วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) 2567 Volume 42 No.2 (April-June) 2024

ISSN: 2985-1432 (Online)

เจ้าของโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เถื่อนนาดี
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
รองศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภทรสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.บุรทิน ขำภิรัฐ	สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนเนตร พลเพชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์	กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
Mr. Kent Dale Hamilton	Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ดร. ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนกมณ ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.ทรงสุดา หมื่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กชกร เพียซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ขนิษฐา พรมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ นุชพร ดุมใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นายนิพนธ์ วาตาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พว.พัชรี จันทะจร	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภานุมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นหว้านำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ข้อเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร. สมรภพ บรรหารักษ์
2. รศ.ดร. สุภาพ อารีเอื้อ
3. รศ.ดร. นุจรี ไชยมงคล
4. รศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด
5. รศ. ดร.บุรทิน ขำภิรัฐ
6. ผศ.ดร. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา
7. ผศ.ดร.อรอนงค์ วิชัยคำ
8. ผศ.ดร.อาภา หวังสุขไพศาล
9. ผศ. ดร. นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์
10. ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์
11. ผศ.ดร.จิดาภา ผูกพันธ์
12. ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
13. ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ โอบอ้อม
14. ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์
15. ผศ.ดร. มนพร ชาติชำนิ
16. ผศ.ดร. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล
17. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม
18. ผศ.ดร. เจนเนตร พลเพชร
19. ผศ.ดร. ทิพมาส ชิณวงศ์
20. ผศ.ดร. วารี กังใจ
21. ผศ.ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
22. ผศ.ดร. พรฤดี นิธิรัตน์
23. อ.ดร. ณัฐฐิตา เพชรประไพ
24. อ.ดร. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์
25. อ.ดร. กชกร เพียซ้าย
26. อ.ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
27. ดร. ธิดา มุลาลินท์
28. ดร เอกชัย ภูผาใจ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 : เมษายน – มิถุนายน 2567

Journal of Nursing and Therapeutic Care
VOLUME 42 NO.2 : APRIL - JUNE 2024

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

✱ ผลการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนกลาง และภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลอุดรธานี	จิตราวดี ศรีศักดิ์	e269343 (1-11)
✱ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	พัชรี ฤทธิสุนทร กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์	e269244 (1-16)
✱ การศึกษาการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา	จันทร์เจ้า กาดโคกกรวด จินตนา ตาปิน ชลศานต์ รอดจากเข็ญ ชดาภา จรูญทองแถม	e269383 (1-12)
✱ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก	ปภาดา ชมพูนิตย์ พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ	e269796 (1-14)
✱ การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา : ตำบลจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก	พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ ปภาดา ชมภูนิตย์ สายทอง นวลจีน รัชดาภรณ์ แม้นศิริ ปริมประภา ก้อนแก้ว วัชระ เกี๋ยนต๊ะ	e269983 (1-14)
✱ ปัจจัยทำนายการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี	วันเพ็ญ ปลั่งเนียม เอื้องอรุณ สรโยธิน อังสินี กันสุขเจริญ	e270142 (1-16)
✱ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของมารดาที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร	ศุภศิตา ไทยถาวร มณฑาทิพย์ เหตานุรักษ์ พัชราภรณ์ พงค์เขียว บุณยอร สิริกาญจน์	e270115 (1-15)
✱ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อริญชย์ เมตรพรมราช ศุภางค์ สุปะติ	e270596 (1-11)

สารบัญ

✱ ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	แพงพรรณ ศรีบุญลือ รัตนาภรณ์ ศิริเกต ศรีเวียง ไพโรจน์กุล	e270276 (1-12)
✱ ผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน สัมฤทธิ์ ขวัญโพน	e269822 (1-17)
✱ ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	บุญชัย ภาละกาล ไขนภา มิ่งชัย อรนิตย์ จันทะเสน	e270927 (1-15)
✱ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง	สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์	e270451 (1-16)
✱ ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง: การประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล	สุภาวดี นพรุจจินดา ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์ สุนิสา จันทร์แสง จตุพงษ์ พันธ์วิไล	e270965 (1-15)
✱ อื่น ๆ		
✱ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพเราได้มีการปรับปรุงการทำงานของวารสารมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่ แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง ปรับระบบเลขหน้าใหม่ให้เป็นสากลมากขึ้น สำหรับท่านที่สนใจจะส่งบทความมาตีพิมพ์กับเรา ขอความกรุณาศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความอย่างละเอียด และวารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้วารสารเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข มุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล แผนงานสำหรับปี พ.ศ. 2566-2567 เราได้เริ่มดำเนินการตามเตรียมความพร้อมเพื่อรับการประเมินจากศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Citation Index Centre: TCI) ในต้นปี พ.ศ. 2568 และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง บทความที่ท่านส่งเข้ามาจะได้รับการประเมินที่เข้มข้นให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน ท่านจึงมั่นใจได้ว่าบทความของท่านมีคุณภาพที่ดี

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสาร โดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ให้สถานที่ตั้งสำนักงานสมาคมพยาบาล ฯ ในการดำเนินงานวารสาร

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย
บรรณาธิการ

ผลการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนกลาง และภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลอุดรธานี

จิตราวดี ศรีศักดิ์ พย.บ.[1]

(วันรับบทความ: 1 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 1 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 8 เมษายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนกลางและภาวะหนาวสั่น เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ที่หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นร่วมกับการอุ่นสายน้ำเกลือ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัดส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการอบอุ่นร่างกายในระยะก่อนผ่าตัดด้วยผ้าห่มขนหนูสำหรับผู้ป่วย ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นให้สารน้ำอุณหภูมิห้องตลอดการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมอบอุ่นร่างกายของสาธร หมื่นสกุล และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัดโดยใช้สถิติ พรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของอุณหภูมิแกนและภาวะหนาวสั่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann Whitney U test และ สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.90 และ 44.76 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 22.21 และ 22.83 ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 72.28 และ 72.31 นาที ปริมาณสารน้ำเฉลี่ย 898.10 และ 899.97 ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย 121.48 และ 122.00 มิลลิลิตร ตามลำดับ ผลการทดลองพบว่าระหว่างผ่าตัดอุณหภูมิแกนของกลุ่มทดลอง (36.70 องศาเซลเซียส) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (36.40 องศาเซลเซียส) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าอุณหภูมิแกนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหนาวสั่นเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จึงควรประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะหนาวสั่น การผ่าตัดทางนรีเวช

[1]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: jittrawadeesrisak@gmail.com Tel: 087-5915996

Effects of Warming Program on Core Temperature and Shivering in Patients Undergoing Gynecological Surgery Under Spinal Anesthesia at Udon Thani Hospital.

Jittrawadee Srisak B.N.S.[1]

(Received Date: March 1, 2024, Revised Date: April 1, 2024, Accepted Date: April 8, 2024)

Abstract

This quasi-experimental research was conducted to study the effect of using a warming program on the core temperature and shivering. The study was conducted from January to February 2024. The participants whose patients undergoing gynecological surgery, under spinal anesthesia in department of Nurse anesthetist at Udon Thani hospital were divided into 2 groups with 29 people per group. were divided into 2 groups with 29 people per group. The experimental group received a forced-air warming blanket combined with intravenous fluids (IVF) tube warming from the preoperative period through the postoperative period. The control group received warming before surgery with a hospital towel blankets and a forced-air warming blanket and received room-temperature IVFs from the operative through the post-operative periods. The research tools were the modified Sathorn Muensakul's warming program, demographic form, and operative data recording forms. Descriptive statistics were used to analyze the demographic and operative data. The differences in core temperature and shivering between the experimental and control groups were analyzed using Mann Whitney U tests and Independent t-tests.

