

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI

ISSN 2730-2342 (online)



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

VOL. 13 No. 1 January - June 2023





ราชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.สุพิตรา เศลวัตตะกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.สุปริดา มั่นคง | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รศ.ดร.จันทร์จิรา เจียรณัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ.ดร.ชนัญธิดาคุษฎ์ ทูลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ.ดร.สังวรรณ รัตตะระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 8. ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. ดร.อุทัยวรรณ สุมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 10. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ |
| 11. ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 12. ดร.วรรณถ พรหมศร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |

ฝ่ายจัดการ

คุณสุนิสา สำเร็จดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณกฤตวรรณ ฐิติตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 Volume 13 Number 1 January – June 2023

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 2730-2342 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วัตถุประสงค์ :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี
สมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจ
ทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของ
นักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง
รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการพยาบาล และนันทนาการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต: สารในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความ
วิชาการ และบทความพิเศษซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้
โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์

<https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

อัตราค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ : 3,500 บาท/บทความ

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737;
E-mail: journalrachawadee@gmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566 ISSN 2730-2342 (online)

1	รศ.ดร.กล้าเผชัย	โชคบำรุง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2	ผศ.ดร.วิไล	นาป่า	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3	ผศ.ดร.กิตติภูมิ	ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4	ผศ.ดร. ปณิชา	บุญสวัสดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
5	ผศ.ดร.อัสนี	วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
6	ดร.นิศากร	โพธิมาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
7	ดร.อนุพันธ์	สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
8	ดร.นงษา	สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9	ดร.สุจรรยา	โลหาชีวะ	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
10	ดร.นพดล	พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์
11	ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
12	ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13	ดร.สุภาณี	คลังฤทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
14	ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
15	ดร.พัชรี	ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
16	ดร.วิรัชพัชร	สันติสกุลพร เศลล์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
17	ดร.สุพิตรา	เศลวัตนะกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
18	ดร.ศรินยา	พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
19	ดร.วรรณพร	บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ สมาชิกชาวดีसार วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ ทุกท่าน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีพ.ศ. 2566 มีบทความวิจัย จำนวน 8 เรื่อง เนื้อหาสาระของบทความมีเรื่องที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ การพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลของโปรแกรม E-Nurse ต่อประสิทธิภาพการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนารูปแบบเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเรื่องการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ

บทความทั้งหมดเผยแพร่ผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ Thai Journals Online System ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin> อีกทั้งผู้เขียนท่านใดสนใจส่งบทความตีพิมพ์ในวารสาร ท่านสามารถส่งบทความได้ทางระบบวารสาร

กองบรรณาธิการวารสาร ขอขอบพระคุณผู้วิจัยทุกท่านที่ส่งผลงานเผยแพร่ผลงานในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ และขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบันการศึกษา ทุกท่านมีความเชี่ยวชาญ ช่วยพิจารณาตรวจสอบบทความทำให้บทความมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และต้องขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามอ่านบทความในราชวดีสารฯ มาอย่างต่อเนื่อง หวังว่าท่านจะยังคงติดตามเราต่อไป ทางกองบรรณาธิการมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● พฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ทองสา บุตรงาม จารุมาศ แสงสว่าง เขมิกา อารมณ์ และศิริศักดิ์ มากมี	1
● การพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	13
● ผลของโปรแกรม E-Nurse ต่อประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง สมเกียรติ สุทธิรัตน์	33
● การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย นันทวล โยคิน และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	47
● องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรควัยโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบุรี รัตนะ วงศ์อิสรกุล	61
● การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม นิตติยา บุตรวงษ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	78
● ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี ลลิต ศิริทรัพย์จันทน์ และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม	95

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย	
● การพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์	111
ศิริรัตน์ แก้วประเสริฐ รัตนา คำศรี และดาริณ โพธิ์แก้ว	
คำแนะนำในการตีพิมพ์	128

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์

ทองสา บุตรงาม, วท.ม.*

จารุมาศ แสงสว่าง, วท.ม.*

เขมิกา อารมณ, Ph.D.*

ศิริศักดิ์ มากมี, วท.บ.**

Received: January 3, 2023

Revised: June 17, 2023

Accepted: June 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบเอฟ

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M = 3.63$, $SD = 0.59$) และประชาชนที่มีลักษณะข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน ($p < 0.05$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือประชาชนในการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ต่อไปได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการปรับตัว ชีวิตวิถีใหม่ ภายหลังการระบาด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* อาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: Jarumas.sa@bru.ac.th

** นักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

Adaptive Behaviors Towards the New Normal after Covid-19 Pandemic of People in Buriram Province

Thongsa Butngam, M.Sc.*

Jarumas Sangsavang, M.Sc.*

Khemeka Ar-rom, Ph.D.*

Sirisak Makmee, B.Sc.**

Abstract

The objectives of this survey research were: (1) to investigate the adaptations to the new normal after covid-19 pandemic of people in Buriram Province, and (2) to compare the adaptive behaviors towards the new normal after covid-19 pandemic of people in Buriram Province. Research participants included a total of 400 people aged 18 years and over living in Muang District of Buriram Province. The simple random sampling technique was employed to obtain the sample group. The tool used for data collection was a questionnaire with the reliability level of 0.818. Statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, T-test and F-test.

Research findings indicated that the lifestyles and adaptations to the new normal after covid-19 pandemic of people in Buriram Province were at a good level ($M = 3.63$, $SD = 0.59$) and people with different basic data about gender, age, marital status, education level, income and perception of information about coronavirus disease 2019 were found to have significant differences in their adaptive behaviors towards the new normal after covid-19 pandemic ($p < 0.05$). The results of this research can be used as a guideline to help people adjust to the new normal.

Keywords: Adaptive behaviors, New normal, Post-pandemic, Coronavirus 2019

* Lecturer, Faculty of Science, Buriram Rajabhat University; Corresponding author E-mail: Jarumas.sa@bru.ac.th

* Student, Faculty of Science, Buriram Rajabhat University

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease : COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ไปทั่วโลก จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 24 มิถุนายน พ.ศ. 2565 สถานการณ์ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อจำนวน 547,386,723 ราย รักษาหาย จำนวน 522,675,831 ราย และเสียชีวิต จำนวน 6,347,567 ราย และในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ จำนวน 4,509,541 ราย รักษาหาย จำนวน 4,456,524 ราย และเสียชีวิต จำนวน 30,559 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สร้างความเสียหายอย่างเป็นวงกว้างทั้งต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก (Global Health Security) ในปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากพบการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ในหลายประเทศทั่วโลกภูมิภาคของโลกซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดบุรีรัมย์ ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 พบมียอดผู้ติดเชื้อ จำนวน 49,869 ราย ยังรักษาอยู่ จำนวน 111 ราย และเสียชีวิต จำนวน 90 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2565) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในวงกว้าง ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สาธารณสุข ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รวมถึงการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ได้แก่ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การทำงานที่บ้าน (Work From Home) การประชุมออนไลน์ การเรียนออนไลน์ การซื้อขายสินค้า อาหารและยารักษาโรค ผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่แออัด และการชำระเงินผ่านช่องทางแอปพลิเคชันมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเป็นอย่างมาก ทำให้ประชาชนมีความวิตกกังวลต่อการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมและมาตรการการเฝ้าระวัง การป้องกันดูแลสุขภาพของตนเองและมีจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม (สำนักงานสถิติจังหวัดบุรีรัมย์, 2564) รวมทั้งการนำกระบวนการทัศน์สุขภาพใหม่ได้มาใช้เพื่อกระตุ้นให้คนในสังคมเกิดความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมผ่านการก่อตัวของการเปลี่ยนแปลงในปรากฏการณ์ทางสังคมที่สำคัญ อาทิเช่น การรับรู้ว่าคุณควรปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อให้รอดพ้นจากการติดเชื้อควบคุมพฤติกรรมมารีโมคอย่างไรให้เหมาะสมต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค ได้แก่ การกินร้อน ช้อนกลาง เป็นต้น (พระมหาชาติชาย ญาณโสภณ, 2564)

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดทั่วโลก

มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง การแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคในต่างประเทศก็มีแนวโน้มลดลง ประกอบกับจำนวนวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศมีเพียงพอกับความต้องการ ขณะที่ประชาชนได้รับวัคซีนในระดับความครอบคลุมสูง มีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น จึงสมควรปรับมาตรการทางกฎหมายให้สอดคล้องกับการผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ในประเทศและสถานการณ์ปัจจุบัน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมของประชาชน โดยประชาชนจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันได้ วิถีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาเป็นการเรียนแบบออนไลน์ การทำงานที่บ้าน การซื้อขายสินค้าและการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ เป็นต้น

จากที่มาและความสำคัญของผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบนวิถีชีวิตใหม่ เพื่อให้สามารถมีชีวิตรอดได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดบุรีรัมย์ก็ถือว่าเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษากิจกรรมการปรับตัวของประชาชนภายหลังจากมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้ศึกษากิจกรรมการปรับตัวร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrews, 2009) รอย ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยการปรับตัวจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Roy & Andrews, 1999) ดังนั้น ผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19 อาจจะส่งผลให้มีการทำงานของกลไกที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และ กลไกการควบคุม ทำงาน

ประสานกัน แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันซึ่งอาจจะแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม (Questionnaire) มีวิธีดำเนินการวิจัย เป็นดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 137,341 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้โดยใช้สูตรของทาโรยามาเน (Yamane, 1973) และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{137,341}{1 + (137,341)(0.05)^2} = 400$$

ดังนั้น ในการสำรวจข้อมูลครั้งนี้ จะสำรวจข้อมูลจากตัวอย่างจำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrews, 2009) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะข้อคำถามแบบสำรวจ 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการปรับตัวของประชาชนหลังจากมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 8 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 6 ข้อ และด้านการพึ่งพาอาศัย จำนวน 8 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก และ 5 หมายถึง มากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยใช้ค่าเฉลี่ย (สุปราณี แดงวงษ์ และคณะ, 2565) เป็นดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.01 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) พบว่าทุกข้อคำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.68 จึงถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ และหลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นขอบแบบสอบถามด้วยวิธีการของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 มีค่ามากกว่า 0.70 เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) ซึ่งหมายความว่า แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ตามหนังสือเลขที่ อว 0624.7/ว 331 รับรองวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ว่าเป็นโครงการวิจัยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่สามารถได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งในการการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและคณะได้แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและให้รายละเอียดและข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสมัครใจต่อการร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล รายละเอียดของโครงการวิจัย และข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลในลักษณะเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสุขภาพและสิทธิการรักษา จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนและวิธีการที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1 สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ของประชาชนภายหลังจากมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 สถิติอนุมาน วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ สถิติทดสอบที (t-test) และสถิติทดสอบเอฟ (F-test)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 60.50 มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 28.70 มีสถานภาพโสดจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 46.50 มีรายได้โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.00 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 310 คน ร้อยละ 77.50 และติดตามข่าวสารการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโทรทัศน์/วิทยุ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการปรับตัวชีวิตวิถีใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวชีวิตวิถีใหม่ ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 ซึ่งมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย ($M = 3.91$, $SD = 0.60$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านบทบาทหน้าที่ ($M = 3.67$, $SD = 0.56$) ด้านอัตมโนทัศน์ ($M = 3.60$, $SD = 0.73$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการพึ่งพาอาศัย ($M = 3.34$, $SD = 0.45$) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการปรับตัวชีวิตวิถีใหม่ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมกรรมการปรับตัว	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปรับตัว
พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย	3.91	0.60	ดี
พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	3.60	0.73	ดี
พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	3.67	0.56	ดี
พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย	3.34	0.45	ดี
พฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวม	3.63	0.59	ดี

ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลส่วนตัว		n	พฤติกรรมการปรับตัว		ค่าสถิติ	Sig.
			ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
เพศ	ชาย	158	3.56	0.51	2.102 ^t	0.036*
	หญิง	242	3.67	0.46		
อายุ	อายุต่ำกว่า 20 ปี	63	3.38	0.58	14.772 ^F	<0.001**
	อายุ 21 - 30 ปี	115	3.60	0.52		
	อายุ 31 - 40 ปี	68	3.86	0.45		
	อายุ 41 - 50 ปี	73	3.81	0.44		
	อายุ 51 - 60 ปี	56	3.61	0.41		
	อายุมากกว่า 60 ปี	25	3.21	0.42		
สถานภาพสมรส					4.190 ^F	0.016*
	โสด	184	3.67	0.46		
	สมรส	183	3.62	0.46		
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	33	3.41	0.61		
ระดับการศึกษา					28.255 ^F	<0.001**
	ไม่ได้เรียน	29	2.97	0.60		
	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	95	3.46	0.40		
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	66	3.76	0.43		
	ปวส./อนุปริญญา	24	3.59	0.43		
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	186	3.77	0.38		
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน					26.898 ^F	<0.001**
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	74	3.15	0.48		
	5,001 - 10,000 บาท	58	3.70	0.49		
	10,001 - 15,000 บาท	104	3.62	0.40		
	15,001 - 20,000 บาท	71	3.77	0.37		
	20,001 - 25,000 บาท	43	3.80	0.36		
	มากกว่า 25,000 บาท	50	3.89	0.36		
โรคประจำตัว	ไม่มี	310	3.71	0.44	6.360 ^t	<0.001**
	มี	90	3.34	0.50		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนตัว	n	พฤติกรรมปรับตัว		ค่าสถิติ	Sig.
		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
การรับรู้ข่าวสาร COVID-19				3.275 ^F	0.039 [*]
โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อสม.	91	3.52	0.51		
โทรทัศน์/วิทยุ	189	3.64	0.50		
สื่อสังคมออนไลน์ (Facebook Line)	120	3.69	0.42		

^t = t-test independent ^F = F-test ^{**} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ^{*} มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวมอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมปรับตัวในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยอยู่ในระดับดี เนื่องจากในปัจจุบันนี้เป็นยุคเทคโนโลยีทำให้ประชาชนสามารถรับรู้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดี ทำให้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตลดลง เนื่องจากประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนไวรัส โคโรนา 2019 และการฉีดเข็มกระตุ้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยมีการบริหารจัดการโรคระบาดได้ดี มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและปรับตัวไปตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลจากการที่ประชาชนให้ความร่วมมือกับรัฐบาล ปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันโรคส่วนบุคคล (กระทรวงแรงงาน, 2565) จึงทำให้ประชาชนสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุปรานี แดงวงษ์ และคณะ (2565) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดีมาก โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด 19 ด้านร่างกายและด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดีมาก และด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันมีพฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ หลังสถานการณ์การแพร่

ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะบุคคลและปัจจัยด้านต่าง ๆ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน สถานภาพโสดหรือสมรส มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีรายได้สูง ไม่มีโรคประจำตัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนมีการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับ มนพัทธ์ อารัมภ์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคโควิด 19 จากสื่อโทรทัศน์ หรือสื่อจากบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีเนื้อหาสำหรับการปฏิบัติตัวบนวิถีชีวิตใหม่ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวได้ เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ (2565) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบึง อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล และจะเห็นได้ว่ากลุ่มเปราะบางซึ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนและกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการปรับตัวน้อยที่สุด ดังนั้น ควรสร้างหรือพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ที่เหมาะสมกับลักษณะของช่วงวัยและการศึกษา และเป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขลดอุปสรรคในการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ให้กับประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องและขยายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดบุรีรัมย์ และเขตพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ทราบถึงภาพกว้างของพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคต

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีลักษณะเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปรับตัวเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2565, 24 มิถุนายน). เตรียมปรับโควิด-19 ออกจากโรคระบาด เข้าสู่โรคประจำถิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. นี้เป็นต้นไป. <https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/news/37-19-1>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2565, 24 มิถุนายน). รายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย ระลอกเดือนมกราคม 2565 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 24 มิถุนายน 2565. https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/240665edit.pdf
- เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ. (2565). ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบึง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(7), 137-148.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)). (2563, 5 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 52 ง. หน้า 13-14.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.
- พระมหาชาติชาย ญาณโสภณ. (2564). “สติ” ตื่นรู้อยู่เสมอ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อการปรับตัวของสังคมมนุษย์ในสภาวะวิกฤติของโรคระบาด. *วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, 1(5), 41 - 56.
- มนพัทธ์ อารัมภ์, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, นิตยา สุวรรณเพชร และยมนา ชนะนิล. (2554). การปรับตัวและการสนับสนุนด้านสังคมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(3), 196-206.
- สถิติจังหวัดบุรีรัมย์. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ.2564. <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13 /ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/วิเคราะห์โควิด19/Northeast/buriram.PDF>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2565, 6 กรกฎาคม). สถานการณ์โควิด 19 บุรีรัมย์ ระลอกใหม่ (1 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน. [Image attached]. Facebook.

<https://www.facebook.com/brhealth/posts/pfbid0ynjFMAkn8HBPgg2DkYhQf7LniCZQmMKrkK8j2NMZdYn4sxBQcQiF2Vs6vakVvAhal>

สำนักงานสถิติจังหวัดบุรีรัมย์. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2564.

<http://buriram.nso.go.th/images/attachments/article/404/covid%2019-64.pdf>

สุปราณี แดงวงษ์, ศากุล ช่างไม้ และศิริเมศร์ โกโค. (2565). พฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 71(2), 57-63.

Roy, C., & Andrews, H. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson Education.

Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. Harper & Row.

**การพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู
ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, วท.ด.*

Received: April 13, 2023

Revised: June 20, 2023

Accepted: June 21, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่ม คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 16 คน และเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 63 คน ดำเนินการ 1 วงรอบ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ ในเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สทนากลุ่ม ประเมินผลการพัฒนาจากการจัดเมนูอาหารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย และภาวะโภชนาการ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ

ผลการศึกษา พบว่าในช่วงที่ไม่ได้มีการระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีการจัดการโภชนาการโดยมีการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างบ่อย การจัดเมนูยังไม่ได้ตามเกณฑ์ พฤติกรรมบริโภคของเด็กยังไม่เหมาะสม และมีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีการเบิกจ่ายงบประมาณอาหารให้ผู้ปกครองให้ไปบริหารจัดการเอง จึงได้ร่วมกันพัฒนากับผู้เกี่ยวข้องจนได้รูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งก่อนและขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 2) การวางแผนร่วมกันโดยประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ดำเนินกิจกรรมที่ได้จากการวางแผน และ 4) การติดตามประเมินผล ผลจากการพัฒนารูปแบบพบว่าการจัดเมนูอาหารได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคมีการรับประทานอาหารหลักเพิ่มจากร้อยละ 38.3 เป็น 91.7 ส่วนภาวะโภชนาการมีเด็กที่สมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.90 เป็นร้อยละ 76.67 อย่างไรก็ตามพบว่ามีการละเลยการดำเนินงานจำกัด จึงควรมีการติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการวางแผนจัดการโภชนาการเป็นรายบุคคล และเชื่อมต่อไปกับผู้ปกครองในชุมชนในวงรอบการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: การจัดเมนูอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย
ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

* สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: phanssk@gmail.com

**Development of Nutritional Management Model in Bueng Malu Childcare Center in
Bueng Malu Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province
in Coronavirus 2019 Pandemic Situation**

Anuphan Suwanphan, Ph.D.*

Abstract

This operational research aimed to develop and evaluate the effects of a nutritional management model in the Ban Bueng Malu Childcare Center, Kantharalak District, Sisaket Province during the COVID-19 pandemic. The study involved 16 personnel and 63 children and was conducted in a circle of four stages: Planning, action, observation, and reflection of the results from July to December 2022. Data were collected through observation, group discussions, and evaluation of menu planning, children's dietary behavior, and nutritional status. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, while qualitative data were categorized and summarized to identify key issues.

The results showed that during the non-COVID-19 pandemic period, nutritional management was provided through lunch and afternoon snacks, but menu planning did not meet the standard. Children's dietary behavior was still inappropriate, and malnutrition was presented. During the COVID-19 pandemic period, the budget for food was distributed to parents to manage, leading to collaboration between the relevant parties to develop a model comprising four stages: 1) Collaborating with stakeholders to analyze the situation before and during the COVID-19 pandemic; 2) Joint planning through operational meetings; 3) Implementing activities based on the plan; and 4) Continuous monitoring and evaluation. According to the study, menu planning met the standard criteria, and there was an increase in the consumption of main meals from 38.3% to 91.7%. The nutritional status of children also improved, with a percentage increase from 61.90% to 76.67%. However, the study had limitations in terms of the duration of the activity and the need for continuous follow-up. Therefore, future development efforts should focus on connecting individual nutritional planning and community involvement with parents.

Keywords: Menu management in childcare center, Food consumption behavior of early childhood, Early childhood nutrition status

* Community Health Program, Faculty of Liberal Art and Sciences, Sisaket Rajabhat University; Corresponding author E-mail: phanssk@gmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนหรือปฐมวัย ซึ่งเป็นวัยของการกำลังพัฒนาทางด้านร่างกาย หากเกิดการชะลอของพัฒนาดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มเด็กดังกล่าว จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก รายงานพบเด็กที่ผอมมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 15 หรือประมาณ 1.15 เท่า และเด็กที่มีน้ำหนักเกินมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นจากมาตรการกักตัว โดยพบเด็กกินอาหารขบเคี้ยวเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 และมีกิจกรรมทางกายลดลงร้อยละ 28 เด็กที่ได้รับผลกระทบอย่างมากจะอยู่ในทวีปเอเชียและแอฟริกา (UNICEF et al., 2021)

สำหรับประเทศไทยผลกระทบโรคโควิด-19 ส่งผลต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตัวชี้วัดที่แย่งคือ ภาวะทุพโภชนาการ (Jeffrey et al, 2021) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเด็กปฐมวัย นอกจากนั้นในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เป็นระยะ ตามสถานการณ์การระบาดของพื้นที่ จึงได้ปรับการจัดการอาหารใน 2 รูปแบบ 1) ทำอาหารให้ผู้ปกครองมารับหรือไปส่งที่บ้านเด็ก 2) เบิกจ่ายงบประมาณอาหารให้ผู้ปกครอง และมีงานวิจัยพบว่าเด็กจะได้รับประทานอาหารเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ และทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน รับประทานอาหารเมนูซ้ำ ๆ ทำให้รับประทานได้น้อยลง และทำให้ภาวะทุพโภชนาการรุนแรงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะ, 2563)

จากการที่เด็กปฐมวัยยังไม่สามารถเลือกอาหารเองได้ รวมทั้งหากผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดหาอาหารให้แก่เด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็ก และเมื่อต้องมารับประทานอาหารที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีกมือหนึ่ง หากการจัดการอาหารไม่ได้คำนึงถึงปริมาณและสารอาหารให้เด็กได้รับอย่างเพียงพอ จะทำให้มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) พบว่าสารอาหารที่จัดได้น้อยกว่ามาตรฐาน ได้แก่ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต แคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ โยอาหาร และโคเลสเตอรอล ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ ขาดความช่วยเหลือ และร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ ร้อยละ 47.1 ขาดอุปกรณ์หรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่อการจัดเตรียมอาหารหรือเก็บรักษาอาหาร ร้อยละ 45.83 และการขาดแหล่งความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ร้อยละ 41.4

ในจังหวัดศรีสะเกษการระบาดของโรคโควิด-19 มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระลอกเดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วยสะสม 13,087 ราย เสียชีวิตสะสม 58 ราย พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอกันทรลักษ์ 1,626 ราย รองลงมาคือชุมชน และศรีรัตนะ จำนวน 1,023 และ 965 รายตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2564) ทำให้ต้องปิดศพด. โดยศพด.บึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ มีเด็กจำนวน 63 คน ครู 3 คน ปกติทำอาหารแบบ “ครัวรวม” มีผู้ประกอบอาหาร 3 คน แล้วจัดส่งไปตามศพด. 5 แห่ง มีครูสลับกันจัดเมนูอาหาร 2 อย่าง ของหวาน 1 อย่าง และมีนมเป็นอาหารว่าง การประเมินภาวะโภชนาการใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเข็มเทียบกับกราฟบันทึกในแบบรายงาน ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ศพด.บึงมะลูมีการปิดศูนย์ตั้งแต่มิถุนายน 2564 เนื่องจากมีการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเปิดเป็นศูนย์พักคอย จึงได้

ปรับเปลี่ยนการจัดการอาหารโดยเบิกจ่ายงบประมาณอาหารให้ผู้ปกครองไปบริหารจัดการเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเด็ก โดยเด็กเมื่ออยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะได้รับการส่งเสริมโภชนาการและการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ รวมทั้งการเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโต แต่เมื่อเด็กอยู่ที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น เนื่องจากผู้ปกครองของเด็กในศพด.บึงมะลูส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็ก หรือบางครั้งครัวต้องนำเด็กไปฝากเลี้ยงกับญาติ

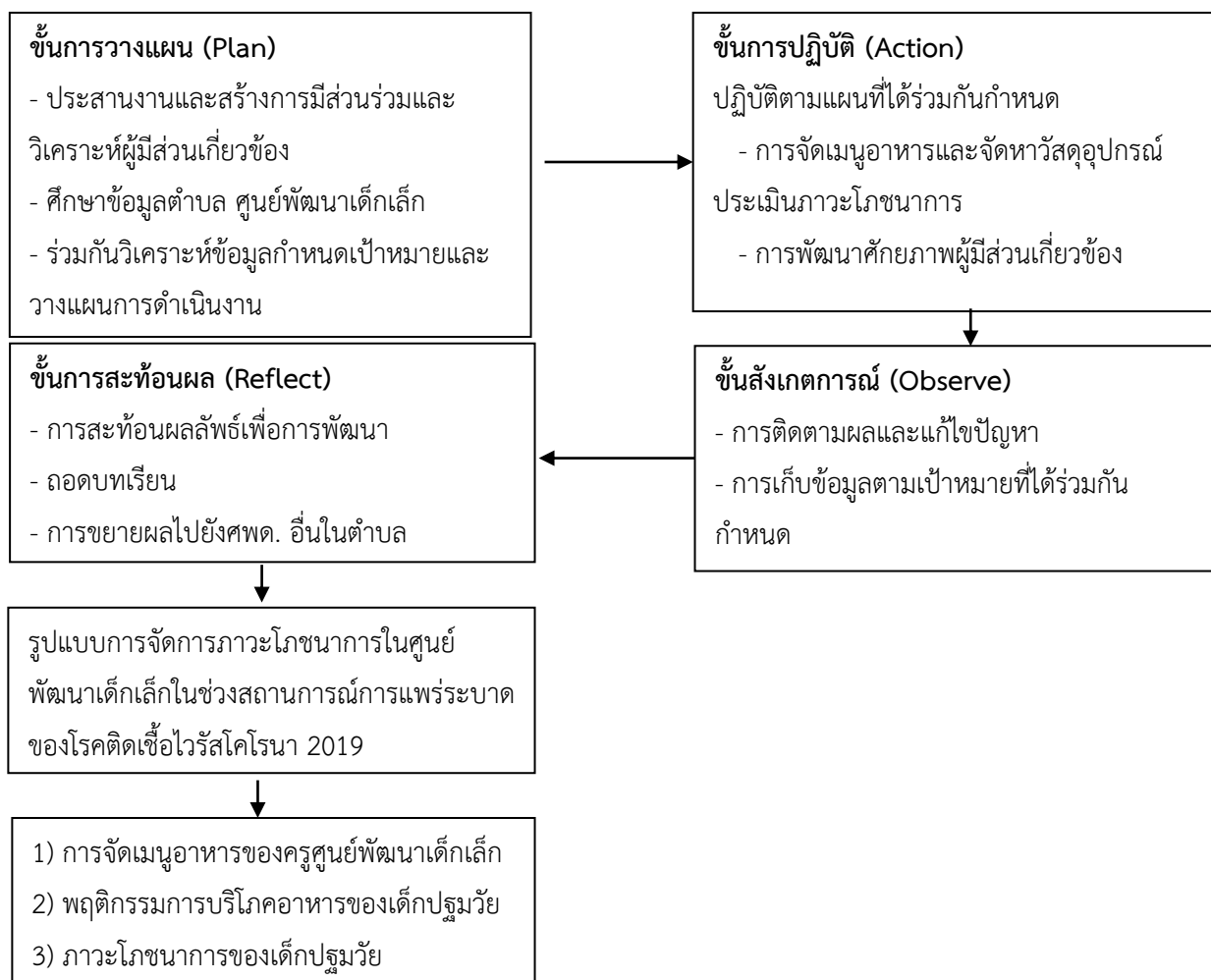
จากความสำคัญของภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยและปัญหาทุพโภชนาการเด็กที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 การแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง น่าจะเป็นทางออกของการจัดการภาวะโภชนาการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการโภชนาการ พัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการ และผลของการพัฒนารูปแบบในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดด้านเนื้อหาใช้ชุดความรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) ซึ่งได้เสนอเส้นทางสู่โภชนาการสมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไว้ 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) คุณคือคนสำคัญ 2) ทบทวนความพร้อม 3) สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจ 4) วางแผนจัดเมนูอาหารกลางวัน 5) เตรียมหั่น สับ ตัก ตวง 6) ติดตามการเจริญเติบโต 7) พฤติกรรมโภชนาการ 8) โภชนาการดีเริ่มที่บ้าน และ 9) สร้างเป้าหมายเพื่อเด็กมีโภชนาการสมวัย ส่วนกระบวนการใช้แนวคิดการวิจัยของ Kemmis & McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ตามภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการ 1 วงรอบ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2565 แบ่งเป็น 3 ส่วน คือศึกษาบริบทและสถานการณ์การจัดการโภชนาการในศพด. นำมาพัฒนารูปแบบ หลังจากนั้นศึกษาผลของพัฒนารูปแบบใน 3 ประเด็น คือ 1) การจัดเมนูอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย และ 3) ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าได้กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัย ดังนี้ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ 2) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ้างผู้ประกอบการอาหารให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) ในตำบลมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 และมีการปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะตามการระบาด และ 4) นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองการศึกษา ครูศูนย์พัฒนาเด็กและผู้ประกอบอาหารให้ความสนใจและยินดีร่วมมือในโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่วิจัย

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) มี 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการโภชนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อเป็นแกนนำและเข้ามามีส่วนร่วม โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องเป็นการพัฒนารูปแบบในการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและศึกษาผลการนำไปใช้โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วม ดังนี้ (1) เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง (3) อยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี (4) สนใจเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการโภชนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 คน ประกอบด้วย (1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (2) ผู้อำนวยการกองการศึกษา (3) ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 คน (4) ตัวแทนผู้ปกครอง จำนวน 3 คน (5) ผู้ประกอบอาหาร จำนวน 3 คน (6) ผู้รับผิดชอบงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (7) ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีเด็กอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 4 คน

2) กลุ่มประชากรที่มีส่วนร่วมในการประเมินรูปแบบ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เด็กปฐมวัยที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลูทุกคน จำนวน 63 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2565) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) เด็กอายุ 2-3 ปี (2) มีชื่อในทะเบียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ผู้ปกครองเด็กเล็กจำนวน 63 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ (1) ที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก (2) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ (3) สนใจให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย ได้แก่

1) แนวทางการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

2) ชุดความรู้ “เส้นทางสู่โภชนาการสมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยตนเอง” ของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2564)

3) คู่มือการใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในเด็กแรกเกิด-5 ปี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

4) เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดดิจิทัลมีสเกลเป็นทศนิยม 2 ตำแหน่งและที่วัดส่วนสูงชนิดยืนวัดชนิดมีฐานทำจากไม้และมีไม้ฉากสำหรับวางทาบศีรษะ มีสเกลบอกค่าความละเอียด 0.1 เซนติเมตร

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระบบแนะนำสารอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนอัสสัมชัญ (Thai school lunch) พัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) ภายใต้สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และ

เทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร่วมกับสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2562)

2) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย ของกรมอนามัยสำหรับเด็ก 1-3 ปี และ 4-5 ปี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อจะถามการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้ดูว่าสิ่งที่ทำนั้น น้อยกว่าหรือมากกว่าจากที่แนะนำ หากพฤติกรรมในข้อใดไม่ปฏิบัติ แสดงว่าต้องปรับปรุงพฤติกรรมในเรื่องนั้น

