F10-F19

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	65.20
หญิง	48	34.80
อายุ (maximum 79, minimum 15, mean 42.20, SD 15.90)		
15 - 20 ปี	15	10.90
21 - 30 ปี	26	18.80
31 - 40 ปี	21	15.20
41- 50 ปี	32	23.20
51 - 60 ปี	22	15.90
60 ปีขึ้นไป	22	15.90
สถานภาพสมรส		
โสด	95	68.80
คู่	43	31.20
อาชีพ		
การเกษตร	63	45.70
รับจ้าง	39	28.30
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	28	20.30
อื่นๆ	8	5.70
การวินิจฉัย		
F00-F09	2	1.40
F10-F19	69	50.00
F20-F29	31	22.50
F30-F39	8	5.80
F40-F49	28	20.30
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (maximum 5, minimum 1,mean 1.81, SD 1.06)		
1 วัน	70	50.70
2 วัน	41	29.70
3 วัน	14	10.10
4 วัน	8	5.80
5 วัน	5	3.10

2. คะแนนความร่วมมือในการกินยา

คะแนนความร่วมมือในการกินยาก่อนและหลังการดูแล พบว่า คะแนนต่ำที่สุดก่อนการดูแลคือ น้อยกว่า 1 คะแนน มากที่สุดคือ 4 คะแนน โดยพบว่ามีผู้ที่ได้ 2 คะแนนมากที่สุด จำนวน 51 คน (ร้อยละ 36.95) รองลงมาคือ 1 คะแนน จำนวน 37 คน (ร้อยละ 26.80) ภายหลังการดูแล คะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน สูงที่สุด คือ 6 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ 3 คะแนน จำนวน 49 คน (ร้อยละ 35.50) รองลงมา คือ 39 คน (ร้อยละ 28.30) รายละเอียดดังตารางที่ 2 ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแล คือ 2.09 (SD 0.88) คะแนนเฉลี่ยหลังการดูแล 2.97 (SD 1.05) เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ตารางที่ 2 คะแนนความร่วมมือในการกินยา ก่อนและหลังการดูแล

คะแนน	ก่อนการดูแล		หลังการดูแล		X^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	(P-value)
< 1 คะแนน	14	10.15	0	0	241.21
1 คะแนน	37	26.80	9	6.50	(<0.001)
2 คะแนน	51	36.95	39	28.30	
3 คะแนน	29	21.00	49	35.50	
4 คะแนน	7	5.10	30	21.70	
5 คะแนน	0	0	10	7.20	
6 คะแนน	0	0	1	0.70	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการกินยาก่อนและหลังการดูแล

ก่อนการดูแล Mean (SD)	หลังการดูแล Mean (SD)	95%CI	t	P-value
2.09(0.88)	2.97(1.05)	0.76-0.98	15.91	<0.001

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในต่อความร่วมมือในการกินยา โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ระหว่าง ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 138 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.20 กลุ่มอายุมากที่สุด 41-50 ปี ร้อยละ 23.20 (mean 42.20, SD 15.90) อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 45.70 การวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ด้วย F10-F19 ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการนอนโรงพยาบาล 1 วัน ร้อยละ 50.70 โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.09 (SD 0.88) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.97 (SD 1.05) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

D-METHOD-P ถูกนำมาใช้เพื่อวัดการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมะเร็ง[13] พบว่าหลังการดูแลมีคะแนนสูงกว่า คะแนนก่อนดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.001 ซึ่งในการทดลองในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต่อการใช้ยาพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยคะแนนสูงขึ้นหลังการดูแล และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 70 ภายหลังการทดลอง[14] ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการวางแผนการจำหน่ายที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น[15]

ข้อเสนอแนะ

1. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชด้วย D-METHOD-P เป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถดำเนินการได้ในผู้ป่วยใน

2. ควรมีการส่งต่อทีมสหวิชาชีพในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาในการวางแผนการจำหน่าย และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้านสั้น ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ

4. กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายในบางกิจกรรมอาจไม่ครบถ้วนด้วยจำกัดเรื่องระยะเวลา อาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย

สามารถออกแบบให้กระชับและดำเนินการต่อเนื่องในช่วงที่มาติดตาม

5. ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักได้รับยานอนหลับ หรือยาต้านโรคจิตที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว การให้การวางแผนการจำหน่ายจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและญาติ

6. กลุ่มโรคทางจิตเวช สาเหตุหนึ่งเกิดจากพันธุกรรม ทำให้บางครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งครอบครัว ต้องค้นหาผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลการกินยาผู้ป่วยได้

7. ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด จึงทำให้มีความซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจในการบำบัดยาเสพติดหรือการออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. Health Data Center. https://hdcksn.moph.go.th/

2. อภิรักษ์ ยายืน. การพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่าย การจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานและการดูแลต่อเนื่องของ โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิต วิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเภท (ฉบับปรับปรุง 2551) [อินเตอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 24] เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/download/DMHKM/styAWBOOK.pdf

4. กันทิมา ขาวเหลือง, ปรีย์กมล รัชนกุล, เรณู พุกบุญมี. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารก คลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลปทุมธานี; วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555;6(1):27-39.

5. กฤษดา แสวงดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กองการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.

6. กัลยา เข็มเป้า. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลินที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล 2552;36(3):113-132.

7. เรวดี อุดม. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ. 2561.

8. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้านท่าม่วงจังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(1):83-9.

9. พิชญนันท์ นามวงษ์, วิญญู ชะนะกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา. 2561;12(2):1-11.

10. กมลชนก จงวิไลเกษม, เกษม ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564;13(1):17-30.

11. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J.. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich) 2008;10(5):348-354.

12. Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M.. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986;24(1), 67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007

13. กัมพล อินทรทะกูล, ชุรีภรณ์ สีลกันตสูติ, อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์, บุษบา ศุภวัฒน์ธนสมบดี, ปิยรัตน์ ภาครัตน์. ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. วชิรสารการพยาบาล 2563;22(1):1-12.

14. ทัศนีย์ เชื่อมทอง, อารีรัตน์ จำนงค์ผล, กรรัตน์ ทองช้อย. ผลการวางแผนก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2564; 46(3):237-246.

15. Khenkeh H., Rahgozar M., Ranjbar M. The effect of nursing discharge plan (post – discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalalized in Razi psychetric center. Iran journal Nursing Midwifery Res 2011;16(2):162-168.

ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of case management of chronic psychiatric patients at risk of committing violence. Tha Khan Tho District Kalasin Province

ศรีประไพ ชาธรรมา*
*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าคันโท

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังทางจิตเวชเป็นโรคที่มีต้นทุนการรักษาจำนวนมาก และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 - กรกฎาคม2566 โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ krejcie and morgan สิ่งแทรกแซงโดยการจัดการรายกรณี วัดผลโดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน เพศชายร้อยละ 93.80 มีอายุเฉลี่ย 39.20 (SD 12.19) ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ร้อยละ 93.80 ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการดูแล และการติดตามที่ 2,4,8 และ12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 จำนวนระดับคะแนน PVSS ก่อนและหลังการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

การจัดการรายกรณียังเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีประสิทธิผลที่ดี

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Abstract

Chronic psychiatric disease is a disease that a lot of costs to treat and it is an important problem that must be resolved. The objective of the research was to demonstrate the results of severe mental illness patients at risk of committing violence Tha Khan Tho District Kalasin Province. Conducted between January 2023 - July 2023 by quasi-experimental research with a single group measuring results before and after the experiment. The sample used a ready-made Krejcie and Morgan. The intervention through case management. Results were measured using the 10-aspect psychiatric patient assessment tool and the Prasri Mahaphot's assessment of the severity of the risk of violence against oneself and others. (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

Total of 48 people were included in the sample, 93.80% were male, with a mean age of 39.20 (SD 12.19), 93.80% were diagnosed with schizophrenia, schizotypal behavior and delusions. The mean scores before care and follow-up at 2,4,8, and 12 weeks were significantly different. P-value < 0. 001.The number of PVSS score levels before and after care was significantly different, P-value < 0.05.

Case management is also a tool for effective care of chronically mentally ill patients.

Keywords: case management, chronic psychiatric patients, patients at high risk for violence

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่มีต้นทุนในการรักษาจำนวนมาก ในเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภทมีต้นทุนการรักษาจากการคาดประมาณสูงถึงประมาณ 1,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี[1] ปัญหาสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังคงเป็นการรับการประทานยามาต่อเนื่อง มีการขาดยาระหว่างการรักษาและการไม่มารับการรักษาตามนัด[2] มีผลการวิจัยที่แสดงถึงการไม่มารับการรักษาตามนัดในแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยจิตเวช สูงถึงร้อยละ 37-45 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง[3]

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดการรักษา ส่งผลให้หลายครั้งมีเหตุการณ์ความรุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามปรากฏในช่องทางโซเชียลมีเดีย หรือข่าวในวิทยุ โทรทัศน์ พบว่า ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด หรือ ผู้ใช้ยาเสพติดจนมีอาการทางจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกลุ่มโรคที่พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด คือ กลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 53.75) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 14.61)[4]

การจัดการรายกรณีเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการสนับสนุนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[5,6] การจัดการรายกรณีเป็นเสมือนชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน[7] การจัดการรายกรณีในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบริการเฉพาะบุคคล มีกลุ่มขนาดเล็ก มีการเข้าไปหาผู้ป่วยบ่อยครั้ง และให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูง มีผลในปรับปรุงผลลัพธ์หลายอย่าง เช่น ลดการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มการรักษาพยาบาลในชุมชน และปรับปรุงสังคม สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่[8]

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังรุนแรงหากมีการกำเริบซ้ำ ทำให้เกิดความทุพพลภาพมากขึ้น ปัจจัยสำคัญ คือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราสารเสพติดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ หรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวชในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 34,023 คน โดยกลุ่มที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท (ร้อยละ 20.61) รองลงมาคือ กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 18.54) และกลุ่มโรคประสาท ความผิดปกติหรือความแปรปรวนทางจิตใจ (ร้อยละ 16.77) โดยในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชในปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 2,184 คน เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 6,746 ครั้ง พบการวินิจฉัยมากที่สุดในกลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ ร้อยละ 28.39 รองลงมาคือ โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ร้อยละ 23.31 โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม ร้อยละ 21.06[9]

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มักมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา บางรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวร้าวรุนแรง จึงได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีในชุมชนเพื่อดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการจัดการไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ จำนวน 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม มีความปลอดภัย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตของการวิจัย

ด้านประชากร ประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยมามากกว่า 1 ปี มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ด้านพื้นที่ ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยในพื้นที่อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์เท่านั้น

ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนมกราคม 2566 – กรกฎาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยออกแบบในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi - Experimental Research, One group, pretest-posttest designs) ประเมินผู้ป่วยด้วย แบบประเมินจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน และ Prasri Violence Severity Scale (PVSS) ในก่อนการทดลอง และการติดตามที่ 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย ในรหัส ICD-10 ในรหัสF20-F29, F10-F19,F30-39 โดยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป

2. ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยและสามารถสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวช รุนแรง มีหูแว่วภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ krejcie and morgan[10] ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ประชากรผู้ป่วยฉุกเฉินและรุนแรง จำนวน 54 คน (ตามตารางที่ 55 คน) ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน[11]

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยในทุกรอบของการดูแลผู้ป่วย โดยแต่ละข้อจะมีคะแนนต่ำสุดที่ 1 คะแนน สูงที่สุด 3 คะแนน โดยคะแนนที่ 1 คะแนนจะถือว่าผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดี และ 3 คะแนน คือเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี โดยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ 1) ด้านอาการทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ และ 6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คำถามจำนวน 4 ข้อ ใช้ประเมินเพื่อวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 4) ด้านการใช้สารเสพติด