The results showed that the members of the control and experimental groups were female and had an average age of 44.90 and 44.76 years, an average body mass index of 22.21 and 22.83, an average operation time of 72.28 and 72.31 minutes, an average amount of intravenous fluid given of 898.10 and 899.97, an average estimated blood loss of 121.48 and 122.00 milliliters, respectively. During the surgical and post-operative periods, the median core temperature of the experimental group (36.70° C., 36.50° C., respectively) was not statistically significantly higher than the control group. However, the experimental group had a statistically significantly lower average shivering score than the control group at $p<.05$. The findings of the study indicated that the warming program was effective in preventing shivering in patients undergoing spinal anesthesia. Therefore, it should be applied to patients undergoing other surgeries in the future.

Keywords: hypothermia, shivering, gynecologic surgery

[1]Registered Nurse (Professional Level), Udonthani Hospital, Udonthani province

[1]Corresponding author, E-mail: jittrawadeesrisak@gmail.com Tel: 087-5915996

บทนำ

การผ่าตัดทางนรีเวชเป็นการตัดเอาอวัยวะบางส่วนหรือทั้งหมดของอวัยวะนั้น ๆ ออกเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาหรือความต้องการมีบุตรของผู้ป่วย การผ่าตัดทางนรีเวชที่ มักพบบ่อยคือ การผ่าตัดมดลูก (Total abdominal hysterectomy) และการผ่าตัดรังไข่ (Bilateral Salpingo-oophorectomy) โดยพบว่าการผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดรังไข่ มีมากที่สุดร้อยละ 85 ของการผ่าตัดทางนรีเวช[1] ในปัจจุบันวิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัดมดลูก รังไข่ ทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) การผ่าตัดมดลูก รังไข่ โดยใช้กล้องส่องช่องท้อง (Laparoscopic hysterectomy) การผ่าตัดมดลูก รังไข่ผ่านผนังหน้าท้องแบบแผลเล็ก (Mini Laparotomy hysterectomy) การผ่าตัดมดลูก รังไข่ ผ่านหน้าท้องแบบปกติ (Abdominal hysterectomy) โดยแพทย์จะพิจารณาจากสภาวะของผู้ป่วย ผลกระทบ เศรษฐานะ และการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย มีรายงานว่าหากผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการผ่าตัดจะทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผลการรักษาดีขึ้น[2] ในโรงพยาบาลอุดรธานีส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดมดลูก รังไข่ ผ่านหน้าท้องแบบปกติ หากไม่มีข้อห้าม ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายสูญเสียไป โดยไปยับยั้งการหดรัดตัวของเส้นเลือดส่วนปลาย ทำให้มีการถ่ายเทความร้อนจากแกนกลางของร่างกายสู่ส่วนปลาย และสูญเสียความร้อนออกไปสู่สิ่งแวดล้อม ร่างกายจึงสร้างความร้อนขึ้นมาทดแทนและเกิดภาวะหนาวสั่นขึ้น[3] การผ่าตัดทางนรีเวชที่กล่าวนี้เป็นการผ่าตัดช่องท้องแบบปกติซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 60 นาที จึงมีโอกาสสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้มากและมีโอกาสสูญเสียเลือด จำเป็นต้องได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำปริมาณมาก อาจเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหนาวสั่นได้

สถิติการเกิดอาการหนาวสั่น พบว่าจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ การหนาวสั่นหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 33 - 66 และการเกิดอาการหนาวสั่นหลังการผ่าตัดทางนรีเวชพบร้อยละ 65 สถิติการผ่าตัดทางนรีเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางวิสัญญี ด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังร้อยละ 75 และมีผู้ป่วยที่มีอาการหนาวสั่นทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ร้อยละ 41.90[1] ผลกระทบของอาการหนาวสั่นในหญิงที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช ที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ได้แก่ ร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 4 - 5 เท่าของระยะพักของร่างกาย หรือร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นร้อยละ 200 - 600[4] ดังนั้นร่างกายจึงปรับตัวโดยการเพิ่มอัตราการหายใจ (Minute ventilation) และปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) เพื่อชดเชยภาวะดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) และเพิ่มการผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ อาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ มีการสูญเสียการสร้างสมดุลของน้ำในเซลล์และเนื้อเยื่อทำให้กระบวนการเผาผลาญลดลง การขับยาและกำจัดของเสียออกจากร่างกายจึงลดลงเกิดมีของเสียคั่งในร่างกาย อาการหนาวสั่นยังทำให้การสะสมของคอลลาเจนลดลง และการทำลายโปรตีนเพิ่มมากขึ้นขัดขวางกระบวนการหายของแผล ทำให้แผลเย็บปิดหน้าท้องหายช้าและส่งผลต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่มีไม่มีอาการหนาวสั่นถึงร้อยละ 68 นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่าการมีอาการหนาวสั่นนาน ๆ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากระบบหัวใจและหลอดเลือดในอัตราที่สูงมากในรายที่มีอาการหนาวสั่นมาก แพทย์อาจพิจารณาการให้ยา Pethidine 12.50 - 50 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นการรักษาอาการหนาวสั่น ซึ่งการให้ยาอาจเกิดผลข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึม คลื่นไส้อาเจียนนอกจากนั้นอาจกดการหายใจได้[1] เนื่องจากในการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชนั้น ผู้ป่วยจะได้รับ Morphine 0.10-0.20 มิลลิกรัม ฉีดร่วมกับยาชาด้วย จึงต้องระวังการเสริมฤทธิ์ของยา เพราะเป็นยากลุ่มเดียวกัน เมื่อให้ไปแล้วจะต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพราะอาจทำให้การหายใจช้าลง เกิดออกซิเจนในร่างกายต่ำได้ นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหนาวสั่นขึ้นทำให้การทำงานของอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพคลาดเคลื่อน ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การประเมินและให้การรักษาอาการแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดล่าช้า ดังนั้นจึงควรป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหนาวสั่นด้วยหลักการเพิ่มความร้อนแก่ร่างกาย (Active warming) และป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย (Passive warming) ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการป้องกันการเกิดอุณหภูมิต่ำทำได้โดยการให้ความอบอุ่นร่างกายก่อนการระงับความรู้สึก

ด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่น (Forced-air warming) และการอบอุ่นร่างกายภายในด้วยการให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำ (Intravenous fluid warming) ทุกระยะของการผ่าตัด และยังพบว่าการให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นร่วมกับการให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำได้ผลดีที่สุดในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ระหว่างผ่าตัดและในห้องพักฟื้น[4]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลอุดรธานี อัตราการเกิดภาวะหนาวสั่น พบร้อยละ 33[5] และจากการทบทวนเวชระเบียนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยรับการผ่าตัดทางนรีเวช ทั้งสิ้น 192 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง 78 ราย พบว่าเกิดภาวะหนาวสั่น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 26 ปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ[6] แต่วิสัญญีพยาบาลยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม มีการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นแต่ยังขาดการอบอุ่นร่างกายในระยะก่อนผ่าตัดรวมถึงการควบคุมอุณหภูมิของสารน้ำ เนื่องจากห้องผ่าตัดสูติกรรมไม่มีตู้อุ่นน้ำเกลือและวิสัญญีพยาบาลมีความหลากหลายในการป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลทำให้การป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำยังไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนกลางและภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งได้ประยุกต์โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย ปรับปรุงพัฒนาจากแนวทางเดิมให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากร อุปกรณ์ และเครื่องมือในหน่วยงาน เพิ่มการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นในทุกระยะของการผ่าตัดร่วมกับการอุ่นสายน้ำเกลือ ตั้งแต่แรกรับที่ห้องผ่าตัดต่อเนื่องไปถึงระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและการเกิดภาวะหนาวสั่นต่อไป