3) โปรแกรมบันทึกและคัดกรองการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กปฐมวัย (KidDiary) พัฒนาโดย ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (2562) โดยใช้ค่า SD (Standard deviation) เป็นจุดตัด น้ำหนักตัวตามเกณฑ์อายุ แบ่งเกณฑ์ดังนี้ น้ำหนักมาก ($>+2$ SD) น้ำหนักค่อนข้างมาก ($>+1.5$ SD ถึง $+2$ SD) น้ำหนักตามเกณฑ์ ($+1.5$ SD ถึง -1.5 SD) น้ำหนักค่อนข้างน้อย (<-1.5 SD ถึง -2 SD) และน้ำหนักน้อย (<-2 SD) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แบ่งเกณฑ์ดังนี้ สูง ($>+2$ SD) ค่อนข้างสูง ($>+1.5$ SD ถึง $+2$ SD) สูงตามเกณฑ์ ($+1.5$ SD ถึง -1.5 SD) ค่อนข้างเตี้ย (<-1.5 SD ถึง -2 SD) และเตี้ย (<-2 SD) $>+2$ SD และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แบ่งเกณฑ์ดังนี้ อ้วน ($>+3$ SD) เริ่มอ้วน ($>+2$ SD ถึง $+3$ SD) ท้วม ($+1.5$ SD ถึง 2 SD) สมส่วน ($+1.5$ SD ถึง -1.5 SD) ค่อนข้างผอม (<-1.5 SD ถึง -2 SD) และผอม (<-2 SD)

4) แนวทางสนทนากลุ่มของผู้เกี่ยวข้องในการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ทราบสถานการณ์ ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของภาวะโภชนาการในเด็กช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน เพื่อทราบว่าหลังจากนำรูปแบบมาใช้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง การที่เปลี่ยนแปลงได้มีปัจจัยเงื่อนไขอะไร บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละคนทำอะไรบ้าง มีเทคนิคสำคัญอย่างไร แนวทางที่กำหนดไว้ได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติมากน้อยเพียงใด เพราะอะไร และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ต้องการพัฒนาอะไรต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางสนทนากลุ่มของผู้เกี่ยวข้องและการถอดบทเรียนและแนวทางการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และสำหรับเครื่องชั่งน้ำหนักชนิดดิจิทัลยี่ห้อ Hyundai รุ่น A212 ก่อนชั่งน้ำหนักเด็ก มีการตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนักทุกครั้งว่าเครื่องอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานหรือไม่ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องชั่งน้ำหนักโดยนำตุ้มน้ำหนักเหล็กมาตรฐานน้ำหนัก 5 กิโลกรัมมาวางบนเครื่องเพื่อดูค่าน้ำหนักตามตุ้มน้ำหนักมาตรฐานและส่วนสูงชนิดยืนวัดไม้ชนิดมีฐานยึดหัว FBT ทำจากไม้ที่มีพื้นผิวเรียบ ไม่ยืดไม่หด ไม่โค้งงอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยใช้ความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลทั้งหมด คือ (1) ด้านแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลที่ต่างกัน (2) ด้านวิธีเก็บรวบรวม ใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายวิธีในเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การศึกษาจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม และใช้แบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการชี้แจงและให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม การเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ลำดับที่ 10/2565 เลขที่ HE651010 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

สถานการณ์การจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้สรุปประเด็นดังนี้

1. ในช่วงที่ไม่ได้มีการระบาดของโรคโควิด-19 ศพด.บึงมะลูได้มีการบริหารจัดการโภชนาการโดยมีการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างบ่าย ส่วนช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จะมอบเงินให้ผู้ปกครองในการจัดหาอาหารให้เด็กเอง ส่วนรูปแบบจะจัดทำเป็น “ครัวรวม” ประกอบอาหารที่โรงครัวขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงมะลู โดยจ้างแม่ครัวซึ่งเป็นคนในตำบลประกอบอาหาร ส่วนอาหารว่างบ่ายมีครูและผู้ดูแลเด็กสลับกันจัดเตรียม วัตถุดิบ ผู้ประกอบอาหารจะเป็นคนจัดซื้อจากตลาดสดในอำเภอกันทรลักษ์ บางส่วนที่เป็นผัก ผลไม้จะซื้อในตำบล งบได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล 7.37 บาท และอาหารกลางวัน 21 บาท เมนูอาหารครูจากศพด.ทั้ง 6 แห่งในตำบลจะหมุนเวียนกันจัดในแต่ละเดือน มีกับข้าว 2 อย่าง ของหวาน 1 อย่าง และมีนมเป็นอาหารว่าง จัดไม่ให้ซ้ำกันใน 1 สัปดาห์ ครูไม่ได้ผ่านการอบรมและไม่มีคู่มือใด ๆ ในการจัดเมนูอาหาร ตัวอย่างข้อความการสนทนากลุ่มดังนี้

“เราทำเป็นครัวรวมค่ะ ทำอาหารรวมที่อบต. ทำเสร็จก็นำไปส่งตามศูนย์ต่าง ๆ”

เจ้าหน้าที่อบต.บึงมะลู

“ทางอบต.จ้างแม่ครัวมาทำอาหารกลางวัน ทำรวมทีเดียว แล้วส่งไปตามศูนย์ต่าง ๆ ช่วง 11 โมง”

เจ้าหน้าที่อบต.บึงมะลู

“อาหารว่างบ่าย เราก็สลับกันทำ เตรียมนมกับผลไม้ไว้ให้เด็ก”

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.บึงมะลู

“เป็นมือเที่ยงและอาหารว่างก่อนเลิกเรียน 1 มื้อและนม คือหลังกินอาหารว่างส่วนใหญ่เป็นผลไม้เสร็จทำกิจกรรมเสร็จก็ดื่มนม รอผู้ปกครองมารับกลับบ้าน”

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.บึงมะลู

2. การประเมินเมนูอาหารที่จัดใน 1 เดือนพบว่าเนื้อสัตว์ นมจัดได้รับตามเกณฑ์ ส่วนที่ไม่ได้ตามเกณฑ์คือเนื้อปลา ไข่ไก่ ธาตุเหล็ก ผัก ผลไม้ ส่วนอาหารที่ไม่ควรรับประทานพบว่าการจัดเมนูเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารเนื้อสัตว์แปรรูป ส่วนที่ไม่ได้จัดให้เป็นไปตามเกณฑ์คือผลไม้แปรรูป เบเกอรี่ ของหวาน ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน ความคิดเห็นของผู้บริหารและบุคลากรคิดว่าเรื่องโภชนาการเป็นเรื่องสำคัญ แต่การจัดงบประมาณยังเน้นไปที่เรื่องโครงสร้างของศพด. ส่วนการฝึกพฤติกรรมโภชนาการยังไม่มีงานที่ชัดเจนทั้งในศพด. และที่บ้าน ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งการรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ และการรับประทานอาหารเช้า รวมทั้งปริมาณอาหารในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ การดื่มนม การรับประทานปลา ไข่ อาหารที่มีแหล่งธาตุเหล็ก อาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ และมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทั้งการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารรสหวาน เครื่องดื่มรสหวาน ขนมเบเกอรี่ ขนมขบเคี้ยว การดื่มเครื่องดื่มทั้งรสหวานและรสเค็มในอาหารปรุงสุก ดังตัวอย่างข้อความการสนทนากลุ่มดังนี้

“ครูเป็นคนจัดอาหารว่างให้เด็ก ส่วนใหญ่จะเป็นผลไม้ นอกนั้นเป็นขนมที่ซื้อจากร้านค้า”

เจ้าหน้าที่อบต. บึงมะลู

“เรื่องอาหารของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเด็กเป็นอนาคตของชาติ”

ผู้บริหารอบต. บึงมะลู

“แต่ก่อนกินตามประสาบ้านเรา กินเหมือนคนโต (ผู้ใหญ่) กิน”

ผู้บริหารอบต. บึงมะลู

“อยู่บ้านเด็กก็กินข้าวพร้อมกับผู้ใหญ่ กับข้าวก็จะเป็นพวกผัด ๆ ทอด ๆ”

ผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต. บึงมะลู

3. ครูและผู้ประกอบอาหารไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก นักวิชาการศึกษาได้อบรมโปรแกรม Thai School Lunch แต่ยังไม่ได้นำมาใช้ ผู้ประกอบอาหารไม่เคยตรวจสอบสุขภาพประจำปี ส่วนสถานที่ประกอบอาหารและสถานที่รับประทานอาหารเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน การตักอาหารและการเสิร์ฟเป็นบทบาทของครูและผู้ดูแลเด็ก เสิร์ฟเท่า ๆ กัน เด็กที่รับประทานได้มากจะขอเพิ่มได้ โดยไม่ได้พิจารณาตามภาวะโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการเด็กในภาวะปกติใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเข็ม และเครื่องวัดส่วนสูงเป็นกระดาดตดผนัง การลงน้ำหนักจะเป็นเลขจำนวนเต็ม แล้วนำผลมาลงโปรแกรม ThaiGrowth เพื่อส่งรายงาน โดยไม่ได้นำผลมาจัดทำแผนเพื่อแก้ไข ส่วนการประเมินในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ไม่มีการติดตาม ผลการประเมินพบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 58.73 และน้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 38.09

ดังตัวอย่างข้อความการสนทนากลุ่มดังนี้

“คิดว่าเรื่องอาหารสำคัญสำหรับเด็ก แต่เราไม่ได้จับโดยตรง ก็ทำตามประสาบ้านเรา”

ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต. บึงมะลู

“เคยอบรมการใช้ Thai School Lunch แต่ไม่ได้นำมาใช้ เคยลงโปรแกรมไว้ แต่จำรหัสเข้าไม่ได้แล้ว”

เจ้าหน้าที่อบต.บึงมะลู

“ไม่เคยได้รับการอบรมเลย ก็จะประกอบอาหารที่คิดว่าจะเกิดประโยชน์ต่อเด็กให้มากที่สุด ให้เด็กได้กินอิ่ม”

ผู้ประกอบอาหาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.บึงมะลู

“ช่วงโควิด เด็กก็อยู่กับผู้ปกครอง เด็กกินขนม น้ำหวานมากขึ้นเมื่ออยู่บ้าน กลับมาก็น้ำหนักเพิ่มขึ้น”

ผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.บึงมะลู

การพัฒนาแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขั้นการวางแผน (Plan)

เริ่มตั้งแต่การประสานงาน สร้างสัมพันธภาพ จัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร และค้นหาข้อมูลที่ได้จากการประเมินสถานการณ์เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผน โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาทั้งในช่วงที่ไม่มีการระบาดและมีการระบาดของโรคโควิด-19 ใน 3 ประเด็น คือ 1) พัฒนาพฤติกรรมด้านโภชนาการของเด็กให้เหมาะสม 2) จัดการอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานโภชนาการ 3) ติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังโภชนาการทั้งที่บ้านและศพด. ผู้เข้าร่วมวางแผนได้กำหนดประเด็นในการพัฒนาในช่วงแรก 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะทางด้านโภชนาการแก่ครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ประกอบอาหาร กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาการจัดการเมนูอาหารกลางวันโดยใช้ Thai School Lunch เพื่อให้ภาวะโภชนาการสมวัย และกิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการให้แก่ครูและผู้ดูแลเด็กทั้งในช่วงไม่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีการระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 1 มี 2 ขั้นตอน คือ 1) “คุณคือคนสำคัญ” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้เข้าใจบทบาทของแต่ละคนในการจัดการอาหารในศพด. 2) ทบทวนความพร้อมในการบริหารจัดการ การฝึกพฤติกรรมโภชนาการ และการดำเนินงานอาหารกลางวัน อาหารว่าง กิจกรรมที่ 2 มี 2 ขั้นตอน คือ 1) วางแผนจัดเมนูอาหารกลางวันโดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch โดยจัดแลกเปลี่ยนกับศพด.บ้านบอนที่ประสบการณ์ในการดำเนินการมาก่อน และ 2) เตรียม หั่น สับ ตัก ตวง ในการเตรียมอาหารและจัดอาหารตามภาวะโภชนาการของเด็ก และกิจกรรมที่ 3 มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความถูกต้องของอุปกรณ์เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง 2) ทำความเข้าใจวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและการแปลผล 3) การใช้โปรแกรม KidDiary ในการแปลผลอัตโนมัติตามเกณฑ์ใหม่ 4) การจัดทำแผนแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในเด็กตามภาวะโภชนาการทั้งเด็กปกติ เด็กอ้วน เด็กเตี้ย และเด็กผอม 5) การเชื่อมต่อกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ปกครองได้ทราบภาวะโภชนาการและมีส่วนในการฝึกพฤติกรรมโภชนาการของเด็ก ส่วนการดำเนินการช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้สะท้อนว่าควรมีการดำเนินการจัดอาหารในช่วงศพด.ปิด และมีการติดตามภาวะโภชนาการในชุมชนโดยอ้อม.

ขั้นการสังเกต (Observe)

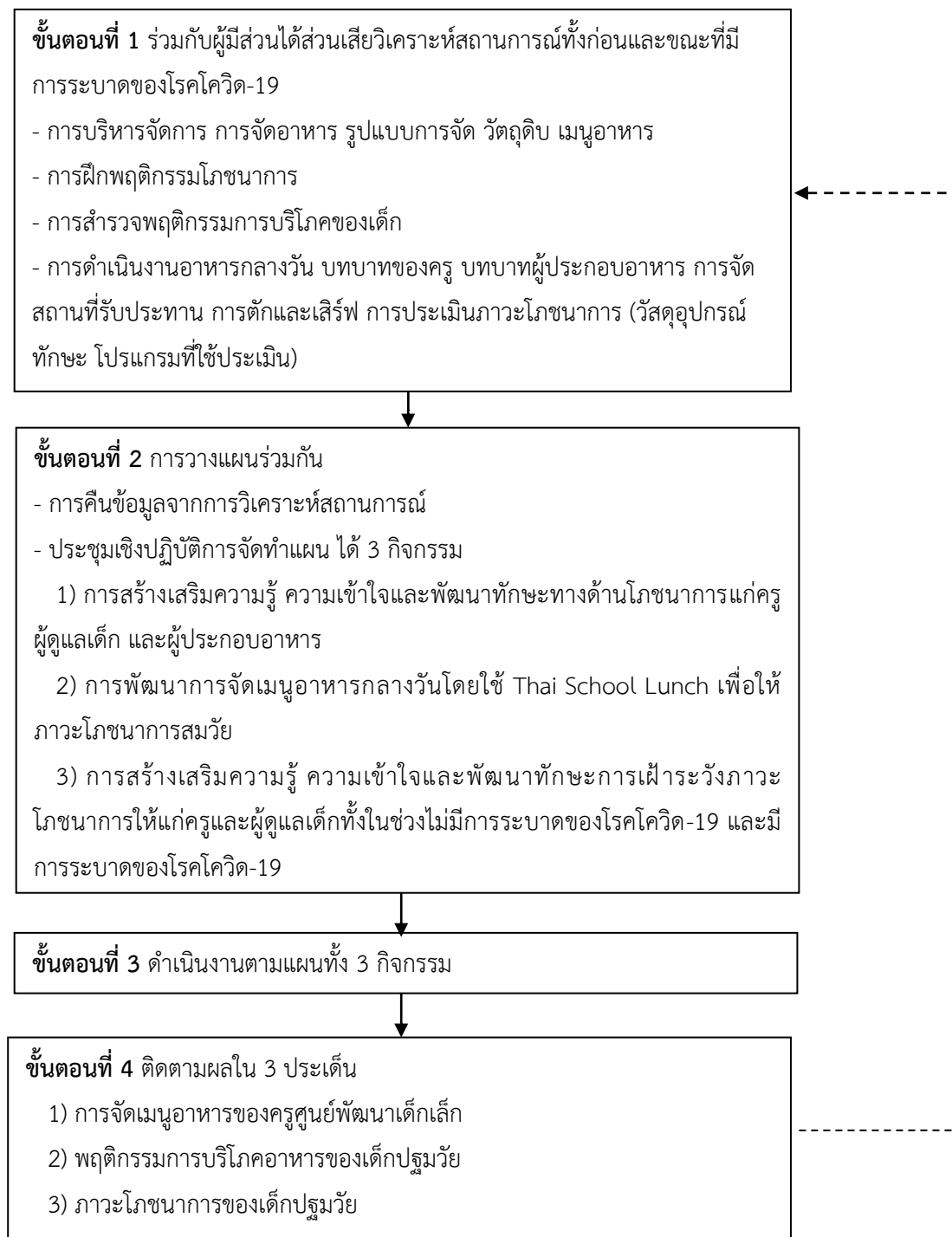
การสังเกตจากการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะทางด้านโภชนาการ แก่ครู ผู้ดูแลเด็ก และผู้ประกอบอาหาร ตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนด พบว่าแต่ละฝ่ายมีความเข้าใจบทบาทของแต่ละคน เรียนรู้และเข้าใจ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการจัดการโภชนาการในศพด. แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงแรกยังมีการจัดเมนูตามเดิม จึงมีการติดตามโดยผู้วิจัยและทบทวนความเข้าใจอีกครั้ง 1) กิจกรรมการพัฒนาการจัดเมนูอาหารกลางวันโดยใช้ Thai School Lunch ในช่วงแรกยังไม่ได้มีการจัดเมนูโดยใช้โปรแกรมเนื่องจากปัญหาการใช้และความเข้าใจ จึงได้ติดตามและปฏิบัติการใช้โปรแกรมอีกครั้ง ทำให้เริ่มมีการใช้โปรแกรมในการจัดเมนู 2) กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการให้แก่ครูและผู้ดูแลเด็กทั้งในช่วงไม่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้จัดหาอุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงให้ และมีการใช้โปรแกรม KidDiary ในการแปลผล ส่วนการวางแผนจัดการภาวะโภชนาการสำหรับเด็กแต่ละคนที่มีปัญหาและการเชื่อมต่อกับผู้ปกครองยังไม่ได้มีการดำเนินการ

ขั้นการสะท้อนผล (Reflect)

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่ามีความเข้าใจบทบาทมากขึ้น มีความพร้อมและมีความรู้ ความเข้าใจของการจัดการโภชนาการในศพด.เพิ่มขึ้น เริ่มมีการใช้เมนูอาหารกลางวันโดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch ผู้ประกอบอาหารมีเคล็ดลับในการปรุงอาหารให้สะอาด ปลอดภัย น่ารับประทาน รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น แต่ครอบครัวจะยังไม่ได้ดำเนินการรวมทั้งการจัดการหากมีการระบาดของโรคโควิด-19 รอบใหม่ แต่ก็จะมีการดำเนินการให้ต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินงานตั้งแต่ได้รูปแบบการจัดการโภชนาการทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งก่อนและขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 2) การวางแผนร่วมกัน โดยการคืนข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผน 3) ดำเนินงานตามแผน และ 4) ติดตามผล ตามภาพที่ 2

ภาพที่ 2

รูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู



ผลการใช้รูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1) การจัดเมนูอาหารหลังจากมีการปรับเปลี่ยนมาใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่าสามารถจัดเมนูได้ในระดับ 3-5 ดาว ซึ่งเป็นระดับที่มีปริมาณสารอาหารในแต่ละหมวดได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2) พฤติกรรมการบริโภคดีขึ้นชัดเจนในประเด็นการกินอาหารหลักครบ 3 มื้อเพิ่มจากร้อยละ 38.8 เป็นร้อยละ 91.7 การรับประทานอาหารเช้าเพิ่มจากร้อยละ 61.7 เป็นร้อยละ 98.3 การรับประทานอาหารว่างเพิ่มจากร้อยละ 55.3 เป็นร้อยละ 83.3 และดื่มนมเพิ่มจากร้อยละ 66.0 เป็นร้อยละ 88.3 ส่วนที่ปฏิบัติได้ลดลงได้แก่ การรับประทานปลาสดจากร้อยละ 57.4 เหลือร้อยละ 20.0 การรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็กและยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ลดจากร้อยละ 34.0 เป็นร้อยละ 11.7 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู (ก่อน n = 47, หลัง n = 60)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ก่อน-หลังพัฒนา	จำนวนปฏิบัติ (ร้อยละ)	จำนวนไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)	
			น้อยกว่า	มากกว่า
1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนม ทุกวัน	ก่อน	29 (61.7)	18 (38.3)	
	หลัง	59 (98.3)	1 (1.7)	
2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน	ก่อน	18 (38.3)	28 (59.6)	1 (2.1)
	หลัง	55 (91.7)	4 (6.7)	1 (1.7)
3. กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวัน	ก่อน	26 (55.3)	18 (38.3)	3 (6.4)
	หลัง	50 (83.3)	10 (16.7)	-
4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม				
4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 3 ทัพพี ทุกวัน	ก่อน	7 (14.9)	38 (80.9)	2 (4.3)
	หลัง	39 (65.0)	20 (33.3)	1 (1.7)
4.2 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 2 ทัพพี ทุกวัน	ก่อน	7 (14.9)	36 (76.6)	4 (8.5)
	หลัง	33 (55.0)	27 (45.0)	-
4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวัน	ก่อน	11 (23.4)	32 (68.1)	4 (8.5)
	หลัง	19 (31.7)	25 (41.7)	16 (26.7)
4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ซ่อนกินข้าว ทุกวัน	ก่อน	19 (40.4)	24 (51.1)	4 (8.5)
	หลัง	27 (45.0)	28 (46.7)	5 (8.3)
4.5 ดื่มนม	ก่อน	31 (66.0)	8 (17.0)	8 (17.0)
• นมสดรสจืด วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กไม่อ้วน และเด็กอ้วนอายุ 1-2 ปี	หลัง	53 (88.3)	6 (10.0)	1 (1.7)
• นมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กอ้วนอายุ 3 ปี				
5. กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน	ก่อน	27 (57.4)	20 (42.6)	
	หลัง	12 (20.0)	48 (80.0)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ก่อน- หลัง พัฒนา	จำนวน ปฏิบัติ (ร้อยละ)	จำนวนไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)	
			น้อยกว่า	มากกว่า
6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง	ก่อน	27 (57.4)	16 (34.0)	4 (8.5)
	หลัง	41 (68.3)	19 (31.7)	-
7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน	ก่อน	16 (34.0)	28 (59.6)	3 (6.4)
	หลัง	7 (11.7)	46 (76.7)	7 (11.7)
8. กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก)	ก่อน	9 (19.1)	28 (59.6)	10 (21.2)
● สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี	หลัง	5 (8.3)	36 (60.0)	19 (31.7)
● ทุกวัน ๆ ละ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่ขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง เป็นเวลา 1 เดือน				
9. กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก)	ก่อน	16 (34.0)	26 (55.3)	5 (10.6)
● ไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี	หลัง	24 (40.0)	33 (55.0)	3 (5.0)
● ไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กอ้วนและกลุ่มเสี่ยง				
● มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง				
10. <u>ไม่</u> กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น	ก่อน	12 (25.5)	35 (74.5)	
	หลัง	30 (50.0)	30 (50.0)	
11. <u>ไม่</u> กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีมหวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น	ก่อน	12 (25.5)	35 (74.5)	
	หลัง	36 (60.0)	24 (40.0)	
12. <u>ไม่</u> ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น	ก่อน	11 (23.4)	36 (76.6)	
	หลัง	20 (33.3)	40 (66.7)	
13. <u>ไม่</u> กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น	ก่อน	8 (17.0)	39 (83.0)	
	หลัง	24 (40.0)	36 (60.0)	
14. <u>ไม่</u> กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปิ้งรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น	ก่อน	16 (34.0)	31 (66.0)	
	หลัง	31 (51.7)	29 (48.3)	
15. <u>ไม่</u> เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง	ก่อน	19 (40.4)	28 (59.6)	
	หลัง	20 (33.3)	40 (66.7)	
16. <u>ไม่</u> เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	ก่อน	21 (44.7)	26 (55.3)	
	หลัง	36 (60.0)	24 (40.0)	

3) การประเมินภาวะโภชนาการเด็กได้มีการปรับมาใช้โปรแกรม KidDiary ตามเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 (สำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี) โดยมีเด็กที่ย้ายออก 3 คน จึงเหลือประเมิน 60 คนพบว่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุลดลงจากร้อยละ 88.89 เป็นร้อยละ 78.33 โดยพบน้ำหนัก

มากกว่าเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 1.59 เป็นร้อยละ 10 ส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 85.00 และมีเด็กที่สมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.90 เป็นร้อยละ 76.67 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ภาวะโภชนาการของเด็กศพด.บึงมะลู แยกตามเกณฑ์

เกณฑ์	ภาวะโภชนาการ	ก่อน (ร้อยละ) (n = 63)	หลัง (ร้อยละ) (n = 60)
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	น้ำหนักน้อย	-	-
	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	6 (9.52)	6 (10.00)
	น้ำหนักตามเกณฑ์	56 (88.89)	47 (78.33)
	น้ำหนักค่อนข้างมาก	-	1 (1.67)
	น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	1 (1.59)	6 (10.00)
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	เตี้ย	37 (58.73)	2 (3.33)
	ค่อนข้างเตี้ย	8 (12.70)	2 (3.33)
	สูงตามเกณฑ์	18 (28.57)	51 (85.00)
	ค่อนข้างสูง	-	2 (3.33)
	สูงกว่าเกณฑ์	-	3 (5.00)
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ผอม	-	1 (1.67)
	ค่อนข้างผอม	-	5 (8.33)
	สมส่วน	39 (61.90)	46 (76.67)
	ท้วม	13 (20.63)	2 (3.33)
	เริ่มอ้วน	9 (14.29)	3 (3.33)
	อ้วน	2 (3.17)	4 (6.67)

อภิปรายผลการวิจัย

1) สถานการณ์การจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู ศพด.บึงมะลู ในช่วงที่ยังไม่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีการจัดเป็นกลางวันและอาหารว่างบ่ายเช่นเดียวกับผลการศึกษาของมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2557) โดยทั้งครูผู้ดูแลเด็กและผู้ประกอบอาหารไม่ได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะโภชนาการในเด็กเช่นเดียวกันกับผลการวิจัยเดียวกันนี้ รวมทั้งยังไม่ได้มีการใช้คู่มือหรือโปรแกรม Thai School Lunch มาช่วยในการจัดการเมนูอาหารเช่นเดียวกับที่พบในงานของจิรารัตน์ พร้อมมูล และคณะ (2561) อาจจะเป็นเนื่องจากข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งจำนวนบุคลากร รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความสำคัญของการจัดโภชนาการให้กับเด็กในวัยนี้ แม้จะมีการกำหนดมาตรฐานศพด. การสร้างโปรแกรมจัดเมนูอาหารที่เอื้อต่อการดำเนินการ และมีการติดตามประเมินมาตรฐานก็ตาม การจัด

เมนูอาหารส่วนที่ไม่ได้จัดให้เป็นไปตามเกณฑ์คือผลไม้แปรรูป เบเกอรี่ ของหวาน ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน สอดคล้องกับผลการสำรวจก่อนหน้านี้ (มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ศพด.มีการจัดอาหารที่มีวิตามินซี วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 และโปรตีนได้มากกว่าที่กำหนดและไขมัน สามารถจัดได้พอดีกับค่ามาตรฐาน แต่พลังงาน คาร์โบไฮเดรต แคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ โยอาหาร และ คลอเลสเตอรอล ยังจัดได้น้อยกว่าค่ามาตรฐาน

ขณะที่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จะมอบเงินให้ผู้ปกครองในการจัดหาอาหารให้เด็กเอง ซึ่งจากการสนทนากลุ่มกับผู้ปกครองพบว่าจะมีการรับประทานขนมและเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มขึ้น แต่จะ รับประทานอาหารมื้อหลักลดลงสอดคล้องกับการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563) ที่ศึกษาใน ครอบครัวเปราะบางในเขตกรุงเทพมหานครช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากเด็กจะอยู่บ้านกับ ผู้ปกครองที่เป็นปู่ย่า ตายาย ซึ่งขาดความเข้าใจในเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก ทำให้เด็กจะไม่ได้รับประทานอาหารหลัก ตามเวลาเช่นเดียวกับในช่วงเปิดศพด. โดยจะให้เงินเด็กไปซื้อขนมหรือเครื่องดื่มรสหวานทำให้เด็กอ้วนและไม่มา กวน อีกทั้งเด็กจะมีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ มีการเล่นเกมส์ ดูโทรทัศน์ ทำให้ขาดกิจกรรมทางกาย เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของสมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ (2560) จึงมีการสะท้อนว่าเด็กอ้วนขึ้น เสื้อผ้าคับ ไขว่ ประกอบกับไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินภาวะโภชนาการ จึงทำให้คิดว่าเด็กมีสุขภาพดี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโดยพฤติกรรม การเติมเครื่องปรุงทั้งรสหวานและรสเค็มในอาหารปรุงสุก มีผลสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรารัตน์ พร้อมมูล และคณะ (2561) และศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2565) ที่พบประเด็นนี้สูงสุด ส่วนที่ปฏิบัติได้สูงสุดมีผล คล้ายกัน คือ กินเนื้อสัตว์ กินอาหารเข้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม แม้จะปฏิบัติได้สูงสุดแต่ไม่ถึงเกณฑ์ เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของบุญชอบ เกษโกวิท และคณะ (2560) ที่สำรวจในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ อนามัยที่ 4 สระบุรี และยุวนิดา อารามรมย์ และวรินทร์ลดา จันทวีเมือง (2562) ในเด็กวัยก่อนเรียนที่สงขลา ซึ่งใช้แบบประเมินของกรมอนามัยเช่นเดียวกันแต่จะมีการให้คะแนนแต่ละข้อและมาแบ่งตามเกณฑ์ ในขณะที่ งานวิจัยนี้จะประเมินเป็นร้อยละที่ปฏิบัติได้

ภาวะโภชนาการในงานวิจัยนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการประเมินก่อนพัฒนาระบบและหลังพัฒนา ระบบ ประกอบกับอุปกรณ์ในการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน อีกทั้งเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินครั้งแรกเป็นเกณฑ์ในปีพ.ศ. 2538 จึงไม่ได้นำมาผลมาเปรียบเทียบกับโดยตรง นอกจากนั้นระยะเวลาดำเนินการที่เริ่มมี การปรับเปลี่ยนเพียง 1-2 เดือน จึงใช้ภาวะโภชนาการหลังการพัฒนาซึ่งมีความถูกต้องทั้งเกณฑ์ เครื่องมือ และวิธีการวัดมากกว่า เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นดัชนีที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะการขาดโปรตีนและ พลังงาน พบว่ามีเด็กน้ำหนักค่อนข้างน้อยอยู่ร้อยละ 10 ความชุกมากกว่าการสำรวจขนาดใหญ่เมื่อปีพ.ศ. 2557 ที่ใช้เกณฑ์ของ WHO ปี 2006 พบความชุกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 6.5 (วิชัย เอกพลการ, 2557) แต่น้อยกว่าที่สำรวจเมื่อปี 2557 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบร้อยละ 19.6 (มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) นอกจากระยะเวลาที่สำรวจต่างกันแล้ว ยังมีเกณฑ์ที่ใช้ต่างกันโดยการ สำรวจของมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศใช้เกณฑ์ BMI ของ WHO ในเด็ก 5-19 ปี ส่วนน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ในงานวิจัยนี้พบร้อยละ 10 มากกว่าที่พบจากการสำรวจทั่วประเทศที่พบร้อยละ

7.7 และพอ ๆ กับการสำรวจของมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่พบ ร้อยละ 9.4 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุดัชนีบ่งชี้ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงานแบบเรื้อรังมาเป็นเวลานานจะทำให้เด็กเตี้ย ในงานวิจัยนี้พบเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยรวมกันร้อยละ 6.67 น้อยกว่างานวิจัยอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ทั้งของมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่พบร้อยละ 19.9 อาจจะเนื่องจากเกณฑ์และระยะเวลาต่างกัน เช่นเดียวกับน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และเท่า ๆ กับการสำรวจระดับประเทศที่พบร้อยละ 7.0 อาจจะเนื่องจากมีเกณฑ์ที่ใช้เหมือนกัน น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเป็นดัชนีบ่งชี้ที่ไวในการสะท้อนภาวะโภชนาการในปัจจุบัน โดยพบว่าในงานวิจัยนี้มีเด็กมีภาวะอ้วนร้อยละ 6.67 พอ ๆ กับการสำรวจขนาดใหญ่ของประเทศไทยที่พบร้อยละ 6.1 แต่น้อยกว่าการสำรวจในศพด.ของมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่พบร้อยละ 10.9 โดยเหตุผลอาจจะเนื่องจากเกณฑ์ในการประเมิน รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่

2) การพัฒนารูปแบบการจัดการโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงมะลู การพัฒนาทำให้ได้รูปแบบ คล้ายกับงานวิจัยของยุวนิดา อารามรมย์ และวรินทร์ลดา จันทวิเมือง (2562) โดยเริ่มต้นจะมีการวิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการ และร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และใช้แนวทางอาหารของแม่ ได้แก่ 1) Clean Food 2) Good Nutrition 3) Made with Love ในการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ ส่วนที่แตกต่างกันคือในงานวิจัยของยุวนิดา อารามรมย์ และวรินทร์ลดา จันทวิเมือง (2562) จะมีการดำเนินงานในชุมชนด้วยส่วนงานวิจัยของศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ (2565) พัฒนารูปแบบโดยใช้แนวทางอาหารของแม่พบว่าแตกต่างกันในประเด็นการสร้างการรับรู้ สร้างกระแส และผลักดันสู่แผนท้องถิ่น โดยแบ่งออกได้เป็น 5 กระบวนการหลัก ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้สถานการณ์และการตระหนักต่อปัญหาภาวะโภชนาการในชุมชน 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมโภชนาการ 3) การสร้างกระแสการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว 4) การสร้างแกนนำด้านอาหารของแม่ และ 5) ผลักดันประเด็นอาหารของแม่สู่แผนพัฒนาท้องถิ่น