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

มีความแปรปรวนในภาพรวมได้ 79.63 % ความตรงร่วมสมัย CGI (r = 0.75) ความสอดคล้องภายในระดับดีมาก Cronbach's alpha coefficient = 0.89[12] โดยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมินให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ 1) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (≥1 ชนิด) คะแนน 0 - 3 คะแนน 2) ความคิดและ

การพยายามทำร้ายตนเอง คะแนน 0-4 คะแนน 3) การแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่น คะแนน 0 - 3 คะแนน 4) การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้าย และไม่เป็นมิตร คะแนน 0 - 3 คะแนน 5) พฤติกรรมรุนแรง และการทำร้ายผู้อื่น คะแนน 0 - 3 คะแนน 6) เป้าหมายของการกระทำรุนแรง คะแนน 1 - 4 คะแนน 7) ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรง และอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับกระทำรุนแรง คะแนน 1-4 คะแนน 8) ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง คะแนน 1-5 คะแนน 9)การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง คะแนน 1-3 คะแนน

การแปรผล ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย

คะแนน 6 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง

คะแนน 14 - 32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

การแปรผลเฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย ที่ได้จากการประเมินคำถาม เฉพาะข้อ 2

หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาร่วมด้วย

คะแนน 1 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย

คะแนน 2 - 3 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับ การจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วย ได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่นได้ 5 คะแนน จะแปรผลว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

สิ่งแทรกแซง

การจัดการรายกรณีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 10 ด้าน โดยการเยี่ยมบ้าน จำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สัปดาห์ 2 สร้างสัมพันธภาพให้รู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญญา ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ประเมินอาการทางจิต กระตุ้นเตือนการรับประทานยาและการมารับการรักษาต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และการจัดการความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคมและ การประกอบอาชีพ

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

คะแนนเฉลี่ยก่อนระหว่างและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วย Repleted Measure ANOVA

ตรวจสอบการกระจายตัวด้วยโค้งปกติ ด้วย Kolmogorov-Smirnov test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการวิจัยภายใต้ ปฏิญญาเฮลซิงกิ โดยอาสาสมัครสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษา ไม่บรรยายถึงบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงได้ในการรายงานผล ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 87/2566

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เข้ารับการดูแลจำนวนทั้งสิ้น 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 45 คน (ร้อยละ 93.80) มีอายุระหว่าง 14 - 40 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 53.80) รองลงมาคือ 41 - 60 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 37.50) โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย เป็น โรคจิตเภท

พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) จำนวน 45 คน (ร้อยละ 93.80) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	93.80
หญิง	3	6.20
อายุ (Minimum 14 maximum 64 Mean 39.20 SD 12.19)		
14 - 40ปี	28	58.30
41 - 60ปี	18	37.50
มากกว่า 60 ปี	2	4.20
การวินิจฉัย		
โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29)	45	93.80
ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39)	3	6.20

2. การประเมินผู้ป่วยก่อนการดูแลและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

1. ด้านอาการทางจิต พบว่า ก่อนการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต เมื่อสิ้นสุดการดูแล พบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต จำนวน 26 คน (ร้อยละ 54.20)

2) ผู้ป่วยทั้งหมดมีการกินยาไม่สม่ำเสมอก่อนการดูแล และลดลงเหลือ 29 คน (ร้อยละ 60.40) เมื่อ 12 สัปดาห์

3) ทั้งนี้ด้านญาติผู้ดูแลสามารถดูแลในระดับดีก่อนการดูแล จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.30) และเพิ่มเป็น 20 คน (ร้อยละ 41.70) เมื่อสิ้นสุดการติดตาม

4) การทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ 19 คน (ร้อยละ 39.60) และเพิ่มเป็น 40 คน (ร้อยละ 83.30)

5) การประกอบอาชีพ ทำได้ 3 คน (ร้อยละ 6.30) ก่อนการดูแล และเพิ่มเป็น 32 คน (ร้อยละ 66.70)

6) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยก่อนและหลังการดูแลในระดับดี มีเท่าเดิม คือ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.50) ในกลุ่มปานกลาง จากเดิม 26 คน (ร้อยละ 54.20) เป็น 37 คน (ร้อยละ 77.10)

7) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั้งหมด มีคะแนนระดับดี

8) ด้านการสื่อสาร พบว่า ก่อนการดูแลไม่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนระดับดี เมื่อสิ้นสุด12สัปดาห์ พบมีคะแนนระดับดีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 45.80)

9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น พบว่าก่อนการดูแลมีคะแนนระดับปานกลาง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 52.10) และเพิ่มขึ้นเป็น 30 คน (ร้อยละ 62.50) ในสัปดาห์ที่ 12

10) ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า มีระดับคะแนนที่ 3 คะแนน ตลอดการติดตาม รายละเอียด ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการดูแล และการติดตามที่ 2, 4, 8 และ 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การประเมินผู้ป่วยก่อนการดูแลและการติดตาม 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์, 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

หัวข้อ	ก่อนการดูแล	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	12 สัปดาห์
1. ด้านอาการทางจิต					
ไม่มีอาการ	0(0.00)	14(29.20)	21(43.80)	26(54.20)	26(54.20)
มีบ้าง	44(91.70)	31(64.60)	24(50.00)	19(39.60)	19(39.60)
มีบ่อย	4(8.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)

หัวข้อ	ก่อนการดูแล	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	12 สัปดาห์
2. ด้านการกินยา					
สม่ำเสมอ	0(0.00)	14(29.20)	14(29.20)	19(39.60)	19(39.60)
ไม่สม่ำเสมอ	48(100)	34(70.80)	34(70.80)	29(60.40)	29(60.40)
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ					
ดี	3(6.30)	14(29.20)	19(39.60)	20(41.70)	20(41.70)
ปานกลาง	45(93.80)	34(70.80)	29(60.40)	28(58.30)	28(58.30)
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน					
ทำได้	19(39.60)	36(75.00)	40(83.30)	40(83.30)	40(83.30)
ทำได้บ้าง	29(60.40)	12(25.00)	8(16.70)	8(16.70)	8(16.70)
5. ด้านการประกอบอาชีพ					
ทำได้	3(6.30)	3(6.30)	32(66.70)	32(66.70)	32(66.70)
ทำได้บ้าง	15(31.30)	15(31.30)	13(27.10)	13(27.10)	13(27.10)
ทำไม่ได้	30(62.50)	30(62.50)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว					
ดี	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)	6(12.50)
ปานกลาง	26(54.20)	26(54.20)	29(60.40)	29(60.40)	37(77.10)
ไม่ดี	16(33.30)	16(33.30)	13(27.10)	13(27.10)	5(10.40)
7. ด้านสิ่งแวดล้อม					
ดี	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)
8. ด้านการสื่อสาร					
ดี	0(0.00)	17(35.40)	21(43.80)	22(45.80)	22(45.80)
ปานกลาง	48 (100)	31(64.60)	27(56.30)	26(54.20)	26(54.20)
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น					
ดี	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)	3(6.30)
ปานกลาง	25(52.10)	26(54.20)	26(54.20)	30(62.50)	30(62.50)
ปรับปรุง	20(41.70)	19(39.60)	19(39.60)	15(31.30)	15(31.30)
10. ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)					
ใช้ประจำ	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)	48(100)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลผู้ป่วย 10 ด้าน ในก่อนการดูแล 2, 4, 8 สัปดาห์ และ 12สัปดาห์

สัปดาห์	Mean (SD)	Mean Square	Type III sum of square	F	P-value
ก่อนการดูแล	18.00(1.25)	130.093*	264.267*	102.760	<0.001
2 สัปดาห์	16.70(1.47)				
4 สัปดาห์	15.75(1.75)				
8 สัปดาห์	15.25(1.59)				
12 สัปดาห์	15.25(1.59)				

*Greenhouse Geisser

3. ระดับความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช

ระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นก่อนและหลังการดูแล พบว่า ก่อนการดูแลมีคะแนน 6-13 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง) มากที่สุด จำนวน 43 คน (ร้อยละ 89.60) ภายหลังการดูแล คะแนน 0-5 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย) 25 คน (ร้อยละ 52.10) โดยคะแนนก่อนและหลังการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

ตารางที่ 4 ระดับคะแนน การแปลผล คะแนน PVSS ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	ก่อนการดูแล จำนวน (ร้อยละ)	หลังการดูแล จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล	X^2 P-value
0 - 5	4(8.30)	25 (52.10)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย	6.87 <0.05
6 - 13	43(89.60)	23(47.90)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง	
14 - 32	1 (2.10)	0(0.00)	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง	

หมายเหตุ: ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินในข้อ 2 ที่ ระดับ 3 คะแนน

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.80 อายุระหว่าง 14-40 ปี ร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภท (F20-F29) ร้อยละ 93.80 ในการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแล 10 ด้าน พบว่า 1) กลุ่มไม่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.20 2) ด้านการกินยาที่สม่ำเสมอ ร้อยละ 39.60 3) ด้านผู้ดูแล พบระดับดีเมื่อ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 41.70 4) ด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถทำได้ร้อยละ 83.30 เมื่อ 12 สัปดาห์ 5) ด้านการประกอบอาชีพสามารถทำได้ ร้อยละ 66.70 เมื่อสิ้นสุดการติดตาม 6) ด้านการประกอบอาชีพ ระดับดีคงที่ ร้อยละ 12.50 ปานกลาง ร้อยละ 77.10 เมื่อครบ12 สัปดาห์ 7) ด้านสิ่งแวดล้อมจัดอยู่ในเกณฑ์ ดี ทั้งหมด 8) ด้านการสื่อสารอยู่ในเกณฑ์ ดี ร้อยละ 45.80 เมื่อ สัปดาห์ที่ 12 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 ในสัปดาห์ที่ 12 และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ยังมีการใช้ทุกคน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ก่อนการดูแล 18.00 (SD 1.25) 2 สัปดาห์ 16.70 (SD 1.47) 4 สัปดาห์ 15.75 (SD1.75) 8 สัปดาห์ 15.25 (SD 1.59) และ 12 สัปดาห์ 15.25 (SD 1.59) โดยคะแนนเฉลี่ยแต่ละสัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นก่อนการดูแล คะแนน 0-5 คะแนน (ระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 8.30 6-13 คะแนน (ปานกลาง) 89.60 14 - 32 คะแนน (ระดับสูง) ร้อยละ 2.10 หลังการดูแลเล็กน้อย ร้อยละ 52.10 ปานกลาง ร้อยละ 47.90 และไม่มีระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

เสาวนีย์ จันทร์ฉาย[13] ได้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยดีขึ้นในทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-Value < 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแต่ในขณะเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ติดตามดูแลยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ รวมถึงมีการดื่มสุราเป็นบางครั้ง และเมื่อสอบถามการใช้สารกระตุ้นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน พบว่า ไม่ได้ใช้ แต่ไม่ได้มีการขอความยินยอมในการตรวจปัสสาวะ จึงไม่แน่ใจในข้อมูลในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ยังพบการใช้น้ำต้มกระท่อม กัญชา ในบางราย

การจัดการรายกรณีคือเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมามากกว่า 20 ปี โดยให้ผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีกับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ฆ้องต้อ (2550)[15] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้กาญจนา เหมะรัตน์และคณะ (2555)[16] พบว่าสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้นแตกต่างจากเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงถือเป็นผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนและมีปัญหาที่หลากหลาย การจัดการรายกรณีจึงเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ

2. การประเมินผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน โดยแต่ละด้านมีคะแนนที่แตกต่างกัน เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล

3. เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจำนวน 10 ด้าน เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดและบอกความแตกต่างในการให้การพยาบาลและการจัดการรายกรณีอย่างเป็นรูปธรรม

4. การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มักจะพบปัญหาการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายในผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงได้ยากขึ้น

5. ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพเศรษฐกิจ ครอบครัว จึงต้องมีการประสานภาคีเครือข่ายและค้นหาแหล่งทรัพยากรที่มีในพื้นที่ในการช่วยดูแลผู้ป่วย

6. ความพยายามในการป้องกันไม่ให้เกิดการตีตราในชุมชนซึ่งสามารถทำได้ยากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

7. การประเมินผู้ป่วย 10 ด้าน จำเป็นต้องมีการขออนุญาตในการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ประวัติและใช้ระยะเวลาในการประเมินต่อครั้ง ประมาณ 20 นาที ให้คำแนะนำ พูดคุย ให้คำปรึกษา ประมาณ 20 นาที รวมระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยแต่ละคน ประมาณ 40 - 60 นาที ขึ้นกับสภาพปัญหาที่พบในแต่ละครั้งในการติดตาม

8. การประสานงานเพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งบางรายไม่อยู่ในพื้นที่ และอยู่ในช่วงประกอบอาชีพ ทำให้ต้องใช้เวลานอกเวลาราชการในการติดตามผู้ป่วย

9. การประเมินการใช้ยาเสพติด หรือสารเสพติดควรรวมสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น กัญชา พืชกระท่อม

10. ควรแยกชนิดของสารเสพติด แต่ละชนิด เช่น ยาบ้า บุหรี่ สุรา โดยไม่รวมกัน

11. การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.Phanthunane P, Whiteford H, Vos T, Bertram M. Economic burden of schizophrenia:

empirical analyses from a survey in Thailand. J Ment Health Policy Econ 2012;15(1):25–32.