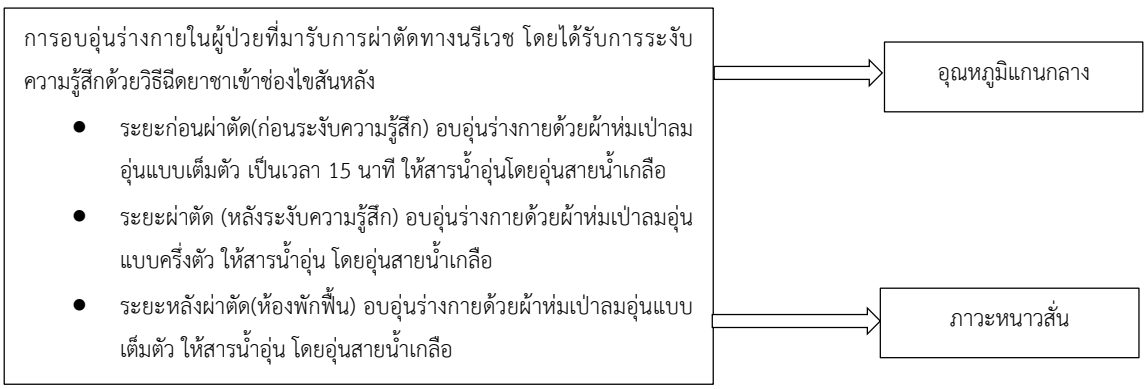
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนกลาง ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่อภาวะหนาวสั่น ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังโดยใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย มีอุณหภูมิแกนสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังโดยใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย มีอาการหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชด้วยการผ่าตัดช่องท้องแบบปกติ แบบไม่เร่งด่วน โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ที่ห้องผ่าตัดสูติกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ที่หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 29 คน และกลุ่มทดลอง 29 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์โดยโปรแกรม G-Power 3.1.9.2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.70 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10^{7} ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 29 คน และกลุ่มทดลอง 29 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยผู้ป่วยที่อยู่ลำดับเลขคี่คัดเข้ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยลำดับเลขคู่คัดเข้ากลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี ที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชด้วยการผ่าตัดช่องท้องแบบปกติ แบบไม่เร่งด่วน โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ห้องผ่าตัดสูติกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิแกนแรกรับในห้องผ่าตัด ≤ 36 องศาเซลเซียสหรือ ≥ 37.50 องศาเซลเซียส หรือมีอาการหนาวสั่นก่อนเข้าห้องผ่าตัด

2. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ได้แก่ Parkinson's disease

3. ผู้ป่วยที่ต้องมีการจำกัดน้ำ (Fluid restriction)

4. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการควบคุมอุณหภูมิกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัด ประกอบไปด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณการสูญเสียเลือดและอุณหภูมิห้องผ่าตัด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยความตรงเชิงเนื้อหา โดย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน และวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาคัดเลือกตามจุดประสงค์ ที่มีดัชนีความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของความคิดเห็น (Index of item objective congruence; IOC) ตั้งแต่ -1 ถึง 1 ได้ค่า IOC = 0.97 แสดงว่าใช้ได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลอุณหภูมิแกนกลางและอาการหนาวสั่น ประกอบด้วย

1. ข้อมูลอุณหภูมิแกนกลาง โดยวัดอุณหภูมิทางหู แบ่งการวัดออกเป็น 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วัดก่อนเข้าห้องผ่าตัด ครั้งที่ 2 วัดหลัง ได้รับสารน้ำและอบอุ่นร่างกาย ครั้งที่ 3 วัดหลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง 15 นาที ครั้งที่ 4 เมื่อเสร็จผ่าตัดหรือแรกรับที่ห้องพักฟื้น ครั้งที่ 5 หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง

2. ข้อมูลการเกิดอาการหนาวสั่นระหว่างผ่าตัดโดยบันทึกเป็นคะแนนตามระดับการเกิดอาการหนาวสั่น 5 ระดับคะแนน ซึ่งประยุกต์จากการศึกษาของ Butwick[8] เป็นค่าคะแนน ดังนี้ 0 = ไม่มีอาการสั่น 1 = มีอาการขนลุกหรือหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวหรือมีอาการเขียวของอวัยวะส่วนปลายโดยไม่มีสาเหตุอื่น อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 2 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อเพียงกลุ่มเดียว 3 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่าหนึ่งกลุ่ม 4 = มีการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย ผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมของอบอุ่นร่างกายของสาธร หมื่นสกุล และคณะ[9] โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของอุณหภูมิกายและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์ให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากรและเครื่องมือในหน่วยงาน ปรับปรุงจากแนวทางเดิม เป็นวิธีการให้ความอบอุ่นร่างกายอย่างเป็นขั้นตอนประกอบด้วย

2.1.1 การให้ความอบอุ่นร่างกายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (ก่อนการระงับความรู้สึก) 15 นาที โดยให้การอบอุ่นร่างกายทางผิวหนังด้วยการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบเต็มตัวโดยเปิดที่ 43 องศาเซลเซียส ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผ่านเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือ (Intravenous fluid tube warming) ตั้งค่าที่อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส

2.1.2 การให้ความอบอุ่นร่างกายในระยะผ่าตัด (หลังการระงับความรู้สึก) โดยให้การอบอุ่นร่างกายทางผิวหนังด้วยการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบครึ่งตัว โดยบนวางก่อนปูผ้าปราศจากเชื้อเปิดที่ 43 องศาเซลเซียส ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผ่านเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือที่อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ไปตลอดจนเสร็จสิ้นการผ่าตัดและต่อเนื่องไปถึงระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น โดยใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบเต็มตัวและอุ่นสายน้ำเกลืออุณหภูมิเดียวกัน

2.2 ผ้าห่มชนิดเป่าลมอุ่น ยี่ห้อ 3M Bair Hugger Warming Unit model 750 สามารถปรับอุณหภูมิได้ 3 ระดับ คือ HIGH: 43 องศาเซลเซียส, MED: 38 องศาเซลเซียสและ LOW: 32 องศาเซลเซียส มีระบบควบคุมไม่ให้อุณหภูมิสูงเกิน (Automatic Over Temperature Shutdown) โดยกำหนดให้ปรับอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส ตลอดการผ่าตัด ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากบริษัทผู้จำหน่ายก่อนนำมาใช้งานและติดตามตรวจสอบทุก 6 เดือน

2.3 เครื่องอุ่นสายน้ำเกลือ ยี่ห้อ Animec blood/infusion warmer Model AM-301 สามารถปรับอุณหภูมิได้ 36-39 องศาเซลเซียส มีระบบควบคุมไม่ให้อุณหภูมิสูงเกิน ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากบริษัทผู้จำหน่ายก่อนนำมาใช้งานและติดตามตรวจสอบทุก 6 เดือน

2.4 เครื่องมือวัดอุณหภูมิทางหู (Tympanic membrane) ยี่ห้อ CITIZEN ระบบการทำงานเป็นแบบ Digital มีสัญญาณเสียงและตัวเลขบอกค่าเมื่อวัดเสร็จเรียบร้อย ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากศูนย์เครื่องมือแพทย์ทุก 6 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลดังนี้

1. แรกรับที่ห้องผ่าตัด วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 1

2. ก่อนระงับความรู้สึก 15 นาที ได้รับสารน้ำอุณหภูมิห้องปริมาณ 500 มิลลิลิตร อบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มธรรมดา วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 2

3. หลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง 15 นาที วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 3

4. ระหว่างผ่าตัดได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบครึ่งตัว โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส ได้รับสารน้ำอุณหภูมิห้องปริมาณปรับตามสภาพของผู้ป่วย เมื่อเสร็จผ่าตัด วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 4

5. ระยะหลังผ่าตัด อบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบเต็มตัว โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส ได้รับสารน้ำอุณหภูมิห้องปริมาณปรับตามสภาพของผู้ป่วย 1 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 5