3) ผลการใช้รูปแบบการจัดการโภชนาการในศพด.บ้านบึงมะลู ด้วยข้อจำกัดของการประเมินภาวะโภชนาการที่มีเกณฑ์ การใช้เครื่องมือวัด ตลอดจนการพัฒนาทักษะ และข้อจำกัดของระยะเวลาในการประเมิน จึงไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าผลการพัฒนาส่งผลต่อพฤติกรรมโภชนาการ และภาวะโภชนาการ เนื่องจากยังไม่ได้จัดทำแผนในการแก้ไขเป็นเด็กเป็นรายบุคคลรวมทั้งยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลภาวะโภชนาการและการปรับพฤติกรรมกับผู้ปกครองของเด็ก อย่างไรก็ตามการจัดการจัดเมนูอาหารที่ได้มาตรฐานอันเป็นผลจากการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ก็ทำให้สามารถจัดเมนูอาหารที่ทำให้เด็กได้สารอาหารตามเกณฑ์ แม้จะเป็นเพียง 1 มื้อก็ตาม พบว่าการประเมินพฤติกรรมบริโภคมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในประเด็นการรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ อาหารเช้า และอาหารว่าง ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มข้าว-แป้ง กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ และดื่มนม ทั้งนี้งานวิจัยเท่าที่ค้นพบจะมีน้อยที่ประเมินจนถึงภาวะโภชนาการ โดยงานวิจัยของยุวนิดา อารามรมย์ และวรินทร์ลดา จันทวิเมือง (2562) มีการจัดทำรูปแบบแต่ยังไม่ได้ประเมินผล ส่วนงานวิจัยของสมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ (2560) พบว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน อาจจะเนื่องจากมีจัดกิจกรรมเพียง 1 ครั้ง ในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ส่วนงานวิจัยของทวิศักดิ์ ปิ่นทอง และคณะ (2563)

ที่จัดโปรแกรมการจัดการอาหารและโภชนาการแก่เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. พบว่าถึงแม้จะมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมโภชนาการเด็ก แต่ยังไม่ได้วัดที่พฤติกรรมโภชนาการและภาวะโภชนาการของเด็กที่ได้รับ การส่งเสริม เช่นเดียวกับงานของมณฑลนี้ แสงพุ่ม และคณะ (2553) ที่พัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองมุสลิมในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน แม้จะพบว่าผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้น หลังทดลอง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดจากผู้บริหารของอบต.ให้ความสำคัญและลงมาร่วม รับรู้ และการมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มาร่วมกันวิเคราะห์การจัดการโภชนาการในศพด.ร่วมกัน ทำให้เห็นถึง ความสำคัญของการจัดการโภชนาการเช่นที่พบในงานวิจัยของศิริวรรณ สุขกำเนิด และคณะ (2565) ที่พบว่า กลุ่มบุคคลในชุมชนพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานราชการและหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องร่วมกัน จะทำให้เห็นปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาด้านอาหารโภชนาการ และผลกระทบต่อสุขภาพ โดยขั้นตอนแรกที่สำคัญคือ การสร้างการรับรู้สถานการณ์และการตระหนักต่อปัญหาภาวะโภชนาการในชุมชน นอกจากนั้นพบว่า การ ติดตามและหนุนเสริมอย่างต่อเนื่องโดยมีการคืนข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้เห็นความสำเร็จที่เกิดขึ้น และต้องการดำเนินการต่อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

- 1) การทำความเข้าใจบทบาท และให้เสริมความรู้ ความเข้าใจให้บุคคลผู้เกี่ยวข้องถึงความสำคัญใน การจัดการโภชนาการในศพด.จะทำให้สามารถขับเคลื่อนงานได้
- 2) ควรมีการตรวจสอบและสนับสนุนอุปกรณ์ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเสริมทักษะ รวมทั้งการ ใช้โปรแกรม KidDiary จะทำให้ข้อมูลโภชนาการของเด็กมีความน่าเชื่อถือและสามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ตามความเป็นจริง
- 3) การใช้โปรแกรม Thai School Lunch จะเป็นเครื่องมือในการจัดเมนูที่ทำให้เด็กได้สารอาหารที่ ครบถ้วนตามเกณฑ์ รวมทั้งง่ายต่อการจัดซื้อจัดจ้าง และจัดหาวัตถุดิบ รวมทั้งได้เมนูที่หลากหลาย
- 4) อบต.ที่มีการจัดอาหารให้ศพด.แบบ “ครัวรวม” สามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ได้ เนื่องจากจะมีความคุ้มค่าในการดำเนินการเพียงครั้งเดียวทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจผู้เกี่ยวข้อง การจัดเมนูโดยใช้ Thai School Lunch รวมทั้งการจัดซื้อวัตถุดิบ โดยจะส่งผลให้ศพด.ทั้งหมดที่อบต.รับผิดชอบมีการจัดเมนูที่มีปริมาณ สารอาหารในแต่ละหมวดได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการเพิ่มวงรอบในการศึกษามากกว่า 1 วงรอบ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานที่สำคัญคือ พฤติกรรมโภชนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก
- 2) การศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้เทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมง่าย เหมาะกับประชาชน ในพื้นที่ เช่น เทคนิค A-I-C เพราะยังมีแกนนำบางคนมีปัญหาเรื่องการเขียนและอ่านหนังสือ

3) ควรมีการศึกษาในประเด็นอื่นในชุมชนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการในสวนขาที่ายังพบอยู่ เช่น การพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ในการติดตามภาวะโภชนาการเด็กในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคระบาดอื่นในอนาคตที่ต้องมีการปิดศพ.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้ากองการศึกษา ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ประกอบอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนผู้ปกครอง รวมทั้งเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบึงมะลู และผู้ปกครองเด็กเล็กที่ให้ข้อมูล รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร.เอกพงษ์ วงศ์คำจันทร์ อาจารย์ดร.ชนิดาภา ขอสุขวรกุล ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากการนำเสนองานวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ ดร.ชญาณิน กฤตยิโยชิตี ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง และคุณอิศราภรณ์ หงษ์ทองที่ให้เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และขอขอบคุณอาจารย์รุ่งภา ลัทธินันต์ที่เป็นทั้งผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี การงานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จากงบบำรุงการศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ตามพื้นที่ รายสัปดาห์.

<https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2558). การใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในทารกแรกเกิด – 5 ปี. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จิรารัตน์ พร้อมมูล, ตรีทิพย์ เครือหลี่, ชุตินา เฟิงใหญ่, และวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ่อทราย อำเภอมือง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6(3), 169-185.

ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง, ภัทรกร เจริญบุตร และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารและโภชนาการแก่เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลไรร้อย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 9(2), 137-147.

บุญชอบ เกษโกวิท และทรงพล ตั้งศรีไพร. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 42(6), 129-134.

มณีนี แสงพุ่ม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2553). การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองมุสลิมในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย, 5(9), 97-103.

มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). โครงการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- ยุวนิดา อารามมรย์ และวรินทร์ลดา จันทวีเมือง. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในเด็กวัยก่อนเรียน ตำบลควนรู อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 199-213.
- วิชัย เอกพลาก (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริวรรณ สุขกำเนิด, อทิภา ออมรปิยภากร, พัชรี รัตนพงษ์, อรอนงค์ รองสวัสดิ์ และอับดุลฮาหมัด โส๊ะหน่าย. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในชุมชนตำบลนาทวีนอก จังหวัดสงขลา. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(2), 97-113.
- ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. (2562). *คู่มือการใช้งานระบบออนไลน์ KidDiary School*. อุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย.
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิรา ไกรมงคล และรุ่งรดี พุฒิสถียร. (2560). การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 120-33.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ. (2564). *เส้นทางสู่โภชนาการสมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยตนเอง*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ. (2563). *ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครอบครัวเปราะบาง: ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก*. UNICEF Thailand.
<https://www.unicef.org/thailand/media/6206/file/COVID-19%20Impact%20on%20young%20children.pdf>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2564). *แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเด็ก 1-5 ปี*.
<https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/206999>
- Jeffrey, D. S., Christian, K. l. Guillaume, L., Grayson, F., & Finn, W. (2021). *Sustainable development report 2021*. Cambridge University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rded.) Deakin University.
- UNICEF, World Health Organization, and World Bank Group. (2021). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>

ผลของโปรแกรม E-Nurse ต่อประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

สมเกียรติ สุทธิรัตน์, กศ.ม.*

Received: April 5, 2023

Revised: June 24, 2023

Accepted: June 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบการศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม E-Nurse ต่อประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล และ 3. แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม โดยมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามที่ 2 และ 3 อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 มีความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลภายหลังใช้โปรแกรม E-Nurse อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = 0.28$) และสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้คะแนนความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรمدังกล่าว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.43$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม E-Nurse มีประสิทธิผลช่วยให้สามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่น สามารถนำโปรแกรมนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรม E-Nurse การรับและส่งเวร โรงพยาบาลจิตเวช

* พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน)ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: somkiat.sutth@npu.ac.th

The Effect of E-Nurse Program on the Effectiveness of Nursing Handover at Psychiatric Hospital

Somkiat Suttharat, M.Ed^{*}

Abstract

The quasi-experimental study aimed to study the effect of the E-Nurse program on the effectiveness of nursing handover. The samples were 23 registered nurses. Data were collected using questionnaires, consisting of 3 parts: 1) a demographic data questionnaire, 2) the effectiveness of nursing handover, and 3) the satisfaction after using the E-Nurse program questionnaire. The content validity for the 2nd and 3rd parts was between 0.67-1.00, and the reliability were .81, .83 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, and paired sample t-test.

The results found that the effectiveness score of the nursing handover was at the highest level ($M = 4.52$, $SD = 0.28$) with a statistically significant of .05 after the use of the E-Nurse program, and higher than before using the program. Moreover, the overall satisfaction scores after using the E-Nurse program were at a high level ($M = 4.01$, $SD = 0.43$).

The results of this study indicate that the E-Nurse program has an effect to provide appropriate nursing care for patients. Therefore, other psychiatric hospitals could use this program as a guideline for developing nursing handover under the context of each hospital.

Keywords: E-Nurse program, Nursing handover, Psychiatric hospital

^{*} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University;

Corresponding Author E-mail: somkiat.sutth@npu.ac.th

บทนำ

การรับส่งและเวรทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้รับบริการระหว่างเวรทำงาน โดยจะเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนเวรหรือเมื่อเวรสิ้นสุด ซึ่งการรับและส่งเวรนี้เป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้รับบริการเนื่องจากช่วยให้พยาบาลในเวรใหม่มีข้อมูลของผู้ป่วยที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้ด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้การรับและส่งเวรยังช่วยให้มีความเข้าใจร่วมกันระหว่างพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการและเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานในทีม ดังนั้นการรับและส่งเวรจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ต้องมีความรอบคอบ ถูกต้อง ในการทำงานด้านการพยาบาล (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012; McFetridge et al., 2012) การรับและส่งเวรทางการพยาบาลที่ดีจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการดังนี้ 1) ทำให้เข้าใจสภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม 2) ทีมพยาบาลเกิดความเชื่อมั่นว่าการดูแลผู้รับบริการจะมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น 3) ลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้รับบริการ ทำให้การดูแลผู้รับบริการมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น 4) มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการได้ (Griffiths & Renz, 2014; Wong et al., 2018)

หากการรับส่งเวรมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนเพียงพอ จะส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลของผู้รับบริการ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม การรับรู้ข้อมูลของผู้รับบริการที่ไม่เพียงพอ จะทำให้พยาบาลไม่สามารถประเมินความต้องการ หรือภาวะทางสุขภาพของผู้รับบริการได้ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถวางแผนให้การดูแลและการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะละเลยในการดูแลรักษา ทำให้ไม่สามารถรับรู้ปัญหาหรืออาการที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน ทำให้ผู้รับบริการได้รับอันตรายรุนแรงได้ (Smeulers et al., 2014; Teng et al., 2010; The Joint Commission, 2018) การรับและส่งเวรทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้รับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งการรับส่งข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนนอกจากจะเกิดผลเสียต่อตัวผู้รับบริการแล้วยังอาจทำให้เกิดผลเสียต่อทีมพยาบาล โดยทำให้ทีมพยาบาลไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดการประสานงานที่ผิดพลาด และเกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการล่าช้าในการดูแลผู้รับบริการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ขนาด 120 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีวิสัยทัศน์ต้องการเป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยาก ซับซ้อน ด้วยเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศที่ทันสมัยและมีความเป็นเลิศด้านวิจัยโรคจิตเวชสารเสพติด (โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์, 2565) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ดำเนินงานตามนโยบายของโรงพยาบาล และได้มีการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการรับและส่งเวรทางการพยาบาลเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญ ในการช่วยส่งเสริมให้สามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันการรับและส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยในยังเป็นการจดบันทึกอย่างอิสระทั้งในด้านของผู้ส่งเวรและผู้รับเวร โดยไม่มีกรอบของข้อมูลที่ต้องบันทึกที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้การรายงานข้อมูลของผู้รับบริการไม่ครบถ้วนและครอบคลุมข้อมูลที่

สำคัญ เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาของผู้รับบริการหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง เป็นต้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลกระทบต่อทีมพยาบาลและผู้รับบริการ ในด้านของทีมพยาบาล ทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่สำคัญของผู้รับบริการที่ต้องดำเนินการต่อ ไม่สามารถวางแผนให้การดูแลรักษาผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการ การดูแลรักษาเกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง สำหรับผลกระทบในด้านของผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการไม่ได้รับการติดตามปัญหาหรือความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง กิจกรรมการดูแลรักษาไม่ถูกต้องตรงตามปัญหาที่แท้จริง เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โดยพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล สามารถเข้าใช้งานโดยการเข้าสู่ระบบผ่านอินเทอร์เน็ตเครือข่ายภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้งานมีข้อมูลที่ชัดเจน มีกรอบที่เป็นแนวทางเดียวกันในการลงข้อมูลการรับและส่งเวร ทำให้ผู้รับและส่งเวรมีข้อมูลผู้รับบริการถูกต้อง ชัดเจน สามารถส่งผ่านข้อมูลทางเครื่องมือสื่อสารในหลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ ผู้รับเวรสามารถค้นหาข้อมูลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน ทำให้การรับและส่งเวรทางการพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ และมีข้อมูลถูกต้อง ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของข้อมูลการรับและส่งเวรซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) P = Patient Data ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) A = Assessment ประกอบด้วย อาการปัจจุบัน ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย 3) I = Implementation and Evaluation ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่ได้หลังได้รับการพยาบาล 4) R = Recommendation ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะที่ฝากให้ทำต่อ โดยสรุปข้อมูลสิ่งที่ยังไม่ได้ทำในเวรของตนเองพร้อมเหตุผล และสิ่งที่คิดว่าอาจกระทบต่อแผนการดูแลที่ทีมกำหนดไว้ การพัฒนาดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีข้อมูลถูกต้อง ครอบคลุม และเพียงพอในการวางแผนให้การพยาบาลผู้รับบริการในเวรถัดไป ผู้ป่วยได้รับการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม E-Nurse
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้โปรแกรม E-Nurse

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังใช้โปรแกรม E-Nurse กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการรับและส่งเวรเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

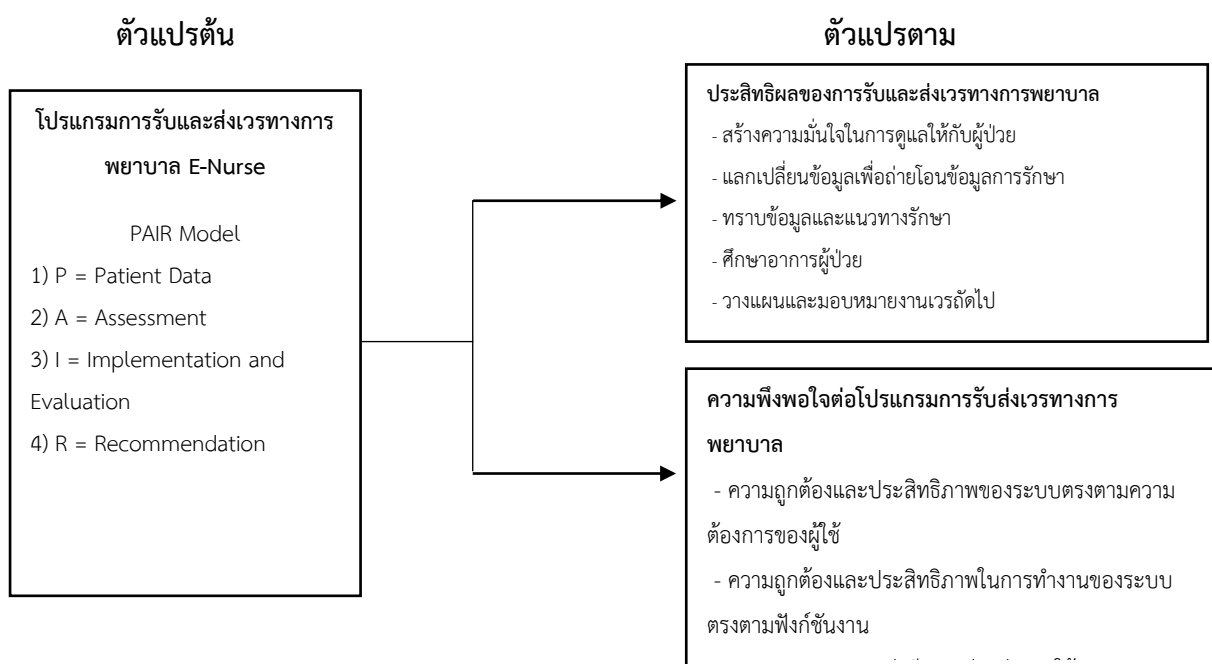
กรอบแนวคิดการศึกษาผลของโปรแกรมการรับและส่งเวรทางการพยาบาล E-Nurse โดยบูรณาการเทคนิคที่ใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลประกอบด้วย 6 เทคนิค ได้แก่ 1) การส่งเวรด้วย FIVE-PS (Hospital & Health Network, 2008) 2) การรับส่งเวรด้วยรูปแบบ 4P's (Hansten, 2003) 3) การส่งด้วย

หลัก 5- P's (Currie, 2002) 4) การรับส่งเวรด้วยเทคนิค D-PIR (ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์, 2550) 5) การส่งเวรด้วยเทคนิค D-PE (ภาณุ อดกถัน, 2555) และ 6) การรับส่งเวรด้วย SBAR (Potter & Perry, 2005) ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการรับและส่งเวรทั้ง 6 เทคนิคมาใช้ในพัฒนาโปรแกรม ที่เรียกว่า PAIR Model ซึ่งมีหลักสำคัญ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) P = Patient Data ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) A = Assessment ประกอบด้วย อาการปัจจุบัน ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย 3) I = Implementation and Evaluation ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่ได้หลังได้รับการพยาบาล และ 4) R = Recommendation ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะที่ฝากให้ทำต่อ โดยสรุปข้อมูลสิ่งที่ยังไม่ได้ทำในเวรของตนเองพร้อมเหตุผล และสิ่งที่คิดว่าอาจจะกระทบต่อแผนการดูแลที่ทีมกำหนดไว้

โปรแกรม E-Nurse เป็นโปรแกรมที่มีรายละเอียดของข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และครอบคลุม ดังนั้นโปรแกรม E-Nurse จึงช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โดยช่วยให้บรรลุมิติวัตถุประสงค์ในเรื่องของการสร้างความมั่นใจในการดูแลให้กับผู้ป่วย (Wallace, 2005) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อถ่ายโอนข้อมูลการรักษา (Patton, 2007) การปรับปรุงการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรพยาบาล ทำให้เกิดวัฒนธรรมการรับส่งเวรที่ดี มีมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกัน เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (ลัดดา มีจันทร์ และคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้ใช้งานโปรแกรม E-Nurse เกิดความพึงพอใจทั้งในด้านการประเมินผลความถูกต้องและประสิทธิภาพของระบบตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Functional Requirement) ความถูกต้องและประสิทธิภาพในการทำงานของระบบสามารถทำงานได้ตามฟังก์ชันงานของระบบ (Functional) การออกแบบระบบมีความง่ายต่อการใช้งาน (Usability) และ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลในระบบ (Security) (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น, 2558) ดังรายละเอียดในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบการศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre test-Post test Design)

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 3 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนรินทร์ จำนวน 29 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) โดยกำหนด Test family เป็น t-test Statistical test เป็น Mean: Difference from constant (one sample case) Type of power analysis คือ A priori: Compute required sample size –given α , power and effect size กำหนดการทดสอบเป็น one tail effect size เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นระดับใหญ่ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญของการทดสอบ คือ .05 Power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 19 และเพื่อป้องกันการลดหรือการสูญหายของข้อมูล (Missing data) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% (จิรัชยา เหล่าเชตรกิจ และคณะ, 2561) รวมกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 23 คน จาก 3 หอผู้ป่วย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีคุณสมบัติปริญญาด้านการพยาบาล
- 2) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์
- 3) มีอุปกรณ์สื่อสารที่ได้รับสิทธิสามารถเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาลได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดแยกตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องการรับและส่งเวรทางการพยาบาล รวมถึงการให้คำจำกัดความ นิยามตัวแปรในเรื่องประสิทธิภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์การรับส่งเวรทางการพยาบาล ในที่นี้เรียกว่าโปรแกรม E-Nurse ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล องค์ประกอบในโปรแกรม E-Nurse ประกอบด้วยหลักสำคัญ 4 องค์ประกอบ (PAIR Model) ดังนี้ 1) P = Patient Data ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ การวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ให้ไปแล้ว

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) A = Assessment ประกอบด้วย อาการปัจจุบัน ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย 3) I = Implementation and Evaluation ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่ได้หลังได้รับการพยาบาล และ 4) R = Recommendation ประกอบด้วยข้อเสนอแนะที่ฝากให้ทำต่อ โดยสรุปข้อมูลที่ยังไม่ได้ทำในเวรของตนเองพร้อมเหตุผล และสิ่งที่คิดว่าอาจกระทบต่อแผนการดูแลที่ทีมกำหนดไว้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นได้อัปโหลด (Upload) ทั้งหมดไปที่เซิร์ฟเวอร์ (Server) ของโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนรินทร์ ผู้ใช้งานต้องระบุตัวตนเพื่อเข้าสู่ระบบ (log in) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยนักวิจัย มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์การทำงาน คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

2. แบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล พัฒนาโดยนักวิจัย จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น การบรรลุวัตถุประสงค์การรับและส่งเวรทางการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และข้อมูลการรับและส่งเวรถูกต้องครบถ้วน ครอบคลุม 4 องค์ประกอบในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

3. แบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นด้านความถูกต้องและประสิทธิภาพของโปรแกรม (Functional Requirement) จำนวน 2 ข้อ ด้านความถูกต้องและประสิทธิภาพในการทำงานตามฟังก์ชันของโปรแกรม (Functional) จำนวน 8 ข้อ ด้านลักษณะการออกแบบโปรแกรมต่อการใช้งาน (Usability) จำนวน 7 ข้อ และด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Security) จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด กำหนดให้ 1 คะแนน เท่ากับ น้อยที่สุด 2 คะแนน เท่ากับ น้อย 3 คะแนน เท่ากับ ปานกลาง 4 คะแนน เท่ากับ มาก และ 5 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่อาจารย์พยาบาลด้านการบริหารทางการพยาบาล 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน หาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกับเนื้อหาของแบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse ระหว่าง 0.67-1.00 และ 0.67-1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse ไปทดลองใช้เบื้องต้น

(preliminary try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน โดยทั่วไปจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทำ preliminary try out จะอยู่ในช่วง 10-30 คน ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของงานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยด้วย (Patton, 2015) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนรินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มประชากรทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ระบบของโปรแกรมการรับส่งเวร ขั้นตอน วิธีการ การใช้งานของโปรแกรมการรับส่งเวร เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์กลุ่มประชากร ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เพื่อขอความยินยอมยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเข้าใช้งานโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (Pre-test)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งานโปรแกรม E-Nurse โดยลงทะเบียนแสดงตัวตน (log in) ผ่านอุปกรณ์สื่อสารของตนเองไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เครื่องคอมพิวเตอร์ ในบทบาทหัวหน้าเวร สมาชิกในเวร ใช้เวลาในการทดลองใช้โปรแกรม E-Nurse จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 ถึง 15 นาที หัวหน้าเวรมีบทบาทเป็นผู้รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ปรากฏในโปรแกรม E-Nurse สมาชิกเวรมีบทบาทรับฟังข้อมูลและหากมีข้อสงสัยให้ซักถามกับหัวหน้าเวรที่กำลังรายงานข้อมูลผ่านโปรแกรม E-Nurse

ขั้นหลังการทดลอง

1. หลังใช้งานโปรแกรม E-Nurse ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (Post-test) และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม E-Nurse
2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม E-Nurse โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยของการวัดซ้ำ (paired sample t-test)

3. ระดับความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เลขที่ NPRPHEC 2564-003 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่เป็นเอกสารและไฟล์จะเก็บรักษาในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล มีการจำกัดสิทธิผู้ที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลในส่วนนี้ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย = 37.96 ปี ($SD = 8.1$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.3 ($n = 21$) และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.17 ปี ($SD = 8.46$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 23$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	23	100
2. อายุ (ปี) ($M = 37.96$, $SD = 8.1$)		
23-30	7	30.44
31-40	8	34.78
41-50	5	21.74
50-60	3	13.04

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	21	91.3
ปริญญาโท	2	8.7
4. ประสบการณ์การทำงาน (ปี) ($M = 13.17$, $SD = 8.46$)		
0-10	11	47.83
11-20	5	21.74
21-30	7	30.43

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โดยพบว่า ภายหลังใช้โปรแกรม E-Nurse กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม E-Nurse พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการรับและส่งเวรทางการพยาบาลภายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (ก่อนการใช้โปรแกรม Mean = 3.98, $SD = .42$; หลังใช้โปรแกรม Mean = 4.52, $SD = .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

ตาราง 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม E-Nurse ($N = 23$)

ประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	3.98	.42	1.36	<.01*
หลังทดลอง	4.52	.28		

* $p < .05$

3. ระดับความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse พบว่า ภายหลังทดลองใช้โปรแกรม E-Nurse กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.43$) สำหรับความพึงพอใจรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40$, $SD = 0.76$) รองลงมาคือ ด้านลักษณะการออกแบบโปรแกรมต่อการใช้งาน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.39$, $SD = 0.63$) และความพึงพอใจด้านความถูกต้องและประสิทธิภาพของโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($M = 3.70$, $SD = 0.41$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ระดับความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรม E-Nurse (N = 23)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)	ระดับ
1. ด้านความถูกต้องและประสิทธิภาพของโปรแกรม (Functional Requirement)	3.70	0.41	มาก
2. ด้านความถูกต้องและประสิทธิภาพในการทำงาน ตามฟังก์ชันของโปรแกรม (Functional)	3.63	0.30	มาก
3. ด้านลักษณะการออกแบบโปรแกรมต่อการใช้งาน (Usability)	4.39	0.63	มาก
4. ด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Security)	4.40	0.76	มาก
รวม	4.01	0.43	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรม E-Nurse กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลการรับและส่งเวชทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า การมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการรับและส่งเวชทางการแพทย์พยาบาล ช่วยทำให้พยาบาลทุกเวรมีกรอบข้อมูลที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน สร้างความมั่นใจในการดูแลให้กับผู้ป่วย ช่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อถ่ายโอนข้อมูลการรักษา ทำให้ทราบข้อมูลและแนวทางรักษา ศึกษาอาการผู้ป่วยได้ วางแผนและมอบหมายงานเวรถัดไปได้ เนื่องจากในโปรแกรม E-Nurse ได้ออกแบบให้พยาบาลต้องลงข้อมูลที่จำเป็นในการรับและส่งเวช คลอบคลุมใน 4 ประเด็น คือ 1) P = Patient Data ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ การวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ให้ไปแล้ว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) A = Assessment ประกอบด้วย อาการปัจจุบัน ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย 3) I = Implementation and Evaluation ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ที่ได้หลังได้รับการพยาบาล และ 4) R = Recommendation ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะที่ฝากให้ทำต่อ โดยสรุปข้อมูลสิ่งที่ยังไม่ได้ทำในเวรของตนเองพร้อมเหตุผล และสิ่งที่คิดว่าอาจกระทบต่อแผนการดูแลที่ทีมกำหนดไว้ พยาบาลที่มารับเวรได้ข้อมูลที่ชัดเจนกว่าวิธีเดิมที่เป็นการจดบันทึกอย่างอิสระ โดยไม่มีกรอบของข้อมูลที่ต้องบันทึกที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน การรับส่งเวชโดยใช้โปรแกรม E-Nurse พยาบาลจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วน เป็นลายลักษณ์อักษร และมีรูปภาพประกอบ ผ่านอุปกรณ์สื่อสารของแต่ละคน ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต ทำให้สามารถเรียกดูข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การรับและส่งเวชมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยการบรรลุวัตถุประสงค์ของการรับและส่งเวช และการได้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับการวิจัยของ เดชชัย โพธิ์กลิ่น (2559) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวชด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ซึ่งโปรแกรมเสบาร์เป็นแนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจใช้ในโมเดล PAIR ที่ใช้เป็นกรอบสำหรับการพัฒนาโปรแกรม E-Nurse ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเสบาร์ คะแนนด้านความถูกต้องและคะแนนความครบถ้วนของการส่งเวรอยู่ในระดับสูง ($M = 3.8, SD = 0.16$) ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรก่อน และหลังการจัดการส่งเวรด้วยโมเดลเสบาร์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของณัฐวดี ขำปฏี และเบญจภรณ์ ตันจาน (2565) ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ซึ่งการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS เป็นระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เข้ามาเป็นเครื่องมือในการจัดการฐานข้อมูล ใช้ในการดำเนินงานของแต่ละแผนกภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดการพัฒนาที่คล้ายคลึงกับโปรแกรม E-Nurse ผลการวิจัยพบว่า การรับส่งเวรของพยาบาลภายหลังจากใช้รูปแบบ SBAR ในระบบ HIS มีค่าคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องและความครบถ้วนโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.866, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ได้แก่ ด้านสถานการณ์ ด้านภูมิหลัง ด้านผลจากกิจกรรมและด้านข้อเสนอแนะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านของการรับส่งเวรของพยาบาลภายหลังจากใช้รูปแบบ SBAR ในระบบ HIS มีความถูกต้องและครบถ้วน สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับความพึงพอใจภายหลังจากใช้โปรแกรม E-Nurse กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01, SD = 0.43$) สามารถอธิบายได้ว่า การนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์การรับส่งเวรทางการพยาบาลมาช่วยในการรับส่งเวร ทำให้มีกระบวนการที่ชัดเจน ได้ประเด็นสำคัญ ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน กระชับเวลา และมีกรอบในการรับส่งข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้โปรแกรมดังกล่าว สอดคล้องกับการวิจัยของณัฐวดี ขำปฏี และเบญจภรณ์ ตันจาน (2565) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS อยู่ในระดับมาก ($M = 4.34, SD = 0.599$) เช่นเดียวกับการศึกษาของลัดดา มีจันทร์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Focus PDCA และเทคนิคการสื่อสารแบบ SBAR ทีมผู้ปฏิบัติทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางรับส่งเวรทางการพยาบาล เนื่องจากมีกระบวนการชัดเจน ได้ประเด็นสำคัญและกระชับเวลา ดังนั้น สรุปได้ว่า โปรแกรม E-Nurse ที่มีกรอบแนวทางตามโมเดล PAIR สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งเวรได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่น สามารถนำโปรแกรม E-Nurse ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
2. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในระยะสั้น ยังไม่ทราบถึงปัญหา และอุปสรรค ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในประเด็นดังกล่าวเมื่อนำผลการวิจัยไปอ้างอิง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาโปรแกรม E-Nurse ที่เป็นต้นแบบเพื่อนำใช้ในทุกหน่วยและศึกษาติดตาม ในประเด็นของปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา กาวิเมือง. (2558). *การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรัชยา เหล่าเขตรกิจ, อาริรัตน์ ขำอยู่ และเขมรดี มาสิงบุญ. (2561). ปัจจัยทำนายความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 49-56.
- ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเวรด้วยการจัดการแบบสิ้นของพยาบาลวิชาชีพ ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐวดี ขำปฏี และเบญจภรณ์ ต้นจาน. (2565). ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 41-52.
- เดชชัย โพธิ์กลิ่น. (2559). ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(4), 484-496.
- ภาณุ อดดกลิ่น. (2554). *หลักในการรับ-ส่งเวร สำหรับนักศึกษาพยาบาล*.
<https://www.gotoknow.org/posts/462569>.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น. (2558). *แบบประเมินประสิทธิภาพในการพัฒนาซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์แผนกวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ*. <https://www.kkc.rmuti.ac.th/2017>
- โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์. (2565). *วิสัยทัศน์ พันธกิจโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม-ราชนครินทร์*. <https://www.jvnkp.go.th/วิสัยทัศน์พันธกิจ>.
- ลัดดา มีจันทร์, อภิรดี นันทศุภวัฒน์ และเพชรสนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2563). การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *พยาบาลสาร*, 47(2), 394-405.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). *National Safety and Quality Health Service Standards*.
<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse*, 10(3), 24-27.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Griffiths, P., & Renz, A. (2014). Improving patient safety during handover of nursing care: a mixed method synthesis of the evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 133-142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.015>.
- Hansten, R. (2003). Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 34(8), 58-59.
- Hospital & Health Network. (2008). *Patient handoffs*.
http://www.hhnmag.com/hhnmag_app./jsp/articledisplay
- McFetridge, B., Gillespie, M., & Goode, D. (2012). Sharing the care: The key components of nursing handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3221-3227.
- Patton, K. A. (2007). *Hand off communication safe transition in patient care: The hand off communication goal*. <https://shorturl.asia/OY6Lq>.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing* (6th ed.). Mosbyin practice.
<http://library.cnmv.edu.ng/wpcontent/uploads/2019/01/Potter-Perry-Fundamental-of-Nursing.pdf>
- Smeulders, M., Lucas, C., Vermeulen, H., & Van der Hoeven, J. G. (2014). Clinical handover and patient safety in anaesthesia: A systematic review. *Anaesthesia*, 69(3), 326-335.
- Teng, C. I., Shyu, Y. I. L., Chiou, W. K., Fan, H. C., Lam, S. M., & Tsai, W. C. (2010). Patient outcomes following nurse-to-nurse handover: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3301-3313.
- The Joint Commission. (2018). *Sentinel Event Alert Issue 58: Inadequate hand-off communication*. https://www.jointcommission.org/sea_issue_58/
- Wallace, T. E. (2005). *Preventing fatalities--Effective critical communication handoffs (audioconference)*. Joint Communication Resources.
- Wong, M.C., Yee, K.C., & Turner, P. (2018). Nurses' handover: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 149-162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.017>.