2.. Suraaroonsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. J Ment Health Thai 2014;22(3):142–56.

3. Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's world mental health survey initiative. Br J Psychiatry 2013;202(1):42–9.

4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก/ https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20201006 1612167390.pdf

5. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry 2013;12(3):216–26.

6. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the efectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000;51(11):1410–21.

7. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. Dis Manag Health Out 2001;9(3):141–59.

8. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2010(10):CD007906

9. Kalasin public health office. Health Data Centers. [Online] 2016 [cited 2023 March 20]. Available from https://hdcksn.moph.go.th.

10. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-610

11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. [ออนไลน์] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 10]. เข้าถึงได้จาก/ https://km.dmh.go.th/km/files (printed%20ver)1.pdf

12. หวาน ศรีเรือนทอง. ธรนินทร์ กองสุข. สุพัตรา สุขาว. ทรงพล โลดทนงค์. จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61(3):253-266.

13. เสาวนีย์ จันทร์ฉาย. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในเครือข่ายโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2565;41(2):221-232.

14. Ziguras S.J., Stuart G.W.A Meta-anlysis of the effectiveness of metal health management over 20 years. Psychiatric service 2000;51(11):1410-1421.

15. อรวรรณ ฆ้องต้อ. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ; บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

16. กาญจนา เหมมะรัตน์, กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมเมือง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(3):28-40.

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ กรุงเทพมหานคร

Development smoking cessation promotion model for junior high school students in an Bangkok area secondary school using the A-I-C process

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล*
*ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อนำสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 315 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลวิจัยชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่พบว่ามีผู้ที่เคยมีประสบการณ์ทดลองสูบบุหรี่ร้อยละ 13.96 และเริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 12 – 13 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.72 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีนักเรียนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 6.03 มีจำนวนมวนที่สูบต่อวัน มากกว่า 20 มวน/วัน ร้อยละ 57.89

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) โดยพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากที่สุด (ร้อยละ 51) รองลงมาเป็นปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านอายุ และระดับการศึกษา ตามลำดับ (ร้อยละ 32, 25.4 และ 19.1) รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียนนั้น ทางโรงเรียนได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโดยยึด 7 มาตรการ โรงเรียนปลอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะถึงแม้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจะอยู่ในระดับน้อย สถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงต้องให้ความสำคัญกับการดำเนินงานอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่, เยาวชน, สถานศึกษาต้นแบบ

Abstract

This Research and Development. The objectives of this study were to study problem situations and factors that were related and able to predict youth smoking behavior in model schools. Bangkok. To lead to the development of a model to promote smoking cessation among students. The sample group was 315 junior high school students. The tools used were questionnaires and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics. inferential statistics Pearson correlation statistics and multiple regression statistics.

The research shows the smoking situation among junior high school students. It was found that 13.96 percent of those who had tried smoking had experienced smoking and began their first attempt at 12-13 years of age, 72.72 percent in the past 1 month. There were 6.03% of students

who smoked cigarettes, and 57.89% had the number of cigarettes smoked more than 20 cigarettes/day.

The research results showed that the age factor education level close person smoking attitude towards smoking were the factors that together predicted the smoking behavior of the sample group at 43.6% with statistical significance (P<.05). 51 each), followed by the smoking factor of close people. age factor and level of education, respectively (32,25.4 and 19.1 percent). Models for smoking prevention and promotion of smoking cessation in schools. The school has given importance to the operation by adhering to 7 measures of non-smoking schools.

Recommendations Although the smoking behavior of the students was at a low level. academy and related agencies still need to focus on the operation in an integrated and continuous way.

Keywords: A prototype school, smoking behavior, Youth.

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละเกือบ 6 ล้าน และยังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับพิษจากควันบุหรี่ถึง 6 แสนคนต่อปี ธนาคารโลกยังระบุว่าในแต่ละวันมีเด็กติดบุหรี่รายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 82,000 ถึง 99,000 ราย[1] พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และคนใกล้ชิด และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรง และการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึง 6 ล้านคนต่อปี โดยจำแนกเป็นผู้สูบกว่า 5 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง 6 แสนคน ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน[2]

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 ในประเทศไทย พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน[3] จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ประชากรไทยส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกที่อายุ 15 ปี และสูบบุหรี่เป็นประจำในอายุ 18 ปี[4] ในปัจจุบันนี้แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในช่วงวัยต่าง ๆ จะมีอัตราลดลงจากในอดีตอย่างต่อเนื่อง แต่ในวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษายังเป็นวัยที่มีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นอยู่เรื่อย ๆ[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงาน วิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นบุหรี่กับวัยรุ่นและเยาวชน ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน[6,7,8] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน[9] ยังคงพบงานวิจัยส่วนน้อยที่มุ่งศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการเลิกสูบบุหรี่ และงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อการเลิกสูบบุหรี่นั้นมักจะศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน ซึ่งผู้วิจัยพบว่าที่ผ่านมาจะให้ความสำคัญกับมาตรการในการปรับพฤติกรรมและมุ่นเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่น่าจะจัดการปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ การป้องกัน เยาวชนไม่ให้สูบบุหรี่ จึงเป็นทางออกที่จะช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากเยาวชน ลดความเจ็บป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตของเยาวชน ลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขของประเทศ และเสริมสร้างพลังเยาวชนให้มีความพร้อมในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน ให้ตรงกับประเด็นปัญหาที่ทำให้ไม่กลับไป สูบบุหรี่ซ้ำได้อีก คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร” โดยมีเป้าหมาย

สำคัญคือการสร้างรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่สอดรับกับประเด็นปัญหาและความต้องการของเยาชนในสถานศึกษาและบริบทของความเป็นสังคมเมือง เพื่อนำสู่การเป็นสถานศึกษาต้นแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้กับสถานศึกษาแห่งอื่นๆ ในอนาคต

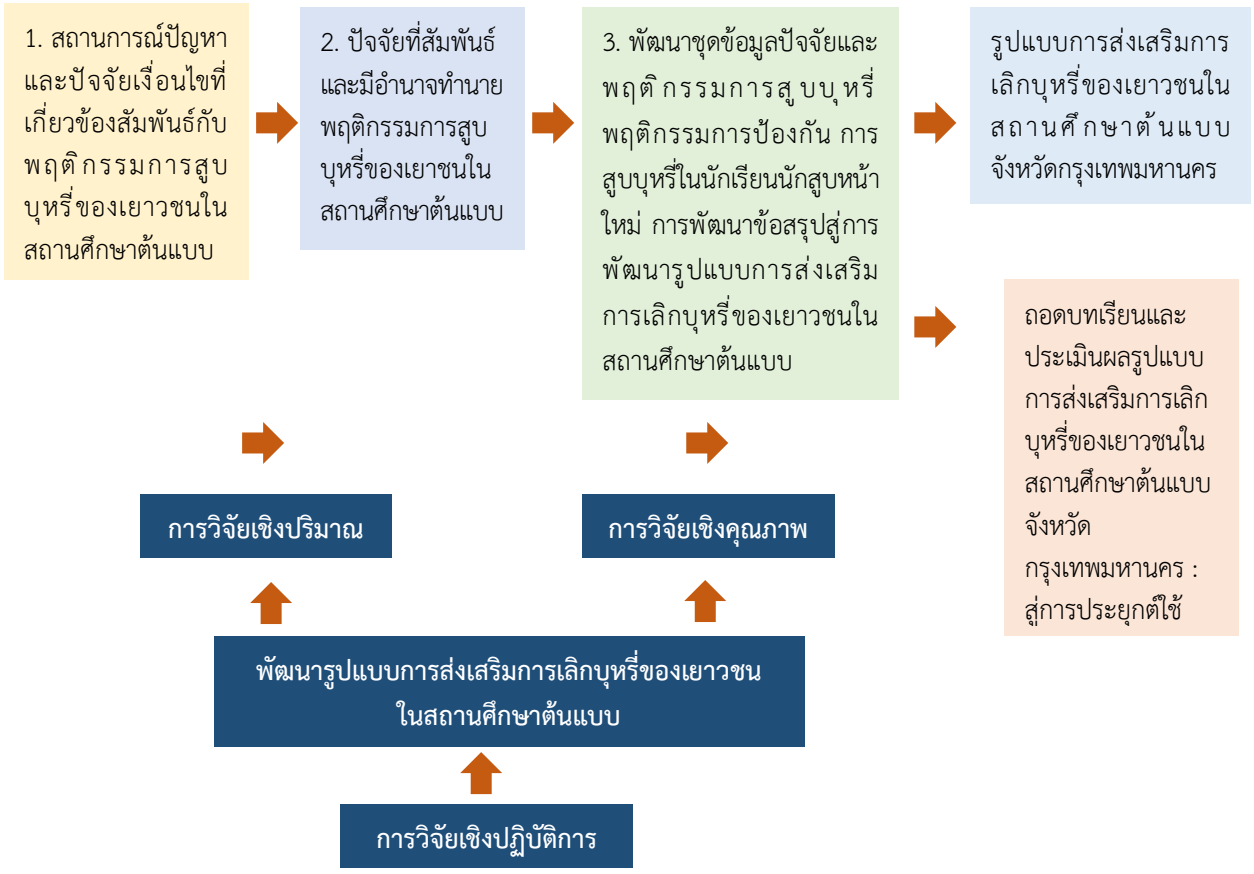
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3. พัฒนาข้อเสนอรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยมีระเบียบวิธีวิจัยทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากร คือ นักเรียนที่ศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,012 คน (โรงเรียนทวีธาภิเศก, 11 พฤภาคม 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่อยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สูตร Taro Yamane, 1973:727 และกำหนด

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 315 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดลอง (Try Out) กับเยาวชนที่เป็นนักเรียนมัธยมในสถานศึกษาอื่น ซึ่งแบบสอบถามและบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับชั้น และสถานภาพครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ประสบการณ์การเคยสูบบุหรี่ อายุที่เคยลองสูบบุหรี่ จำนวนวันที่สูบบุหรี่ (1 เดือนที่ผ่านมา) วิธีได้บุหรี่มา (1 เดือนที่ผ่านมา) ยี่ห้อบุหรี่ที่สูบ การมีผู้ขายบุหรี่ปฏิเสธที่จะขายบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่เป็นประจำ และบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่

3) ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ถ้าเพื่อนสนิทให้บุหรี่ การพูดถึงอันตรายของบุหรี่ในครอบครัว 1 ปีข้างหน้าจะสูบบุหรี่หรือไม่ ความยากในการเลิกบุหรี่ในคนเริ่มสูบ คนที่สูบและไม่สูบกับการมีเพื่อน การสูบบุหรี่จะทำให้เด็กผู้ชายมีเสน่ห์ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่ และทัศนคติต่อผู้ที่สูบบุหรี่

4) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ความต้องการเลิกบุหรี่ตอนนี้ 1 ปีที่ผ่านมาเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ เลิกบุหรี่มานานเท่าใด และเหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจเลิกบุหรี่

<u>ระยะที่ 1</u> เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาในบริบทและปรากฏการณ์จริงในสนามวิจัย คือ โรงเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในระยะนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาและทำความเข้าใจการให้ความหมายที่เกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) ร่วมกับการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564

<u>ระยะที่ 2</u> เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ และปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยเงื่อนไขและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือสมการพยากรณ์การถดถอดเชิงเส้นแบบพหุคูณ เพื่อหาค่าอิทธิพลของปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในสถานศึกษา แล้วสร้างค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (R) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมตอนต้นในสถานศึกษา โดยการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างข้อสรุปและร่างรูปแบบการส่งสริมการเลิกบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นสารสนเทศนำไปสู่การวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2564

<u>ระยะที่ 3</u> วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การพัฒนาและสร้างรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของเยาวชนซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในสถานศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อพัฒนาและสร้างรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของเยาวชน

ส่วนที่ 2 กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ (E) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียน ซึ่งจะเป็นสถานศึกษาต้นแบบ

3.2 นำร่างการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ส่วนที่ 1 และ 2 เป็นเครื่องมือเข้าสู่กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติ (Workshop) สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ เพื่อวิพากษ์วิจารณ์และประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ นำข้อมูลที่ได้จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) มาทำการถอดข้อความ ตีความ อธิบายความ (Explanation) และสังเคราะห์สรุปสาระสำคัญเทียบเคียงกับบริบทของการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยวิธีเนื้อหา (Content Analysis) นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาและอธิบายความ ระยะเวลาศึกษาอยู่ระหว่างรอการสนับสนุนทุนวิจัยในระยะต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 12 – 13 ปี ร้อยละ 82.85 และอายุระหว่าง 14 – 15 ปี ร้อยละ 65.07 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 65.07 มัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 29.20 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 5.71 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 91.74 และอาศัยอยู่กับญาติหรือพี่น้อง ร้อยละ 5.25

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 315)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
12 – 13 ปี	261	82.85
14 – 15 ปี	54	17.15
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	205	65.07
มัธยมศึกษาปีที่ 2	92	29.20
มัธยมศึกษาปีที่ 3	18	5.71
สถานภาพครอบครัว		
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	289	91.74
อาศัยอยู่กับญาติ/พี่น้อง	26	8.25
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	-	-

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติการสูบบุหรี่ของนักเรียน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เคยมีประสบการณ์ในการลองสูบบุหรี่ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 13.96) และเริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 12 – 13 ปี มากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 72.72) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีนักเรียนที่สูบบุหรี่ 19 คน (ร้อยละ 6.03) จำนวนวันที่สูบบุหรี่ 20 – 29 วัน 9 คน (ร้อยละ 47.36)

จำนวนมวนที่สูบต่อวัน มากกว่า 20 มวน/วัน (ร้อยละ 57.89) สำหรับวิธีการได้มาซึ่งบุหรี่ พบว่า โดยการซื้อจากร้านขายของชำในชุมชนหรือในตลาด 14 คน (ร้อยละ 73.68) ส่วนใหญ่สูบยี่ห้อแอล แอนด์ เอ็ม (L&M) 9 คน (ร้อยละ 47.36) ในส่วนของการมีผู้ขายบุหรี่ พบว่า ผู้ขายบุหรี่บางคนปฏิเสธที่ขาย เพราะอายุน้อยกว่า 18 ปี 10 คน (ร้อยละ 52.63) สถานที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบที่บ้าน 14 คน (ร้อยละ 73.68) บุคคลาในครอบครัวสูบบุหรี่ พบจำนวน 96 คน ส่วนใหญ่มีพ่อ/ผู้ปกครองชายสูบคนเดียว 64 คน (ร้อยละ 66.66) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n = 315)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การเคยสูบบุหรี่		
เคยลอง	44	13.96
ไม่เคยลอง	271	86.04
อายุที่เคยลองสูบบุหรี่		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี	-	-
8 – 9 ปี	-	-
10 – 11 ปี	5	11.36
12 – 13 ปี	32	72.72
14 – 15 ปี	7	15.90
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ไม่ได้สูบเลย 296 คน (ร้อยละ93.96) ผู้ที่สูบ 19 คน (ร้อยละ6.03))		
จำนวนวันที่สูบบุหรี่ (1 เดือนที่ผ่านมา)		
- 1 – 2 วัน	4	21.05
- 3 – 5 วัน	-	-
- 6 – 9 วัน	6	31.57
- 10 – 19 วัน	-	-
- 20 – 29 วัน	9	47.36
จำนวนมวนที่สูบต่อวัน (1 เดือนที่ผ่านมา)		
- 1 มวน	-	-
- 2 - 5 มวน	-	-
- 6 - 10 มวน	8	42.10
- 11 – 20 มวน	-	-
- มากกว่า 20 มวน	11	57.89
วิธีได้บุหรี่มา		
- ซื้อจากร้านค้าร้านขายของชำ	14	73.68
- ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ	-	-
- ขโมยบุหรี่	1	5.26
- มีผู้อื่นให้	4	21.05
ยี่ห้อที่สูบ		
- ไม่มียี่ห้อประจำเปลี่ยนไปเรื่อย	7	36.84
- แอล แอนด์ เอ็ม (L&M)	9	47.36
- ราเมลเหลือง	3	15.78

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
การมีผู้ขายบุหรี่ปฏิเสธที่จะขายบุหรี่		
ไม่ได้พยายามซื้อบุหรี่	296	93.96
พยายาม/ซื้อบุหรี่	19	6.03
- มีคนปฏิเสธที่จะขายเพราะอายุน้อยกว่า 18 ปี	10	52.63
- อายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการซื้อบุหรี่	9	47.36
สถานที่ที่สูบบุหรี่ประจำ		
- สูบที่บ้าน	14	73.68
- สูบที่โรงเรียน	3	15.78
- สูบที่บ้านเพื่อน	-	.
- สูบในงานสังสรรค์ต่างๆ	2	10.52
- สูบในที่สาธารณที่เป็นเขตปลอดบุหรี่	-	-
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มีใครสูบ	219	69.52
มี	96	30.47
- พ่อและแม่/ผู้ปกครองสูบบุหรี่	18	18.75
- พ่อ/ผู้ปกครองชายสูบคนเดียว	64	66.66
- แม่/ผู้ปกครองหญิงสูบคนเดียว	14	14.58
- ไม่ทราบ	5	5.20

ทัศนคติการสูบบุหรี่ พบว่า หากมีเพื่อนสนิทให้สูบบุหรี่ จะไม่สูบแน่นอน 294 คน (ร้อยละ 93.33) มีการพูดถึงอันตรายของบุหรี่ภายในครอบครัว 239 คน (ร้อยละ 86.98) สำหรับอีก 1 ปีข้างหน้ากลุ่มอย่างเลือกตอบไม่สูบแน่นอน 274 คน (ร้อยละ 86.90) ความยากในการเลิกบุหรี่ในคนเริ่มสูบ คิดว่าไม่ยากอย่างแน่นอน 126 คน (ร้อยละ 40.00) เมื่อสอบถามว่าคนที่สูบและไม่สูบกับการมีเพื่อน พบว่า มีเพื่อนไม่แตกต่างกัน 144 คน (ร้อยละ 45.71) การสูบบุหรี่จะทำให้เด็กผู้ชายมีเสน่ห์ดึงดูดมากกว่า 189 คน (ร้อยละ 60.00) ในประเด็นการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างแน่นอน 289 คน (ร้อยละ 91.74) ไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ 170 คน (ร้อยละ 53.96) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นคนขาดความมั่นใจในตนเอง 88 คน (ร้อยละ 27.93) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ (n = 315)

ข้อมูลด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ถ้าเพื่อนสนิทให้สูบบุหรี่		
ไม่สูบแน่นอน	294	93.33
อาจจะไม่สูบ	4	1.26
อาจจะสูบ	13	4.12
สูบแน่นอน	4	1.26
การพูดถึงอันตรายของบุหรี่ในครอบครัว		
มีการพูดคุย	239	75.87
ไม่มีการพูดคุย	76	24.12

ข้อมูลด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1 ปีข้างหน้าจะสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่สูบแน่นอน	274	86.98
อาจจะไม่สูบ	25	7.93
อาจจะสูบ	8	2.53
สูบแน่นอน	8	2.53
ความยากในการเลิกบุหรี่ในคนเริ่มสูบ		
ไม่ยากอย่างแน่นอน	126	40.00
อาจจะไม่ยาก	38	12.06
อาจจะยาก	74	23.49
ยากอย่างแน่นอน	77	24.44
คนที่สูบและไม่สูบกับการมีเพื่อน		
มีเพื่อนมากกว่า	32	10.15
มีเพื่อนน้อยกว่า	139	44.12
ไม่แตกต่างกัน	144	45.71
การสูบบุหรี่จะทำให้เด็กผู้ชายมีเสน่ห์		
มีเสน่ห์ดึงดูดมากกว่า	189	60.00
มีเสน่ห์ดึงดูดน้อยกว่า	113	35.87
ไม่แตกต่าง	-	-
การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ		
ไม่เป็นอันตรายอย่างแน่นอน	13	4.12
อาจจะไม่เป็นอันตราย	6	1.90
อาจจะเป็นอันตราย	33	10.47
เป็นอันตรายอย่างแน่นอน	289	91.74
มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่มีเลย	170	53.96
มีบ้างบางคนที่สูบบุหรี่	139	44.12
เกือบทุกคนสูบบุหรี่	-	-
ทุกคนสูบบุหรี่	6	1.90
ทัศนคติต่อผู้ที่สูบบุหรี่		
เป็นคนขาดความมั่นใจในตนเอง	88	27.93
เป็นคนโง่	76	24.12
เป็นคนขี้แพ้ ไม่เอาไหน	38	12.26
เป็นคนน่ารังเกียจ	75	23.80
เป็นคนที่ประสบความสำเร็จ	-	-
เป็นคนมีสติปัญญาเฉลียวฉลาด	7	2.22
เป็นคนมาดเท่ห์	31	9.84

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่า เคยสูบบุหรี่มาก่อน 271 คน (ร้อยละ 86.04) เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันได้เลิกสูบบุหรี่แล้ว 41 คน (ร้อยละ 13.01) และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ 3 คน (ร้อยละ 0.95) โดยทั้ง 3 คน ไม่เคยต้องการเลิก ในช่วง 1 ปีที่ผ่าน ยังพบผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 11 คน (ร้อยละ 78.57) และไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 3 คน (ร้อยละ 21.42) สำหรับผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 41 คน พบว่า สามารถเลิกบุหรี่ได้ในช่วง 4 – 11 เดือนที่ผ่านมา 17 คน (ร้อยละ 41.46) เหตุผลสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่เลิกบุหรี่เพื่อทำให้สุขภาพดี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 65.85)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=315)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการเลิกบุหรี่ตอนนี้		
ไม่เคยสูบบุหรี่	271	86.04
เคยสูบแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	41	13.01
ปัจจุบันยังสูบ	3	0.95
- ต้องการเลิกตอนนี้	-	-
- ไม่ต้องการเลิก	3	100
1 ปีที่ผ่านมา เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	271	86.04
ไม่ได้สูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา	30	9.52
ผู้ที่ยังสูบในปีที่ผ่านมา	14	4.44
- เคยพยายาม	11	78.57
- ไม่เคยพยายาม	3	21.42
เลิกบุหรี่มานานเท่าใด		
ไม่เคยสูบบุหรี่	271	86.04
ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่	3	0.95
ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่	41	13.01
- 1 – 3 เดือน	6	14.63
- 4 – 11 เดือน	17	41.46
- 1 ปี	15	36.58
- 2 ปี	3	7.31
- 3 ปี หรือมากกว่า 3 ปี	-	
เหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจเลิกบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่เลย	271	86.04
ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่	3	0.95
ผู้ที่เลิกบุหรี่	41	13.01
- เพื่อทำให้สุขภาพดีขึ้น	27	65.85
- เพื่อประหยัดเงิน	5	12.19
- เพราะครอบครัวไม่ชอบ	9	21.95
- เพราะเพื่อน ๆ ไม่ชอบ	-	-