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลดังนี้

1. แรกรับที่ห้องผ่าตัด วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 1

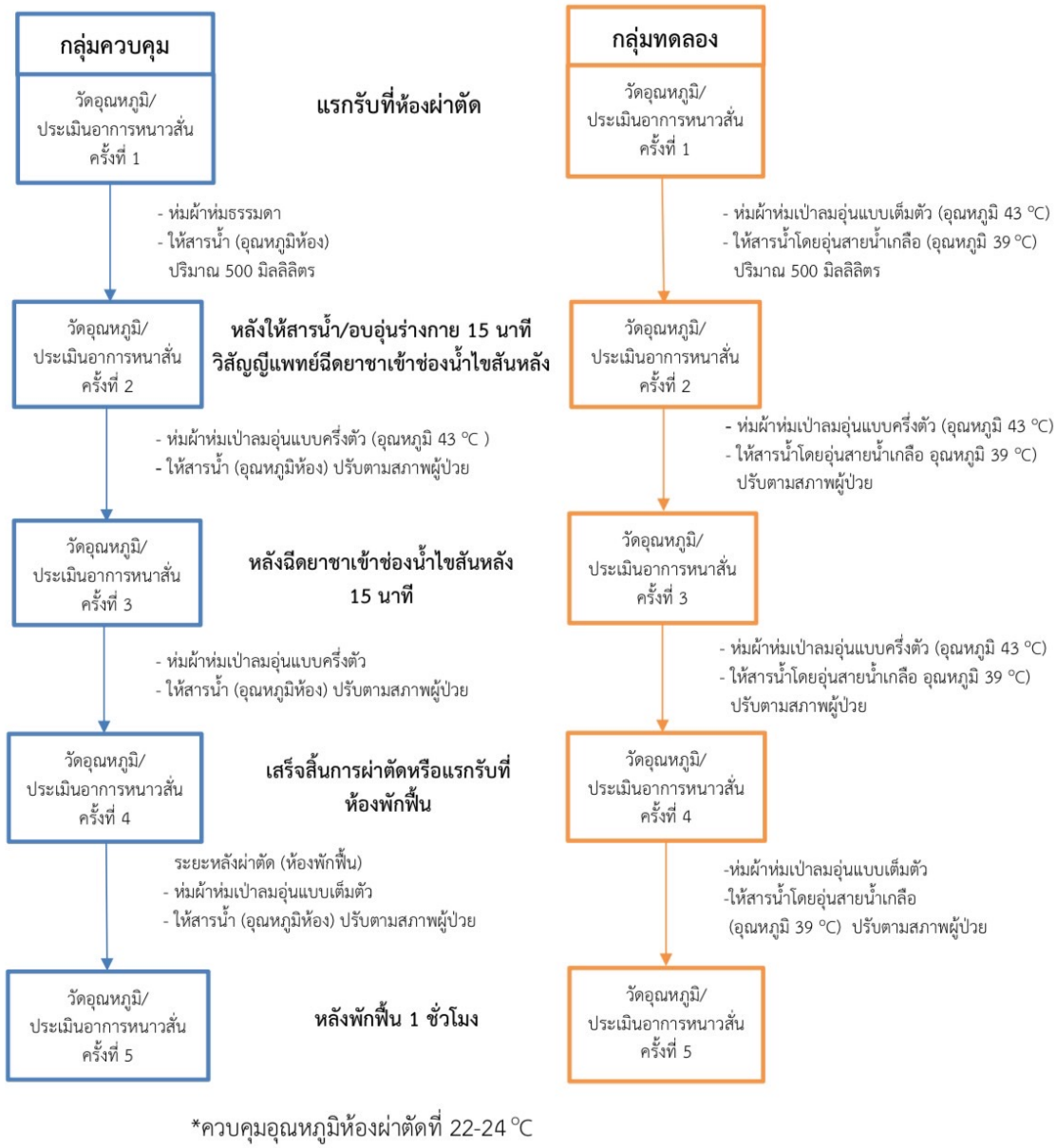
2. ก่อนระงับความรู้สึก 15 นาที ได้รับสารน้ำโดยผ่านเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือตั้งค่าอุณหภูมิ 39องศาเซลเซียส ปริมาณ 500 มิลลิลิตร อบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบเต็มตัว โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 2

3. หลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง 15 นาที วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 3

4. ระหว่างผ่าตัดได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบครึ่งตัว โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียสได้รับสารน้ำโดยผ่านเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือตั้งค่าอุณหภูมิ 39องศาเซลเซียส ปริมาณปรับตามสภาพของผู้ป่วย เมื่อเสร็จผ่าตัด วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 4

5. ระยะหลังผ่าตัด อบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นแบบเต็มตัว โดยตั้งค่าอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส ได้รับสารน้ำโดยผ่านเครื่องอุ่นสายน้ำเกลือตั้งค่าอุณหภูมิ 39องศาเซลเซียส ปริมาณปรับตามสภาพของผู้ป่วย หลัง 1 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิและประเมินอาการหนาวสั่น ครั้งที่ 5

การดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัด วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของสองกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการผ่าตัดและอุณหภูมิแกนมีการแจงแจงแบบไม่เป็นปกติใช้สถิติ Mann - Whitney U test ข้อมูลทั่วไปและคะแนนอาการหนาวสั่นมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติใช้สถิติ Independent sample t – test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรธานี ใบรับรองเลขที่ 5/2567 วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการผ่าตัด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Independent t-test)

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม(n=29)		กลุ่มทดลอง (n=29)		t	*p*-value
	Mean	S.D.	*Mean*	S.D.		
อายุ (ปี)	44.90	5.73	44.76	5.52	0.08	0.92
ดัชนีมวลกาย	22.21	3.95	22.83	4.01	1.15	0.25
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	72.28	18.73	72.31	17.14	-0.02	0.97
ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ(มล.)	898.10	157.54	899.97	161.16	-0.13	0.89
ปริมาณการสูญเสียเลือด (มล.)	121.48	22.61	122.00	25.10	-0.22	0.82
อุณหภูมิห้องผ่าตัด	22.45	0.51	22.28	0.45	0.54	0.13

จากตารางที่ 1 พบว่า พบว่าข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผ่าตัด ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ ปริมาณการสูญเสียเลือด อุณหภูมิห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุณหภูมิแกนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อุณหภูมิแกนในระยะต่างๆ ของการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม(n=29)		กลุ่มทดลอง(n=29)		Mann Whitney U (Z)	*p*-value
	median	IQR	median	IQR		
อุณหภูมิแรกรับก่อนเข้าห้องผ่าตัด	36.90	0.2	36.90	0.2	-0.04	0.06
อุณหภูมิหลังให้สารน้ำและอบอุ่นร่างกาย 15 นาที	36.50	0.1	36.80	0.2	-0.57	0.54
อุณหภูมิหลังฉีดยาชา เข้าไขสันหลัง 15 นาที	36.40	0.2	36.70	0.2	-5.832	0.33
อุณหภูมิเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด	36.20	0.1	36.50	0.2	-4.788	0.81
อุณหภูมิหลังพักฟื้น 1 ชั่วโมง	36.50	0.1	36.70	0.2	-4.736	0.43

จากตารางที่ 2 พบว่า พบว่าอุณหภูมิแกนแรกรับในห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) ส่วนอุณหภูมิหลังให้สารน้ำและอบอุ่นร่างกาย 15 นาที อุณหภูมิแกนหลังฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง 15 นาที อุณหภูมิแกนเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด และอุณหภูมิหลังพักฟื้น 1 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะหนาวสั่นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะหนาวสั่น	กลุ่มควบคุม(n=29)		กลุ่มทดลอง(n=29)		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	0.52	1.02	0.07	0.26	2.78	0.01

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการหนาวสั่นมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p< .05) หมายเหตุ พบอาการหนาวสั่นทั้งหมดในระยะเสร็จสิ้นการผ่าตัดหรือแรกรับที่ห้องพักฟื้น