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4
เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย**

นิมนวล โยคิน, พย.ม*.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.**

Received: March 30, 2023

Revised: June 26, 2023

Accepted: June 27, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การดูแล พัฒนารูปแบบการดูแล และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 จากทีมสหวิชาชีพ 22 คน โดยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 และระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 22 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วย และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82, 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Matched – pairs Signed rank test และ สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 คือ ศักยภาพทีมดูแลระบบการติดตามเยี่ยม การมีส่วนร่วมของเครือข่าย การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 เครือข่ายพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล 4) การสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยเรื้อรัง และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ควรมีการเชื่อมต่อบริบบการดูแลแบบไร้รอยต่อในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ในเครือข่าย เพื่อให้ระบบการดูแลมีคุณภาพเป็นแนวทางเดียวกัน

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Noonimyoyo@gmail.com

** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Development of Continuous Patients Care Model for Chronic Patients in Bed 3 and Bed 4, Somdej Phrayuparaj Tha Bo Hospital Network, Thabo District, Nongkhai Province

Nimnuan Yokin, M.N.S.*

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.**

Abstract

The action research aims to study the situation of care. developing a model and studying the results of a continuum of care model in chronic patients, 3-bed type and 4-bed type, Tha Bo Crown Prince Hospital Network Nong Khai Province The research was divided into 3 phases as follows: Phase 1 studying the situation of continuity care in bed 3 and bed 4 chronic patients from 22 multidisciplinary team by focus group by focus group and content analysis, phase 2 development continuous patients care model for chronic patients, bed type 3 and bed 4, Phase 3 studying the results of the care model. The sample consisted of 22 chronic patients who met the inclusion criteria. The instruments such as 1) Barthel ADL Index and 2) a health status perception questionnaire. The index of item objective congruence (IOC) was between 0.67 - 1.00 and Cronbach's alpha coefficient of confidence was 0.82 .78. Data was analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Matched – pairs Signed rank test and Dependent t-test.

The results of the research revealed that the situation of Bed 3 and Bed 4 chronic patient care was the potential of the care team. Great tracking system network participation, self-care support and social support. The continuous care model for 3-bed and 4-bed chronic patients, Tha Bo Crown Prince Network, Tha Bo District, Nong Khai Province, consisting of 1) development of the potential of the care team 2) follow-up visits 3) developing the participation of the care network 4) Empowering the chronically ill and 5) social support. In addition, after using the model, it was found that bed type 3 and bed 4 chronic patients had the daily activities scores and health perception scores significantly higher than before using the program at the .001 level.

The suggestion, this model should be used as a guideline for a seamless linking system in multidisciplinary teams that care for bed 3 and bed 4 chronic patients in other the network for quality of care and using the same guideline.

Keywords: Model development, Continuous patient care, Bed 3 and bed 4 chronic patients

* Registered Nurse, Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province; Corresponding Author E-mail: Noonimyoyo@gmail.com

** Senior Professional Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าในปี 2564 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358,751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดย แบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 5,974,022 คน (ร้อยละ 44.7) และผู้สูงอายุหญิง 7,384,729 คน (ร้อยละ 55.3) (กองสถิติสังคม, 2565) และปี 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ จากผู้สูงอายุที่มีอยู่ประมาณ 13 ล้านคน ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ ต้องอาศัยผู้ดูแลเสมอ (กองสถิติสังคม, 2565) ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในไทยส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.06 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 โรคเบาหวาน กองโรคไม่ติดต่อรายงานสถานการณ์ของประเทศไทยพบจำนวนอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มหลักเพิ่มขึ้น (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) โดยอัตราการตายต่อประชากรกลางปี 2563-2564 พบ 131.81 และ 145.01 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งด้านอาการ ความไม่สุขสบาย วิธีชีวิตและแนวทางรักษา หากมีการดูแลไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนอนติดเตียงและเสียชีวิตในที่สุด การดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวส่งผลต่อผู้ดูแล และครอบครัวเป็นอย่างมากเพราะผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการดูแลรักษา ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยให้ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานระดับท้องถิ่นเข้ามา มีส่วนร่วม (กาญจนา ปัญญาธร และคณะ, 2564)

เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง กับ 1 ศูนย์แพทย์ชุมชน จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชน ในเขตอำเภอท่าบ่อ พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ไตวายระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มานานกระทั่งกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทุพพลภาพหรือกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ ประเภทเตียง 4 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเตียง 3 และประเภทเตียง 4 ที่ต้องติดตามเยี่ยมทั้งหมดจำนวน 118 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 65 ราย และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 44 ราย ซึ่งระบบการดูแล ระยะยาว (Long Term Care) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีผลลัพธ์ภาพรวมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการศึกษาสถานการณ์พบปัญหาเกี่ยวกับ 1) การดูแลผู้ป่วยไม่เต็มศักยภาพ 2) ระบบการติดตามเยี่ยมที่แตกต่างกันของแต่ละลูกข่าย 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายน้อย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเองน้อย และ 5) การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ และป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

อัมพฤกษ์ อัมพาต รวมทั้งหมด 22 ราย โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยประเภท เดียง 3 และ เดียง 4 ซึ่งการนอนระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแผลกดทับ ข้อติดแข็ง ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission) ฯลฯ นอกจากนั้น การเจ็บป่วยทำให้ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันด้วย เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหาร เป็นต้น (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, 2564)

จากสถานการณ์ข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยรูปแบบที่ชัดเจน ระบบการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัญหาและความต้องการ ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเป็นประเภท 3 และประเภท 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อนำไปเป็นแนวปฏิบัติระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง

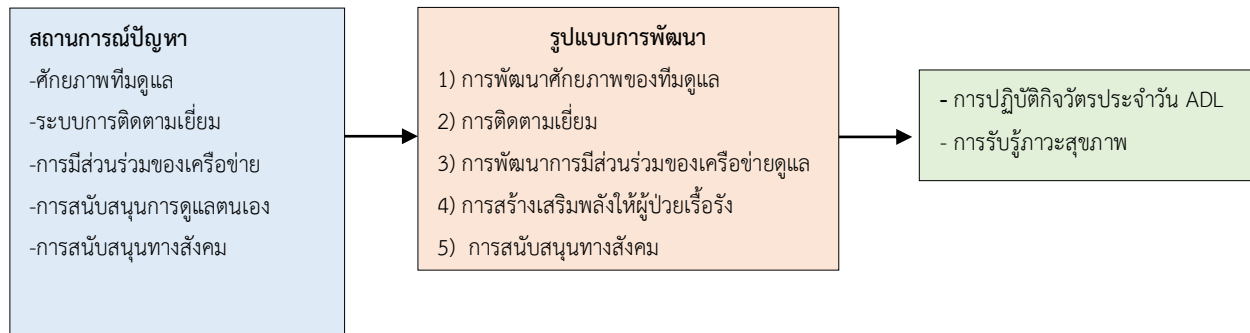
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเดียง 3 และเดียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเดียง 3 และเดียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเดียง 3 และเดียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem et al., 2001) เชื่อว่าบุคคลสามารถดูแลตนเองที่จำเป็นได้ดี ไม่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยใช้ความสามารถของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) โอเร็ม กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเอง มากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการพยาบาลช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเดียง 3 เดียง 4 เป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลจึงต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการดูแลของพื้นที่อย่างครอบคลุมตามแบบแผนการดูแลระยะยาว

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการเครือข่ายอำเภอท่าบ่อ จ.หนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งหมดจำนวน 22 คน ประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 12 คน (จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งละ 1 คน รวม 10 คน จากศูนย์แพทย์ชุมชนจำนวน 1 คน และจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 1 คน) กายภาพบำบัด 1 คน โภชนากร จำนวน 1 คน นักสุขภาพจิต จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1 คน โดยใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความสอดคล้อง 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดกลุ่มละ 9-12 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 1 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-taker) ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และสรุปประเด็น

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4

ประชากรได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และโภชนาการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 22 คน โดยใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

การพัฒนารูปแบบ ดำเนินการดังนี้

1. ระดมแนวความคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 โดยกำหนดแนวทางเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน (กองการพยาบาล, 2557) เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

2. จัดอบรมทีมการดูแลผู้ป่วยสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดตามโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้บริการแบบครบวงจรที่วางแผนไว้แก่ทีมดูแลผู้ป่วยสหวิชาชีพร้อยละ 100 โดยแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา Service plan เป็นวิทยากร เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับระบบ Service plan

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ 1) ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 2) ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยใช้เกณฑ์ ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นผู้ที่ยังดำเนินชีวิตอยู่ในเขตอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รวมทั้งหมด จำนวน 22 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย นอนติดเตียง ต้องการผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา 3) ได้รับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งแพทย์มีคำสั่งให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) มีค่า Barthel ADL index 0-4 กำหนดเกณฑ์คัดออกคือ 1) เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ไม่สามารถสื่อสารได้

2) ทีมสหวิชาชีพ ทั้งหมดจำนวน 22 คน ประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 12 คน (จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งละ 1 คน รวม 11 คน และจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 1 คน) กายภาพบำบัด 1 คน โภชนาการ จำนวน 1 คน นักสุขภาพจิต จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 1 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและโรค และภาวะการณเจ็บป่วย

2. แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วย เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ระดับใด ซึ่งบ่งบอกถึงภาระที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

0 - 4 คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
5 - 8 คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพารุนแรง
9 - 11 คะแนน	หมายถึง	ภาวะพึ่งพาปานกลาง
มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ไม่มีภาวะพึ่งพา

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 และแบบวัดสุขภาพทั่วไป (SF-36 version 2) เพื่อประเมินการรับรู้จากสุขภาพทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยภาวะสุขภาพทางกาย (physical health) จำนวน 6 ข้อ และภาวะสุขภาพจิต (mental health) จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Caregiver) ในกลุ่มตัวอย่างเดิมทดสอบก่อน-หลัง การแปลผลค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ผู้วิจัยได้กำหนด เกณฑ์การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical rang score โดยใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยจำนวนระดับ ดังนี้ (ณิสาชล นาคกุล, 2561)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอายุรแพทย์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 1 คน ศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วยและแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ก่อนมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, sig <.001)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, sig = .536)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง 24 /2565 วันที่ 29 มีนาคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย สิทธิการถอนตัว เปิดโอกาสให้ซักถามและเซ็นใบยินยอมในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้รับการปรับปรุง แก้ไขจากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ทั้ง 5 ประเด็น ทำให้ระบบมีความชัดเจนมากขึ้น การดำเนินงานของทีมการดูแลมีความเป็นระบบ เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานได้รับความพึงพอใจในงานยิ่งขึ้น บรรลุตามวัตถุประสงค์ กล่าวคือ 1) มีการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วย ด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบครบวงจรให้ทีมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดโดยเนื้อหาการอบรมสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 18 สาขา เน้นย้ำสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) และการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care program) 2) มีการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมที่บ้านด้วยการอบรมพยาบาลที่ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านทั้ง 11 แห่ง ให้มีความรู้ ทักษะในการเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับมาตรฐานการเยี่ยมบ้านตามระบบ Long Term Care 3) มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลทั้ง 11 แห่งด้วยการเปิดโอกาสให้ ผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดย เจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนาอาสาสมัคร สอนให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้เป็นผู้ให้การดูแลร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ

เตียง 4 ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 4) การสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ให้สามารถดูแลตนเองตามอัตภาพ รวมถึงให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยทีมผู้ให้การดูแล/ทีมสหวิชาชีพ ให้ความสำคัญและกระตุ้นให้ ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ สร้างเสริมแรงบวก ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำได้เพื่อสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย และ 5) มีการสนับสนุนทางสังคม โดยขอรับการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทำแผล เครื่องทำออกซิเจน เตียง Fowler และ wheelchair เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการประสานงานกองสวัสดิการหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อดูแลเรื่องสิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ ทีมผู้ให้บริการสนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและสนับสนุนข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4

2.1 กำหนดแนวทางเยี่ยมบ้าน ให้สอดคล้องกับมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน (กองการพยาบาล, 2557) เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย

- 1) กำหนดให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมการเยี่ยม ประเมินสภาพผู้ป่วยครั้งแรกทุกราย
- 2) วางแผนดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ
- 3) กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนในผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมด
- 4) สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์แพทย์ชุมชน ให้ชัดเจน เข้าใจตรงกัน
- 5) พยาบาลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทำการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- 6) ทำการบันทึกข้อมูลในเอกสารรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรม Long Term Care: LTC program ผ่านพยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง: Continuity of Care nurse
- 7) ให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยนำส่งเอกสาร ให้ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพต้นสังกัดทุกราย
- 8) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในรายละเอียดที่ต้องการส่งต่อใน LTC program ที่หอผู้ป่วย
- 9) ประสาน พยาบาล Continuity of Care nurse และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในรายละเอียด
- 10) พยาบาลดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ประสานพยาบาล Continuity of Care nurse พร้อมส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในรายละเอียด เพื่อพยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง: Continuity of Care nurse ทำการรวบรวม คัดกรอง ลำดับความเร่งด่วน ก่อน-หลัง ในการประสานงานเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
- 11) พยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง: Continuity of Care nurse ลงทะเบียน และ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3

และเตียง 4 รวมถึงการนัดหมายในการออกติดตามเยี่ยม ระหว่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่าน LTC program และผู้ดูแลหลัก ในการออกเยี่ยมบ้าน ทุกราย

12) ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ในรายที่ได้รับการเยี่ยมแล้วพบว่ายังคงมีปัญหาค้างคา และพยาบาลเยี่ยมบ้านไม่สามารถจัดการได้ ให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน Consult ทีมสหวิชาชีพผ่านพยาบาลประจำศูนย์การดูแลต่อเนื่อง: Continuity of Care nurse โดยสื่อ Electronic (line or Telephone) และ/หรือส่งผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ในวันที่เปิดคลินิก Long Term Care คือ ทุกวันพุธ ช่วงเวลาเช้า โดยเรียกบริการ 1669 หรือหากกรณีฉุกเฉินให้รายงานแพทย์ (Consult) ในทีมสหวิชาชีพ ทันที เพื่อดำเนินการต่อไป

2.2 กำหนดกระบวนการเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย แสดงในรูปภาพที่ 1

2.2.1 Input ประกอบด้วย 1) พัฒนาทีมเยี่ยมบ้านรูปแบบสหวิชาชีพ รับผิดชอบตลอด 24 ชม. 2) จัดหา Care giver แต่ละราย 3) ระบบการพยาบาลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแบบ Consultant สหวิชาชีพในเครือข่าย 4) มีระบบพี่สอนน้อง 5) ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ครอบครัว และญาติ 6) จัดตั้งกองทุนภายในชุมชน ให้ความช่วยเหลือด้านปัจจัยสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน เช่น จัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ ฯลฯ จัดอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ศักยภาพของชุมชนเข้มแข็ง

2.2.2 Process ประกอบด้วย กระบวนการก่อนเยี่ยมบ้าน กระบวนการระหว่างเยี่ยมบ้าน และกระบวนการหลังเยี่ยมบ้าน ดังรูปภาพที่ 1

1) ก่อนเยี่ยมบ้าน ได้แก่ เตรียมข้อมูลสุขภาพในรายที่จะเยี่ยมบ้าน กำหนดแผนและวัตถุประสงค์การเยี่ยมเฉพาะแต่ละราย case และเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ผู้ป่วยแต่ละราย

2) ระหว่างเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ชุมชน/ครอบครัว/ผู้ดูแล และบันทึกข้อมูลในระบบ Online วินิจฉัยการพยาบาลในราย case วางแผนการพยาบาลราย case และปฏิบัติการพยาบาล ราย case

3) หลังเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และแผนการเยี่ยมบ้าน กำหนดแผนการพยาบาลต่อเนื่อง วางแผนการจำหน่าย การจำหน่าย การส่งต่อ การบันทึกทางการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลราย case

4) Out Put กำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ได้แก่ อัตราการครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน

5) Out come ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ที่ผู้ป่วยได้รับในเรื่องความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจ

2.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 โดยการเปิดโอกาสให้ ผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแล

ผู้ป่วย โดย เจ้าหน้าที่ดำเนินการพัฒนาอาสาสมัคร สอนให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้เป็นผู้ให้การดูแลร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

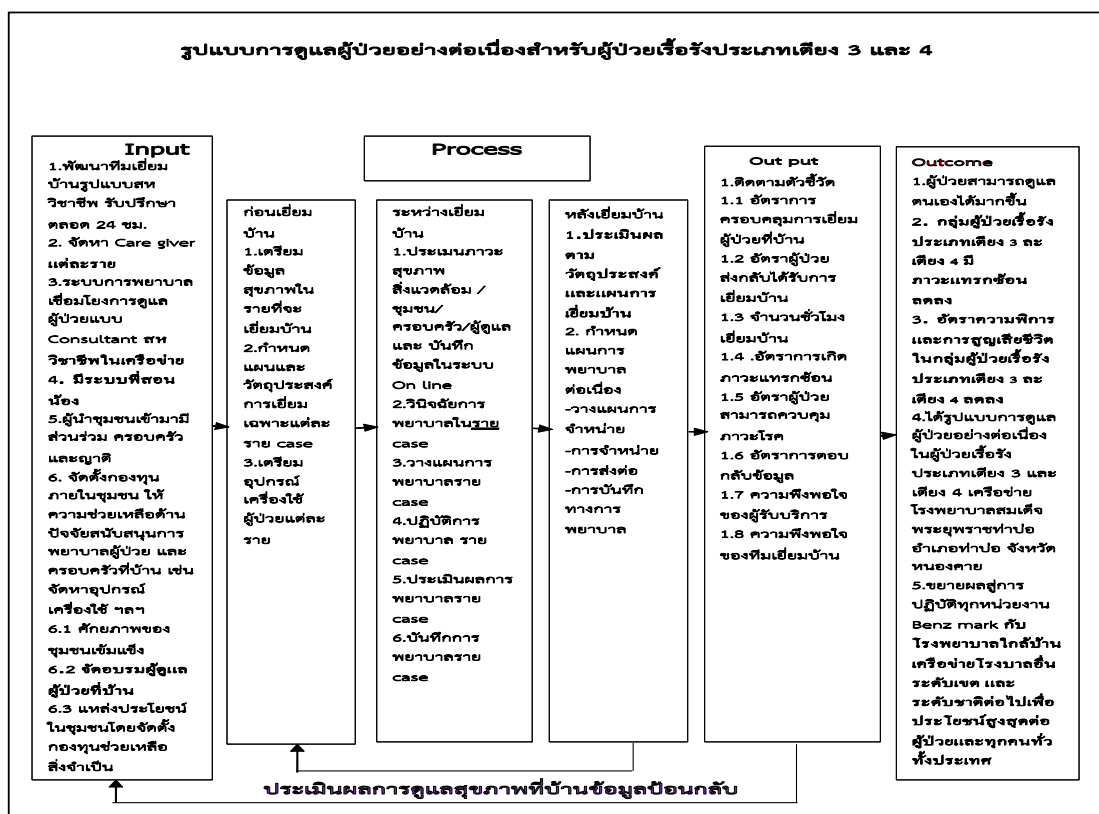
2.4 การสนับสนุนด้วยการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยการที่ทีมผู้ให้บริการ/ทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญและกระตุ้นให้ ผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ สร้างเสริมแรงบวก ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำได้เพื่อสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย

2.5 ขอบรับการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทำแผล เครื่องทำออกซิเจน เตียง Fowler และ wheelchair เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้มีการประสานงานกองสวัสดิการหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อดูแลเรื่องสิทธิ สวัสดิการต่าง ๆ ทีมผู้ให้บริการสนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและสนับสนุนข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน

2.6 รูปแบบหลังพัฒนา รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ภาพที่ 2

แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และ 4



3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 57.54 ปี ($SD = 7.97$) ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.3 โดยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 68.2 หลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคะแนนการรับรู้ในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test และ สถิติ Dependent t-test ($n=22$)

ตัวแปร	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>IQR</i>	<i>Z</i>	<i>t</i>	p-value (1-tailed)
คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)							
ก่อน	22	0.50	0.91	1.00	4.141		<.001
หลัง	22	10.45	2.82	4.25			
คะแนนการรับรู้							
ก่อน	22	1.46	0.33	-		8.670	<.001
หลัง	22	2.39	0.23	-			

การอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนา 1) สถานการณ์ รวมทั้งหมด 5 ประเด็น กล่าวคือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล โดย (1) แพทย์เฉพาะทางในเครือข่ายจัดทำแนวปฏิบัติการดูแล (CPG) สอดคล้องตาม Service plan (2) แพทย์เฉพาะทางเป็นวิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการแบบครบวงจร (3) กำหนดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหวิชาชีพระหว่างอบรม เพื่อกำหนดแผนเยี่ยมบ้านร่วมกัน กำหนดแนวทางการพยาบาล : CNPG ร่วมกัน (4) มีการใช้ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกรณีบุคลากรไม่เพียงพอ (5) กำหนดให้มีการเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นร่วมกันในเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2555) 2) การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยม พบว่า รูปแบบในการเยี่ยมบ้านมีความแตกต่างกัน ไม่ชัดเจน ทีมการดูแลได้กำหนดรูปแบบในการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ร่วมกันโดยสอดคล้องกับแนวทางเยี่ยมบ้านของเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2557) และถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยงานในเครือข่ายการดูแล 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล ทั้ง 11 แห่ง โดย (1) กำหนดให้มีพยาบาลดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ในหอผู้ป่วย (2) การบันทึกโปรแกรมการดูแลระยะยาว (Long Term Care program) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ

(3) แต่งตั้งคณะกรรมการสหวิชาชีพ มีแพทย์เป็นประธานกรรมการเพื่อรองรับการปรึกษา (Consulting) จากเครือข่าย สอดคล้องกับแนวทางเยี่ยมบ้านของเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน กองการพยาบาล สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2557) 4) การสร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วย เรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ให้สามารถดูแลตนเองตามอัตภาพไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากขาดผู้ดูแล หลัก ได้ทำการพัฒนาโดย (1) ออกแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมแบบพี่สอนน้อง (2) ทีมสหวิชาชีพรับปรึกษา ปัญหาในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 5) การสนับสนุนทางสังคมน้อยพัฒนาโดย (1) ประชุมกลุ่มผู้นำ ชุมชนเพื่อให้สนับสนุนทางสังคมด้วยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ (2) การสนับสนุนการดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ป่วย และการปฏิบัติตัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีภิสิกรรม และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ในเขตอำเภอนนทบุรี จังหวัดชัยนาทในการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ปัจจัย การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านรายได้ การศึกษาและการเข้าถึงข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพามีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการช่วย ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความเครียดต่อภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Berkman (2000) กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ได้นำผลลัพธ์ของ รูปแบบใหม่ที่ได้หลังพัฒนารูปแบบมาขยายผลสู่การปฏิบัติในงานการดูแลระยะยาว (Long term Care) งานอายุรกรรม และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั่วทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายโรงพยาบาลใกล้เคียง ระดับเขต กระทั่ง ถึงระดับชาติต่อไป 3) ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 และผลลัพธ์ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ก็ได้นำมาขยายผลต่อ เช่นเดียวกับสถานการณ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการเชื่อมต่อบริบบการดูแล (Linking System) แบบไร้รอยต่อ ในทีมสหวิชาชีพที่ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทเตียง 3 และเตียง 4 ในเครือข่ายอื่นต่อไปโดยพัฒนาศักยภาพทีมงาน การติดตาม เยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคม
2. นำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทเตียง 3 และ เตียง 4 ใน รูปแบบเครือข่ายบริการ เขตบริการสุขภาพอำเภอท่าบ่อ และขยายผลไปยังเขตเครือข่ายบริการอำเภอ ไกล่เคียง ตลอดจนเครือข่ายบริการในระดับเขต ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยและพัฒนาการบริการอย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภท เตียง 3 และเตียง 4 ในเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นต่อไป เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2557). *เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน*. กองการพยาบาล.
- กองสถิติสังคม. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2566, 12 มกราคม). จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559-2563. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
- กาญจนา ปัญญาธร, เพชร ทองเฝ้า, มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, สุกัลยาณี สิงห์สตัย และจิราวรรณ บรรณบดี. (2564). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียง ในช่วงที่มีการระบาดของ โรคโควิด-19 ของชุมชนจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(1), 16 -25.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, *รวมบทความวิชาการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13* (หน้า 658-659). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 36-50.
- เยาวลักษณ์ ทวีสิทธิ์, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และมณีรัตน์ พรหมณี. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนมณี จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104 – 118.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. (2564). *รายงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social network, and health in L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 158-162). Oxford University Press.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K. M. (2001) *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.

**องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบุรี**

รัตนะ วงศ์อิสกรกุล, วท.บ.*

Received: April 1, 2023

Revised: June 25, 2023

Accepted: June 26, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .67 – 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโธนอลด้วยวิธีแวนแมกซ์

ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ 12 ตัวบ่งชี้ 2) สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา 7 ตัวบ่งชี้ 3) สมรรถนะการติดตามการกักกัน 9 ตัวบ่งชี้ 4) สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส 6 ตัวบ่งชี้ และ 5) สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด 3 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .50 - .76 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88

สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดโรคในชุมชนตามบทบาท อสม. ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะ อสม. และออกแบบกลวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิดโรคในชุมชนของ อสม. ได้อย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: สมรรถนะ โรคโควิดโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: na-wong2513@hotmail.com

The Components and Indicators of Community Tuberculosis Control Operations Performance for Village Health Volunteers, Phetchaburi Province

Rattana Wongisarakul, B.Sc.*

Abstract

This quantitative research on community tuberculosis control operations by village health volunteers (VHVs) aimed to study the components and indicators of their performance in Phetchaburi Province. The sample was 380 village health volunteers, working under the Phetchaburi Provincial Public Health Office. They were selected by stratified random sampling. The research tool was a questionnaire, validated for content validity with an index of item objective congruence (IOC) between .67 – 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the entire questionnaire was .958. Data was analyzed by Exploratory Factor Analysis (EFA), including the process of factor extraction and factor rotation using the Varimax method.

The results showed that the performance of TB control operations in the community by the VHVs consisted of 5 components and 37 indicators. These could explain the variability of the indicators at 66.88, consisting of: 1) understanding and cooperation performance (12 indicators), 2) knowledge and counseling performance (7 indicators), 3) medication tracking performance (9 indicators), 4) risk and exposure group screening performance (6 indicators), and 5) the pulmonary tuberculosis prevention performance (3 indicators).

The 5 components could be used to assess the efficiency of TB control operations in the community, by the roles of village health volunteers, and to formulate any model or method for developing disease control operations in the community for village health volunteers.