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's rank correlation) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=315)

	1	2	3	4	5
อายุ	1				
ระดับการศึกษา	.421**	1			
การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด	.089	.046	1		
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	.127	.012	.447**		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	.297*	.244*	.342**	.510**	

ค่า *p < .05 และ **p < .001

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .29, p < .05) ปัจจัยทางการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .244, p< .05) ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .342, p< .001) และปัจจัยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .510, p < .001)

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ทุกประการ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยพหูคูณด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอดในขั้นตอนเดียว (Enter) โดยผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 43.6 (R2 =.436 df = 4, F = 11.499) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05) โดยพบว่า ปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า หากปัจจัยด้านอายุ การศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีค่าเพิ่มขึ้น จะสามารถทำนาย ได้ว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่จะมีค่าเพิ่มมากขึ้น (β = .254, p < .05 และ β = .191, p < .05; β = .320, p < .001 และ β = .510, p < .001; ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอย	B	SE_b	B	t	P=value
ค่าคงที่ Constant	21.278	6.771		3.143	.002*
อายุ	.167	.058	.254	2.859	.005*
ระดับการศึกษา	.134	.044	.191	3.048	.003*
การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด	.255	.055	.320	3.658	.000**
ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	.417	.070	.510	5.922	.000**
= .584 ; R^2 = .436 ; Adjust R^2 = .311 ; df_1 = 4, F = 11.499, P = .000					

ค่า *p < .05, **p < .001

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .167, .134, .255 และ .417 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่า อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยดังกล่าวสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เมื่อคะแนนด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น .167 คะแนนหน่วย โดยกำหนดให้ตัวแปรระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีค่าคงที่

เมื่อคะแนนด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น.134 คะแนนหน่วย โดยกำหนดให้ตัวแปรด้านอายุ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีค่าคงที่

เมื่อคะแนนด้านการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น .255 คะแนนหน่วย โดยกำหนดให้ตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีค่าคงที่

เมื่อคะแนนด้านทัศคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น .417 คะแนนหน่วย โดยกำหนดให้ตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา และการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีค่าคงที่

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่า นักเรียนที่มีประสบการณ์เคยลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.96 ซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์เคยลองสูบบุหรี่ จะเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 12-13 ปี ร้อยละ 72.72 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีนักเรียนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.03 สูบมากกว่า 20 มวน/วัน ร้อยละ 57.89

การวิเคราะห์สำหรับปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ร้อยละ 43.6 (R2 = .436 df = 4, F = 11.499) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากที่สุด (ร้อยละ 51) รองลงมาเป็นปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านอายุ และระดับการศึกษาตามลำดับ (ร้อยละ 32, 25.4 และ 19.1)

สำหรับรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียนนั้น ทางโรงเรียนได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโดยยึด 7

มาตรการ โรงเรียนปลอดบุหรี่ ดังนั้นจึงต้องมีมาตรการที่จะทำให้โรงเรียนต่างๆ เป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ได้นั้น สามารถสรุปเป็นมาตรการทั้งหมดเป็น 7 มาตรการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นเพศชาย 315 คน มีอายุระหว่าง 12 – 13 ปี 261 คน รองลงมามีอายุระหว่าง 14 – 15 ปีจำนวน 54 คน ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 205 คน (ร้อยละ 29.20) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 289 คน (ร้อยละ 91.74 รองลงมาอาศัยอยู่กับญาติหรือพี่น้อง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 8.25)

2. สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ลองสูบบุหรี่ จำนวน 271 คน (ร้อยละ 86.04) และผู้ที่เคยมีประสบการณ์ลองสูบบุหรี่ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 13.96) ซึ่งผู้ที่เคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 12 – 13 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล และวิลาวัณย์ ชาดา[11] พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ย 13.42 ปี ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีนักเรียนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ จำนวน 296 คน (ร้อยละ 93.96) และนักเรียนที่สูบบุหรี่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 6.03) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวล/วัน ร้อยละ 57.89 ได้รับบุหรี่โดยการซื้อจากร้านค้าขายของชำในชุมชนหรือในตลาด จำนวน 14 คน รองลงมาผู้อื่นให้สูบบุหรี่ 6 คน นิยมสูบบุหรี่ยี่ห้อ แอลด์แอนด์เอ็ม (L&M) จำนวน 9 คน รองลงมาไม่มียี่ห้อประจำ/เปลี่ยนไปเรื่อย จำนวน 7 คน และสูบบุหรี่ยี่ห้อราเมลเหลือง จำนวน 3 คน สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่จะสูบที่บ้าน จำนวน 14 คน รองลงมาสูบที่โรงเรียน จำนวน 3 คน การมีผู้ขายบุหรี่ปฏิเสธที่จะขายบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้พยายามซื้อบุหรี่ จำนวน 296 คน (ร้อยละ 93.9) ในส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ พบว่า มีผู้ขายบุหรี่บางคนปฏิเสธที่จะขายเพราะอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 52.63) ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกตอบว่า อายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการซื้อบุหรี่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 47.36) การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ สูงถึง จำนวน 219 คน (ร้อยละ 69.52) ส่วนผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่พบจำนวน 96 คน (ร้อยละ 30.47) ส่วนใหญ่พบว่ามีพ่อ/ผู้ปกครองชายสูบคนเดียว จำนวน 64 คน (ร้อยละ 66.66) รองลงมา พบพ่อและแม่/ผู้ปกครองสูบบุหรี่ จำนวน 18 คน (ร้อยละ 18.75)

ทัศนคติของนักเรียนเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่สูบแน่นอนหากมีเพื่อนสนิทให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.33 การพูดถึงอันตรายของบูหรี่นครอบครัว ร้อยละ 86.98 จะมีการพูดถึงเรื่องนี้ 1 ปีข้างหน้าจะสูบบุหรี่หรือไม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกตอบว่าไม่สูบแน่นอนร้อยละ 86.9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าไม่ยากแน่นอนในการเลิกบุหรี่ในคนเริ่มสูบร้อยละ 40.00 ทัศนคติของคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบกับการมีเพื่อน พบว่า คนที่สูบบุหรี่หรือไม่ได้สูบมีเพื่อนไม่ต่างกันร้อยละ 45.71 รองลงมาคนที่สูบบุหรี่จะมีเพื่อนน้อยกว่าร้อยละ 44.12 ทัศนคติของการสูบบุหรี่กับความมีเสน่ห์ของเด็กผู้ชาย พบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้เด็กผู้ชายมีเสน่ห์ดึงดูดมากกว่าร้อยละ 60.00 ทัศนคติของการสูบบุหรี่กับการเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พบว่า บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างแน่นอนร้อยละ 91.7 ทัศนคติต่อผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นคนขาดความมั่นใจในตนเองร้อยละ 27.93 และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ร้อยละ 53.96

3. **การทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง**

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .297$, $p < .05$) และยังสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้เป็นอันดับสามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .254$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสงครามชัยย์

ลีทองดีสกุล และคณะ[11] ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา และนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยด้านอายุ และปัจจัยร่วมทำนายอื่นๆ ได้แก่ เพศ และประวัติการสูบบุหรี่ของเพื่อน สามารถอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 35.80

ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารทำนายตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความสัมพันธ์ ($r = .244$, $p < .05$) และมีค่าอำนาจ ($\beta = .191$, $p < .05$) ซึ่งผลจากการศึกษาปัจจัยด้านระดับการศึกษา ทำให้เห็นว่า การได้รับการศึกษาของบุคคลทั้งในระบบหลักสูตรหรือนอกหลักสูตร กิจกรรมเสริมการเรียนรู้ต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนในช่วงวัยนี้ ซึ่งพบว่ามีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Fritz, Wider, Hardin &, & Horrock[12] และสายฝน เอกวรางกูร และคณะ[13] ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ยังอยู่ในช่วงวัยที่มีอายุประมาณ 13 – 15 ปี

การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342$, $p < 0.001$) และสามารถทำนายได้ว่าพฤติกรรมการเลิกบุหรี่จะมีค่าเพิ่มมากขึ้น ($\beta = .320$, $p < .001$) ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของสงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล และวิภาวัณย์ ชาดา[11] พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะเพื่อน (Friend) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ 1.417 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชณิษฐ์ชา บุญเสริมฐ และคณะ[6] พบว่า ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท ($p < .001$) และการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ($p=0.011$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ

ปัจจัยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .510$, $p < .001$) และยังสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .510$, $p < .001$) ซึ่งผลการศึกษาตัวแปรทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรพงษ์ ชูเดช[14] ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ $\beta = .27$, $p<.001$ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของขณิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ[6] ที่พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเยาวชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่

จากการศึกษาการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษาต้นแบบ และจากสมมติฐานการวิจัย พบว่าสามารถทดสอบสมมุติฐานการวิจัยได้ทุกข้อ โดยปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 43.6 ($R2 = .436$ $df = 4$, $F = 11.499$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงเรียนควรมีการดำเนินงานมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกมาตามความ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อย่างเข้มข้น ในการจัดการเรียนการสอนควรมีการเพิ่มเนื้อหาสาระเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และสารเสพติดสอดแทรกในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์เรื่องการ

สูบบุหรี่ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวควรมีนโยบายในการเพิ่มความรอบรู้ด้านบุหรี่ให้แก่ประชากรในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น และทำงานในเชิงบูรณาการเพื่อให้เกิดความร่วมมือให้เกิดกระแสการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

2) ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และกลุ่มนักเรียนหรือเยาวชนที่ไม่ได้ศึกษาในระบบหรือในสถานพินิจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนวิจัย “นายแพทย์จงเจตน์ อาวเจนพงษ์” แพทยสภา เป็นอย่างสูง ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธิติ บุดดาน้อย, สุทิน ชนะบุญ และเบญญาภา กาลเขว้. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562;2(1):139–152.

2. World Health Organization, (2016). Global youth tobacco survey Thailand 2015. Retrieved July 10, 2019, http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5278.pdf

3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล; 2564.

4. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย 2561, กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2561.

5. ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์. ข้อมูลทางวิชาการเรื่องบุหรี่เท่ากับยาเสพติด. นักวิจัยรุ่นเยาว์โครงการ STRETCH,IHPP และนักวิชาการ ศจย. ฉบับวันที่ 7 มีนาคม 2556. 1; 2566.

6. ขณิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2552;3(2):6-14.

7. วิลาวัณย์ ประทีปแก้ว และคณะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดนนทบุรี. รายงานวิจัยจากศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2552.

8. ชุมพร ลับภู. พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยพบูรพา; 2553.

9. ลักษมล ลักษณะวิมล และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล 2552;69(1):1-9.

10. Taro Yamane. Statistics; An Introductory Analysis. 3 rdEd. New York. Harper and Row Publications. 1973;727.

11. สงครามชัยย์ สีทองดีสกุล และวิลาวัณย์ ชาดา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา และนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2565;9(2):136-147.