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ทั้งสองกลุ่มมีอุณหภูมิแกนกลางแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาสินี สมานคติวัฒน์[10] ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัดโดยใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นมีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่าเนื่องจากการศึกษานี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb[7] ที่พบว่าการให้ความอบอุ่นร่างกายในหญิงผ่าตัดคลอดที่ได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นร่วมกับการใช้น้ำเกลืออุ่นทางหลอดเลือดดำมีอุณหภูมิสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่ามีความแตกต่างในกลุ่มประชากรและชนิดของการผ่าตัด และไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่าเนื่องจากทั้งสองกลุ่มได้รับการอบอุ่นด้วยผ้าห่มเป่าลมอุ่นในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด จึงทำให้อุณหภูมิแกนกลางทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกาย มีอาการหนาวสั่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่าเมื่อร่างกายเผชิญกับแหล่งความเย็นในห้องผ่าตัดร่วมกับการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด จะรบกวนการควบคุมอุณหภูมิปกติ ส่งผลให้ร่างกายเมื่อได้รับความเย็น หลอดเลือดไม่สามารถหดตัวได้ตามกลไกปกติ ทำให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัวเกิดการกระจายความร้อนจากส่วนกลางของร่างกายไปยังบริเวณส่วนปลาย โดยเลือดอุ่นจากบริเวณส่วนกลางของร่างกายไหลไปบริเวณส่วนปลายทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนที่ผิวหนัง ส่งผลให้อุณหภูมิผิวหนังลดลง เมื่อร่างกายมีอุณหภูมิแกนลดลง กลไกการปรับตัวของอุณหภูมิ อาการหนาวสั่นจะเกิดขึ้นเมื่ออุณหภูมิแกนลดลงประมาณ 0.50 องศาเซลเซียสจากระดับอุณหภูมิปกติของร่างกาย[11] จะทำให้ร่างกายใช้กลไกการปรับตัวเพื่อสร้างความร้อนให้แก่ร่างกาย กลไกหนึ่ง คือ การสั่นของกล้ามเนื้อเพื่อรักษาระดับความร้อนภายในร่างกายให้ปกติ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มความร้อนให้แก่ร่างกายมากกว่าการอบอุ่นร่างกายแบบปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยวิธีปกติ มีอาการหนาวสั่น ในระดับมองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 มัด ร้อยละ 10.34 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยโปรแกรมอบอุ่นร่างกาย มีอาการหนาวสั่น ในระดับมองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อเพียงมัดเดียว ร้อยละ 3.45 สอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา ศรีคำจักร์[12] ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดพบว่า การเกิดภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติ มีภาวะหนาวสั่นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัดโดยใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นทั้งการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นและการอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด 15 นาที ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีประสิทธิภาพการลดอาการหนาวสั่นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพรรณ วาทยจินดา และคณะ[13] ศึกษาผลการใช้ผ้าห่มเป่าลมอุ่นร่วมกับการอุ่นสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านท่อปัสสาวะ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหนาวสั่นเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีอุณหภูมิแกนกลางในทุกระยะของการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยใช้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายมีอาการหนาวสั่นในระยะเสร็จสิ้นการผ่าตัดหรือแรกรับที่ห้องพักฟื้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยน้อยจึงอาจทำให้อุณหภูมิแกนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเห็นว่าควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานอาจกำหนดให้ใช้ข้อมูลวางแผนในการเตรียมผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติโปรแกรมอบอุ่นร่างกายเพื่อลดภาวะหนาวสั่นและอุณหภูมิกายต่ำอย่างเคร่งครัด

1.2 วิสัญญีพยาบาลสามารถนำผลของการ ศึกษาไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิแกนต่ำและภาวะหนาวสั่นซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

1.3. ผู้บริหารหน่วยงานวิสัญญีพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปวางแผนการจัดการเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และ ภาวะหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ซึ่งแนวทางปฏิบัติเดิมสามารถป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิแกนต่ำได้ แต่ยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันภาวะหนาวสั่นในระยะผ่าตัด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแห่งเดียว โปรแกรมอบอุ่นร่างกายนี้จึงอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชทั้งหมด จึงควรมีการขยายผลการ ใช้โปรแกรมนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายกว่าซึ่งจะทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงได้กว้างขวางขึ้น

2.2 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อให้โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชที่ใช้โปรแกรมนี้

References

1. Chitthanom P, Ua-kit N. Effect of giving planned information combined with actively warmed fluid and forced air warming program for shivering women receiving gynecological surgery under spinal anesthesia. Chulalongkorn Medical Journal. 2018;62(5):785-97. (in Thai)
2. Triwijitsilp P. Tumors and cervical cancer. 3rd ed. Bangkok: OS Printing Hous; 2016. (in Thai)
3. Punyasawat S. The incidence and factors related to shivering of patients after surgery in Nong Khai hospital. Nakhon Phanom Hospital Journal. 2015;3(1):10-6. (in Thai)
4. Jingjit K. Factors related to Shivering patient after general anesthesia in recovery room: Trang hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2021;18(1):13-24. (in Thai)

5. Siriwongkul R. A comparison of temperature controlled in the operating room and the postoperative shivering during cesarean section under spinal anesthesia in Udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2016;22(4):141-9. (in Thai)
6. Clinical nursing practice guideline Hypothermia. Department of Nurse Anesthetist. Udon Thani Hospital. 2020. (in Thai)
7. Cobb B, Cho Y, Hilton G, Ting V, Carvalho B. Active warming utilizing combined IV fluid and forced-air warming decreases hypothermia and improves maternal comfort during cesarean delivery: a randomized control trial. Anesth Analg. 2016;122(5):1490-7.
8. Butwick AJ, Lipman SS, Carvalho B. Intraoperative forced air-warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia. Anesth Analg. 2007;105(5):1413-9.
9. Muensakul S. Effects of warming program on core temperature and shivering among women receiving cesarean section under spinal anesthesia. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2013;21(4):62-73. (in Thai)
10. Samankatiwat S. Incidence of perioperative hypothermia and a comparison of intraoperative body temperature between pre-warming and non-prewarming group in elective gynecologic surgical patients. Region 4-5 Medical Journal. 2017;36(4):207-16. (in Thai)
11. Loapiroon S. Effects of warming program on core temperature and shivering among pregnant women receiving cesarean section undergoing spinal anesthesia. Nursing, Health, and Education Journal. 2021;4(1):1-11. (in Thai)
12. Srikhamjak P. Effect of preoperative warming by forced-air warming blanket postoperative body temperature and shivering in patients undergoing elective Cesarean section. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2023;31(2):101–12. (in Thai)
13. Watayajinda W, Saowakon M, Nawsuwan K, Singweratham N, Khammathit A. The Effect of using forced-air warming blanket combined with intravenous fluid tube warming on core temperature and shivering in patients undergoing transurethral surgery. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2022;30(4):91-101. (in Thai)

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

พัชรี ฤทธิสุนทร พย.บ.[1,2]
กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์ ปรด.[1]

(วันรับบทความ: 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 17 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล 2) พัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาพฤติกรรมบริการ 3) ศึกษาประสิทธิผลที่ได้จากการใช้รูปแบบฯ วิธีการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน เป็นบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่ผ่านการอบรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 – สิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ดังนี้ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ชุดคำถามประเมินประสิทธิผลการโครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร ของภาวิณี เพชรสว่าง แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมพยาบาล ของสภาการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ประเด็น และเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบระดับสติจำแนกตามความถี่ในการฝึกสติวิธีต่าง ๆ อายุ ประสบการณ์ฝึกสติโดยใช้สถิติ One-way ANOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ก่อนและหลังพัฒนา ด้วย Wilcoxon signed-rank test ประเมินผลแบบวัดสติ การมีเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความผูกพันต่องาน ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t test

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาพฤติกรรมบริการมีสาเหตุจากความเครียดสะสม ขาดสติสื่อสาร ขาดความตระหนักคุณค่าในตนรูปแบบการพัฒนาฯ ประกอบด้วยสติในตน สติในทีม และสติในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร ขั้นตอนการดำเนินงานครบวงจร มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทรรศน์ของผู้บริหาร การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน การนำไปใช้หลังอบรม ภายหลังการใช้รูปแบบ ฯ พบว่าความเครียดของบุคลากรทางการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและภายหลังการใช้รูปแบบ ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนสติ การมีความเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และความผูกพันต่องาน ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจริยธรรมของบุคลากรทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบ ฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมบริการ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการ พฤติกรรมจริยธรรมพยาบาล สร้างสุขด้วยสติในองค์กร

[1]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: 4b201patcharee.rit@gmail.com Tel: 081-7391965

Model for Improving Service Behavior of Nursing Personnel Using the Concept of Mindfulness in the Organization, Nong Bua Lamphu Hospital.