Keywords: Competency, Tuberculosis disease, Village health volunteers

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Phetchaburi Provincial Public Health Office;
Corresponding Author E-mail: na-wong2513@hotmail.co.th

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรควัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขจากศูนย์ข้อมูลวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา 66,590 ราย คิดเป็นร้อยละ 57 มีผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จจำนวน 44,161 ราย คิดเป็นร้อยละ 66 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 4,877 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 มีผู้ป่วยขาดยา จำนวน 2,662 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 (เฉวตสร นามวาท, และคณะ, 2560) สำหรับข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 54.0 ต่อแสนประชากร โดยพบในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนและอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 อัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 48.7 ต่อแสนประชากร (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก)

องค์การอนามัยโลกคาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน, กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข) ทั้งนี้สาเหตุของอัตราการตรวจพบที่ต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ มีการไปรับบริการในสถานบริการอื่น การได้รับการวินิจฉัยแต่มีอยู่กรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน การเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยครั้งและการเพิ่มจำนวนของแรงงานข้ามชาติ จึงยากลำบากต่อการควบคุมวัณโรค ทำให้ประเทศไทยมีภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคสูงถึงปีละ 75,238 ล้านบาท โดยเป็นต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต 4,796 ล้านบาทต่อปี (64,645 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย) และผลิตภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 70,442 ล้านบาท (5.63 ล้านบาทต่อการเสียชีวิตหนึ่งราย) ภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคในระยะ 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2560-2564) เท่ากับ 358,973 ล้านบาท และในระยะยาว 21 ปี (2015-2035) มีมูลค่าสูงถึง 1.39 ล้านล้านบาท (เฉวตสร นามวาท และคณะ, 2560)

ในขณะที่จังหวัดเพชรบุรีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 723 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.45 จากความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนร้อยละ 88 โดยในไตรมาสที่ 1/2565 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2564) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 80.28 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย สาเหตุเกิดจากขาดยาหรือปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยเสียชีวิตสูง สาเหตุจากการค้นหาที่ล่าช้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาได้ช้า อีกทั้งปัญหาการดื้อยาเพิ่มขึ้นมากซึ่งมีสาเหตุมาจากการรักษาไม่ต่อเนื่องด้วยเหตุผลจากตัวผู้ป่วยเอง การกักกับการกักกันไม่ดี อาการข้างเคียงจากการกินยา สภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย รวมถึงการตีตราทางสังคม ทำให้เชื่อพัฒนาเป็นเชื้อดื้อยา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565) จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ลำพังเพียงบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ จึงจำเป็นต้อง

อาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนที่เป็นกำลังสำคัญร่วมปฏิบัติงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ราชกิจจานุเบกษา (2554) ประกาศให้ อสม. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน การให้บริการสาธารณสุขระยะเบียดกระทรวงสาธารณสุข การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาพัฒนาตนเอง ตลอดจนการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานอื่น ๆ ในท้องถิ่น ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของ อสม. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนของสังคมและสถานการณ์สุขภาพของคนไทยบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. หมอประจำบ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้จัดทำหลักสูตรเพื่อยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม. ประจำบ้านเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมและเฝ้าระวังโรคในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ การเป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล จากบทบาทดังกล่าวทำให้ อสม. ต้องนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคในชุมชน

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชนนั้น อสม. จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรค ทักษะที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะปฏิบัติคัดกรองโรคในชุมชน (Choowong et al, 2020; ชูเดช เรือนคำ, 2561) นอกจากนี้จากการศึกษาของ บุญยัง ฉายาทับ (2557) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอสม.ประจำพื้นที่สถาน ประกอบการ จัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมชุมชน ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค ในขณะที่แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรคของ สำนักงานโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ผู้ดำเนินงานต้องมีสมรรถนะการเก็บเสมหะส่งตรวจ การคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยโรค การรักษาด้วยการกินยา (DOT) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อหรือการส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียน การบันทึกผล การรายงานผล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค ตลอดจนการสนับสนุนผู้ป่วยโรคด้วยการให้กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน โดยจุดแข็งที่สำคัญมากของ อสม. คือ การทำงานสำเร็จเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาอันสั้น เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาลและเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรคระบาดนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของ อสม. ในขณะที่ นันทน์ (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. คือ องค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานที่มีทิศทางชัดเจน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเพชรบุรียังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะและวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคไว้ให้กับ อสม. ส่งผลให้การปฏิบัติงานควบคุมโรคไว้โรคของ อสม. ไม่ชัดเจน และขาดทิศทางการดำเนินงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการค้นหาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้ในชุมชนของ อสม. ในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการประเมินสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคและการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทั้งนี้หากมีเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว จะช่วยให้ง่ายต่อการจัดหลักสูตรอบรมหรือจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนา ศักยภาพ (Sasida et al., 2016) ของ อสม. ให้สามารถการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดด้านบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอสม. แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคสำหรับคลินิกไว้โรค แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไว้โรคใน บุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรคและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไว้โรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมไว้โรคในชุมชนของอสม. จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้

1. บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ได้แก่ 1) การสนับสนุนส่งเสริมให้มีอาสาสมัครครอบครัว 2) เป็นพี่เลี้ยงให้ อาสาสมัครครอบครัวดูแลสุขภาพ 3) เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 4) ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรค เรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5) ถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้ ภูเขาทางการแพทย์ 6) การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอ ครอบครัว (Telemedicine) 7) เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว และ 8) เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหาและรายงานผล

2. แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคไว้โรคสำหรับคลินิกไว้โรคของ สำนักไว้โรค กระทรวง สาธารณสุข (2552) ประกอบด้วย การเก็บเสมหะส่งตรวจ การคัดกรองเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยไว้โรค การรักษาด้วยการกินยา (DOT) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อหรือการส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียน การบันทึกผล การรายงานผล การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไว้โรค ตลอดจนการสนับสนุนผู้ป่วยไว้โรคด้วยการให้ กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ

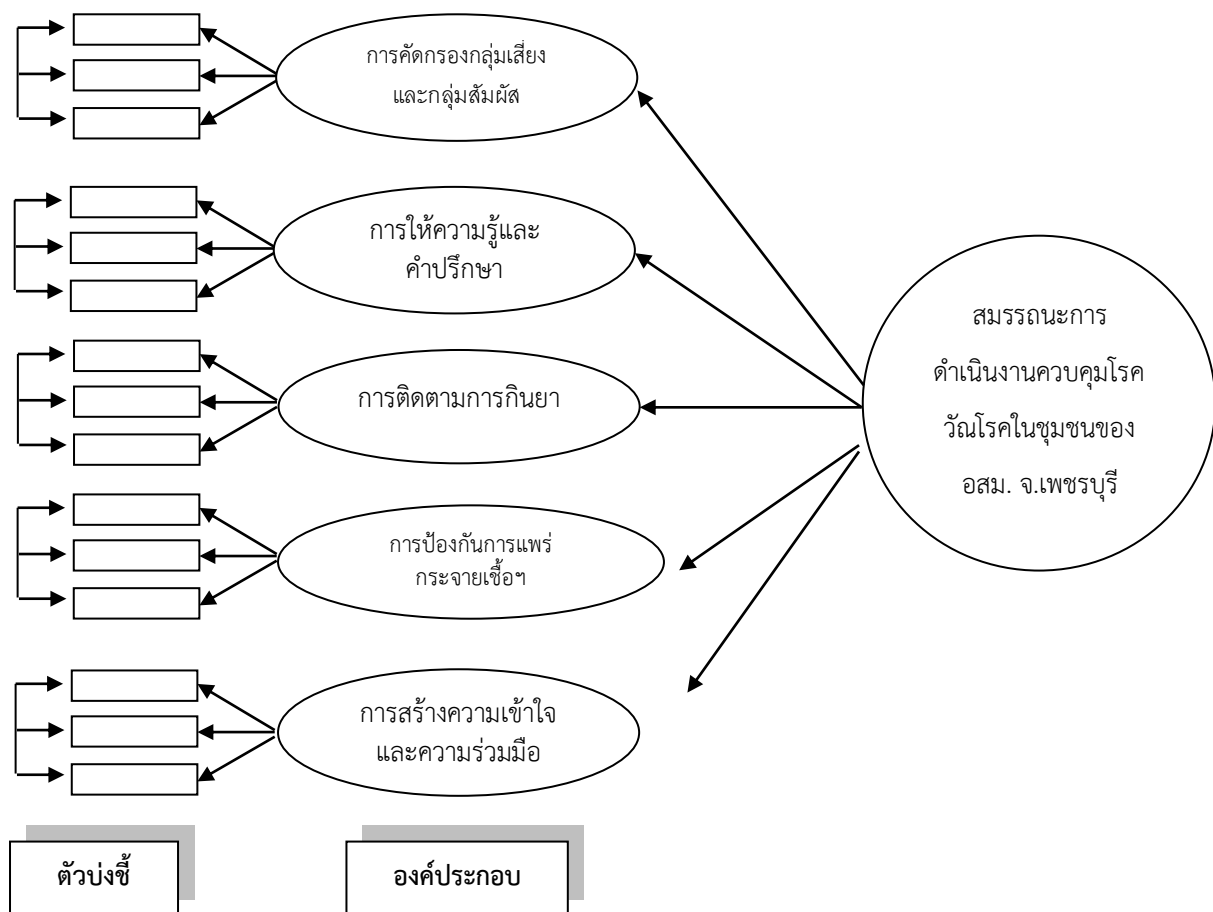
3. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไว้โรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของ สถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย 1) การควบคุมป้องกันไว้โรค ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อ การประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจาย การตรวจและรายงานผล การอบรม การจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน 2) การให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถป้องกันตนเอง รู้จักสังเกต

อาการ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับโปรแกรมการเฝ้าระวังวัณโรคที่สถานพยาบาลจัดให้ และสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ไม่เกิดตราบาป (stigma) 3) การวางระบบการคัดกรองผู้ป่วย 4) การกำกับติดตาม

4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ของบุนนาค 2557) ประกอบการจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมชุมชนความรู้ ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ใน จังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งสิ้น 7,835 คน (กรมบัญชีกลาง, 2565)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งสิ้น 380 คน กำหนดโดยยึดหลัก 10 เท่าของตัวบ่งชี้ ตามแนวคิดของ แฮร์และคณะ (Hair et al., 2019) ที่กำหนด

ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างน้อย 5-10 เท่าของตัวบ่งชี้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 38 ตัวบ่งชี้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอของจังหวัดเพชรบุรี (ตาราง 1) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโปรแกรมสำเร็จรูป

ตาราง 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1.เมือง	1,977	96
2. เขาย้อย	713	35
3. หนองหญ้าปล้อง	270	13
4. ชะอำ	1,029	50
5. ท่ายาง	1,391	67
6. บ้านลาด	1,091	53
7. บ้านแหลม	846	41
8. แก่งกระจาน	518	25
รวม	7,835	380

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรคของ สำนักโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็น อสม. ประสิทธิภาพการดำเนินงานโรคในชุมชน และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม.ต่อสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส 2) ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา 3) ด้านการติดตามการกินยา 4) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคปอด และ 5) ด้านการสร้างเข้าใจและความร่วมมือ รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนประเมินตนเองชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับโดย 5 หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 หมายถึงน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อหาองค์ประกอบ และพัฒนาตัวบ่งชี้ตามองค์ประกอบที่กำหนดขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับ อสม. จังหวัดเพชรบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย จากนั้นทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บจริง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ทั้งนี้ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืนมา 380 ชุด มีความสมบูรณ์ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแม็กซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .50 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตั้งกลเบื้องต้น (Assumption) (Hair et al., 2019) โดยการทดสอบแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง แสดงว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และจะทำการทดสอบข้อตั้งกลเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: MSA) มีค่าเท่ากับ .963 โดยมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไคสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 12910.01 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีหมายเลขจริยธรรม BPEC No. 03/2566 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 มีอายุเฉลี่ย 52.35 ปี ($SD = 10.21$) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 75 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 14.23 ปี ($SD = 8.17$) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 43 ปี และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย 5.10 ปี ($SD = 4.12$) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 30 ปี

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 37 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.60, 1.93, 1.36, 1.22 และ 1.06 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนสมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือมีค่าสูงสุด ร้อยละ 54.21 รองลงมาเป็นสมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา มีค่าแปรปรวน ร้อยละ 5.09 และสมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด มีค่าต่ำสุด ร้อยละ 2.79 (ตาราง 2, ภาพ 2)

ตาราง 2

ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

องค์ประกอบสมรรถนะ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ	20.60	54.21	54.21
การให้ความรู้และคำปรึกษา	1.93	5.09	59.30
การติดตามการกินยา	1.36	3.58	62.88
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส	1.22	3.21	66.09
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด	1.06	2.79	68.88

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคไว้ในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้ (ตาราง 3)

1. องค์ประกอบสมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ มี 12 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .512 - .795 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว (.795) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ แนะนำวิธีการจัดขยะติดเชื้อโดยใส่ถุงแล้วปิดปากถุงให้สนิทแล้วนำไปให้ อสม.ไปส่งที่ รพ.สต. (.512)

2. องค์ประกอบสมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา มี 7 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .561 - .713 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ (.713) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนและงดสารเสพติดทุกชนิด (.561)

3. สมรรถนะการติดตามการกินยา มี 9 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .500 - .685 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ ติดตามการกินยาให้ครบ (.685) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ ประสานระหว่างผู้ป่วยกับ รพ.สต. เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน (.500)

4. องค์ประกอบสมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส มี 6 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .597 - 758 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ประสาน รพ.สต. กรณีผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสไม่รักษา (.758) และตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ คัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรอง (.597)

5. องค์ประกอบสมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด มี 3 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .611 - .674 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ แนะนำใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วยวัณโรค (.674) และตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและให้แดดส่องถึง (.611)

ตาราง 3

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี

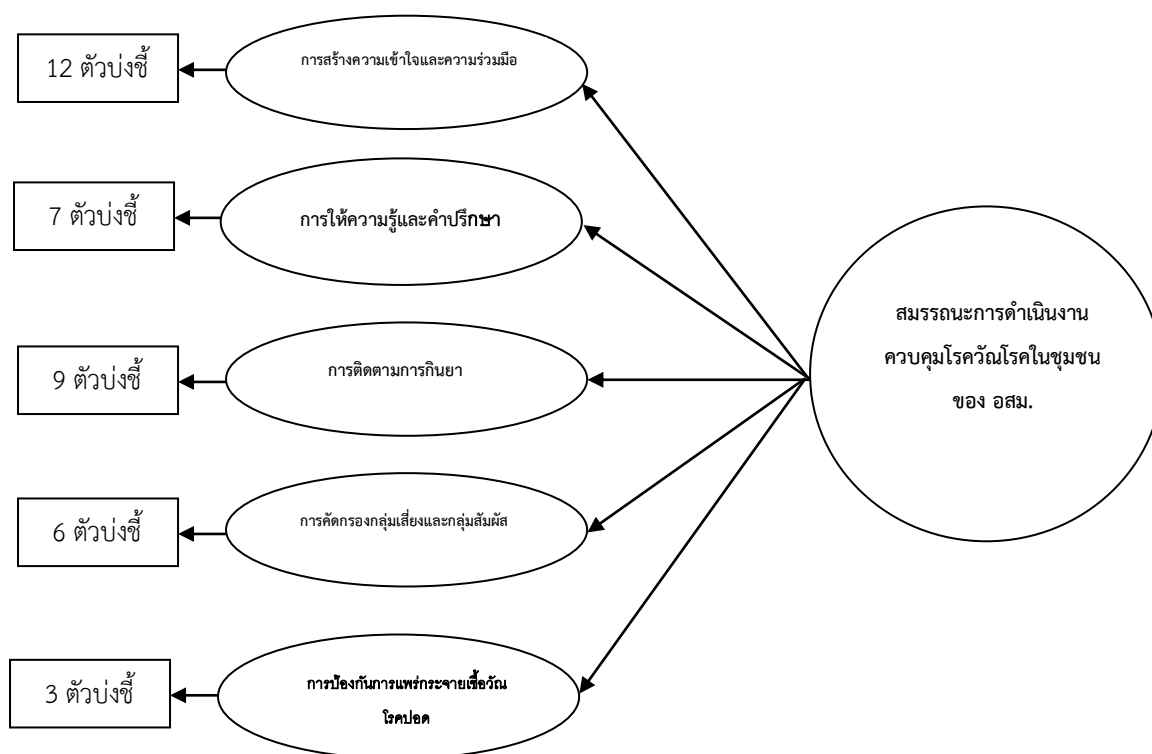
ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้
สมรรถนะการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ		
2	แนะนำวิธีการจัดขยะติดเชื้อโดยใส่ถุงแล้วปิดปากถุงให้สนิทแล้วนำไปให้ อสม.ไปส่งที่ รพ.สต.	.512
3	แนะนำให้ผู้ปกครองนำเด็กไปรับวัคซีนป้องกันวัณโรค	.539
1	แนะนำให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยหรือแยกตัวจากบุคคลในบ้าน	.625
5	แนะนำญาติหรือบุคคลในครอบครัวคอยควบคุมกำกับผู้ป่วยวัณโรคกินยาทุกวัน	.654
10	เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคอย่างต่อเนื่อง	.657
11	สร้างความเข้าใจและญาติและชุมชนถึงการควบคุมป้องกันโรควัณโรค	.675
6	ให้กำลังใจ เห็นใจ และคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวัณโรคได้กินยาจนกระทั่งหายขาด	.688

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนัก ตัวบ่งชี้
12	รณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปตรวจสุขภาพประจำปี	.699
8	ร่วมกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนาเพื่อลดการติดเชื้อ	.704
7	เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.735
9	เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ป่วยไวรัสโคโรนาและครอบครัว	.795
สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา		
19	ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน และงดสารเสพติดทุกชนิด	.561
16	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนแก่ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาและญาติ	.637
17	ให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการลดความกลัวและรังเกียจผู้ป่วยไวรัสโคโรนา	.650
13	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนาแก่ผู้ป่วยและญาติ	.677
18	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบจากการไม่กินยา	.689
15	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการรักษาและวิธีรักษา	.695
14	ให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาแก่ผู้ป่วยและญาติ	.713
สมรรถนะการติดตามการกินยา		
28	ประสานระหว่างผู้ป่วยกับ รพ.สต.เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาที่บ้าน	.500
20	กระตุ้นให้ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า	.553
26	ติดตามให้ผู้ป่วยมาตรวจหรือรับยาตามนัด	.556
25	ติดตาม สังเกต อาการแพ้ยาไวรัสโคโรนา	.584
21	เป็นที่เลื่องคอกำกับการกินยาต่อหน้า	.620
27	ตรวจนับชื่อยาเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในการกินยา	.638
22	ช่วยเหลือหรือสนับสนุนการกินยาต่อหน้า	.671
24	ติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา	.673
23	ติดตามการกินยาให้ครบ	.685
สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส		
29	คัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรอง	.597
30	การค้นหากลุ่มสัมผัสรายใหม่เชิงรุก	.615
34	การส่งข้อมูลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาให้ รพ.สต.	.667
31	ประสานผู้มีอาการสงสัยไวรัสโคโรนาปอดเข้ารับการเอ็กซเรย์ปอด	.695
32	ติดตามให้ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาส่งเสมหะตามเวลาที่กำหนด	.749
33	ประสาน รพ.สต.กรณีผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสไม่รักษา	.758
สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา		
35	แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวก และให้แดดส่องถึง	.611
36	แนะนำหรือช่วยสนับสนุนให้แยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา	.636
37	แนะนำใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในบ้านผู้ป่วยไวรัสโคโรนา	.674

ภาพ 2

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จ.เพชรบุรี



อภิปรายผล

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของ อสม. จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 37 ตัวบ่งชี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 37 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.88 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.60, 1.93, 1.36, 1.22 และ 1.06 ตามลำดับ ทั้งนี้ความแปรปรวนสมรรถนะการสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือมีค่าสูงสุด ร้อยละ 54.21 ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างความเข้าใจให้กับชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือถือเป็นบทบาทสำคัญของ อสม. โดยสมรรถนะในด้านนี้ กิจกรรมจะเน้นการให้คำแนะนำ การสร้างความเข้าใจให้กับญาติ เพื่อนบ้านและชุมชน การเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้ร่วมสัมผัสซึ่งเป็นบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอประจำบ้าน การดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรคของ สำนักรวมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ที่ให้บุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคด้วยการให้กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นสมรรถนะและหน้าที่หลักของ อสม.ในการสร้างความเข้าใจให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ เช่น การแจ้งความรู้ข่าวสารแก่คนในชุมชน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน รวมถึงการณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) สอดคล้อง

กับการศึกษาของเอกพันธ์ คำภีระ และคณะ (2564) พบว่าความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับไวรัสโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันกั้นการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคในชุมชน

สมรรถนะการให้ความรู้และคำปรึกษา ถือว่าเป็นอีกหนึ่งสมรรถนะที่มีความสำคัญโดยมีค่าแปรปรวนร้อยละ 5.09 ทั้งนี้เนื่องจากสมรรถนะนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค การกินยา ช่องทางการรักษา วิธีปฏิบัติตน ตลอดจนการลดความกลัวจากการสัมผัสและการลดความรังเกียจ ซึ่งเป็นกิจกรรมตาม บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม.หมอบประจำบ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในด้านการถ่ายทอดความรู้ การเป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั้งในเรื่องของการเกิดโรค การดูแลตนเอง การกินยา ตลอดจนช่องทางการรักษา จะช่วยให้ประชาชนในชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถป้องกันตนเอง และเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วถึงที่ ตลอดจนสามารถกล้าเผชิญกับโรคไม่เกิดตราบาปกับตนเอง (stigma) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Choowong et al. (2020) พบว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคของ อสม. ในจังหวัดตรัง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโรค และการศึกษาของชุมชน เรือนคำ (2561) พบว่าศักยภาพของ อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคในชุมชน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโรค และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคไวรัสโรค

สมรรถนะการติดตามการกินยา สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 3.58 เป็นสมรรถนะที่ประกอบด้วยตัวบ่งชี้การกระตุ้นให้กินยา การเป็นพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยา การติดตามเมื่อขาดยา การตรวจนับของยาเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน และการประสานกับ รพ.สต.เพื่อส่งยาให้ผู้ป่วย จะเห็นว่าตัวบ่งชี้ดังกล่าวสะท้อนถึงองค์ประกอบของการติดตามการกินยาเนื่องจากการกินยาของผู้ป่วยโรคเป็นปัจจัยสำคัญของการหายของโรคไวรัสโรค (กองโรค ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยรูปแบบการกินยา มีหลากหลายรูปแบบทั้งชนิดหรือสูตรการกินยา วิธีการกินยาทั้งที่กินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่และกินยาตามปกติ ล้วนแต่ควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุข อสม.ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรกำกับติดตามการกินยา (วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, 2562) โดยเฉพาะการกินยาแบบ กำกับ (DOT) รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา (สำนักโรค ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552 ; บุญยัง ฉายา ทับ, 2557) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรคไวรัสโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ครองยุทธ และคณะ (2564) พบว่าการรับประทายาต้านไวรัสโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และการศึกษาของ Choowong et al. (2020) พบว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคของ อสม. ในจังหวัดตรัง ได้แก่ การมีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรค นอกจากนี้การศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครต้องสังเกตและกำกับการกินยาของผู้ป่วยแบบกำกับ (DOT)

สมรรถนะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในสมรรถนะการดำเนินงาน ควบคุมโรคไวรัสโรคในชุมชนของ อสม. จ.เพชรบุรี อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 3.21 โดยมีตัวบ่งชี้

เกี่ยวกับการคัดกรอง การค้นหา การติดตาม การส่งต่อ และการประสานเกี่ยวกับข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากการวางระบบการคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการค้นหาเชิงรุกผู้ป่วยวัณโรคเพื่อเฝ้าระวังและจำกัดขอบเขตการแพร่กระจายโรค รวมทั้งการรักษาได้อย่างทันที่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563; บุญยัง ฉายาทับ, 2557) ส่งผลต่อการจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสในชุมชน จากการศึกษาของชูเดช เรืองคำ (2561) พบว่าศักยภาพของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรควัณโรคในชุมชนนอกจากความรู้แล้ว ทักษะปฏิบัติคัดกรองวัณโรคในชุมชน ก็ถือมีความสำคัญเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงขวัญ รุ่งเพชรวงศ์ (2564) พบว่าการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคทุกรายตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 จะช่วยให้ค้นหาผู้สัมผัสได้เร็วขึ้นส่งต่อการรักษาและควบคุมโรควัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรค สมรรถนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด เป็นสมรรถนะที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้น้อยที่สุดคือร้อยละ 2.79 แต่ก็ยังถือว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการดำเนินงานวัณโรคในชุมชนของ อสม. เนื่องจากโรควัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้จากการสัมผัสและใช้สิ่งของร่วมกัน หากผู้ป่วยและผู้สัมผัสมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันที่ไม่ถูกต้องจะทำให้โรคมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว อสม.จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะเหล่านี้ โดยตัวบ่งชี้จะประกอบด้วยทำให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การระบายอากาศถ่ายเทสะดวกและให้แดดส่องถึง การแยกสิ่งของเครื่องใช้ และการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการป้องกันการควบคุมโรคเป็นการบริหารจัดการที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรค ได้แก่ การแยกผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออย่างถูกต้อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561; 2563) อสม.ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ในการควบคุมและเฝ้าระวังโรคระบาดนั้นๆ จะถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของ อสม. ในขณะนั้นทันที (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด จึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญที่ อสม.ต้องรู้และนำไปแนะนำ (เอกพันธ์ คำภีระและคณะ, 2564; เจนจิรา ปันแก้ว และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ (2557) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ สถาน ประกอบด้วยการจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรมมุมความรู้ ระบบการคัดกรอง และการลดการกระจายเชื้อโรค และการศึกษาของ Jeffree et al. (2020) พบว่าอาสาสมัครจำเป็นต้องทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยการจัดสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอาศัยร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีโดยฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ ควรนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคตามบทบาทของ อสม. เพื่อกำหนดเป็นรูปแบบ หลักสูตร และกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนตามบทบาทของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน กิจกรรมการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ การให้ความรู้และคำปรึกษา การติดตามการกินยา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัส ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคปอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ค้นพบไปศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบว่าตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวิจัยมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบหรือไม่ นอกจากนี้ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของ อสม. ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานควบคุมโรค ตลอดจนการประเมินผลรูปแบบอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมบัญชีกลาง. (2565). *e- Social Welfare ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม*.

<https://govwelfare.cgd.go.th/welfare-web/login>

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการป้องกันควบคุมโรคและโรคติดต่อที่พบบ่อยในสถานศึกษา*. อาร์ต ควอลิไฟท์.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2563). *แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรค. (2564). *แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564*. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรค. (2552). *คู่มืออบรม แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมโรคสำหรับคลินิกโรค*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. (2564ก). *รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคประเทศไทย*. <https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์โรคเดือนมีนาคม.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน. (2564ข). รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคที่หายากหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (*Extensively drug-resistant TB:XDR-TB*). <https://www.tbthailand.org/statustb.html>

เจนจิรา ปันแก้ว, มณฑกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และฤทธิรงค์พันธ์ดี. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมวัณโรคในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตำบล แม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 35-48.

ฉะวตสร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิธัญญา ปินทะดิษ, จุฑาพัฒน์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ผดุงเดช พลไชยมาตย์ และอรพรรณ โพธิ์หัง. (2560). *ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ : รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ชูเดช เรือนคำ. (2561). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอ น้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 6(1), 48-61.

ดวงขวัญ รุ่งเพ็ชรวงศ์. (2564). ผลการคัดกรอง การคัดกรองซ้ำและปัจจัยต่อการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มนักเรียน ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*, 12(1), 55-67.

บุญยัง ฉายาพิบ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่สถาน*. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

พชรพร ครองยุทธ, เกษฎา สุราวรรณ, สุภาวดี ธนสีลังกูร และปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 138-148.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1-10.

วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. (2562). การพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์*, 44(2), 1-8.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2563, 6 มิถุนายน). *อสม. มุ่งงานในระบบสุขภาพไทย*. <https://hrdo.org/อสม-มุดงานในระบบสุขภาพไทย/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *สรุปผลการดำเนินงานโรควัณโรคจังหวัดเพชรบุรี*. เอกสารอัดสำเนา.

เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 48(1), 174-186.

- Choowong, J., Sawatdee, D., Maneechote, P., & Tulyakul, P. (2020). The Development of Village Health Volunteers' Competencies for Tuberculosis Care in Trang Province, Thailand. *Global Journal of Health Science*, 12(9), 30-37.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed). Pearson Education.
- Jeffrey, M. S., Ahmedy, F., Ibrahim, M. Y., Awang Lukman, K., Ahmed, K., Giloi, N., Naing, D. K. S., & Yusuff, A. S. (2020). A training module to empower marginalised Northern Borneo islanders for tuberculosis control. *Journal of public health research*, 9(3), 1757. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1757>
- Sasida, T., Alfes, K., & Shantz, A. (2016). Volunteer role mastery and commitment: can HRM make a difference?. *The International Journal of Human Resource Management*. 2062-2084. doi.org/10.1080/09585192.2015.1126335

การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม

นิตติยา บุตรวงษ์, วท.ม.*

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.**

Received: January 6, 2023

Revised: June 24, 2023

Accepted: June 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาการบริการจัดหาเลือดจากผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ 2 คน รวมเป็น 5 คน และการวิเคราะห์เอกสารจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดจำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลวิจัยพบว่า 1. ปัญหาที่พบในการจัดหาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสมได้แก่ การที่ผู้ป่วยได้รับเลือดล่าช้า คือได้รับเลือดหลังเวลา 15.00 น. และรอรับเลือดนานเกิน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 16.6 2. รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน 1) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่ดี 2) พัฒนาระบบการเจาะเลือดให้ง่ายและสะดวกกับผู้ป่วยเพื่อให้เจ็บตัวน้อยที่สุด 3) ลดระยะเวลาการรอคอยการจ่ายเลือดให้ตรงเวลา 4) พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแพทย์ 3. หลังใช้รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม (NS Blood bank Model) ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับเลือดล่าช้า ระดับ Ferritin ไม่เกินเกณฑ์ 2,500 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งผู้ป่วยไม่มีการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด และหลังการใช้รูปแบบ NS Blood bank Model ผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ในการดำเนินการในคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลน้ำโสม โดยเน้นการจัดหาเลือดให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ตลอดจนการขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่กำลังจัดตั้งคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย

คำสำคัญ: บริการเพื่อจัดหาเลือด โรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด รูปแบบ

* กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: bootvongnitiya@gmail.com

** วิทยากรยชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Development of a Care Model for Blood Supply for Transfusion Dependent Thalassemia Patients in Namsom Hospital

Nittiya Bootvong, M.S.*

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D**

Abstract

This research and development aimed to the development of a care model for Blood supply for transfusion dependent Thalassemia patients in Namsom Hospital. The research was implemented in 3 phases. Phase 1: a study of blood supply problem, informants were 5 persons including physician 1 person, nurses 2 persons, and medical technologists 2 persons. Data were analyzed through medical documents of hospital information system. Phase 2: development of a care model for blood supply for transfusion dependent Thalassemia patients, a model was validated by 5 experts. Phase 3: evaluation of its effectiveness by using quasi-experimental research, sample was 12 transfusion dependent Thalassemia patients. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed rank test.

Research results revealed as follows; 1. Problem of blood supply in Namsom Hospital was delayed blood transfusion as patients received blood after 03.00 pm and waited for blood longer than 48 hours 16.6%. 2. A care model for blood supply for transfusion dependent Thalassemia patients, Namsom Hospital included 4 phases. 1) development of good management system, 2) development of easy and convenient venipuncture system, 3) reduced turn around time for timely blood transfusion, 4) development of communication model for giving physicians information. 3. After utilizing a care model for blood supply for transfusion dependent Thalassemia patients, Namsom Hospital, it was not found delayed blood transfusion and found that Ferritin level was significantly lower than 2,500 ng/ml ($p=.05$) as well as there was no blood transfusion reaction and utilizing a care model for blood supply for transfusion dependent Thalassemia patients, Namsom Hospital. Patients and nurses of the blood transfusion clinic had significantly higher satisfaction ($p=.05$).

Therefore, a model should be applied to implement in transfusion dependent Thalassemia clinic, Namsom Hospital by focusing on instant blood supply as well as extending it to other community hospitals establishing Thalassemia clinics.