12. Fritz,D.a.J.,Wider,L.,c.,Hardin,S.B., &Horrock, M.. Program strategies for adolescent smoking cessation. The Journal of School Nurses 2008;24(1):21-27.

13. สายฝน เอกวรางกูร, รวมพร คงกำเนิด, ศิริอร สินธุ, และลักษณะวิมล. บริการสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชน: สถานการณ์ ความท้าทาย และแนวทางการดำเนินงาน. วารสารพยาบาล 2559;65(4):16-23.

14. สุรพงษ์ ชูเดช. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา มจธ. 2546; 27(1): 95 – 115.

ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of cognitive functions improvement program in elderly Tha Khun Tho District, Kalasin process

เลยณภา โคตรแสนเมือง*
*พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าคันโท

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพสมองจึงมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย สูตร Krejcie & Morgan วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square และ ANOVA

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 132 คน กลุ่มทดลอง 66 คน กลุ่มควบคุม 66 คน ปัจจัยด้านเพศ การศึกษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า Naming, Verbal command, Repetition, Written command และคะแนนรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05, Writing มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ย MMSE กลุ่มควบคุม 17.07 กลุ่มทดลอง 18.47 ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุม 17.63 กลุ่มทดลอง 20.06 โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีประสิทธิผลที่ดีในการฟื้นฟูสภาพสมองเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ควรมีการนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง, ผู้สูงอายุ, สมองเสื่อม

Abstract

Dementia is a major problem for the elderly. Brain potential development therefore plays an important role in the quality of life of the elderly. This study was quasi-experimental research with a controlled group measuring before and after the experiment. The population consisted of elderly people with early stages of dementia. Calculated samples used the Krejcie & Morgan formula, analyzed data with number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, Anova.

The total sample group was 132 people, experimental group 66, control group 66. Factors regarded gender and education between the control group and the experimented group were not different. After the experimented, compared the experimental and control groups, it was found that Naming, Verbal command, Repetition, Written command and total scores between the controlled and experimented groups after the experimented were significantly different, P-value < 0.05. Writing had statistically significant difference P-value < 0.001. Before the experiment, the mean MMSE score in the control group was 17.07, in the experimental group 18.47. After the experimented, the control group was 17.63, the experimental group was 20.06, compared between

the control group and the experimental group, before and after the experimented, there was a statistically significant difference, P-value < 0.001.

Keywords: cognitive functions improvement program, elderly, dementia.

บทนำ

องค์การอนามัยโลก คาดประมาณการผู้สูงอายุทั่วโลกในปี 2030 ประมาณ 1.4 พันล้านคน และเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคน ในปี 2050[1] โดยประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 12,714,788 คน (ร้อยละ 19.40 จากจำนวนประชากรทั้งหมด)[2] United Nations World Population Ageing[3] กล่าวว่า ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงที่ไม่สามารถใช้แรงงานตนเองเพื่อสร้างรายได้เลี้ยงตัว ซึ่งก็คือเด็กและผู้สูงอายุ มีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ 1) สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จะเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน และมีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป และ 2) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) จะเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน และมีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป ดังนั้นประเทศไทยจึงเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์[2]

ในระดับชีววิทยา การแก่ชราเป็นผลมาจากผลกระทบของการสะสมของความเสียหายระดับโมเลกุลและเซลล์ที่หลากหลายเมื่อเวลาผ่านไป สิ่งนี้นำไปสู่การลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคและการเสียชีวิตในที่สุด อาการทั่วไปในวัยสูงอายุได้แก่ สูญเสียการได้ยิน ต้อกระจก และความผิดปกติของการหักเหของแสง อาการปวดหลังและคอ และโรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน อาการซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้เมื่อคนเราอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะประสบกับสภาวะหลายอย่างในเวลาเดียวกัน อายุที่มากขึ้นยังมีลักษณะพิเศษคือภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างที่เรียกกันทั่วไปว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุ มักเป็นผลมาจากปัจจัยพื้นฐานหลายประการ เช่น ความอ่อนแอ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การหกล้ม อาการเพ้อ และแผลกดทับ[4]

ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคเฉพาะเจาะจง แต่เป็นคำทั่วไปสำหรับความสามารถในการจดจำ ความคิดหรือตัดสินใจที่บกพร่องซึ่งขัดขวางการทำกิจกรรมในแต่ละวัน โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดที่พบบ่อยที่สุด แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการสูงวัยตามปกติ[5]

อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรที่มีอายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 1,693 คน (ร้อยละ 4.88 ของจำนวนประชากรทั้งหมด)[6] การออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านมา เป็นไปในทิศทางที่ดี[7,8] การพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุเป็นอีกแนวทางที่สามารถพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุ การศึกษาถึงประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงมีความจำเป็นในการยืนยันคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุและการทดสอบเพื่อนำสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรคือผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอท่าคันโท ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลท่าคันโท มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้อายุระหว่าง 60-70 ปี ที่เข้าใจรายละเอียดกิจกรรมและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

3. ผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia หรือ Depression

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น อัมพฤกษ์ พากินสัน เป็นต้น

2. มีการเจ็บป่วย ขาดนัด ระหว่างการทดลอง หรือไม่สามารถร่วมการทดลองได้ครบ 7 ครั้ง หรือติดตามไม่ได้ใน 1 เดือนหรือ 3 เดือน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[9]

$$n=\frac{X^2Np(1-P)}{e^2(N-1)+X^2p(1-P)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (198)

e= ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

X^2= ค่าไคสแควร์ที่ *df =1* และระดับความเชื่อมั่น 95% (3.841)

P = สัดส่วนของลักษระที่สนใจในประชากร (0.5)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130.88 (132 คน) โดยเป็นกลุ่มทดลอง 66 คน กลุ่มควบคุม 66 คน

สิ่งแทรกแซง

กลุ่มควบคุมจะมีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกในระบบปกติตามแนวทางปฏิบัติของคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลท่าคันโท และกลุ่มทดลอง มีสิ่งแทรกแซง จำนวน 6 กิจกรรม สรุป 1 ครั้งและติดตามที่บ้าน 1 เดือนและ 3เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สิ่งแทรกแซงสำหรับกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	กิจกรรม
1. ฝึกจำหน้าและจำชื่อ	สร้างสัมพันธภาพ - กิจกรรม แนะนำตัว จำชื่อคน - เล่นเกมส์ทบทวนชื่อแนะนำตัวเองพร้อมจุดเด่นใบหน้ากิจกรรมต่อเนื่อง - ทำประวัติตนเอง - ฝึกจำชื่อเพื่อนในกลุ่ม
2. ความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว	กิจกรรมเคลื่อนไหว - การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน - อ่านบทความให้ฟังแล้วตอบคำถาม กิจกรรมชีวิต - เขียนแผนผังครอบครัว - แลกเปลี่ยนเรื่องราวประทับใจ กิจกรรมต่อเนื่อง - การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง
3. มิติสัมพันธ์	กิจกรรมเคลื่อนไหว - การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง - ขยับมือ “กรรไกร ไข่ ผ้าไหม” - เคลื่อนไหวร่างกายตามเพลง

ครั้งที่	กิจกรรม
	การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ - นับจำนวนในรูปภาพ - เรียงสิ่งของ - วาดแผนที่พร้อมอธิบายแผนที่บ้าน กิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน - การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง - ขยับมือ “กรรไกร ไข่ ผ้าไหม” - เขียนแผนที่พร้อมอธิบายแผนที่บ้านมาโรงพยาบาล
4. การจำภาพและตัวเลข	กิจกรรมเคลื่อนไหว - การกระตุ้นสมอง 2 ซีก - ทบทวนท่าขยับมือ “กรรไกร ไข่ ผ้าไหม” กิจกรรมจำตัวเลข - บ้านเลขที่ - วันเดือนปีเกิด - เบอร์โทร กิจกรรม “ความจำภาพ” กิจกรรมต่อเนื่อง - ฝึกท่ากระตุ้นสมอง 2 ซีก - เล่าประสบการณ์การลืมและวิธีแก้ไข
5. การจัดบ้าน-จัดของ	กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ “ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ” กิจกรรม “จัดของ” - จำลองสิ่งของภายในบ้านแล้วลองจัดบ้าน พร้อมให้อธิบายถึงเหตุผลในการจัดวาง กิจกรรม “วางแผนป้องกันการลืม” - ร่วมกันวางแผนในการจัดวางสิ่งของในบ้านเพื่อป้องกันการลืม กิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน - ฝึกออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - กลับไปจัดสิ่งของภายในบ้านเพื่อป้องกันการลืม
6. การบริหารจัดการเงิน	กิจกรรมเคลื่อนไหว - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ - การเคลื่อนไหวประกอบเพลง - การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง - การกระตุ้นสมอง 2 ซีก - กิจกรรมสมมุติในการซื้อของ
7. สรุปกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง	นำกิจกรรมไปฝึกทบทวนทำที่บ้าน ติดตามหลังทำกิจกรรมเมื่อครบ 1 เดือน,3 เดือน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T2002) เพื่อทดสอบสมองเบื้องต้น โดยมี 11 ข้อหลัก ทั้งนี้กรณีผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ตอบคำถามเพียง 8 ข้อหลัก โดยไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 โดยข้อคำถาม 11 ข้อหลัก ดังนี้ 1) Orientations for time 5 ข้อ 5 คะแนน 2) Orientations for place แยกตามสถานที่ที่ประเมิน จำนวน 5 ข้อ 5 คะแนน

3) Registration โดยจำสิ่งของ 3 สิ่ง ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน 4) Attention /Calculation 5 คะแนน 5) Recall 3 คะแนน 6) Naming 2 คะแนน 7) Repetition 1 คะแนน 8) Verbal command 3 คะแนน 9) written command 1 คะแนน 10) Writing 1 คะแนน 11) Vasoconstriction 1 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด 30 คะแนน โดยผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ จุดตัดที่ 14 คะแนน (เต็ม 23 คะแนน) เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัด 17 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) สูงกว่าประถมศึกษา จุดตัด 22 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน)

2. แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment : MoCA ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น α = 0.88 ประเมินหน้าที่ของการทำทำงานของสมองด้านต่างๆ ได้แก่ มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) คะแนนเต็ม 5 คะแนน, Naming คะแนนเต็ม 3 คะแนน, ความจำ (Memory), ความตั้งใจ (Attention) คะแนนเต็ม 6 คะแนน, ภาษา (Language) คะแนนเต็ม 3 คะแนน, Abstraction 2 คะแนน, Daley recall 5 คะแนน และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) 6 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยไคสแควล์

3. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Kolmogorov-smirnov เพื่อทดสอบการแจกแจงด้วยโค้งปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพ เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วย ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการทดลองต้องเป็นผู้ยินยอมโดยสมัครใจ

2. กลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบในส่วนของการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจระหว่างการทดลองสามารถยุติการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษา

4. ได้รับการับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 156/2566

ผลลัพธ์การวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 132 คน เป็นกลุ่มควบคุม 66 คน กลุ่มทดลอง 66 คน กลุ่มทดลองมีเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนรใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.60 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	P-value
เพศ					
ชาย	28	42.40	33	50.00	0.762
หญิง	38	57.60	33	50.00	0.383
การศึกษา					
ประถมศึกษา	41	62.10	36	54.50	0.779
สูงกว่าประถมศึกษา	25	37.90	30	45.50	0.377

2. การประเมินสภาพสมองเบื้องต้นและศักยภาพสมอง

2.1 การประเมินสภาพสมองและศักยภาพสมองก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับคะแนน สภาพสมองเบื้องต้น พบว่า ไม่แตกต่างกันในก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง แต่คะแนนการประเมินศักยภาพของสมองพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ในประเด็น delay recall, Language repeat และ Abstraction