Patcharee Rittisunthorn B.N.S.[1,2]
Karnthibhorn Chaipratanpong Ph.D.[1]

(Received Date: February 24, 2024, Revised Date: April 17, 2024, Accepted Date: April 30, 2024)

Abstract

This research and development study had three objectives including investigating the existing situation regarding the service behavior of nursing personnel, formulating a developmental model, and examining the effectiveness of the model that was developed. The research methodology was divided into 4 steps: problem analysis, model development, the model implementation, and model evaluation by collecting data from nursing personal. The participants in the study were 135 nursing professionals working at hospital who had undergone mindfulness in the organization training between December 2021 and August 2023. The research tools for data collection were group discussions, in-depth interview guidelines, and questionnaires including the Stress Assessment Questionnaire of the Department of Mental Health, the questionnaire set for assessing the effectiveness of the mindfulness-based wellness program within the organization developed by, and the Ethical Behavior Assessment Form for Nurses by the Thailand Nursing and Midwifery Council. The qualitative data was analyzed using thematic and content analysis. Quantitative data analysis was done by comparing levels of mindfulness across differences in meditation in relation to its frequency and the participant's' age, and experience of mindfulness practice. One-way ANOVAs were used to compare the average stress scores before and after model's implementation. Wilcoxon signed-rank tests were used to assess mindfulness, empathy towards others, communication skills, teamwork, and job commitment using mean scores and standard deviations. Furthermore, the ethical behaviors of nurses before and after development were compared using Paired t-tests.

The research outcomes are delineated as follows: The service behavior-related issues arose from an accumulation of stress, a deficiency in mindful communication, a lack of self-awareness, and individual value consciousness. The model developmental framework was comprised of mindfulness awareness at the individual, team and organizational levels to improve the working process toward achieving the hospital's missions, a paradigm shift in the organization's leaders' management, and operational training. After the model's implementation, the model's effectiveness demonstrated by a statistically significant reduction in the stress levels experienced by nursing personnel. In additional, the nursing personnel also demonstrated surprisingly high levels of mindfulness, empathy for others, communication proficiency, teamwork, and job dedication. The mean scores for ethical behavior among the nursing personnel exhibited were statistical significantly higher than before the implementation.

Keywords: service behavior, service behavior development model, nursing ethics behavior, mindfulness in organization

[1]Registered nurse (Senior professional level), Nong Bua Lamphu Hospital, Nong Bua Lam Phu Province
[2]Corresponding author, E-mail: 4b201patcharee.rit@gmail.com Tel:081-7391965

บทนำ

พฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพที่จะช่วยยกระดับคุณภาพบริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ องค์การอนามัยโลก[1] กล่าวว่าพฤติกรรมบริการของพยาบาลประกอบด้วย การเคารพศักดิ์ศรี ด้านความเป็นเอกสิทธิ์ ด้านการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ด้านการอำนวยความสะดวก การสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านสิทธิการเลือก และด้านการดูแลเอาใจใส่ องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ตระหนักถึงความสำคัญและเป้าหมายขององค์กรในการสร้างและพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อผู้รับและผู้ให้บริการปลอดภัย มีความสุข การดำเนินงานที่ผ่านมาองค์กรมีการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐานมาอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาคุณภาพงานควบคู่ไปกับพัฒนาคุณภาพคนทำงาน มุ่งสู่วิสัยทัศน์องค์กรที่ว่า เป็นองค์กรพยาบาลคุณภาพสมรรถนะสูง ผู้รับและผู้ให้บริการมีความสุขจากผลการรับฟังประสบการณ์ผู้รับบริการเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการพบว่าสิ่งที่ประชาชนผู้มารับบริการต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุดคือ ปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะ “หน้างอ รอนาน บริการไม่ดี พูดไม่เพราะ ใช้อารมณ์ขาดสติ ระหว่างให้บริการ” มุมมองผู้รับบริการรับรู้ว่าผู้ให้บริการขาดความเมตตา กรุณา ความมีน้ำใจ ความใส่ใจ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ผลการประชุมวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าปัญหาพฤติกรรมบริการและข้อร้องเรียนของทีมผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารองค์กรเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวพบว่า บรรยากาศการทำงานบุคลากรทางการพยาบาลต้องเผชิญกับภาวะกดดันกับจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้นและปริมาณงานที่ล้นมือในแต่ละวัน ความคาดหวังผู้รับบริการสูง ต้องการบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประกอบกับเป็นงานที่รีบด่วนแข่งกับเวลา อัตรากำลังไม่เพียงพอ ทั้งการบริการมุ่งความสำคัญเทคโนโลยีมากกว่ามุ่งเน้นเรื่องจิตใจของผู้รับบริการ นำสู่การบั่นทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด ความรู้สึกไม่พึงพอใจ และสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย ผลด้านบุคลากรก่อเกิดความเครียดสะสมต่อเนื่อง ความรู้สึกเป็นภาระงาน เหนื่อยล้า รู้สึกถูกกดดัน เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ไม่อยากทำงาน ปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความสัมพันธ์ กับผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ความสุขในการทำงานลดลง นำมาซึ่งปัญหาพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อองค์กรเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเยียวยาความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อวิชาชีพไม่ได้รับความไว้วางใจ ไม่ยกย่องให้เกียรติ ไม่ให้คุณค่าในฐานะวิชาชีพตามหลักพฤติกรรมจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพที่ระบุไว้ชัดเจนว่า “พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบต่อประชาชน ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ มีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงาน ประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน ยึดความยุติธรรม เสมอภาคในสังคมมนุษย์ ประกอบวิชาชีพมุ่งความเป็นเลิศ ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้รับบริการ รับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจต่อพยาบาล และวิชาชีพพยาบาล พึงร่วมกันทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพ พึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น”[2]

จากการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาองค์กรที่ผ่านมามีข้อค้นพบที่สำคัญคือ การแสดงออกพฤติกรรมใดๆ ล้วนมาจากเจตคติภายในสิ่งที่องค์กรต้องเปลี่ยนแปลงที่สำคัญนอกจากระบบงานให้มีคุณภาพมาตรฐานแล้ว จะต้องเปลี่ยนแปลงเจตคติภายในของคนทำงานด้วย หากคนในองค์กรรู้สึกถึงคุณค่าภายในตน และมีความสุขในการทำงาน ไม่ว่าตนจะอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ใด ๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเอง[3] ดังนั้นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรในองค์กรให้ยั่งยืนจึงควรเริ่มต้นจากภายในสู่ภายนอก แก้จากภายในคือแก้ที่จิตใจมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้สร้างปัญหาต่างๆขึ้นมา จึงต้องได้รับการยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น[3] การพัฒนาคุณค่าภายในและความสุขในการทำงาน จะนำไปสู่คุณลักษณะที่สำคัญได้แก่ ความรักและความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ การให้อภัย มีความรับผิดชอบ เสียสละ อดทน ซื่อสัตย์ ความสงบสุข เป็นต้น ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล นอกจากนี้หากบุคคลากรมีความรู้คิด มีความตระหนักในการเข้าใจ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพของตน จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี โรงพยาบาลหนองบัวลำภูได้ตระหนักถึงความสำคัญปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล จึงนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in organization: MIO)[4] ซึ่งเป็นการพัฒนาจิตแนวใหม่โดยใช้สมาธิและสติเป็นฐาน มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณค่าภายในและ