Keywords: Blood supply, Transfusion Dependent Thalassemia, Model

* Department of Medical Technology, Namsom Hospital, Udonthani Province; Corresponding Author E-mail: bootvongnittiya@gmail.com

** Senior Professional Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เป็นโรคเลือดจางเรื้อรังทางพันธุกรรมที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย และทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีพาหะของโรคธาลัสซีเมียมากถึง ร้อยละ 30-40 ของประชากร หรือประมาณ 18-24 ล้านคน มีผู้เป็นโรคประมาณร้อยละ 1 หรือประมาณ 6 แสนคน โดยอุบัติการณ์ของธาลัสซีเมียแต่ละชนิดในแต่ละภูมิภาคจะมีความแตกต่างกัน ผู้ที่มีธาลัสซีเมียทั้งที่เป็นโรค และเป็นพาหะของโรคสามารถถ่ายทอดความผิดปกติไปสู่ลูกหลานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่พาหะมีสุขภาพร่างกายเหมือนคนปกติทั่วไป ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นพาหะมียีนที่ผิดปกติแฝงอยู่ หากบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับข้อมูลของธาลัสซีเมียที่เพียงพอ ก็จะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรค และไม่ได้เข้ารับการรักษา การตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติ และหากมีคู่สมรสที่มียีนผิดปกติเช่นเดียวกัน สามิ-ภรรยาคู่นี้ก็จะสามารถถ่ายทอดยีนที่ผิดปกติร่วมกันไปสู่ลูก ทำให้ลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียได้ ทั้ง ๆ ที่พ่อและแม่ต่างก็มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป จากความไม่รู้ดังกล่าวได้ส่งผลให้ในแต่ละปี มีทารกแรกเกิดเป็นโรคธาลัสซีเมียมากถึง 12,125 คน หรือประมาณ 12 คน ต่อเด็กเกิดใหม่ทุก ๆ 1,000 คน ธาลัสซีเมียจึงเป็นโรคเลือดจางทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อย ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังกลายเป็นเรื่องใกล้ตัวโดยที่เราไม่รู้ตัว หากขาดการป้องกันที่ดีพอ ในอนาคตจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นปัญหาพอกพูนเพิ่มมากขึ้น จนยากจะแก้ไขได้ (ศูนย์วิจัยทางคลินิก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2556)

ผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (Hb typing) พบว่ามีความผิดปกติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบุว่า โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่พบบ่อยในประเทศไทยมี 3 ชนิด คือ 1. โรคฮีโมโกลบินบาร์ทไฮดรอฟสฟีทาลิส (Hb Bart' Hydrops Fetalis) เป็นชนิดที่มีอาการรุนแรงที่สุด เด็กจะบวม ชีต และเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดไม่นาน ส่วนมารดาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอาการครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง บวม มีการคลอดผิดปกติ ตกเลือด หากอาการรุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้อย่างรวดเร็วจะช่วยให้สูติแพทย์ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับมารดาได้อย่างทันที่ 2. โรคโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย (Homozygous β -thalassemia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มมีอาการซีดภายในขวบปีแรก ตัวเหลือง ท้องป่อง ตับและม้ามโต หากอาการรุนแรงมากจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำทุก 2-3 สัปดาห์ เมื่อรับเลือดบ่อย ๆ จะมีธาตุเหล็กมากเกินไปสะสมตามอวัยวะต่าง ๆ มีผลให้เป็นตับแข็ง เบาหวาน และหัวใจล้มเหลว ต้องได้รับฉีดยาขับเหล็กเข้าใต้ผิวหนังสัปดาห์ละ 4-7 ครั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยรายละ 6 ล้านบาทตลอดอายุขัย 30 ปี และ 3. โรคเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี (β -thalassemia/HbE) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่มีอาการเลือดจางเล็กน้อยไปจนถึงอาการรุนแรงมากเช่นเดียวกับชนิดที่ 2 (สำนักวิชาการแพทย์, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงแต่ละรายจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดอายุขัยประมาณ 1,260,000 ถึง 6,680,000 บาท (อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และคณะ, 2565)

ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลน้ำโสม ได้แก่ อุจจาระร่วง ปอดอักเสบ เบาหวาน โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นโรงพยาบาลจึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคเลือดจางธาลัสซีเมียจึงได้จัดตั้งคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555

มีการสำรวจข้อมูลจากผู้ที่ได้รับเลือดเป็นประจำ จากนั้นส่งตรวจ Hb typing เพื่อทราบชนิดของโรคและนัดผู้ป่วยมารับการรักษา สำหรับการเตรียมเลือดนั้นทีมงานเทคนิคการแพทย์จะดึงข้อมูลผู้ป่วยที่นัดมารับเลือดล่วงหน้า และจัดเตรียมเลือดที่มีอายุไม่เกิน 14 วันไว้สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าระบบการดูแลของคลินิกและการนัดมาตรวจเลือด ติดตามอาการ จ่ายยาตามความเหมาะสม และให้เลือดในกรณีที่ผลการตรวจเลือดเข้าได้กับเกณฑ์การให้เลือด โดยความถี่ของแต่ละรายขึ้นอยู่กับผลการตรวจเลือดและอาการแสดงทางคลินิก โดยพิจารณาจากค่า Hemoglobin ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl หรือที่เรียกว่า regular transfusion ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและป้องกันการเกิดหน้าแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemia facies) และม้ามก็จะไม่โตจึงไม่จำเป็นต้องตัดม้ามในอนาคต (ชาญชัย ไตรวราริ, 2564) ส่วน Ferritin เป็นการตรวจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากเหล็กเกิน ซึ่งตรวจทุก 3 เดือน (ศศิณี อันตระกูล และคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังมีทีมนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคด้วย คลินิกโรคเลือดจากธาลัสซีเมีย เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 08.30-16.30 น. ปัจจุบันมีผู้ป่วย 76 ราย แบ่งตามความรุนแรงเพื่อการรักษาออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด - Transfusion dependent thalassemia (TDT) จำนวน 12 ราย กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องการรับเลือดเป็นประจำ เพื่อการมีชีวิต หากไม่ได้รับเลือดจะมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 ก./ดล. ตัวเล็ก ตับม้ามโต มีหน้าตาเปลี่ยน ชนิดของโรคธาลัสซีเมียที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ homozygous β -thalassemia0, β -thalassemia/ HbE บางราย α -thalassemia และกลุ่ม AE Bart's ที่มีอาการรุนแรงบางราย และ 2) ชนิดผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดไม่พึ่งพาเลือด - Non transfusion dependent thalassemia (NTDT) จำนวน 51 ราย กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องรับเลือดประจำก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้แต่จะมีบางช่วงเวลาและบางสถานการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับเลือดได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เหลือนจากกลุ่มแรก นอกจากนี้คลินิกฯ ยังรับดูแลผู้ป่วยโรคเลือดจากที่เกิดจากสาเหตุอื่น ได้แก่ เลือดจากจากการขาดธาตุเหล็ก และหรือการเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 13 ราย จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียชนิดเบต้าและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำโสม พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้านสังคมอยู่ในระดับดีที่สุด ด้านร่างกาย โรงเรียนและอารมณ์รองลงมาตามลำดับ ส่วนผลกระทบต่อผู้ดูแลมีด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และด้านอารมณ์ (ภูผา วงศ์ศรีมีเดือน, 2563)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถรวบรวมผู้ป่วยให้เข้าสู่ระบบบริการได้ครบทุกคน แต่ยังพบปัญหาในส่วนของการจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยล่าช้า อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้คะแนนต่ำคือระยะเวลาารับเลือดล่าช้า อัตราความพึงพอใจของพยาบาลที่ได้คะแนนต่ำคือกระบวนการแรกรับผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในซึ่งเป็นปัญหาในส่วนของพยาบาล จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจากธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโดยมุ่งเน้นถึงความรวดเร็วและความปลอดภัยในการจัดหาเลือด อันจะส่งผลการเป็นแนวทางที่ดีในการบริการจัดหาเลือดภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

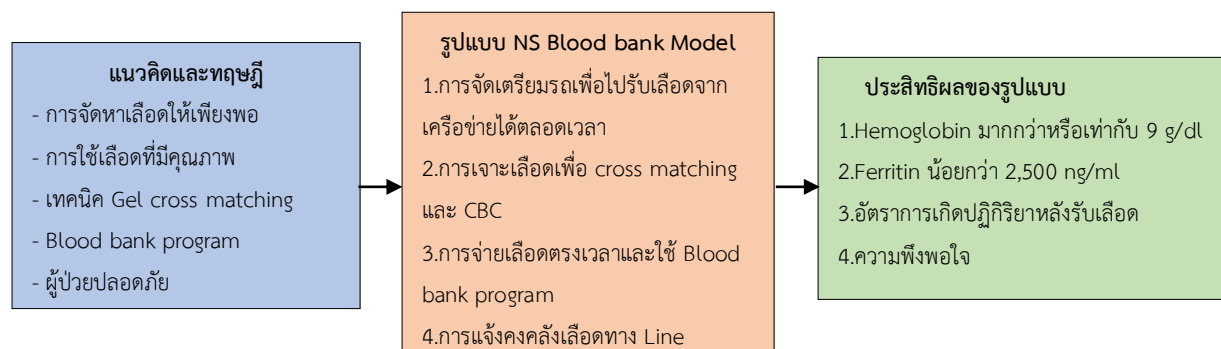
1. เพื่อศึกษาปัญหาการบริการจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดฟังกาเลือดในโรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดฟังกาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม (NS Blood bank Model)
3. เพื่อประเมินรูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดฟังกาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) กับเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl
 - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับเฟอร์ริติน (Ferritin) กับเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 2,500 ng/ml
 - 3.3 เพื่อศึกษาอัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด ภายหลังใช้รูปแบบ
 - 3.4 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวทางการจัดหาเลือดตามมาตรฐานงานบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2564) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2560) รวมทั้งแนวทางการเบิกเลือดจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จังหวัดอุดรธานี (2564) ตลอดจนแนวปฏิบัติจากเครือข่ายงานธนาคารเลือดคือโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลบ้านผือและโรงพยาบาลนาูงซึ่งเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนเลือดที่มีอายุน้อยกว่า 14 วันสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียโดยเฉพาะด้วย โดยนำมากำหนดเป็นรูปแบบ NS Blood bank Model เน้นความถูกต้องและความรวดเร็วในการจัดหาเลือดให้กับผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดฟังกาเลือด ดังภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาการบริการจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด
ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์เอกสาร ดังนี้

1.1 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 5 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) แพทย์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักงานด้านการให้เลือดผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยชายและหญิง 2 คน 3) เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผู้รับผิดชอบหลักและรองงานธนาคารเลือด 2 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนาการบริการจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ปัจจุบันของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค ความต้องการในการพัฒนาบริการ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาบริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ได้รับเลือดครบถ้วนและปลอดภัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 2 คน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 5 คน หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสรุปประเด็นหลัก

1.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการพัฒนาการบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด จากการวิเคราะห์เอกสารจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOSxP)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลสถานการณ์การให้บริการคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลอัตราการจ่ายเลือดล่าช้าเกิน 48 ชั่วโมงในคลินิกโรคเลือด อัตราการจ่ายเลือดจำแนกตามโรคของโรงพยาบาลน้ำโสม อัตราการจ่ายเลือดในคลินิกโรคเลือดจำแนกตามช่วงเวลา อัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังการรับเลือด ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสำรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากเอกสารจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOSxP)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย

1. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการให้เลือดในผู้ป่วยเลือดจางธาลัสซีเมีย มาเป็นแนวทางในการยกร่างรูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึงพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม

2. ร่างรูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึงพาเลือด และนำเสนอร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ 2 คน ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยพิจารณาตามระดับคะแนนพบว่ารูปแบบที่ได้คะแนนน้อยกว่า 0.5 มี 1 ข้อ คือหากมีการนำเลือดไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่นต้องมีการจัดหาเลือดมาทดแทนภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยตัดรูปแบบนี้ออกซึ่งไม่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยและไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน จากนั้นนำร่างรูปแบบไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่สาม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึงพาเลือด

ผู้วิจัยทดลองและประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2565 เป็นระยะเวลา 5 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึงพาเลือด 12 ราย พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วย 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ NS Blood bank Model เป็นรูปแบบการให้บริการทางธนาคารเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม โดยมีเป้าหมายคือจัดหาเลือดให้เพียงพอต่อความต้องการผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ ทั้งนี้เลือดที่จัดหามาจากแหล่งจ่ายเลือดหลักคือศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดส่งเลือดให้โรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ดังนั้น งานธนาคารเลือดโรงพยาบาลน้ำโสมจึงคิดค้นรูปแบบการให้บริการนี้ขึ้นประกอบด้วย

1.1 พัฒนาระบบการจัดหาและสำรองเลือดให้พร้อมใช้ตลอดเวลา: C = Cars คือการจัดเตรียมรถให้พร้อมเดินทางได้ตลอดเวลาภายใน 30 นาที โดยมีการแจ้งความจำเป็นในทีมบริหารโรงพยาบาลเรื่องการใช้รถไปรับเลือดนอกโรงพยาบาลให้เสมือนเป็นภารกิจรับ-ส่งผู้ป่วย เพราะหากไม่มีเลือดให้ผู้ป่วย โรงพยาบาลก็ต้องส่งผู้ป่วยไปรับเลือดที่โรงพยาบาลอุดรธานีแทน ซึ่งการขอรถไปรับเลือดมาให้ผู้ป่วยจึงเป็นภารกิจที่คุ้มค่าและปลอดภัย

1.2 พัฒนาระบบการเจาะเลือดให้ง่ายและสะดวกกับผู้ป่วยเพื่อให้เจ็บตัวน้อยที่สุด: C = Cross matching และ CBC คือกระบวนการต่อมาเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องเจาะเลือด มีขั้นตอนการเจาะเลือดให้จบในครั้งเดียว ทั้งการเจาะเลือดสำหรับ Cross matching 1 หลอดเพื่อเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย และเพื่อตรวจ CBC สำหรับดูค่า Hemoglobin 1 หลอด

1.3 ลดระยะเวลาการรอคอยการจ่ายเลือดให้ตรงเวลา: T = Time & IT คือกระบวนการจ่ายเลือดตรงเวลาภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านเร็วขึ้น และใช้ Blood bank program ในการบันทึกข้อมูลเพื่อลดความผิดพลาดจากการคัดลอกและเพิ่มความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล

1.4 พัฒนารูปแบบการสื่อสารและให้ข้อมูลแพทย์: V = Voice คือกระบวนการสื่อสารให้แพทย์ทราบถึงสถานการณ์คลังเลือดทุกวัน โดยส่งในโปรแกรม Line Notify เวลา 09.00 น.

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.1 แบบบันทึกระดับ Hemoglobin และ Ferritin

2.2 แบบบันทึกอัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจจากพยาบาลที่ปฏิบัติในตึกผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง แบบบันทึกฯ และแบบประเมินฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือทั้งสี่ชุดได้เท่ากับ 0.80-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบบันทึกฯ ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยรับเลือดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 2 คน ปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ฝ่ายยานพาหนะที่รับผิดชอบการขับรถไปรับเลือด และฝ่ายสารสนเทศของปรีชาจัดทำ Line notify และ Blood bank program

2. ประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการและพยาบาลในคลินิกให้เลือด

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตามขั้นตอนดังนี้

ตาราง 1

แสดงรายละเอียดของกิจกรรมตามรูปแบบ

กระบวนการ	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ
การพัฒนาระบบ	1. วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาล	ธันวาคม
การจัดหาและ	2. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลให้อัตโนมัติการใช้งาน	2565-
สำรองเลือดให้	3. ประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาลได้แก่	กุมภาพันธ์
พร้อมใช้ตลอดเวลา	เครือข่ายจ่ายเลือดทั้ง 4 แห่ง หน่วยงานยนต์ พยาบาลและแพทย์	2566
	4. จัดหาตู้เย็นเก็บเลือดที่มีขนาดเหมาะสมกับการใช้งาน	
พัฒนาระบบการ	1. วิเคราะห์ผลกระทบและความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการเจาะเลือดหลายครั้ง	ธันวาคม
เจาะเลือดให้ง่าย	2. สอบถามความต้องการบริการที่ดีจากผู้ป่วย	2565-
และสะดวกกับ	3. ประชุมทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเพื่อหาแนวทางลดความเสี่ยง	กุมภาพันธ์
ผู้ป่วยเพื่อให้เจ็บตัว	4. สรุปผลการประชุมและนำเสนอในทีม Patient Care Team เพื่อขออนุญาตจัด	2566
น้อยที่สุด	ทีม สถานที่และอุปกรณ์	
	5. จัดเตรียมทีมงานเจาะเลือด สถานที่เจาะเลือดโดยแบ่งพื้นที่สำหรับผู้ป่วยคลินิก	
	โรคเลือดโดยเฉพาะ	
	6. ตรวจสอบคำสั่งเจาะเลือดให้ละเอียดก่อนการเจาะ เนื่องจากอาจมีคำสั่งเจาะ	
	เลือดเพิ่ม เช่น Hb typing หรือ Ferritin ให้ดำเนินการเจาะพร้อมกันให้เสร็จในครั้ง	
	เดียวเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เจ็บตัวหลายครั้ง	
ลดระยะเวลารอคอย	1. ดำเนินการจัดเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย (Crossmatching) ให้แล้วเสร็จภายใน 2	ธันวาคม
การจ่ายเลือดให้ตรง	ชั่วโมง 2. จัดหาเทคนิค Gel test Crossmatching แทน Tube test	2565-
เวลา	Crossmatching เพื่อลดระยะเวลาจัดเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย	กุมภาพันธ์
	3. จัดทำ Blood bank program ในการบันทึกข้อมูลเพื่อลดความผิดพลาดจากการ	2566
	คัดลอกและเพิ่มความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล	
พัฒนารูปแบบการ	1. จัดทำ Group Line Blood bank เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารสถานการณ์	มีนาคม-
สื่อสารเพื่อให้ข้อมูล	เลือดประจำวันกับแพทย์ โดยมีสมาชิกคือแพทย์ทุกคนและทีมวิชาชีพกลุ่มงาน	พฤษภาคม
แพทย์	เทคนิคการแพทย์ทุกคน	2566
	2. เพิ่มเติม Line Notify จาก Blood bank program เพื่อแจ้งเตือนใน Group	
	line ถึงคลังเลือดทุกวันเวลา 09.00 น.	

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ระดับ Hemoglobin 2) ระดับ Ferritin 3) อัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับ Hemoglobin กับเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl และเปรียบเทียบระดับ Ferritin กับเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 2,500 ng/ml โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test
2. วิเคราะห์อัตราการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด ภายหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุไม่เกิน 15 ปี ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมให้เป็นกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปกครองโดยการลงลายมือชื่ออนุญาตทั้งจากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคลินิกโรคเลือดจาง โรงพยาบาลน้ำโสม ให้บริการผู้ป่วย 76 ราย ประกอบด้วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด 12 ราย (ร้อยละ 15.79) โรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดไม่พึ่งพาเลือด 51 ราย (ร้อยละ 67.10) และโรคเลือดจางจากสาเหตุอื่น ๆ 13 ราย (ร้อยละ 17.11) ผู้ป่วยทั้ง 76 ราย ได้รับการขึ้นทะเบียนนัดติดตามอาการ รับยาและรับเลือด ตามความรุนแรงของโรค สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด 12 ราย มีอายุตั้งแต่ 2 ถึง 15 ปี (อายุเฉลี่ย 8.42 ปี) เพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 75) เพศชาย 3 ราย (ร้อยละ 25) หมู่เลือด O จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 41.67) หมู่เลือด B จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 33.33) หมู่เลือด A จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 16.67) และหมู่เลือด AB จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) แบ่งชนิดโรคธาลัสซีเมียได้ 3 ชนิด คือ 1. โฮโมซัยกส์เบต้าธาลัสซีเมีย จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 25) 2. เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 16.67) 3. แอลฟาธาลัสซีเมีย จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 58.33) ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ตาราง 2

แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	3	25
หญิง	9	75
2.อายุ	8.42 (mean)	0.988 (SD)
3.หมู่เลือด		
O	5	41.67
B	4	33.33
A	2	16.67
AB	1	8.33
4.ชนิดโรคธาลัสซีเมีย		
โฮโมไซกัสเบตาธาลัสซีเมีย	3	25
เบตาธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี	2	16.67
แอลฟาธาลัสซีเมีย	7	58.33
5.จำนวนปีที่รับเลือด	5.58 (mean)	0.925 (SD)

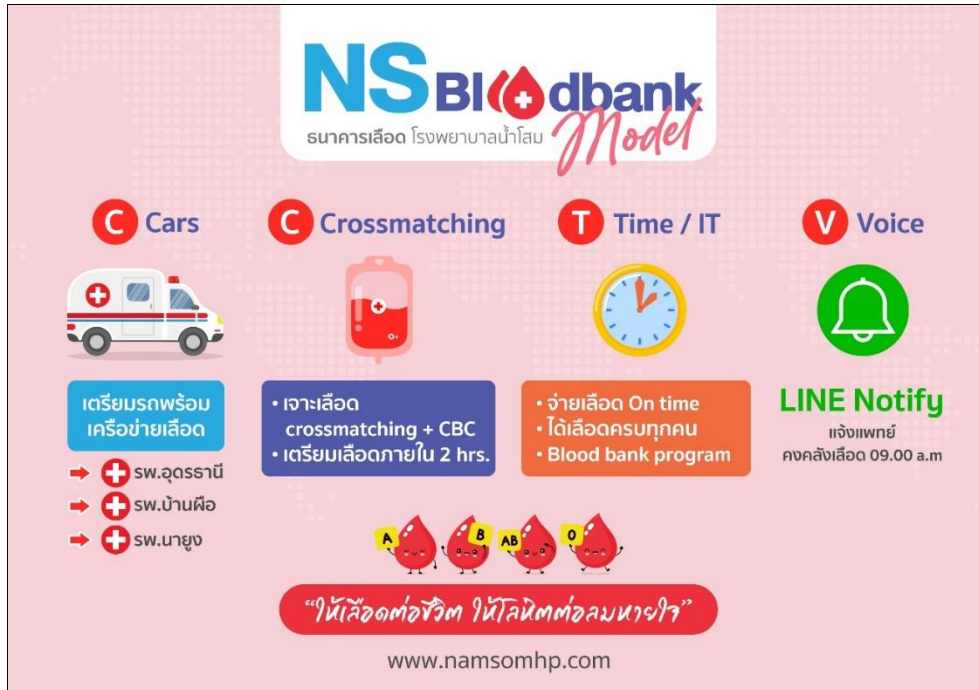
2. การจัดหาเลือดให้ผู้ป่วย ปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยรับเลือดจำนวน 1,015 ยูนิต ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเลือดจาง 674 ยูนิต (ร้อยละ 66.41) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 315 ยูนิต (ร้อยละ 31.03) ผู้ป่วยคลอด 15 ยูนิต (ร้อยละ 1.48) และผู้ป่วยขอเลือดด่วน 11 ยูนิต (ร้อยละ 1.08) โดยมีผู้ป่วยโรคเลือดจางที่ได้รับเลือดล่าช้าเกิน 48 ชั่วโมงจำนวน 11 ยูนิต (ร้อยละ 1.63) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือดล่าช้าคือผู้ป่วยที่มีหมู่เลือด O 6 ยูนิต (ร้อยละ 54.55) หมู่เลือด B 5 ยูนิต (ร้อยละ 45.45) และการจ่ายเลือดหลังเวลา 15.00 น. จำนวน 398 ยูนิต (ร้อยละ 57.45) การที่ผู้ป่วยได้รับเลือดล่าช้าเนื่องจากงานธนาคารเลือดไม่มีเลือดจึงต้องนัดผู้ป่วยมารับเลือดในอีก 2 วันต่อมาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง โดยเฉพาะเด็กนักเรียนที่ขาดโอกาสในการเรียนหนังสือ ส่วนการจ่ายเลือดหลังเวลา 15.00 น. ทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับเลือดนานและส่งผลกระทบต่อกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับเลือดที่ตึกผู้ป่วย การรอรับยา การขอคำปรึกษาจากแพทย์ล่าช้าแล้วผู้ป่วยได้กลับบ้านช้าไปด้วย ถึงแม้งานธนาคารเลือดจะมีระบบการสำรองเลือดที่เพียงพอแต่เมื่อมีสถานการณ์การใช้เลือดฉุกเฉินและเร่งด่วนก่อนจะถึงวันที่มีคลินิกโรคเลือดจาง ก็ทำให้ไม่มีเลือดให้ผู้ป่วยได้ รวมทั้งสถานการณ์การขาดแคลนเลือดของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทยซึ่งเป็นแหล่งจากเลือดหลักให้แก่โรงพยาบาล

3. รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพืงพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม เน้นการจัดหาเลือดให้เพียงพอ การเลือกใช้เลือดชนิด Leukocyte Poor Packed Red Cell (LPRC) ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน เพื่อความปลอดภัย และการใช้ Gel cross matching และ Blood bank program เพื่อความรวดเร็ว รูปแบบประกอบด้วย กระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่ดี
 - 1.1) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาล
 - 1.2) พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลให้เอื้อต่อการใช้งาน
 - 1.3 ประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาลได้แก่ เครือข่าย
จ่ายเลือดทั้ง 4 แห่ง หน่วยงานยนต์ พยาบาลและแพทย์
 - 1.4 จัดหาตู้เย็นเก็บเลือดที่มีขนาดเหมาะสมกับการใช้งาน
- 2) พัฒนาระบบการเจาะเลือดให้ง่ายและสะดวกกับผู้ป่วยเพื่อให้เจ็บตัวน้อยที่สุด
 - 2.1 วิเคราะห์ผลกระทบและความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการเจาะเลือดหลายครั้ง
 - 2.2 สอบถามความต้องการบริการที่ดีจากผู้ป่วย
 - 2.3 ประชุมทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเพื่อหาแนวทางลดความเสี่ยง
 - 2.4 สรุปผลการประชุมและนำเสนอในที่ Patient Care Team เพื่อขออนุญาตจัดทีม สถานที่
และอุปกรณ์
 - 2.5 จัดเตรียมทีมงานเจาะเลือด สถานที่เจาะเลือดโดยแบ่งพื้นที่สำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือด
โดยเฉพาะ
 - 2.6 ตรวจสอบคำสั่งเจาะเลือดให้ละเอียดก่อนการเจาะ เนื่องจากอาจมีคำสั่งเจาะเลือดเพิ่ม
เช่น Hb typing Ferritin ให้ดำเนินการเจาะพร้อมกันให้เสร็จในครั้งเดียวเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เจ็บตัวหลายครั้ง
- 3) ลดระยะเวลารอคอยการจ่ายเลือดให้ตรงเวลา
 - 3.1) ดำเนินการจัดเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย (Crossmatching) ให้แล้วเสร็จภายใน 2 ชั่วโมง
 - 3.2) จัดหาเทคนิค Gel test Crossmatching แทน Tube test Crossmatching เพื่อลด
ระยะเวลาจัดเตรียมเลือดให้ผู้ป่วย
 - 3.3) จัดหา Blood bank program ในการบันทึกข้อมูลเพื่อลดความผิดพลาดจากการคัดลอก
และเพิ่มความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล
- 4) พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแพทย์
 - 4.1) จัดทำ Group Line Blood bank เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารสถานการณ์เลือด
ประจำวันกับแพทย์ โดยมีสมาชิกคือแพทย์ทุกคนและทีมวิชาชีพกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ทุกคน
 - 4.2) เพิ่มเติม Line Notify จาก Blood bank program เพื่อแจ้งเตือนใน Group line ถึงคง
คลังเลือดทุกวันเวลา 09.00 น.สรุปได้ดังภาพ 2

ภาพ 2

รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดฟังกาเลือด โรงพยาบาล
น้ำโสม



4. ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิด ฟังกาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม

4.1 เปรียบเทียบระดับ Hemoglobin กับเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl และ เปรียบเทียบระดับ Ferritin กับเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 2,500 ng/ml

ตาราง 3

เปรียบเทียบระดับ Hemoglobin กับเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl และเปรียบเทียบระดับ Ferritin กับเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 2,500 ng/ml

ตัวแปร	n	M	SD	Z	p-value
Hemoglobin				-1.378	.168
ก่อนใช้รูปแบบ	12	8.40	.312		
หลังใช้รูปแบบ	12	9.07	.187		
Ferritin				-2.521	.012
ก่อนใช้รูปแบบ	12	1689	154.		
		.76	75		
หลังใช้รูปแบบ	12	1392	171.		
		.71	35		

จากตาราง 3พบว่าหลังใช้รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม ผู้ป่วยระดับ Hemoglobin น้อยกว่า 9.0 g/dl ในขณะที่ระดับ Ferritin ไม่เกินเกณฑ์ 2,500 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตาราง 4

เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ความพึงพอใจ	n	M	SD	Z	p-value
ผู้ป่วย				-2.075	.038
ก่อนใช้รูปแบบ	12	3.78	.114		
หลังใช้รูปแบบ	12	4.14	.074		
พยาบาล				-2.829	.005
ก่อนใช้รูปแบบ	10	4.04	.100		
หลังใช้รูปแบบ	10	4.40	.059		

จากตาราง 4 พบว่า หลังการใช้รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม ผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์การจัดหาเลือดให้ผู้ป่วย ปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเลือดจางที่ได้รับเลือดล่าช้าเกิน 48 ชั่วโมงจำนวน 11 ยูนิต (ร้อยละ 1.63) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือดล่าช้าคือผู้ป่วยที่มีหมู่เลือด O 6 ยูนิต (ร้อยละ 54.55) หมู่เลือด B 5 ยูนิต (ร้อยละ 45.45) และการจ่ายเลือดหลังเวลา 15.00 น. จำนวน 398 ยูนิต (ร้อยละ 57.45) สาเหตุการได้รับเลือดล่าช้าเนื่องจากงานธนาคารเลือดไม่มีเลือดจึงต้องนัดผู้ป่วยมารับเลือดในอีก 2 วันต่อมา ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง โดยเฉพาะเด็กนักเรียนทำให้ขาดเรียน ส่วนการจ่ายเลือดหลังเวลา 15.00 น. ทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับเลือดนานและส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับเลือดที่ตึกผู้ป่วย การรอรับยา การขอคำปรึกษาจากแพทย์ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านช้าไปด้วย ถึงแม้งานธนาคารเลือดจะมีระบบการสำรองเลือดที่เพียงพอแต่เมื่อมีสถานการณ์การใช้เลือดฉุกเฉินและเร่งด่วนก่อนจะถึงวันที่มีคลินิกโรคเลือดจาง ก็ทำให้ไม่มีเลือดให้ผู้ป่วยได้ รวมทั้งสถานการณ์การขาดแคลนเลือดของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติสภากาชาดไทยที่เป็นแหล่งจ่ายเลือดหลักให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีรายงานผู้ป่วยธาลัสซีเมียจำนวน 22,622 ราย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำ ปัจจุบันศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติและภาคบริการโลหิตแห่งชาติสามารถจ่ายเลือดได้ประมาณร้อยละ 70.0-80.0 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2. รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดให้ผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม เน้นการจัดหาเลือดให้เพียงพอ การเลือกใช้เลือดชนิด Leukocyte Poor Packed Red Cell (LPRC) ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน เพื่อความปลอดภัย (ชาญชัย ไตรวราริ, 2564) และการใช้ Gel cross matching (GCM) และ Blood bank program เพื่อความรวดเร็ว รูปแบบประกอบด้วย กระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน 1) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่ดี 2) พัฒนาระบบการเจาะเลือดให้ง่ายและสะดวกกับผู้ป่วยเพื่อให้เจ็บตัวน้อยที่สุด 3) ลดระยะเวลาการรอคอยการจ่ายเลือดให้ตรงเวลา 4) พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแพทย์สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้ GCM สามารถใช้แทนวิธีมาตรฐาน ให้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วและเชื่อถือได้ (พรทิศา สุวรรณสุขกุล, 2558) ส่วนการใช้ blood bank program ทำให้มีความถูกต้องในการจ่ายเลือด ลดความผิดพลาดจากตัวบุคคลและลดเวลาทำงานได้เป็นอย่างดี (วรกรเพชรเกลี้ยง, 2564) ทั้งนี้จุดเด่นของรูปแบบนี้คือ การบริหารจัดการที่ดีคือมีเครือข่ายสำรองเลือด 3 แห่งสามารถแลกเปลี่ยนเลือดที่มีอายุน้อยกว่า 14 วันได้โดยการจัดรถไปรับเลือดได้ทันทีที่ต้องการ

3. หลังใช้รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม (NS Blood bank Model) ระดับ Ferritin ไม่เกินเกณฑ์ 2,500 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการพิจารณาจ่ายเลือดที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ทั้งความถี่และปริมาตรประกอบกับการจ่ายยาขับธาตุเหล็กควบคู่กันไปตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับ ferritin อยู่ในช่วงที่ไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะในร่างกาย (สุชาติ นิลกำแหง วิลคินน์, 2560) นอกจากนี้ พบว่าหลังการใช้รูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลน้ำโสม (NS Blood bank Model) ผู้ป่วยและพยาบาลในคลินิกให้เลือด มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ป่วยทุกรายไม่มีการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือดเลย ทั้งนี้เนื่องจากการลดขั้นตอนการเจาะเลือด

สำหรับขั้นตอนการเจาะเลือดเพื่อ cross matching เป็นการแบ่งเบาภาระพยาบาลและระยะเวลารอคอยเลือดรวดเร็วขึ้น ทำให้สามารถจัดสรรเวลารับเลือดได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การจัดหาเลือดที่ปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยไม่มีปฏิกิริยาหลังรับเลือด ส่งผลให้พยาบาลไม่ต้องเพิ่มขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังรับเลือด เมื่อรับเลือดแล้วกลับบ้านได้เลย

แต่จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยยังคงมีระดับ Hemoglobin น้อยกว่า 9.0 g/dl ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของจังหวัดอุดรธานีตั้งเกณฑ์ไว้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 9.0 g/dl ในขณะที่ข้อมูลของภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานีพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับ Hemoglobin น้อยกว่า 9.0 g/dl เท่ากับร้อยละ 22.77 เนื่องจากผู้ป่วยแอลฟาธาลัสซีเมีย จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 57.33) เป็นผู้ป่วย Hb H disease ซึ่ง Hb H เป็น unstable hemoglobin ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีดได้กรณีที่มีภาวะเครียดหรือมีไข้ขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยทุกรายไม่ได้กำหนดเกณฑ์การคัดออกซึ่งถือว่าเป็นจุดอ่อนของการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบฯ ไปใช้โดยมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานแบบสหวิชาชีพ ตลอดจนการเป็นรูปแบบตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการเปิดคลินิกโรคเลือดจาง
2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีระดับ Hemoglobin ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต้องประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์อภิชายกลไกของโรค พยาบาล ผู้ให้ความรู้การปฏิบัติตัว เภสัชกรแนะนำด้านยา นักโภชนาการแนะนำเรื่องอาหาร
3. การนำข้อมูลเพื่อประกอบการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์สำหรับคู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย
4. ดำเนินการเพิ่มเติมในเด็กที่คลอดจากบิดามารดาที่เป็นคู่เสี่ยงโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย โดยติดตามภาวะซีดอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่หลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุที่ระดับ Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
2. ควรศึกษาผลของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ชนิดไม่พึ่งพาเลือดและโรคเลือดจางจากสาเหตุอื่นเพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้รับบริการ
3. ควรนำข้อเสนอแนะของพยาบาลคือการ on heparin lock พร้อมกับการเจาะเลือดเพื่อความสะดวกของขั้นตอนการให้เลือดและผู้ป่วยเจ็บตัวครั้งเดียว มาเป็นแนวปฏิบัติหนึ่งเพื่อลดเวลาและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิจัยทางคลินิก. (2556). *คู่มือปฏิบัติงานการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2560). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สำนักวิชาการแพทย์. (2560). *การตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป*. สำนักงานกิจการรพม. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชาญชัย ไตรวรารี. (2564). การให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต*, 31(2), 125-127
- พรทิศา สุวรรณดุษฎี และวสุภมาศ ลายเงิน. (2558). การเปรียบเทียบวิธีการตรวจความเข้มข้นได้ของเลือดโดยวิธีหลอดทดลองและเจล ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.
<https://www2.lpch.go.th/km/index.php/km/read/3/230>
- ภูผา วงศ์ศรีมีเดื่อน. (2563). คุณภาพชีวิตของเด็กธาลัสซีเมียชนิดเบตาและผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำโสม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(3), 326-335
- วรกร เพชรเกลี้ยง. (2564). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมจ่ายเลือดด้วยบาร์โค้ดในหน่วยคลังเลือดและเวชศาสตร์บริการโลหิต โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต*, 3(4), 315-325
- ศศิณี อันตระกูล, อติศักดิ์ ต้นตาววิทย์, ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา, เอกรัฐ รัฐฤทธิ์ธำรง, ชาทรี ชัยอดิศักดิ์โสภณ, เมตตาภรณ์ พิมพ์ไพโล, สมเดช ศรีชัยรัตนกุล, กานดา ฝันจักษ์สาย และพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. (2562). ภาวะพร่องฮอโมนในผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียสัมพันธ์กับระดับเฟอร์ไรตินที่มากกว่า 3000 ไมโครกรัมต่อลิตร. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์การบริการโลหิต*, 29(2), 109-119
- สภาอากาศไทย, ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. (2564). *แนวทางการเบิกเลือดจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย*. สภาอากาศไทย.
- สุชาติ นิลกำแหง วิลคินน์. (2560). ยาขับเหล็กที่ใช้ในโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย. *วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม*, 24(2), 8-10
- อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, จิระพรรณ จิตติคุณ, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, ปรีชญา วงษ์กระจ่าง, ขวัญดาว มาลาสาย, เสริมสิริ แสงรุ่งเรือง และสุรัคเมธ มหาศิริมงคล. (2565). การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจทางพันธุกรรมเพื่อใช้ในการตรวจวินิจฉัยภาวะพาหะธาลัสซีเมียในคู่สามีภรรยาในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี

ลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์, พย.ม.*

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, Ph.D.**

Received: June 12, 2023

Revised: June 26, 2023

Accepted: June 28, 2023

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรี จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.8, 0.94, 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิงความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69 ปี โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 49 ผู้สูงอายุตอนกลาง คิดเป็นร้อยละ 49 มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 60 โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 32 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.5 ร้อยละ 70 และร้อยละ 83.8 ตามลำดับ และพบว่ามีเพียงความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($r = .31$ $p = .05$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและป้องกันโรคได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: lilit_s_2000@bcnnon.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Relationship between Knowledge, Stroke Health Literacy and Quality of Life in
Elderly Who Come to Service at the Elderly Quality Development Life Center
Nonthaburi Municipality

Lilit Sirisabjanab, M.N.S.*

Yupawan Thongtanunam, Ph.D.**

Abstract

The descriptive research to study the knowledge level about stroke, stroke health literacy, and the quality of life in the elderly and the relationship between knowledge, stroke health literacy, and quality of life in the elderly in Nonthaburi Municipality. The sample consisted of elderly people who came to receive services at the Quality of life development center, Nonthaburi Municipality. Data was collected by questionnaires such as a general data questionnaire, knowledge questionnaire, stroke health literacy questionnaire, and quality of life in an elderly questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of confidence was 0.8, 0.94, 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's relationships.