ตารางที่ 3 คะแนน MMSE และ MoCA เปรียบเทียบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2
	Mean	SD	Mean	SD	P-value
MMSE					
Orientations for time	3.83	0.86	3.87	0.88	0.985
Orientation for place	4.56	0.50	4.66	0.47	0.211
Registration	2.45	0.50	2.57	0.49	0.161
Attention/Calculation	1.60	0.69	1.60	0.69	1.00
Recall	0.54	0.72	0.84	0.94	0.20
Naming	1.75	0.43	1.75	0.43	1.00
Repetition	0.31	0.46	0.40	0.49	0.27
Verbal command	0.50	0.58	0.65	0.62	0.35
Written command	0.50	0.58	0.65	0.62	0.35
Writing	0.50	0.58	0.71	0.60	0.10
รวม	17.07	2.83	18.47	3.42	0.39
Montreal Cognitive Assessment: MoCA					
Visuospatial/Executive	1.98	0.77	1.86	0.79	0.09
Naming	1.78	0.64	1.75	0.59	0.27
Attention	1.07	0.26	1.01	0.24	0.01*
Language repeat	1.63	0.69	1.25	0.79	<0.001**
Abstraction	1.63	0.69	1.31	0.66	<0.001**
Delayed recall	1.12	0.98	1.27	0.92	0.01*
Orientations	3.27	1.25	3.04	1.17	0.03*
รวม	12.51	2.25	11.51	2.33	0.01*

P-value< 0.05*, P-value<0.001**

2.2 การประเมินสภาพสมองและศักยภาพสมองก่อนการทดลองหลังการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า Naming, Verbal command, Repetition, Written command และคะแนนรวมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 ส่วน Writing เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนน MMSE และ MoCA หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2
	Mean	SD	Mean	SD	P-value
MMSE					
Orientations for time	3.83	0.86	3.87	0.88	0.9
Orientation for place	4.56	0.50	4.66	0.47	0.21
Registration	2.45	0.50	1.60	0.69	0.79
Attention/Calculation	1.59	0.72	0.87	0.93	0.15
Recall	0.54	0.72	1.74	0.44	0.21
Naming	1.66	0.56	0.54	0.50	0.008*
Repetition	0.31	0.46	0.77	0.57	0.01*
Verbal command	0.560	0.58	0.84	0.53	0.008*
Written command	0.56	0.58	0.81	0.55	0.02*
Writing	0.51	0.58	0.93	0.46	<0.001**
รวม	17.63	3.35	20.06	3.28	0.02*
Montreal Cognitive Assessment: MoCA					
Visuospatial/Executive	1.98	0.77	2.72	1.10	<0.001*
Naming	1.92	0.66	2.48	0.63	0.21
Attention	1.18	0.38	1.12	0.44	0.001*
Language repeat	1.63	0.69	2.22	1.27	<0.001**
Abstraction	1.63	0.69	1.00	0.46	0.11
Delayed recall	1.12	0.98	1.42	0.84	<0.001**
Orientations	3.396	1.17	3.78	1.74	<0.001**
รวม	12.87	2.14	14.77	2.96	0.03*

P-value< 0.05*, P-value<0.001**

1.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมองเบื้องต้น และ ศักยภาพสมองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย MMSE กลุ่มควบคุม 17.07 กลุ่มทดลอง 18.47 ในก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม 17.63 กลุ่มทดลอง 20.06 โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบนบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนการทดลอง Mean (SD)	หลังการทดลอง Mean (SD)	F	(P-value)
คะแนนเฉลี่ย MMSE				
กลุ่มควบคุม	17.07(2.83)	17.63(3.35)	6.487	0.01*
กลุ่มทดลอง	18.47(3.42)	20.06(2.28)	17.56	<0.001**
คะแนนเฉลี่ย MoCA				
กลุ่มควบคุม	12.51(2.55)	12.87(2.14)	29.53	<0.001**
กลุ่มทดลอง	11.51(2.33)	14.77(2.96)	17.71	<0.001**

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 66 คน กลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 33 คน เพศและการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง ศักยภาพสมอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ไม่แตกต่างกัน สำหรับคะแนนประเมินศักยภาพสมอง (MoCA) language repeat, Abstraction มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 Attention, Delayed recall และ Orientations มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) Writing มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 Naming, Vocal command และคะแนนรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 สำหรับ ศักยภาพสมอง (MoCA) visuospatial/Executive, Language repeat, Delayed recall, Orientations ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 Attention และคะแนนรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสภาพสมองเบื้องต้น MMSE และศักยภาพสมอง MoCA แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีนิวโนบิคส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น[7] โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี[8] โดยเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[10] ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุครอบคลุมทุกกระบวนการผ่านการบันทึกข้อมูลระดับประเทศ[11]

กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นอีกกิจกรรมเพื่อเลือกใช้ในการกระตุ้นการพัฒนาศักยภาพสมองที่ได้ผลเป็นไปในทิศทางที่ดี[12] เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนน MMSE ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001[13,15] สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง สามารถใช้วางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. ผู้สูงอายุที่ผ่านโปรแกรมการดูแลได้พัฒนาศักยภาพสมอง เพื่อยืดระยะเวลาการเกิดภาวะสมองเสื่อม

3. เป็นตัวอย่างแนวทางการใช้เครื่องมือในการประเมินศักยภาพสมอง และวัดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

4. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น สามารถกำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

5. การดูแลผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งบางครั้งอาการกำเริบทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองได้ตามกำหนด

6. การแสวงหาผู้ดูแลหลัก ร่วมดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7. ความซับซ้อนด้วยอาการและพยาธิสภาพของกลุ่มตัวอย่างเอง ซึ่งมีภาวะเสื่อมของร่างกาย บางรายมีการได้ยินลดลง ทำให้ต้องใช้เวลาในการสื่อสารมากขึ้น

8. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน MMSE และ MoCA จำเป็นต้องประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกทักษะหรือนักจิตวิทยา

9. ระยะเวลาในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งใช้เวลา ประมาณ 25-30 นาที หรือมากกว่านั้น

10. การติดตามผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการกระตุ้นในโปรแกรมให้ได้ครบตามกำหนด อุปสรรคในการเดินทาง การนัดหมาย การขาดนัด

11. พัฒนาและส่งเสริมการนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ

12. ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

13. ควรมีการพัฒนาบุคลากรในการประเมินและนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างแพร่หลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Word health organization (1). Aging. (online). 2012. [Cited 2023 OCT 4] Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

2.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566. (ออนไลน์) 2566. (ค้นเมื่อ 2566 ตุลาคม 4). สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449

3. United Nations World Population Ageing. Aging. (online). 2018. [Cited 2023 OCT 4]. Available from: https://www.un.org/en/global-issues/ageing.

4. Word health organization (2). Aging and health. (online). 2020. [Cited 2023 OCT 3]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

5. Centers of disease control and prevention. Alzimer's disease and prevention. (online). 2020. [Cited 2023 OCT 3]. Available from: https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.สถิติประชากรผู้สูงอายุ. (ออนไลน์) 2566. (ค้นเมื่อ 2566 ตุลาคม 4). สืบค้นจาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id

7.วรากร เกรียงไกรศักดา, เสรี ชัดเชิม. การประยุกต์ทฤษฎีนิวโรบิคส์ เอ็กเซอร์ไซส์ ในการพัฒนาโปรแกรมฝึกสมองสำหรับฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น. วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา 2555;10(1):11-25.

8. ศศินี อภิชนกิจ, อาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์, อุไรลักษณ์ หมัดคง, ปิลันธนา อเวรา,ภัคณัฏฐ์ ผลประเสริฐ และ อริศรา พิชัยภูษิต. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรก ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562;27(10):138-149.

9. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-610.

10. กชกร ฉายากุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563;31(2):224-239.

11. Smith, G. E. Healthy cognitive aging and dementia prevention. *American* Psychologist 2016;71(4):268–275.

12. Wahl D., Coogan SC., Solon-Biet SM., Cabo R.d., Haran J., Raubenheimen D. et.al. Cognitive and behavioral evaluation of nutritional interventions in rodent models of brain aging and dementia. Clinical intervention in aging 2017;12:1419-1428.

13. Hu JP., Guo YH., Wang F., Zhar X-P., Zhang Q-H., Song Q-H. Exercise improves cognitive function in aging patients. International journal of clinical and experimental medicine 2014;7(10):3144-3149.

14. Chien-Ning T., Bih-Shya G; Meei-Fang L. The Effectiveness of Exercise on Improving Cognitive Function in Older People: A Systematic Review. Journal of Nursing Research 2011;19(2):119-131.

15. Martin K., Flood A., Pyne DB., Periard JD., Keegan R., Rattray B. The Impact of Cognitive, Physical, and Psychological Stressors on Subsequent Cognitive Performance. The journal human factors: Ergonomics society 20121;66(1):1214-1225.

ผลการดำเนินงานคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

กษมา ประไชโย*
*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทสรุป

ตามที่ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 ซึ่งเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ การที่กฎหมายเกี่ยวกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับและการดำเนินการตามกฎหมายแต่ละฉบับเป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งกำหนดให้มีระบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรซึ่งมีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ โดยที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในการกำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางและการดำเนินการด้านการพัฒนางานวิชาการ มาตรฐาน และคุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่มอบหมาย

คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงได้ออกคำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่ 1 /๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภายใต้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 111 (13) แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการทั้งสิ้น 6 คณะ ประกอบด้วย

1. คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ และกำกับนิเทศติดตามการบำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่จัดทำนโยบาย แผน และยุทธศาสตร์ควบคุม กำกับติดตามนโยบายและแผนงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด รวมถึงตรวจสอบ ประเมินผล เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

2. คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

- อธิบดีกรมการแพทย์ ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่พิจารณาคำขอจัดตั้ง การขอยกเลิกการเพิกถอน การรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงตรวจสอบควบคุม ดูแลให้คำแนะนำ ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

3. คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่กำหนดแนวทาง ขับเคลื่อนนโยบาย แผน งบประมาณ จัดสรรทรัพยากร ดูแล ให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

4. คณะอนุกรรมการข้อมูลระบบบำบัดยาเสพติด

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่กำหนดแนวทางและการดำเนินงานเงื่อนไขในการบันทึก และใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ กลไก โครงสร้าง ระบบการดำเนินงาน และฐานข้อมูล

5. คณะอนุกรรมการพัฒนาบุคลากร วิจัย และนวัตกรรม

- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่กำหนดแนวทาง วางแผน พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาวิชาการ วิจัย นวัตกรรม จัดทำข้อมูลเชิงวิชาการ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ตามหลักวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

6. คณะอนุกรรมการประสานนโยบายและอำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

- ปลัดกระทรวงมหาดไทย ประธานอนุกรรมการ

มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ วางแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้หน่วยงานของรัฐ สนับสนุน ช่วยเหลือสงเคราะห์ รวมถึงติดตามการดำเนินงาน รวบรวมและวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรค ตลอดจนแก้ไขปัญหาการบริหารงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

โดยคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด เป็นคณะอนุกรรมการหลักในการกำหนดแนวทางและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการขับเคลื่อนนโยบาย แผนงบประมาณ และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือ และติดตามผู้ติดยาเสพติด หน้าที่และอำนาจ คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

หน้าที่และอำนาจ คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด ตามคำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มีดังนี้

(๑) กำหนดแนวทางและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

(๒) ขับเคลื่อนนโยบาย แผน งบประมาณ และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือ และติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(๓) จัดสรรทรัพยากรด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการติดตามผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสม

(๔) ประยุกต์ ทดลอง วิจัย ศึกษา ขยายผลองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด ให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด

(๕) ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำหน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด

(๖) ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(๗) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

(๘) ประสานงานกับคณะอนุกรรมการอื่นในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนให้ข้อคิดเห็นและดำเนินการควบคู่กันไป