ความสุขในการทำงานของบุคลากร ให้สามารถนำคุณลักษณะคุณค่าภายในคือ ความรัก ความเมตตา กรุณา อดทน เห็นอกเห็นใจ ให้อภัย เคารพในคุณค่าของชีวิตและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ออกมาใช้ได้ ซึ่งคุณค่าดังกล่าวในภาวะปกติทั่วไปบุคคลจะสามารถแสดงออกมาได้น้อยและไม่ตลอดเวลา เพราะคุณลักษณะเหล่านี้จะมีมากน้อยขึ้นกับอารมณ์ โดยเมื่อมีความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้ ว้าวุ่น ฯลฯ บุคคลจะแสดงคุณลักษณะเหล่านี้ได้น้อย แต่เมื่อบุคคลมีจิตใจที่สงบ มั่นคง สมดุล คุณค่าเหล่านี้จะแสดงออกได้อย่างชัดเจน ดังนั้นการสร้างความสงบของจิตใจโดยการฝึกสมาธิซึ่งจะลดความเครียดที่สะสมในจิตใจ และสร้างพื้นฐานจิตใจที่สงบในการทำงานด้วยใจที่สงบตามด้วยการฝึกสติเพื่อให้จิตอยู่กับการทำงานโดยไม่ว้าวุ่นและไม่ถูกแทรกแซงด้วยอารมณ์เนื่องด้วยจิตอยู่กับปัจจุบัน สัมพันธ์กับการที่พยาบาลมีจริยธรรมในการประกอบอาชีพแสดงถึงความเป็นมนุษย์ที่มีจิตใจสูงซึ่งตรงข้ามกับจิตพื้นฐานเป็นจิตที่ชอบสะสมความเครียด หลายงานวิจัยค้นพบว่าประโยชน์ของการฝึกสตินั้นมีคุณอนันต์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และให้ประโยชน์ทั้งระดับองค์กร[5] ด้านร่างกายพบว่าฝึกสติช่วยให้เพิ่มการหมุนเวียนของโลหิตสู่สมองและทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดการผลิตฮอร์โมนที่สร้างความเครียด ช่วยให้หายเครียดได้เร็วขึ้น เพิ่มการรับรู้ต่อผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจ มีบุคลิกที่เข้มแข็ง มีการเติบโตทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงาน ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างานดีขึ้น ลดการลาออกจากงาน และเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา[6] พัฒนาการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพิ่มความผูกพันต่องาน โดยเมื่อบุคลากรมีสติ มีเมตตารู้สึกว่างานมีคุณค่ามีความหมายให้สุขกับชีวิตจะทำให้มีความผูกพันกับงานมากยิ่งขึ้น[3] ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลโดยแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร จึงน่าจะเป็นการพัฒนาจิตแนวใหม่ที่สามารถตอบโจทย์องค์กรได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามแม้การฝึกสติจะมีประโยชน์มากมายในระดับการปฏิบัติ ส่วนในเชิงวิชาการและงานวิจัยยังมีข้อจำกัดในการพิสูจน์ผลโดยเฉพาะระดับองค์กร หลายองค์กรมีการจัดอบรมพัฒนาสติ แต่มีน้อยองค์กรที่จะพิสูจน์ผลในเชิงวิจัยว่า ฝึกสติแล้วส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคลากรอย่างไร ตลอดจนรูปแบบในการดำเนินการควรเป็นอย่างไรจึงจะสำเร็จและยั่งยืน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารองค์กรการพยาบาล จึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลโดยนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้เป็นฐานในการพัฒนา และสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมให้ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดขึ้นจริงและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

3.1 เปรียบเทียบความเครียด ความไม่สบายใจ และความสุขของบุคลากรทางการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา

3.2 เพื่อประเมินระดับสติ ความมีเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความผูกพันต่องานองค์กร หลังอบรมการใช้รูปแบบการพัฒนา

3.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ 4) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ โดยแนวคิดในการพัฒนาประกอบด้วย แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร[4] และแนวคิดพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล[7] และนำแนวคิดการประเมินประสิทธิผลโครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร[8] มาแนวทางการประเมินประสิทธิผลการพัฒนา ดังสรุปในแผนภาพที่ 1

สภาพปัจจุบันปัญหาพฤติกรรมบริการของโรงพยาบาล และความต้องการแก้ไขจากผู้บริหารและผู้บริหารทางการพยาบาล

*ความเครียดสะสม
*การสื่อสารทางลบ
*การสื่อสารในการทำงานเป็นทีม
*การแสดงออกด้านพฤติกรรมจริยธรรมไม่เหมาะสม

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

*แนวคิดจิตวิทยาสติ “สร้างสุขด้วยสติในองค์” ของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2564)

*แนวคิดพฤติกรรมจริยธรรม ของสภาการพยาบาล(2562)

*แนวคิดการประเมินประสิทธิผลโครงการMIO ของภาวิณี เพชรสว่าง (2564)

รูปแบบการการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร

โครงสร้างเนื้อหา

1. สติในตน: ทำงานอย่างมีพลัง มีความสุข ประกอบด้วย
1.1 คุณค่าในตนเอง และ คุณค่าในวิชาชีพพยาบาล (พฤติกรรมจริยธรรม)
1.2 สมาธิ: จิตพักเพื่อคลายอารมณ์และความเครียด
1.3 สติในจิต: สร้างความสงบในการทำงาน
2 .สติในทีม การทำงานร่วมกันอย่างมีมิตรไมตรี ประกอบด้วย
2.1 สติสื่อสาร:พูดและฟังอย่างมีสติ
2.2 สติสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีสติ
2.3 สติคิดบวก
3. สติในการขับเคลื่อนองค์กร ประกอบด้วย
3.1 การเรียนรู้ด้วยสติสนทนาแบบกัลยาณมิตรสนทนา(Dialogue)
3.2 การประชุมด้วยการอภิปรายอย่างสร้างสรรค์(Creative Discussion)

กระบวนการ 4 ขั้นตอน

1) การปรับเปลี่ยนกระบวนทรรศน์ของผู้บริการองค์กรสูงสุดและผู้บริหารทางการพยาบาล เรียนการใช้สมาธิ สติ
2) การให้ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้คุณค่าภายในเชื่อมโยงพฤติกรรมจริยธรรมวิชาชีพ ทักษะสมาธิ สติ นำไปใช้ในการทำงาน และการประชุม
3) การนำไปใช้กับผู้รับบริการ และเพื่อนร่วมงานในการทำงานเป็นทีม
4) การนำใช้ในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร และการสร้างค่านิยมและวิถีวัฒนธรรมองค์กร

วิธีการ

1. เสนอแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมบริการแบบยั่งยืนต่อคณะผู้บริหารองค์กร
2. ผู้บริหารประกาศนโยบายและกำหนดให้สติเป็นสมรรถนะสำคัญของบุคลากร
3. กำหนดเป็นเข็มมุ่งและบรรจุในแผนยุทธศาสตร์องค์กร
4. จัดตั้งคณะทำงานและทีมวิทยากรขับเคลื่อน
5. จัดอบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านสติ สติในตน สติในทีม สติในการขับเคลื่อนองค์กร 100% ทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ
6. ลงมือปฏิบัติให้เป็นวิถีและวัฒนธรรมองค์กร โดยมีหัวหน้าพาทำทุกหน่วย
7. จัดทำแนวปฏิบัติในการพัฒนาพฤติกรมบริการ โดยหัวหน้าพาทำทุกหน่วย
8. ปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสติสื่อสาร
9. การเยี่ยมเสริมพลังหน่วยงาน
10. การศึกษาดูงาน(Site visit) หน่วยงานที่มี Best Practice
11. การจัดการความรู้เรื่องสติองค์กรกับพฤติกรรมบริการ
12. จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาสติองค์กรต่อเนื่อง