It was found that 77.5% of the elderly were female, aged an average of 69 years, 49% were early seniors and 49% were middle seniors, 60% of the elderly had chronic illnesses. The most common disease was high blood pressure. 32%, most of the elderly had the knowledge, and stroke health literacy and quality of life in the elderly at a high level were of 67.5%, 70%, and 83.8% respectively. It was found that only stroke health literacy and the quality of life in the elderly had a moderate relationship at the level of significance 0.5 ($r=.31$ $p=.05$)

Health personnel should pay more attention and organize activities to promote stroke health literacy for the elderly in order that the elderly can control and prevent disease to lead a good quality of life in elderly.

Keywords: Knowledge, Stroke health literacy, Quality of life in elderly

* Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: lilit_s_2000@bcnnon.ac.th

** Dr., Special Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aged Society) แล้ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 11 ล้านคน ในปี 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้ว และเป็นปีแรกที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก และเป็นปีที่ได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 โดยจากการพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาสามสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยโดยรวม 72 ปี แยกเป็นเพศชาย 68 ปี เพศหญิง 75 ปี ตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นไป จะมีคนไทยอายุเกิน 60 ปี ๆ ละล้านคน ซึ่งในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่เปอร์เซ็นต์สังคมผู้สูงวัย คือร้อยละ 28 และใน พ.ศ. 2583 หนึ่งในสามของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) จากสถานการณ์แนวโน้มประชากรสูงอายุที่สูงขึ้น จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเตรียมวางแผนในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาของ จินตนา สุวิทวัส (2560) พบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery disease) โรคถุงลมปอดโป่งพอง (chronic obstructive pulmonary disease) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ และมีการศึกษาของ Johnson et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการตอบโต้โรคหลอดเลือดสมองโดยกล่าวว่า องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจโดย พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปีพ.ศ. 2558 ทั้งหมด 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลในปีพ.ศ. 2560 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 สูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียงผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือตามอาการ มีอาการและความผิดปกติเกิดขึ้น สอดคล้องกับนิจศรี ชาญณรงค์ (2562) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้สูญเสียการทำงานอย่างเฉียบพลัน เป็นสาเหตุความพิการและเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ทำให้เสียชีวิตจำนวน 5 หมื่นรายต่อปี โดยสังเกตอาการที่เรียกว่า FAST ประกอบด้วย 1. F: Face หน้าเบี้ยว 2. A: arm แขนขาอ่อนแรง 3. S: Speak พูดไม่ชัด และ 4. T: Time เกิดขึ้นทันใด และร้อยละ 30 ผู้ป่วยจะพิการระยะยาวแต่หากผู้ป่วยมารักษาเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนดโอกาสพิการก็จะลดลงได้

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุนับวันจะมีอุบัติการณ์ อัตราการเกิดโรค สูงขึ้นทุก ๆ ปี จัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มียุคคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ และคณะ, 2559) จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขนาดเล็ก ทำให้ขาดผู้ดูแลและช่วยเหลือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ขาดรายได้ มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น การขาดการดูแลจากบุตรหลาน การขาดกิจกรรมกับมิตรสหาย

และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจที่อ่อนแอ มีความเป็นอยู่ไม่ดี ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและทำให้การดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะช่วยให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เกี่ยวข้องกับความรู้ที่มีอยู่เดิมและช่วยเสริมเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กิจปพน ศรีธานี, 2560) และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, 2560) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจและจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงไปจนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้ (มุทิตา วรรณชาติ และคณะ, 2558) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยมากกว่าคนในวัยอื่น ส่งผลให้ความสามารถในทักษะด้านต่าง ๆ ในการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองลดลง อาจทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำลงได้

ดังนั้นจะอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองด้วย จากรายงานทางสถิติข้อมูลของสำนักงานจังหวัดนนทบุรี (2561) พบว่าจังหวัดนนทบุรี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และจังหวัดนนทบุรีจัดเป็นจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นเป็นลำดับสองของประเทศ กล่าวคือมีประชากรจำนวน 1,229,735 คน มีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 207,129 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 จังหวัดนนทบุรี ที่จะพัฒนาให้จังหวัดเป็นเมืองน่าอยู่ เป็นเมืองเศรษฐกิจและสร้างสรรค์ และเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ได้ให้ความสนใจกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวแทนสังคมเมืองและสังคมผู้สูงอายุที่ใหญ่ที่สุดในจังหวัดนนทบุรีโดยสร้างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุลงทะเบียนเป็นสมาชิกไม่ต่ำกว่า 9,180 คน หากการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ย่อมนำไปสู่เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ดังนั้นจึงมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี จึงเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี
2. ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี
3. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี

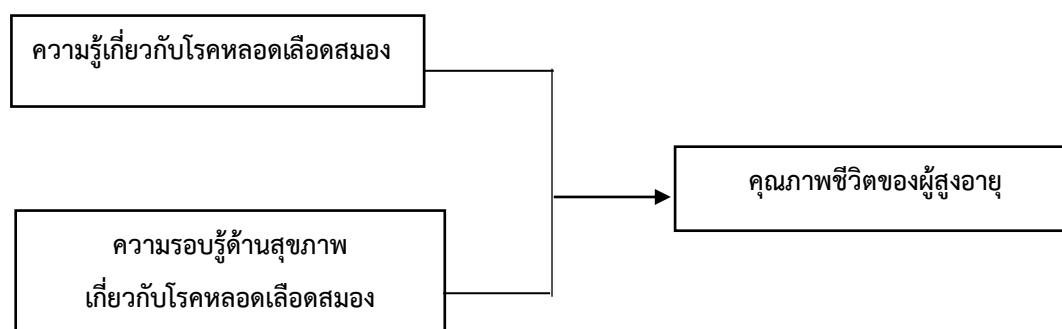
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีพัฒนามาจากของกิจปพน ศรีธานี (2560) จากการศึกษา พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งจากการศึกษากรอบแนวคิดทฤษฎี ของยุพาวรรณ ทองตะนูนาม (2562) และแนวคิดทฤษฎีของ Nutbean (2000) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรี ช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน - 25 ธันวาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรี จำนวน 80 คน โดยสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารได้ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) ในช่วงระยะเวลา 1 กันยายน - 25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 และเลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณค่า

อิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง (จากสูตร $K(10)+50$), K = จำนวนตัวแปร 3 ตัวแปร)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ น้าหนัก ส่วนสูง ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน และประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินความรู้ โรคหลอดเลือด โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามของยุพาวรรณ ทองตะนูนาม (2561) ประเภทเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน โดยใช้คะแนนเต็มจาก 10 คะแนน นำมาปรับเป็น 100 (ร้อยละ) และเรียงตามจำนวนผู้ผ่านการตอบแบบวัดความรู้ ประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็นระดับ ได้ดังนี้ ระดับน้อย หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 0-49 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 50-74 และระดับมาก หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 75 ขึ้นไป ไปโดยผ่านหาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) KR-20 และหาความยากง่ายมาแล้ว และหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรที่จะศึกษา โดยเป็นกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.80

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดสมองของยุพาวรรณ ทองตะนูนาม (2562) โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ใช้เกณฑ์จำแนกระดับแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับคือ ระดับต่ำหมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-2.45 ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.46-3.70 และระดับสูงหมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.71 เป็นต้นไป โดยผ่านการหาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) และหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรที่จะศึกษา โดยเป็นกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่น ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.94 โดยประยุกต์มาจากการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ ของเบญจมาศ สุมิตรไมตรี (2556)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตประจำวันของกิจปพน ศรีธานี (2560) ประเภทเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ ข้อละ 1 คะแนนโดยใช้เกณฑ์จำแนกระดับแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับคือระดับต่ำหมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 0-49 มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-6.40 ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 50-74 มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6.41-9.60 และระดับสูง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 75 ขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 9.61 เป็นต้นไป แบบสอบถามมีจำนวน 13 ข้อ ผ่านการหาความตรงทางเนื้อหา (Content validity) นำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรที่จะศึกษาโดยเป็นกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่น ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.94 ตามเกณฑ์ของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2540)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ BCNNON No.033/62 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) คำนวณค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และระดับคุณภาพชีวิต และคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิต หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนกลางเท่ากัน (ร้อยละ 39.0) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 90) สภาวะทางสุขภาพ เจ็บป่วย (ร้อยละ 48) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40) รองลงมาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 17.5) และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลเจ็บป่วยในครอบครัว (ร้อยละ 67.5)

2. ระดับความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 67.5), ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70) และระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับ (n= 80)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
มาก	54	67.5
ปานกลาง	15	18.7
น้อย	11	13.8
2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
สูง	56	70.0
ปานกลาง	19	23.8
ต่ำ	5	6.2
3. ระดับคุณภาพชีวิต		
สูง	67	83.8
ปานกลาง	12	15
ต่ำ	1	1.3

2.1 กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 75) มากที่สุด รองลงมาคือเมื่อมีอาการส่งตัวเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง (ร้อยละ 74) และการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 71) และคำถามที่ผู้สูงอายุตอบได้น้อยที่สุด คือ ใบหน้าชา แขนขาอ่อนแรงจะหายไปเองภายใน 2-3 นาที (ร้อยละ 20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองรายข้อ (n= 80)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	75	93.75
2. เมื่อมีอาการส่งตัวเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง	74	92.50
3. บุหรี่ แอลกอฮอล์เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	71	88.75
4. แขนขาอ่อนแรงข้างใด ข้างหนึ่งเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	67	83.75
5. ปากเบี้ยว ใบหน้าอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	66	82.50
6. เดินเซ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	66	82.50
7. อ้วนลงพุงเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	63	78.75
8. เจ็บหน้าอกเกิน 20 นาที เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย หดสติเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ	58	72.50
9. ปวดศีรษะรุนแรงทันทีทันใด เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	57	71.25
10. ใบหน้าชา แขนขาอ่อนแรงจะหายเองภายใน 2-3 นาที	20	25.00

2.2 กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.82$, $SD = 1.052$) โดยผู้สูงอายุมีความรอบรู้มากที่สุดเกี่ยวกับการรับประทานยา ละลายลิ่มเลือดอย่างเคร่งครัดหากได้รับยา รองลงมาคือ การค้นหาข้อมูลจากการเข้าถึงบริการจากหลายแหล่งข้อมูล และเมื่อมีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นจะไปพบแพทย์ทันที ($M = 3.99$, $SD = 1.428$; $M = 3.91$, $SD = 1.070$; $M = 3.89$, $SD = 1.423$ ตามลำดับ) ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำที่สุดคือความรอบรู้เกี่ยวกับการอ่านฟังคำแนะนำอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราไม่เข้าใจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n= 80)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. หากท่านได้รับยาละลายลิ่มเลือด ท่านจะรับประทานอย่างเคร่งครัด	3.99	1.407
2. ค้นหาข้อมูลจากการเข้าถึงบริการจากหลายแหล่ง	3.91	1.070
3. มีแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นจะไปพบแพทย์ทันที	3.89	1.423
4. หาข้อมูลจากหลายแหล่ง หาความเชื่อถือก่อนตัดสินใจ	3.81	.982
5. มีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงจะไปพบแพทย์ทันที	3.81	1.459
6. ให้คำแนะนำบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา	3.80	1.163
7. ได้พูดคุยประโยชน์อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา	3.76	1.407
8. ทานอาหารลดเค็ม ผัก 2 ส่วน เนื้อ 1 ส่วน ข้าว 1 ส่วน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	3.76	1.407
9. หากท่านมีอาการเจ็บหน้าอกท่านจะหยุดพักและโทร 1669 ทันที	3.60	1.483
10. อ่านฟังคำแนะนำอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา ไม่เข้าใจ	3.41	1.375
ภาพรวม	3.77	1.317

2.3 กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อที่เลือกตอบมากที่สุด คือ ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 98.75) รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 78) ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 77) และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ (ร้อยละ 77) และคุณภาพชีวิตที่มีผู้สูงอายุเลือกตอบน้อยที่สุด คือ มีงานทำ มีรายได้ (ร้อยละ 65) รองลงมาคือ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 69) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n= 80)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	79	98.75
2. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	77	96.25
3. เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ	77	96.25
4. ได้รับข้อมูลด้านสิทธิมนุษยชน	73	91.25
5. ได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปจากสื่อต่าง	75	93.75
6. ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	74	92.50
7. ได้พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรหลาน	71	88.75
8. ไม่เคยถูกทำร้าย	74	92.50
9. เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	78	97.50
10. มีรายได้พอเพียงกับรายจ่าย	69	86.25
11. ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน	74	92.50
12. มีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน	76	95.00
13. มีงานทำ มีรายได้	65	81.25

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองของผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .31, p < .05$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองของผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n= 80)

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง	ความรอบรู้ ทางสุขภาพ
ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	.117	
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	.150	.31*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรีพบว่า อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 67.5) เนื่องจากจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะได้รับความรู้จากการบรรยายของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนนทบุรี อยู่บ่อยครั้ง เกี่ยวกับโรค NCDs หรือ non-communicable diseases ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับศึกษาวิจัยครั้งนี้ กับการจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุของพิศิษฐ์ ปาละเขียว และคณะ (2566) พบว่า การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจกับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลต่อการมีชีวิตที่ดีเพิ่มอายุขัยได้มากขึ้น ตามมา นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความรู้ว่ามีอาการผิดปกติต้องส่งตัวเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง และการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีการให้ความรู้ทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตและจากการพูดคุยด้วยกันเองระหว่างผู้สูงอายุ

ส่วนคำถามที่ผู้สูงอายุตอบได้น้อยที่สุด คือ ใบหน้าชา แขนขาอ่อนแรงจะหายไปเองภายใน 2-3 นาที ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข จึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องนี้ด้วยในทุกๆ ครั้งที่มีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรีพบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70) อาจเนื่องมาจากอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนกลางส่วนใหญ่ มีความรู้ดี สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และปริญญาตรี

เป็นส่วนใหญ่ การเข้าถึง การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจ การรับรู้ การเท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง เป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ (2561) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับประเด็นการศึกษาความสำคัญของการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัยของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำแนกตามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าหากได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะรับประทานอย่างเคร่งครัด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดีมากที่สุดของผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นค้นหาข้อมูลจากการเข้าถึงบริการได้หลายแห่งแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารปัจจุบันที่มีการสื่อสารได้หลายทางและมีประสิทธิภาพและข้อที่ตอบว่ามีแขนขาอ่อนแรงปวดไม่ขัด อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นจะไปพบแพทย์ทันทีแสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ส่วนหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในเรื่องอ่านฟังคำแนะนำอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา ไม่เข้าใจแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในหัวข้อดังกล่าวควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนัก และเข้าใจความสัมพันธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา ให้เข้าใจดียิ่งขึ้นกว่านี้ ถึงแม้จะดูเหมือนว่าเป็นเรื่องที่น่าจะเข้าใจง่าย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคโดยทั่วไป แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุยังควรต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนี้ต่อไป

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครนนทบุรีพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.8) สาเหตุหลัก ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และได้เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่บุตรหลานและบุคคลอื่น ๆ สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ของ อภินทร์พร วงษ์รัตน และคณะ (2559) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านนันทนาการ และการมีที่อยู่อาศัย เป็นไปตามทิศทางเดียวกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาของเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ การมีกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ การได้เข้าร่วมพิธีทางศาสนา การได้มีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การได้อยู่กับลูกหลาน และเป็นที่ปรึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ส่วนหัวข้อคุณภาพชีวิตที่มีผู้สูงอายุเลือกตอบน้อยที่สุด คือ มีงานทำ มีรายได้ (ร้อยละ 65) รองลงมาคือ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 69) สอดคล้องกับการศึกษาของอภินทร์พร วงษ์รัตน และคณะ (2559) พบว่า คุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านรายได้ จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีการมีงานทำแต่ก็เป็นข้าราชการบำนาญเสียเป็นส่วนใหญ่ ค่าเงินที่ลดลงในแต่ละปีอาจส่งผลกระทบต่อ

ต่อการดำรงชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ เพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ปรับเงิน เบี้ยหวัด บำนาญ เพิ่มเบี้ยยังชีพในระดับชุมชน ท้องถิ่น ให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถของผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย การขยายอายุเกษียณงาน รวมทั้งเร่งกำหนดแนวทางยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อรองรับการแก้ปัญหาการว่างงานของผู้สูงอายุในระดับประเทศต่อไปในอนาคต

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรีพบว่า มีเพียงความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p = .01$) ในระดับปานกลาง แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ บางข้อที่ได้คะแนนน้อย อาจต้องหาวิธีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องหลอดเลือดสมองในข้อที่ด้อยให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ที่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ด้วยสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ คำแนะนำด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสถานภาพด้านสุขภาพ ของประชาชนชาวญี่ปุ่นของ Suka et al. (2015) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Related Quality of Life: HRQOL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ การรับรู้ การปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการสาธารณสุขและสื่อ ควรมีการให้ความรู้ อย่างละเอียดมากขึ้น ในเรื่องความเข้าใจถึงอาการใบหน้าชา แขนขาอ่อนแรงจะหายได้เองภายใน 2-3 นาที เมื่อนั่งพักอาการจะดีขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้ในหัวข้อนี้ มากยิ่งขึ้น

2. ด้านความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในทุกๆ ด้าน และทุกหัวข้อ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการตระหนัก การรับรู้ และการปฏิบัติตนได้ อย่างถูกต้องในการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา ให้เข้าใจดียิ่งขึ้นกว่านี้

3. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมด้านอาชีพให้เพียงพอแก่รายได้ ค่าครองชีพใน ปัจจุบันของผู้สูงอายุ หน่วยงานท้องถิ่น และส่วนกลาง ควรหันมาให้ความสนใจและจัดการกับปัญหาที่จะ เกิดขึ้น กับสังคมผู้สูงในอนาคดดังกล่าว

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมไปควบคู่กันเพื่อให้ลดการสูญเสียทางด้านสาธารณสุข ทางด้านสังคม และ ทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วอย่ามัวนำไปสู่ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ สิ่งแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลรอบข้างได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัย หรือสาเหตุการส่งเสริม การป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดสมองต่อไป
2. ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคุณภาพชีวิต กลุ่มประชากร กลุ่มอายุ หรือกลุ่มพื้นที่อื่น เช่น ในสังคมเมืองกับสังคมชนบท เพื่อเปรียบเทียบ และได้ทำการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก และเชิงกว้างต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณคณาจารย์ และผู้อำนวยการที่ได้อนุญาต และให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนางมรภฏ บังแตง ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนนทบุรี ที่ได้ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ประสานงาน ที่ให้การช่วยเหลือ และผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการดำเนินงานในพื้นที่เป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- จินตนา สุวิทวัส. (2560). การใช้กระบวนการพยาบาลในการบริหารยาเพื่อป้องกันอันตรายระหว่างอาหารกับยาแผนปัจจุบันในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 131-136.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2562, 4 เมษายน). คนไทยป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2019/04/17033>
- นันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, อรุณี ชาญชัย, ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณิสร์ แก้วแดง. (2559) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระยอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(2), 54-64.
- บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. (2540). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ สุจริตโมตริ. (2556). *รายงานการศึกษาส่วนบุคคลเรื่องการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.

- พิศิษฐ์ ปาละเชียว, จันทร์จิรา ยานะชัย และศิริรัตน์ ผ่านภพ. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน*, 1(1), 15-25.
- มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, (ฉบับพิเศษ), 18-29.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม. (2562). *คู่มือการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข: การส่งเสริมการดูแลตนเอง เฝ้าระวังโรคและป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD: ACS, Stroke)*. สามชัย.
- สำนักงานจังหวัดนนทบุรี. (2561). *บรรยายสรุปจังหวัดนนทบุรี*. กลุ่มยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อพัฒนาจังหวัด.
- อภิเชษฐ์ จาเนียรสุข. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสี่หมุ่นจังหวัดขอนแก่น. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(2), 16-26.
- อภิสิทธิ์พร วงษ์รัตน์, จิตติ กิตติเลิศไพศาล และละมัย ร่มเย็น. (2559). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 13(63), 145-156.
- อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences*, 7(2), 76-95.
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634–634A. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayama, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient education and counseling*, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. Gardner Press.

การพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการของโรงเรียนบ้านโคกนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ศิริรัตน์ แก้วประเสริฐ, สม.*

รัตนา คำศรี, พย.ม.**

ดาริณ โพธิ์แก้ว, พย.ม.***

Received: April 30, 2023

Revised: June 27, 2023

Accepted: June 28, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียน และประเมินผลการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนบ้านโคกนาสามอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การศึกษาบริบท โดยการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน โดยเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการโรงเรียน และการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จำนวน 201 คน 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยการวางแผนร่วมกันและการลงมือปฏิบัติ 3) การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ โดยการสังเกตผลการปฏิบัติงาน การสะท้อนการปฏิบัติงาน และสรุปผลจากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 1) นโยบายและการวางแผนการดำเนินการด้านโภชนาการที่ชัดเจน 2) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในรูปของคณะกรรมการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีทุนสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกชุมชน 3) การดำเนินการด้านโภชนาการ ได้แก่ พัฒนาความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดอาหารกลางวันโดยใช้เมนูอาหารตาม Thai School Lunch ใช้รูปแบบการบริหารจัดการอาหารกลางวัน ส3 สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ สร้างสุขนิสัย (Healthy) สุขาภิบาล (Sanitary) และสุขภาพ (Health) 4) การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่บูรณาการกับการดำเนินการด้านโภชนาการทุกระดับชั้น 5) การเฝ้าระวังและการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง และพบว่าความพึงพอใจของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบต่อการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.61, SD = 0.47$)

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ควรมีการกำหนดนโยบาย วางแผน สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีทุนสนับสนุนจากภายในและภายนอกหน่วยงาน ขยายผลต่อสถาบันการศึกษาอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โรงเรียนต้นแบบโภชนาการ โภชนาการ การพัฒนา

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: rattana@bcnsurin.ac.th

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Development of School Nutrition Model in Choknasam School, Prasart District, Surin Province

Sirirat Kaewprasert, M.P.H.*

Rattana Khamsri, M.S.N.**

Darin Phokaew, M.S.N.***

Abstract

The Action research aims to develop and implement the school model of nutrition, Choknasam, Prasart district, Surin province. The research is divided into 3 parts; 1) the situation study by using the document study, focus group with 12 persons who were the officer involved in the nutritional school, the situational nutrition survey from health care form of 201 students in primary school grades 1-6, weight and summary form, 2) the development process of school model 3) the testing of the school instruction of nutrition by using observation, reflection and summary result. Data were analyzed using descriptive statistics, and content analysis,

The result showed that the school model of nutrition comprised with 1) policy and planning of nutritional operation 2) the network participation development by having committee and having fund in and outside community 3) the nutritional operation such as improving knowledge of teamwork and who involved the lunch preparation by using Thai School Lunch menu “3 s” for sustainable development (Healthy, Sanitary and Health), 4) the learning design which integrated nutritional operation in every grade of primary school 5) the monitoring and solving nutrition. It was found that overall, the satisfaction of the co-worker was as highest level ($M = 4.61$, $SD = 0.47$)

The suggestion, the development nutrition model prototype should indicate policy, plan for developing network cooperation and financial support. And extending the model into the other school.

Keywords: School nutrition model, Nutrition, The development

* Professional Level Public Health Technical Officer, Health Promotion Group, Surin Provincial Public Health Office

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: rattana@bcnsurin.ac.th

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

จากสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยเด็กวัยเรียนตั้งแต่ปี 2563-2564 พบว่า ปัญหาทุพโภชนาการ และภาวะโภชนาการเกินยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ควรมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 66 มีภาวะโภชนาการเกิน ไม่เกินร้อยละ 10 ส่วนสูงหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5 (ศูนย์อนามัยที่ 9, 2564) แต่พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพียงร้อยละ 58.23 และ 60.14 ตามลำดับ จากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) พ.ศ. 2563 - 2564 ของเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพียงร้อยละ 63.15 และ 56.05 ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียนอายุ 6-14 ปี ของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า เด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.38 และ 67.57 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 9.40 และ 8.99 ตามลำดับ มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.97 และ 8.88 ตามลำดับ และมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.87 และ 3.87 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาวะโภชนาการของนักเรียน อายุ 6-14 ปี ในจังหวัดสุรินทร์ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ โภชนาการที่กำหนด เด็กยังมีภาวะโภชนาการเกิน และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มากขึ้น บ่งชี้ถึงการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้ขาดโปรตีนและพลังงานแบบเรื้อรังเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อการเจริญเติบโต ร่างกายแคระแกรน เด็กที่พร่องสารอาหารหรือมีภาวะทุพโภชนาการจะทำให้การพัฒนาของเซลล์สมองและสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ ส่งผลให้มีไอคิวต่ำ ไม่มีความพร้อมในการเรียน ประสิทธิภาพการเรียนรู้และการทำงานต่ำ (สำนักโภชนาการ, 2564) ดังนั้น โรงเรียนจึงมีส่วนสำคัญในการจัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนสำหรับเด็กวัยเรียน ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นและมีการเจริญเติบโตสมวัย

อาหารมีบทบาทสำคัญต่อภาวะโภชนาการของเด็กเพราะเป็นวัยที่อยู่ระหว่างการเจริญเติบโต โดยเฉพาะอาหารในโรงเรียน ซึ่งไม่เฉพาะอาหารกลางวัน แต่รวมถึงอาหารว่าง น้ำดื่ม และนม ทั้งในและรอบรั้วโรงเรียน โดยเฉพาะอาหารมื้อกลางวัน การใช้โปรแกรม Thai School Lunch ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพ โปรแกรมสามารถคำนวณคุณค่าสารอาหารจากสารบัญที่จัดขึ้น และคำนวณปริมาณของวัตถุดิบในการจัดซื้อแต่ละครั้ง ทั้งยังสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายและวัตถุดิบล่วงหน้าได้ (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2564) เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอเหมาะสมตามวัย จากการประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ปีการศึกษา 2563 พบว่า มีนักเรียนที่มีน้ำหนักต่อส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.97 นักเรียนที่มีส่วนสูงต่ออายุต่ำกว่าเกณฑ์ (เตี้ย) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 นักเรียนที่มีน้ำหนักต่อส่วนสูงมากกว่าเกณฑ์ (อ้วน) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.98 (โรงเรียนบ้านโชคนาสาม, 2563) ซึ่งที่ผ่านมาโรงเรียนได้จัดอาหารมื้อกลางวันสำหรับเด็กโดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch แต่มีปัญหาเรื่องงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ผลผลิตที่มีในท้องถิ่นและความปลอดภัยทางด้านอาหารยังไม่เพียงพอ และทำให้การจัดซื้อวัตถุดิบในการปรุงอาหารไม่เพียงพอ ผู้ประกอบอาหารมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการสำหรับเด็กไม่เพียงพอ ประกอบกับร้านค้าภายในโรงเรียนจำหน่ายอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ ประเภทขนมถุง ของทอด น้ำหวาน (โรงเรียนบ้านโชคนาสาม, 2563) ดังนั้น จึงต้อง

อาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการช่วยให้โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพสำหรับเด็กนักเรียน

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียนของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาสุรินทร์เขต 3 โดยมุ่งเน้นให้โรงเรียนมีการบริหารจัดการด้านโภชนาการที่ดีขึ้น มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องโภชนาการทั้งในหลักสูตรและเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาผู้เรียน การจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการสื่อสารด้านโภชนาการให้นักเรียนและบุคลากรสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ สามารถบอกต่อ เผยแพร่ ความรอบรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการของนักเรียนได้

วัตถุประสงค์

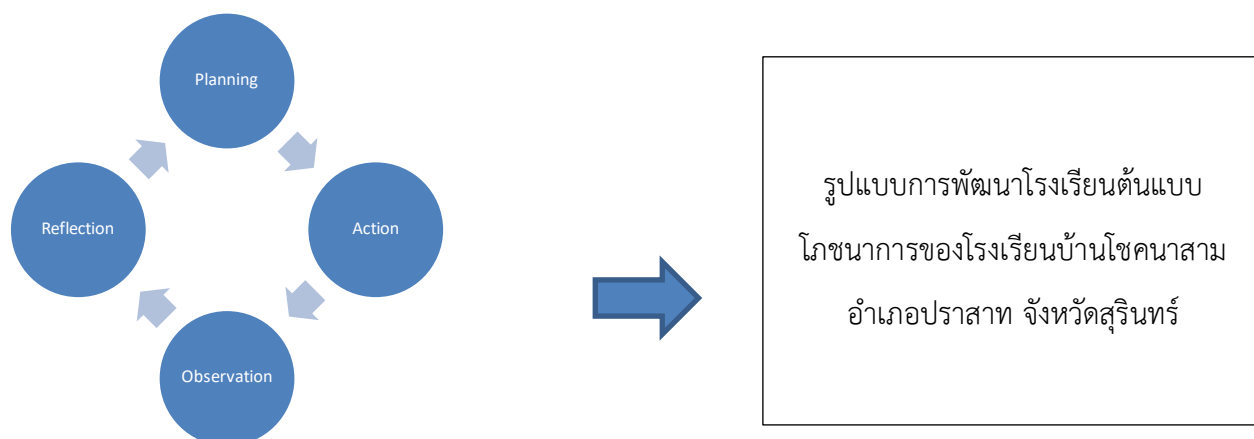
1. เพื่อพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการเด็กวัยเรียนของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) การศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ดำเนินการตั้งแต่พฤษภาคม 2564 ถึง ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลา 18 เดือน โดยแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนโชคนาสาม

ผู้วิจัยศึกษาจาก

1) เอกสาร และสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนโชคนาสาม

2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดโภชนาการเด็ก

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทั้งสายการสอนและสายสนับสนุนทุกระดับโรงเรียนโชคนาสาม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านโภชนาการของโรงเรียนโชคนาสาม โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนโชคนาสาม รวมจำนวน 12 คน

3) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ทุกคน รวมจำนวน 201 คน จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวนักเรียน และแบบบันทึกสรุปผลการชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) และส่วนสูง (เซนติเมตร)

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

1. การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนประชุมพิจารณาวางแผนการดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

2. การลงมือปฏิบัติงาน (Action) ผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบดำเนินการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

1. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบนำรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการไปดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้ติดตามความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะและอีก 3 เดือนต่อมาผู้วิจัยประเมินผลตามเกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

2. การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) ผู้วิจัยสรุปผลการประเมินจากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ นำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาาร่วมกันกับคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาปรับปรุงและกำหนดรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

3. สรุปผลจากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ โดยการสังเกต สัมภาษณ์และประเมินความพึงพอใจของผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงาน กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียน และประเมินการเจริญเติบโตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6

ประชากร บุคลากรทั้งสายการสอนและสายสนับสนุนทุกระดับของโรงเรียนโชนาสาม

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เกี่ยวข้องการดำเนินการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านโภชนาการของโรงเรียนโชนาสาม เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ซึ่งในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 1 คน ครูผู้สอน 2 คน ครูผู้รับผิดชอบงานโภชนาการซึ่งจะต้องปฏิบัติงานที่โรงเรียนบ้านโชนาสาม อ.ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มาเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน กรรมการสถานศึกษาโรงเรียนบ้านโชนาสาม จำนวน 1 คน ผู้ปกครองนักเรียนจำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน แม่ครัว 1 คน ผู้ประกอบการ 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียน จำนวน 1 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ โดยเป็น นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 โรงเรียนบ้านโชนาสาม อ.ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมดรวมจำนวน 201 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น

1. เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล โดยการชั่งน้ำหนักใช้หน่วยเป็นกิโลกรัม ที่วัดส่วนสูงใช้สายวัดส่วนสูง โดยการวัดส่วนสูงใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร รายงานเป็นทศนิยม 1 ตำแหน่ง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นเครื่องชี้วัดทางโภชนาการโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 และแบบบันทึกสรุปผลการชั่งน้ำหนัก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวนักเรียนของโรงเรียนโชนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการโรงเรียน

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อเป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงาน กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ วิธีการดำเนินงาน ผลที่ได้และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. แบบสังเกตและแบบบันทึกการปฏิบัติงาน เพื่อใช้ในการบันทึกและสังเกตกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนจากมากไปน้อย ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งโครงสร้างแบบสังเกตและแบบบันทึกการปฏิบัติงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจ ที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านโภชนาการเด็กวัยเรียนจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) ค่าดัชนีความสอดคล้อง = 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใน 3 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงาน นัดหมาย วันเวลาในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยให้การสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียน ของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 12 คน เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานด้านการจัดโภชนาการเด็ก

2. ผู้วิจัยสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวนักเรียน และแบบบันทึกสรุปผลการชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) และส่วนสูง (เซนติเมตร) ก่อน-หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจจากผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงาน กรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ โดยการแจกแบบสอบถามซึ่งไม่มีการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามนั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และจัดกลุ่มข้อมูลเนื้อหาที่ได้รับจากการศึกษาเอกสารการสัมภาษณ์ การสังเกต เพื่อสรุปประเด็น

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 16/25 รับรอง วันที่ 19 กันยายน 2565 โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทของโรงเรียนโชคนาสาม โดยสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงานกรรมการสถานศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ปกครอง แม่ค้า และผู้นำชุมชน ของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 11 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบโรงเรียน จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน และสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประจำตัวนักเรียน และแบบบันทึกสรุปผลการชั่งน้ำหนัก (กิโลกรัม) และส่วนสูง (เซนติเมตร) ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนโชคนาสาม

1.1 บริบททั่วไป

โรงเรียนบ้านโชคนาสาม ตำบลโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุรินทร์เขต 3 เปิดทำการสอนระดับชั้นอนุบาลที่ 2 ถึงระดับชั้นศึกษามัธยมศึกษาที่ 3 มีจำนวนครูและบุคลากรทางการศึกษา จำนวน 22 คน โรงเรียนมีการดำเนินโครงการองค์การรอบรู้สุขภาพ โครงการโรงเรียนปลอดภัย โครงการโรงเรียนสีขาว ได้รับรางวัลโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ Best Practice ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทย สูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี สภาพแวดล้อมโดยรอบโรงเรียนเป็นชุมชนชนบทประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ และขายสลากกินแบ่งรัฐบาล นักเรียนอาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย เป็นส่วนใหญ่ มีร้านค้าภายในและภายนอกโรงเรียน จำหน่ายอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการจำพวกของทอด ขนมขบเคี้ยว น้ำหวาน

1.2 นโยบายและการบริหารการดำเนินการด้านโภชนาการ

ผู้บริหารโรงเรียนมีการกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ และมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานด้านโภชนาการของโรงเรียน พัฒนาระบบการเรียนรู้ด้านโภชนาการ เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหาร ดังตัวอย่างดังนี้

“มีนโยบายเกี่ยวกับโภชนาการของโรงเรียนให้ทุกคนดำเนินงานด้านนี้...อยากให้นักเรียนของเรามีความรู้ เลือกอาหารเป็น มีโภชนาการที่ดี” (หญิงไทย 1)

1.3 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอก

โรงเรียนมีการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภายใน โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อขับเคลื่อนโครงการส่งเสริมโภชนาการเด็กนักเรียนของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม ซึ่งประกอบด้วยครูนักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรในชุมชน มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกันกำหนดนโยบาย และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งจัดประชุมทำแผนการดำเนินงานและจัดหางบประมาณ แต่ยังไม่มีการดำเนินการกับองค์กรภายนอกเป็นรูปธรรมชัดเจน ดังตัวอย่าง

“ตั้งเป็นกรรมการดำเนินงาน จัดสรรงบประมาณไว้เพื่อทำด้านนี้” (หญิงไทย 1)

“...มีแค่ในชุมชน รพ.สต. แต่ถ้าองค์กรนี้เรายังไม่เคยเครือข่าย” (หญิงไทย 1)

“ตอนแรกก็ทำกันเอง ยังไม่มีคนข้างนอก ก็ช่วยกันดูว่าใครบ้างที่เกี่ยวข้อง ครู แม่ครัว หมอ อนามัย แม่ค้าขายของ เราเอาจากชุมชนด้วย ผู้ปกครอง ผู้ใหญ่บ้าน ตั้งเป็นกรรมการทำงานไปด้วยกัน” (หญิงไทย 3)

“ก็มาช่วยคิดว่าจะช่วยยังไง มีอะไรที่ทำได้บ้าง” (ชายไทย 2)

1.4 ภาวะโภชนาการของนักเรียน

สถานการณ์ด้านโภชนาการของนักเรียนปีการศึกษา 2563 พบว่า นักเรียนมีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.01 อ้วนร้อยละ 4.98 และผอมร้อยละ 6.97 โดยมีการสำรวจและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของนักเรียนทุกคนโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ปีการศึกษาละ 2 ครั้ง สำหรับนักเรียนที่มีภาวะ เริ่มอ้วน/อ้วน ภาวะผอม จะมีการชั่งน้ำหนักติดตามอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนนักเรียนที่มีภาวะเตี้ย จะวัดส่วนสูง ปีละ 2 ครั้ง

1.5 การดำเนินการด้านโภชนาการ

โรงเรียนมีการจัดอาหารกลางวันโดยใช้เมนูอาหารตาม Thai School Lunch โดยตักอาหารใส่ถาดหลุมให้นักเรียนรับประทานตามธงโภชนาการ ซึ่งเมนูอาหารจะมีการปรับเปลี่ยนวัตถุดิบให้สอดคล้องกับฤดูกาลหรือผลผลิตที่โรงเรียนผลิตได้เพื่อนำเข้าสู่โครงการอาหารกลางวัน โรงเรียนไม่สามารถจัดเมนูอาหารตาม Thai School Lunch ได้ทุกวัน เนื่องจากงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด วัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นและความปลอดภัยทางด้านอาหารยังไม่เพียงพอ ผู้เตรียมปรุงประกอบอาหารยังขาดความรู้ความเข้าใจ และการให้ความสำคัญในเรื่องคุณค่าอาหารตามหลักโภชนาการ อีกทั้งโรงอาหารมีบ่อตักเศษอาหารและดักไขมันที่ใช้การได้ไม่ดี ดังตัวอย่าง

“เหมือนลูกตัวเองไม่ค่อยทาน ถ้าที่โรงเรียนมีอาหารที่ถูกหลักก็ดี ลูกเราก็จะได้ทานด้วย”

(หญิงไทย 5)

“...วันนี้จะแกงฟักทองมันไม่มี ก็ใส่มะละกอแทน เอาที่ทำได้” (หญิงไทย 7)

“ก็มีบ้างที่ยังไม่ถูกตามหลัก(โภชนาการ) เพราะบางทีมันไม่มีเราก็กินเท่าที่ทำได้” (หญิงไทย

9)

1.6 การจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกับการดำเนินการด้านโภชนาการ

โรงเรียนมีการบูรณาการด้านโภชนาการและสุขภาพกับการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนทุกชั้นปี ดังนี้ มีการเรียนการสอนในหัวข้อการจัดอาหารว่างและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ในสาระวิชาการงานอาชีพและเทคโนโลยี การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการและอาหารปลอดภัย การดูแลสุขภาพปากและฟัน ในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ดังตัวอย่าง

“ดูว่าการเล่นกีฬา การออกกำลังกายอะไรจะส่งเสริมความสูงความแข็งแรงบ้าง ก็จัดไปในวิชาพลศึกษา สอนสุขศึกษาด้วย” (ชายไทย 1)

“เสริมไปในวิชาการงานอาชีพที่เกี่ยวกับเรื่องอาหาร เอาที่ใกล้ตัวนักเรียนก็เป็นการทำอาหารว่าง น้ำดื่มสมุนไพร” (หญิงไทย 2)

“ช่วยกันดูแล้วก็ออกแบบเนื้อหาสาระ...มีอยู่ 3 วิชา วิชาการงานอาชีพและเทคโนโลยี วิชา
สุขศึกษาและพลศึกษา และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน” (หญิงไทย 3)

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ

2.1 ผู้วิจัยร่วมกับผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน ครูผู้รับผิดชอบงาน กรรมการสถานศึกษา
ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน แม่ครัว ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนจัดทำ
แผนการดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ได้แก่ แผนงาน/โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ
พัฒนาโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ ประจำปี 2564

2.2 ผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบดำเนินการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ
ประชุมระดมสมองการดำเนินการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการให้สอดคล้องตามกรอบ
มาตรฐานโรงเรียนต้นแบบอาหารกลางวันดีเด่นระดับประเทศ 5 มาตรฐาน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้าน
การมีส่วนร่วมเครือข่าย ด้านการดำเนินงานอาหารกลางวัน ด้านการบูรณาการการจัดการเรียนรู้ และด้าน
ผลผลิต ผลลัพธ์

2.3 ผู้บริหารโรงเรียนกำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแต่งตั้ง
คณะกรรมการรับผิดชอบกิจกรรมการส่งเสริมการขับเคลื่อนโครงการด้านโภชนาการ แต่งตั้งคณะกรรมการ
รับผิดชอบกิจกรรมการส่งเสริมการขับเคลื่อนโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนบ้านโชคนาสาม ประกอบด้วย
คณะกรรมการบริหารโครงการอาหารกลางวัน คณะกรรมการตรวจรับงานจ้างการประกอบอาหาร โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง คณะกรรมการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน คณะกรรมการควบคุมและตรวจการ
ประกอบอาหาร คณะกรรมการโครงการอาหารกลางวัน และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ คณะทำงาน
ขับเคลื่อนระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนบ้านโชคนาสาม เพื่อให้การขับเคลื่อนระบบการจัดการ
อาหารปลอดภัยในโรงเรียนบ้านโชคนาสาม เกิดระบบงานที่มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่นักเรียน

2.4 การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน โดยมี
กระบวนการดำเนินงานดังนี้ ครู บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปกครอง ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ
ตำบล โรงพยาบาลปราชญ์ สาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลโชคนาสาม ศูนย์อนามัยที่ 9 จังหวัด
นครราชสีมา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ จัดตั้งคณะกรรมการภายในโรงเรียนและหน่วยงานเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อน
งานส่งเสริมการจัดการแก้ปัญหาโภชนาการในวัยเด็กวัยเรียนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ดังนี้ 1) แต่งตั้ง
คณะกรรมการรับผิดชอบกิจกรรมการส่งเสริมการขับเคลื่อนโครงการด้านโภชนาการ 2) แต่งตั้งคณะกรรมการ
รับผิดชอบกิจกรรมการส่งเสริมการขับเคลื่อนโครงการอาหารกลางวัน 3) การแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อน
ระบบการจัดการอาหารปลอดภัย โดยทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ร่วมกันในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เพื่อการขับเคลื่อน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลโชคนาสาม โรงเรียนเครือข่าย ผู้นำชุมชน และเกษตรกร
จัดทำข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตและจัดการอาหารปลอดภัย และจัดหาทุนสนับสนุนจากองค์กรภายนอก
ชุมชน

2.5 ภาวะโภชนาการของนักเรียน

การดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของโรงเรียนโซคนาสาม กำหนดรูปแบบให้ครู คณะกรรมการสถานศึกษา เครือข่ายผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมดำเนินการ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอและตำบล ร่วมกันตรวจประเมิน แนะนำ แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยและด้านสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีทั้งหมด 10 องค์ประกอบ 19 ตัวชี้วัด การแก้ไขภาวะโภชนาการโดยใช้กลไกของคณะกรรมการสถานศึกษาร่วมกับเครือข่ายผู้ปกครอง หน่วยงานภาครัฐและเอกชนร่วมกันวิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหา โดยได้ดำเนินการดังนี้

1) โรงเรียนมีการสำรวจเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของนักเรียนทุกคน ทุกเดือน โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง แล้วแปลผลโดยใช้โปรแกรม จากระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล (Data Management Center: DMC) หรือ DMC คือ ระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายคนที่มีตัวตนในโรงเรียนจริง เฉพาะโรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เท่านั้น ไม่รวมโรงเรียนสังกัดอื่น เป็นโปรแกรมคำนวณผลค่าดัชนีมวลกาย BMI ของนักเรียนทั้งโรงเรียน โดยให้ผลลัพธ์เป็นค่าภาวะโภชนาการ ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

2) โรงเรียนใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล ที่ให้ค่าเป็นตัวเลขที่มีจุดทศนิยม เพื่อให้ค่าน้ำหนักที่นำไปคำนวณได้ค่าที่เที่ยงตรง

3) โรงเรียนใช้เครื่องวัดส่วนสูงที่มีสเกลความถี่บอกความเป็นมิลลิเมตรเพื่อให้ค่าส่วนสูงที่นำไปคำนวณได้ค่าที่เที่ยงตรง

4) โรงเรียนมีครูผู้รับผิดชอบ ดำเนินการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียนทุกคน ในวันเดียวกัน เพื่อให้ได้ค่าน้ำหนักส่วนสูงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

5) ครูผู้รับผิดชอบ นำข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของนักเรียนทุกคน กรอกเข้าในระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล (Data Management Center: DMC) หรือ DMC โดยโปรแกรมจะให้ผลลัพธ์เป็นค่าภาวะโภชนาการ ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กเริ่มอ้วน/อ้วน เตี้ย ผอม ดังนี้

5.1) แยกนักเรียนที่มีปัญหาออกเป็นกลุ่มเด็กเริ่มอ้วน/อ้วน เตี้ย ผอม

5.2) ให้นักเรียนกลุ่มดังกล่าวแยกรับอาหารกลางวัน เพื่อควบคุมเรื่องการรับประทานอาหาร ดังนี้

5.2.1) นักเรียนกลุ่มเริ่มอ้วน/อ้วนให้รับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ถ้าไม่อิ่มเพิ่มน้ำซूपเนื้อ ผัก ผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน

5.2.2) นักเรียนเตี้ย ร่วมกับผอม ให้รับประทานอาหารตามธงโภชนาการ จัดอาหารเพิ่มเนื้อ นม ไข่ และผัก ผลไม้ต่างๆ

5.2.3) นักเรียนผอม ให้รับประทานอาหารตามธงโภชนาการ จัดอาหารเพิ่ม เนื้อ นม ไข่ ผัก และผลไม้ต่างๆ

5.3) กำหนดเวลาการออกกำลังกายให้กับนักเรียนกลุ่มดังกล่าวโดยจัดกิจกรรมช่วง “กิจกรรมลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” (เวลา 15.00 น. ของทุกวัน)

5.4) นักเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วน/อ้วน เข้าร่วมโครงการลดอ้วน ลดโรค ขวนกิน ขวนออกกำลังกายของนักเรียนทุกระดับชั้น เน้นแก้อัชชีฟุง กิจกรรมขยับกายสลายไขมัน ChoPA & ChiPA Game

5.5) นักเรียนที่มีภาวะเตี้ย ผอม เน้น จิงโจ้ยัดเหยียด Fun For Fit กระโดดเชือก ร้องเล่น เต้นสนุก

5.6) จัดอบรมนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยกัน

5.7) ให้ผู้ปกครองดูแลเอาใจใส่นักเรียนและกำชับนักเรียนเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และรับประทานอาหารให้ครบสามมื้อ

5.8) ทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของนักเรียนเป็นทุกเดือน

2.6 การดำเนินการด้านโภชนาการ

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้แก่ทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบและผู้เกี่ยวข้อง

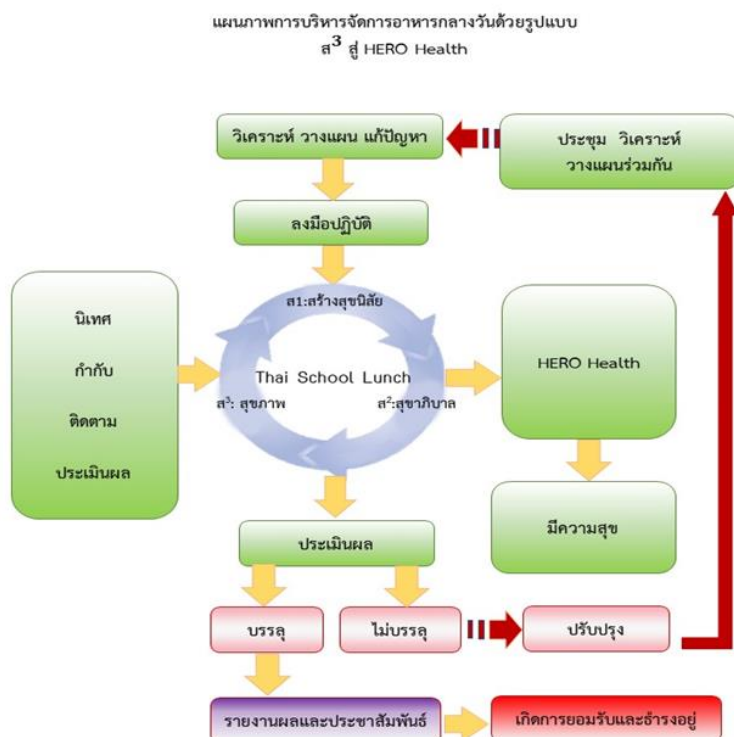
2) จัดอาหารกลางวันนักเรียนตามข้อมูลภาวะโภชนาการ โดยจัดรายการอาหารหมุนเวียน 5 วัน ต่อสัปดาห์ ให้ครบตามหลักโภชนาการโดยมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ด้านโภชนาการรับผิดชอบโครงการอาหารกลางวันนักเรียน มีการดำเนินการโดยการศึกษา และวางแผนในการจัดทำรายการอาหารกลางวันให้เพียงพอ มีปริมาณสัดส่วนของอาหารตามธงโภชนาการ มีการจัดทำบันทึกภาวะโภชนาการของนักเรียน และวางแผนจัดเมนูอาหารกลางวัน 1 เดือนล่วงหน้า ปรับให้เหมาะสมกับวัตถุดิบที่มีในพื้นที่ สอดคล้องกับบริบทชุมชน เป็นไปตามมาตรฐานการจัดอาหารกลางวันตามหลักโภชนาการ มีการนำไปใช้จริง โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการอาหารกลางวัน ส3สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนี้ 1) สร้างสุขนิสัย (Healthy) 2) สุขาภิบาล (Sanitary) 3) สุขภาพ (Health)

2.7 การจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการกับการดำเนินการด้านโภชนาการ

กำหนดหลักสูตรหรือหน่วยการเรียนรู้หรือแผนจัดการเรียนรู้ บูรณาการตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ ใช้หน่วยการเรียนรู้บูรณาการตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ และบูรณาการการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate school) โดยดำเนินการทุกระดับชั้น

ภาพที่ 2

การดำเนินการด้านโภชนาการ



ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

3.1 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ได้นำรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการไปดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วผู้วิจัยได้ติดตามความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะและอีก 3 เดือนต่อมาผู้วิจัยประเมินผลตามเกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

3.2 การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดประชุมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ เสนอผลการใช้รูปแบบและร่วมกันปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

3.3 สรุปผลจากการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ สรุปได้ดังนี้

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ที่มพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเห็นพ้องกันว่า การดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ตามกรอบมาตรฐานโรงเรียนต้นแบบอาหารกลางวันดีเด่นระดับประเทศ 5 มาตรฐาน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมเครือข่าย ด้านการดำเนินงานอาหารกลางวัน ด้านการบูรณาการจัดการเรียนรู้ และด้านผลผลิต ผลลัพธ์ เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดี ผลการประเมินรับรองโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนต้นแบบโภชนาการ

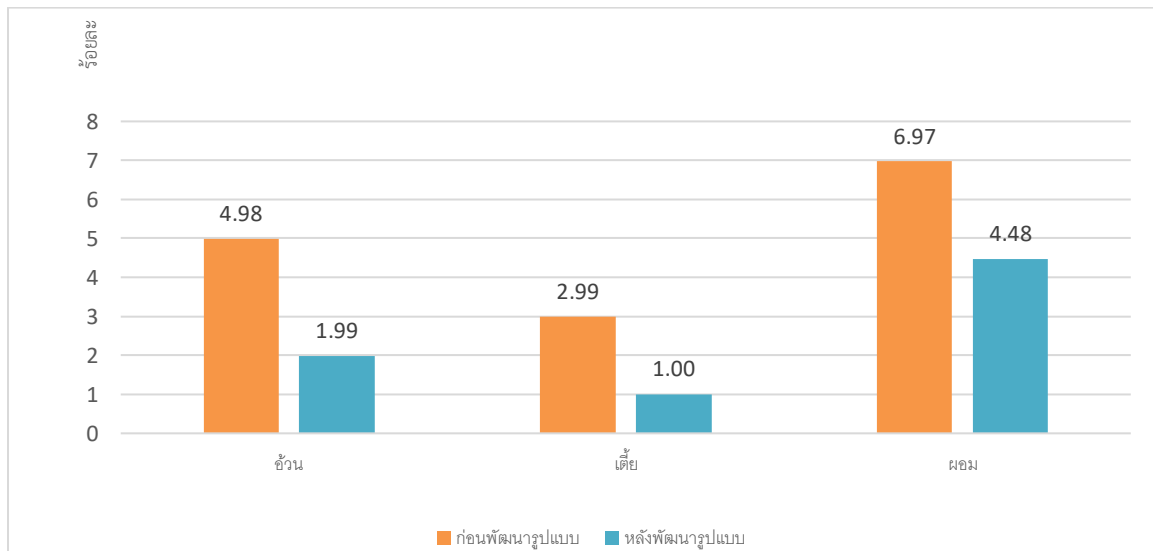
ภาวะโภชนาการของนักเรียน พบว่า นักเรียนมีแนวโน้มภาวะโภชนาการดีขึ้น รายละเอียดดัง

ภาพที่ 3

ภาพที่ 3

แสดงร้อยละการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการก่อนและหลังพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบโภชนาการของโรงเรียนบ้านโคกนาสาม อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์

การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการก่อนและหลังพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบโภชนาการของ
โรงเรียนบ้านโคกนาสาม



ตารางที่ 1

ความพึงพอใจของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการต่อการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ	4.75	0.45	มากที่สุด
2. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการตรงกับความต้องการของท่าน	4.75	0.45	มากที่สุด
3. ท่านรับรู้ เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ	4.92	0.29	มากที่สุด
4. กิจกรรมต่างๆของรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการมีความเหมาะสม	4.50	0.52	มาก
5. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการช่วยพัฒนาให้นักเรียนสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมด้านโภชนาการที่พึงประสงค์ได้	4.42	0.51	มาก
6. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการช่วยพัฒนาให้นักเรียนเกิดการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการที่พึงประสงค์ได้	4.58	0.51	มากที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
7. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการช่วยพัฒนาให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ	4.67	0.49	มากที่สุด
8. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการทำให้โรงเรียนมีแนวทางการบริหารจัดการด้านโภชนาการทั้งในและนอกหลักสูตร	4.42	0.51	มาก
9. การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ทำให้ท่านเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการที่พึงประสงค์	4.50	0.52	มาก
10. การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ทำให้ท่านสามารถบอกต่อ และเผยแพร่ ความรอบรู้ด้านโภชนาการให้กับบุคคลอื่นได้	4.42	0.51	มาก
11. รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ	4.75	0.45	มาก
รวม	4.61	0.47	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่าความพึงพอใจต่อการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.61$, $SD = 0.47$) จำแนกตามรายข้อ พบว่า ท่านรับรู้ เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ อยู่ในระดับมากที่สุดเป็นลำดับแรก ($M = 4.92$, $SD = 0.29$) รองลงมาได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการตรงกับความต้องการของท่าน และรูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 4.75$, $SD = 0.45$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการของโรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ ภายใต้แนวคิด “ส3 สู่ HERO Health” เป็นรูปแบบที่ดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานโรงเรียนต้นแบบอาหารกลางวันดีเด่นระดับประเทศ 5 มาตรฐาน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมเครือข่าย ด้านการดำเนินงานอาหารกลางวัน ด้านการบูรณาการจัดการเรียนรู้ และด้านผลผลิต ผลลัพธ์ ซึ่งสอดคล้องกับความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนต้นแบบอาหารกลางวันดีเด่นระดับประเทศ ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง (ปรางทิพย์ เจียมกลิ่น และคณะ, 2564) การจัดอาหารกลางวันโดยใช้เมนูอาหารตาม Thai School Lunch ใช้รูปแบบการบริหารจัดการอาหารกลางวัน ส3 สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ 1) สร้างสุขนิสัย (Healthy) 2) สุขาภิบาล (Sanitary) 3) สุขภาพ (Health) เป็นรูปแบบบริหารการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันที่มีการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมิน และรายงานผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ, 2559) ทำให้มีการสร้างสุขนิสัยในตนเอง มีการจัดการ

สุขภาพที่ดี นักเรียนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สมส่วนตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ คือการกำหนดนโยบายและ เป้าหมายร่วมกัน ใช้วิธีการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน สร้างเครือข่ายและการจัดการความรู้ให้กับผู้เรียน ตามรูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และโรงเรียนรอบรู้สุขภาพ ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาความร่วมมือที่ ยั่งยืนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ภายใต้อำนาจ 4 หลักการ ดังนี้

1. ทำทั้งโรงเรียน ผู้บริหาร กรรมการสถานศึกษา ครู บุคลากรในโรงเรียน นักเรียน แม่ครัว แม่ค้า ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการอาหารกลางวันของโรงเรียน
2. ทำจากล่างขึ้นบน (Bottom Up) นำปัญหาของนักเรียนที่เกิดขึ้นจากนักเรียนมาแก้ไขหรือสิ่งที่ นักเรียนต้องการเป็นเป้าหมาย เช่น ปัญหาภาวะทุพโภชนาการของนักเรียน
3. ทำอย่างมีส่วนร่วม;ผู้บริหาร นักเรียน ผู้ปกครอง กรรมการสถานศึกษา ครูบุคลากรในโรงเรียน แม่ครัว แม่เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่อาหารกลางวันโรงเรียน มีการประชุม รับรู้ข่าวสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำงานร่วมกัน
4. ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการดำเนินการเป็นปัจจุบัน มีการติดตาม สะท้อนกลับ เสริมแรงจูงใจ มีการนิเทศติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดรูปแบบ ส 3 สู่ HERO Health

ซึ่งกิจกรรมสำคัญทั้ง 4 หลักการ ถือเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จที่เมื่อดำเนินการแล้วจะส่งผลต่อการ พัฒนารูปแบบและบทบาทของทุกฝ่ายเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย ดังนั้นผลการวิจัยจึงพบความ พึงพอใจของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบต่อการพัฒนารูปแบบโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การลงมือ ปฏิบัติงาน การสังเกตผลการปฏิบัติงาน และการสะท้อนการปฏิบัติงาน หลังการดำเนินการตามรูปแบบการ แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในโรงเรียนโชนาสาม พบว่า นักเรียนมีแนวโน้มภาวะโภชนาการดีขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของสาธิต เมืองสมุทร และคณะ (2562) ที่ดำเนินการพัฒนาสำหรับอาหารกลางวัน พบว่า เด็ก วัยเรียนทุกภาวะโภชนาการมีน้ำหนัก ส่วนสูง และปริมาณกล้ามเนื้อในร่างกายทั้งเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงเพิ่ม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 หลังจากได้รับประทานอาหารไทยมื้อกลางวันที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ในการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ ควรมีการกำหนดนโยบาย วางแผน สร้างการมีส่วนร่วม ของเครือข่าย มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีทุนสนับสนุนจากภายในและภายนอกหน่วยงานขยาย ผลต่อสถาบันการศึกษาอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบดังกล่าวและศึกษา ข้อมูลเชิงคุณภาพภายใต้การใช้รูปแบบอีกครั้ง จะช่วยส่งเสริมให้ได้รูปแบบการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้าน โภชนาการที่มีคุณภาพมากขึ้น และอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านโภชนาการในโรงเรียนอื่น ๆ ที่มี บริบทใกล้เคียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *คู่มือการดำเนินงานกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน*. โรงพิมพ์ สกสค.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2564). *คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 – 19 ปี* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์.
- กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2564). *Thai School Lunch*.
<https://www.nectec.or.th/innovation/innovationsoftware/thaischoollunch.html>
- ปรางทิพย์ เจียมกลิ่น, พิมพ์กา ธรรมสิทธิ์ และวชิ ปัญญาใส. (2564). การถอดบทเรียนความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนต้นแบบอาหารกลางวันดีเด่นระดับประเทศในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(7), 14-30
- โรงเรียนบ้านโชคนาสาม. (2563). *รายงานภาวะสุขภาพของนักเรียน*. โรงเรียนบ้านโชคนาสาม อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
- ศูนย์อนามัยที่ 9. (2564). *คู่มือการปฏิบัติงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น* ปีงบประมาณ 2564. <https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/younger3>.
- สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกลมเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เถลิ้มชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธิาสินธุ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมีเอกลักษณ์ที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(1), 284-301
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner*. (3rd ed.). Deakin University Press.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word โดยบันทึกไฟล์เป็นชนิด Word 97-2003 Document (.doc) ขนาดตัวอักษร 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษบน-ล่าง ซ้าย-ขวา 2.54 เซนติเมตร รายการอ้างอิงไม่เกิน 40 รายการ ความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหน้าจัดกึ่งกลาง ขนาดอักษร 16
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง พร้อมทั้งระบุอักษรย่อคุณทางการศึกษา และให้ใช้เชิงอรรถ สัญลักษณ์ดอกจัน (* : Asterisk) เป็นตัวยกย้ออักษรย่อคุณ เชิงอรรถท้ายหน้าให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุ * ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักให้เพิ่ม E-mail
4. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดอักษร 16 (ปกติ)
8. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมา 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และได้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้นๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- บทนำ

- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้การอ้างอิงรูปแบบ APA Style Format Reference, 7th edition

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้การอ้างอิงระบบนาม-ปี (Name-year system) โดยระบุชื่อผู้แต่ง และปีพิมพ์ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1) ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วน ผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

2) ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

3) ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สารีแท้ และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

4) การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทร์คำ (2562) และจันทรา บัวสาม (2559)....

....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)

....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

5) การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่งและรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและการแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิณุ พันธ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

การเขียนรายการอ้างอิง

การลงรายการชื่อผู้แต่ง

กรณีผลงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 20 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน

กรณีผลงานที่มีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย โดยมีรูปแบบการลงรายการดังนี้

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, . . . ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

รูปแบบการเขียนรายการอ้างอิง

1. หนังสือ

1.1 หนังสือทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

1.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

2. บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (หน้าที่ปรากฏบทความ). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้บำรุง.(2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ้บำรุง (บรรณาธิการ),ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 (หน้า 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

3. วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอรารวรรณ์. (2549). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ
[วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University
Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และคุณานิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับ
ปริญญา. ชื่อมหาวิทยาลัย. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up
with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State
University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

4. รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพ
การศึกษาไทย : การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. บทความวารสาร

5.1 บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เถลิงชัยวัฒน์,
ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผล
ของตำรับอาหารไทยมื้อกลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กรายวัน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัด
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

5.2 บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

5.3 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรณะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* [ฉบับพิเศษ], 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

5.4 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชาพร เจริญวานิชกูร และ ไพโรจน์ น่วมนุ้ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้นแบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88-100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

7. เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่าง

อัศริมา สุ่มมาตย์. (2553). Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ

โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม

139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไขในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