(๙) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย หรือเชิญบุคคลในหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจโดยตรงเกี่ยวกับเรื่องที่จะพิจารณาหรือผู้ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะพิจารณา ให้เข้าร่วมประชุมด้วยก็ได้

(๑๐) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมอบหมาย

ทั้งนี้คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด มีการประชุมทั้งสิ้น 4 ครั้งตั้งแต่เดือน เมษายน 2565 – มกราคม 2566 โดยมีวาระตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบวาระการประชุมคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

การประชุม	ครั้งที่ 1 29/4/2565	ครั้งที่ 2 20/9/2565	ครั้งที่ 3 4/11/2565	ครั้งที่ 4 11/1/2566
ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ	- คำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่ 1/2565			
เรื่องเพื่อทราบ	- แนวทางการดำเนินงานการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด -ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา ปีงบประมาณ 2565	- รายงานผลการดำเนินงานโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ก.) และการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ข.) - รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและบุคลากร ผู้บำบัดรักษาในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด - แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดจากศาลและสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด -การเพิ่มกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด	-โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2-3	-คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด/กทม. - แนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน CBTx กับการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในชุมชน -รายงานผลการดำเนินงานตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีในการเปิดปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ระยะเร่งด่วน 3 เดือน -ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 -ความคืบหน้าการขึ้นทะเบียน SM และ CM หลักสูตรและแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ SM และ CM -แผนการดำเนินการโครงการ Drug Forum นานาชาติ -ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามเป้าหมาย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

การประชุม	ครั้งที่ 1 29/4/2565	ครั้งที่ 2 20/9/2565	ครั้งที่ 3 4/11/2565	ครั้งที่ 4 11/1/2566
เรื่องเพื่อพิจารณา	-การดำเนินงานในศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม –การดำเนินการด้านระบบข้อมูล -(ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	- (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับภาค -การกำหนดบทบาทหน้าที่ System manager (SM) Case manager (CM) ระดับจังหวัด และแผนการดำเนินงานของ SM CM	- (ร่าง) คณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด - การกำหนดบทบาทหน้าที่ SM CM ระดับจังหวัดและบทบาทหน้าที่ และแผนการดำเนินงาน ของ SM CM -การจัดการบริหารโควตาผู้ป่วยยาเสพติดแบบฟื้นฟูระยะยาวในภาพเขตสุขภาพ	-การดำเนินการของสถานพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตเพื่อการบูรณาการการส่งต่อผู้ป่วย - แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) - Home Ward ผู้ป่วยยาเสพติด
อื่นๆ		-ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ขอขึ้นทะเบียน	-กำหนดการประชุมขับเคลื่อนนโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	

จากตารางที่ 1 คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด ได้ทำหน้าที่และใช้อำนาจสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การกำหนดแนวทางและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

1.1 ศูนย์คัดกรอง

- กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดตามประมวล กฎหมายยาเสพติด มาตรา 114 ไปยังศูนย์คัดกรอง

- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ก.) และการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ข.)

- หารือแนวทางการส่งต่อระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาแนวทางการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในศูนย์คัดกรองนอกเวลาราชการ

1.2 สถานพยาบาล

- กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดจากศาลและสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดไปยังสถานพยาบาล

1.3 สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

- กำหนดหลักสูตร และรูปแบบการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ตามประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564

1.4 ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

- ให้กระทรวงมหาดไทยโดยศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ เตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน

2. ขับเคลื่อนนโยบาย แผน งบประมาณ และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือ และติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดรักษา

- พิจารณาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับภาค/กรุงเทพมหานคร

- พิจารณาคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด/ผู้ว่ากรุงเทพมหานคร เป็นประธาน

- มอบให้สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)จัดทำคำของบประมาณการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ส่งจากศาลตาม ม.168/ ม. 56 ให้หน่วยบริการ

- กำหนดบทบาทหน้าที่ System manager (SM) Case manager (CM) ระดับจังหวัดและแผนการดำเนินงานของ SM CM เพื่อติดตาม กำกับ และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้มีการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยติดตาม กำกับ ควบคุม ประสิทธิภาพในการบำบัด (เป้าหมายการบำบัดและ/ Retention rate / quality of life) รวมถึงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ให้ได้รับการบำบัดรักษา ตามความเหมาะสมและได้รับการติดตามช่วยเหลือ

3. จัดสรรทรัพยากรด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการติดตามผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสม

- จัดสรรงบประมาณสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบ Residential care จำนวน 5,000 ราย

- จัดสรรโควตาผู้เข้าบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว ให้แก่กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กองบัญชาการกองทัพไทย และกรมการปกครอง

- พิจารณาแนวทางการดำเนินการของสถานพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต เพื่อการบูรณาการการส่งต่อผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

4. ประยุกต์ ทดลอง วิจัย ศึกษา ขยายผลองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด ให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด

-แผนการดำเนินการโครงการ Drug Forum นานาชาติ ร่วมกับ UNODC

5. ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

- ส่งเสริมแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน CBTx กับการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในชุมชนของกรมการแพทย์ เพื่อออกเป็นประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม กรณีชุมชนมีส่วนร่วม

- กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือ

- พิจารณาแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบ Home Ward

ผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการระบบบำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

1. การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย

คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด ได้มีคำสั่งที่ 2/2565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด และคำสั่งที่ 3/2565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมกรุงเทพมหานคร โดยมีหน้าที่และอำนาจในการขับเคลื่อนแนวทางและการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ตลอดจนกำกับ ติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษาและแนะนำหน่วยงานในพื้นที่ในการให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา วางแนวทางการดำเนินการของหน่วยงานในจังหวัด ในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การศึกษา เงินทุนสงเคราะห์ และการให้การสงเคราะห์อื่น ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจ้างงานหรือการประกอบ

อาชีพแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ดำเนินการตามนโยบายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแลและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาและปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติดมอบหมาย

2. การกำหนดแนวทางและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยมีองค์ประกอบดังนี้ บทที่ 1 บทนำ บทที่ 2 การดำเนินงานการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาตามประมวลกฎหมาย การจัดตั้งการดำเนินงานสู่ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในการพยาบาลยาเสพติด การรับส่งต่อจากศาลการประสานงานส่งต่อไปยังสถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคีเครือข่ายและการประสานงานส่งต่อไปศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม บทที่ 3 การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Ham Reduction) บทที่ 4 แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข บทที่ 5 การดำเนินงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)และแนวทางการจัดสรรและใช้จ่ายงบประมาณของหน่วยงานภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและภาคีเครือข่ายนำไปใช้ในการปฏิบัติ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ก.) และการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ข.)

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ก.) จำนวน 415 คน และการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง (ครู ข.) จำนวน 48,790 คน ครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัด

4. การพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ในการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ติดยาเสพติด ในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระหว่างกระทรวงกลาโหม กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 ณ โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พร้อมทั้งจัดประชุมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 61 แห่ง ประกอบด้วยกองทัพบก 33 แห่ง กองทัพเรือ 2 แห่ง กองทัพอากาศ 13 แห่ง กองบัญชาการกองทัพไทย 3 แห่ง และกรมการปกครอง 10 แห่ง โดยเป็นผู้บริหารจำนวน 139 คน และผู้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 3 รุ่น จำนวนทั้งสิ้น 720 คน

5. การขึ้นทะเบียน System manager (SM) / Case manager(CM) หลักสูตรและแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ SM และ CM

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) ได้ขึ้นทะเบียน

- System manager (SM) ระดับเขต จำนวน 15 คน ระดับจังหวัด จำนวน 101 คน
- Case manager (CM) ระดับจังหวัด จำนวน 126 คน ระดับอำเภอ จำนวน 1,465 คน และอยู่ระหว่างการจัดทำหลักสูตร System manager (SM) อบรม On site 2 วัน และหลักสูตร Case manager(CM) Online + On site 2 วัน ร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) และกองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.)

6. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) กรมสุขภาพจิต

และกรมการแพทย์ ได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด ไปจัดทำโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายพื้นที่ 30 จังหวัดนำร่อง เพื่อขับเคลื่อนต้นแบบการบูรณาการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม อัตราการกลับมาเสพซ้ำลดลง และไม่ก่อความรุนแรงจนเกิดผลกระทบอย่างหนักต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

วิจารณ์

คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจ ตามคำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่ ๑ / ๒๕๖๕ มีการประชุมตั้งแต่เดือน เมษายน 2565 – มกราคม 2566 ทั้งสิ้น 4 ครั้ง วาระการประชุมจะเกี่ยวเนื่องกับการกำหนดแนวทางและการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การขับเคลื่อนนโยบาย แผน งบประมาณ และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือและติดตามผู้ติดยาเสพติด รวมถึง ขยายผล องค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติด ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด และส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา นอกจากนั้นยังจัดสรรทรัพยากรด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแก่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบ Residential care ผลการดำเนินงานก่อให้เกิดแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดจากศาลและสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดไปยังสถานพยาบาลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ซึ่งสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 ฉบับที่ 13 การส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในศูนย์คัดกรอง จำนวน 49,205 คน และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 859 คน เพื่อรับทราบและดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่บุคลากรในสถานพยาบาลยาเสพติด ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่มีการกำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพให้เชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่นตามประมวลกฎหมาย

การขับเคลื่อนนโยบาย แผน สู่การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ คณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด และคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจคล้ายคลึงกับอำนาจของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 111 แต่เป็นการดำเนินการในพื้นที่จังหวัดเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติดได้มีการขึ้นทะเบียน System manager (SM) / Case manager (CM) และกำหนดหลักสูตรและแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ System manager (SM) / Case manager(CM) ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อเป็นกลไกให้กับคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบองค์รวม ทั้งด้านการบริหารจัดการการบำบัดรักษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิต ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ มิติสังคม และมิติเศรษฐกิจ ในการให้ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา ไม่ก่อความเดือดร้อนให้กับครอบครัวและชุมชน เป็นพลังสังคมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ซึ่งคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด ยังมีหน้าที่และอำนาจในการดูแลให้คำปรึกษา แนะนำหน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลบำบัดฟื้นฟูติดตามผู้ติดยาเสพติดอีกทางหนึ่ง ในขณะ

ที่การทำงานในระดับจังหวัดจะมีคณะทำงานอีกคณะหนึ่งที่เรียกว่า คณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ภายใต้คำสั่งคณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ 3/2565 มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาคำขอจัดตั้ง การขอยกเลิกสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด ซึ่งจะทำงานหนุนเสริมคณะทำงานบูรณาการ คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด

สำหรับหน้าที่และอำนาจคณะอนุกรรมการระบบบำบัด ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ยังไม่ปรากฏในวาระการประชุมจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งจะมีเพียงแต่ภาคีเครือข่ายศูนย์คัดกรองสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเท่านั้น ยังขาดความเชื่อมโยงกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ทางกระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้ง มีเพียงมติให้ให้กระทรวงมหาดไทยโดยศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ เตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างที่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน ซึ่งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนจะเป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เป็นหน่วยงานที่คอยติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาของประเทศ (บสต.) จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม ขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

2. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ควรเพิ่มกลไกการเชื่อมโยงระหว่างการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

3. งบประมาณในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ควรขอสนับสนุนจากกองทุน ปปส. เพิ่มเติม

4. การพัฒนาศักยภาพ case manager ควรดำเนินการต่อเนื่อง และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการ การทำงานระหว่าง ศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ให้มีบทบาทร่วมกันในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน หรือ Community based treatment (CBTx)

ภาคผนวก



คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



แบบขอนำส่งบทความ/งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด



หนังสือรับรองก่อนตีพิมพ์บทความลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด



เอกสารที่ต้องนำส่งเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด



Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด



วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel : 02 590 24 22 Website : http://ncmc.moph.go.th