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล

- ความเครียดของบุคลากร
- ความไม่สบายใจ
- ความสุข
- การมีสติ
- การมีความเมตตาต่อผู้อื่น
- ความสามารถในการสื่อสาร
- การทำงานเป็นทีม
- ความผูกพันต่องาน
- พฤติกรรมจริยธรรม
- ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ
- ค่าเยียวยาความสูญเสีย
- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ประชากร คือบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทั้งหมดจำนวน 413 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านการอบรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร และหลังอบรมมีการนำไปใช้ต่อเนื่องในตนในทีม และในการประชุมขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการศึกษานำร่องภายใต้สมมติฐาน พฤติกรรมบริการหรือพฤติกรรมจริยธรรมก่อนอบรมร้อยละ 65 และหลังจากอบรมนำไปใช้คาดว่าพฤติกรรมจริยธรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 90 radio 1 : 1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 94 คน ลงเก็บข้อมูลจริงผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 292 คน แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 135 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า 1) เป็นบุคลากรทางการพยาบาล 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร

เกณฑ์ในการคัดออก 1) ไม่ยินดีตอบแบบสอบถาม 2) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ หรือไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการฝึกอบรม “หลักสูตรการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร” ที่พัฒนาโดยยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต[4] โรงพยาบาลหนองบัวลำภูได้เข้าร่วมกับกรมสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โดยวิทยากรหน่วยงานต้องผ่านการฝึกอบรมตามข้อกำหนด และทีมผู้วิจัยได้ผ่านรับรองวิทยากร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลการนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้พัฒนาพฤติกรรมบริการ ผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินประสิทธิผลโครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กรของ ภาวิณี เพชรสว่าง และคณะ[8] ที่ได้เสนอแนวคิดเริ่มด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการวัดตัวแปรประสิทธิผลและใช้การคำนวณทางสถิติช่วยในการนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นระบบ สาเหตุที่ต้องเริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม เนื่องจากยังไม่ทราบในเบื้องต้นว่าประโยชน์ที่เกิดขึ้นในองค์กรจากการนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้นั้นคือเรื่องอะไรบ้าง ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง เพื่อศึกษาผลประโยชน์ที่ได้จากการนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้ โดยทีมผู้วิจัยนำเสนอเครื่องมือต่ออาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาการวิจัยประเมินประสิทธิผลการสร้างสุขด้วยสติในองค์กร ปรับตามคำแนะนำก่อนใช้ คำถามในการสัมภาษณ์และข้อมูลที่คาดว่าจะได้รับมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำองค์กร วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล เพื่อทราบความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ผู้บริหารต้องการ และผลประโยชน์ที่สังเกตเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงองค์กรในภาพรวม คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้นำองค์กรท่านคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังที่ดำเนินการฝึกอบรมฯ อย่างไร 2) ท่านสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรอย่างไรบ้างหลังการอบรม นำข้อมูลที่คาดว่าจะได้รับเป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากฝึกอบรมพัฒนาพฤติกรรม

2. กลุ่มวิทยากรภายในหน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล เพื่อทราบความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ และทราบว่ามีการดำเนินการฝึกอบรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กรในส่วนใดบ้าง ด้วยกิจกรรมใด คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 1) ท่านคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่ดำเนินการฝึกอบรมอย่างไร 2) องค์กรเรามีการจัดกิจกรรมภายใต้การฝึกอบรม อะไรบ้าง และแก่หน่วยงานใดบ้าง 3) ในระหว่างจัดกิจกรรมภายใต้โครงการฝึกอบรมท่านคาดว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับประโยชน์อะไร และสามารถระบุได้หรือไม่ว่าบุคคลใดหรือหน่วยงานใดจะได้รับผลประโยชน์นี้อย่างเห็นได้ชัด

3. กลุ่มหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล เพื่อทราบถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมระดับหน่วยงาน และเพื่อให้ได้ผลสังเกตว่าบุคคลใดในหน่วยงานที่น่าจะได้ประโยชน์จากการอบรมอย่างเด่นชัด คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 1) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร ต่อหน่วยงาน ทีท่านสังเกตเห็นมีอะไรบ้าง 2) ท่านสามารถระบุบุคคลในหน่วยงานท่านที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วม

กิจกรรมว่าเป็นใครบ้าง 3) ท่านมีการจัดระบบให้บุคลากรมีการฝึกต่อเนื่อง ในเรื่องต่อไปนี้เช่น สมาธิ สติ ก่อนทำงาน ก่อนเลิกงาน ก่อนประชุม สติในกิจที่ทำ สติในการประชุมขับเคลื่อนพันธกิจองค์กรในหน่วยงานอย่างไรบ้าง

4. กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลระดับปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล เพื่อทราบถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล คำถามที่ในการสัมภาษณ์ 1) ท่านฝึกสมาธิ สติอย่างไรบ้าง 2) ท่านนำสติในงาน สติในทีม สติสื่อสารระหว่างบุคคลในการทำงาน การแก้ไขปัญหาร่วมกันในทีมหรือการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กรในหน่วยงานอย่างไรบ้าง 3) ท่านได้รับประโยชน์อย่างไรบ้าง

ผลประโยชน์ที่ได้จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นมาแยกแยะข้อมูลนำไปถอดข้อความออกมาเป็นตัวแปรที่จะนำไปใช้ในการวัดประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการฯเชิงปริมาณต่อไป โดยนำตัวแปรที่ได้ไปค้นหาแบบวัดตัวแปรต่างๆที่น่าเชื่อถือจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการ มาใช้วัดประสิทธิผลเชิงปริมาณดังนี้

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทีมวิจัยสร้างแบบสอบถามใน Google Form เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในข้อ 2.1 ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อายุงาน ตำแหน่งงาน รายได้ วิธีการฝึกสติ ความถี่บ่อยในการนำการฝึกสติไปใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือจากหลักฐานวิชาการที่สอดคล้องกับตัวแปรที่ได้ในข้อ 2 มาวัดประสิทธิผล ด้วยการเก็บข้อมูลกับบุคลากรที่ผ่านการอบรมและยินดีตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาเก็บข้อมูลดังนี้

2.2.1 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต จากคู่มือหลักสูตรสร้างสุขด้วยสติในองค์กร[4] ประกอบด้วย 20 ข้อ แต่ละคำถามจะมีชุดคำตอบให้เลือกตอบ และแต่ละคำตอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดย

0 คะแนน คือ ไม่เคยเลย

1 คะแนน คือ เป็นครั้งคราว

2 คะแนน คือ เป็นบ่อย ๆ

3 คะแนน คือ เป็นประจำ

การแปลผล

ระดับคะแนน 0-5 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ระดับคะแนน 6-17 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระดับคะแนน 18 – 25 มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย

ระดับคะแนน 26 – 29 คะแนนความเครียดอยู่ในเกณฑ์ สูงกว่าปกติปานกลาง

ระดับคะแนน 30-60 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในสูงกว่าปกติมาก

2.2.2 แบบประเมินความไม่สบายใจ อ้างอิงจากคู่มือหลักสูตรสร้างสุขด้วยสติในองค์กร[2] ใช้ประเมินระดับความไม่สบายใจ โดยให้เลือกตอบตามระดับความไม่สบายใจ มีคะแนน 0 -10 โดย

0 คะแนน คือ ไม่สบายใจน้อย

10 คะแนน คือ ไม่สบายใจมาก

การแปลผล

ผู้ที่มีระดับคะแนน (0 คะแนน) หมายถึง สบายใจ

ระดับคะแนน (1-3 คะแนน) หมายถึง ไม่สบายใจเล็กน้อย

ระดับคะแนน (4-6 คะแนน) หมายถึง ไม่สบายใจปานกลาง

ระดับคะแนน (7-10 คะแนน) หมายถึง ไม่สบายใจมาก

2.2.3 แบบประเมินความสุขของคนไทยฉบับสั้นของกรมสุขภาพจิต อ้างอิงจากคู่มือหลักสูตรสร้างสุขด้วยสติในองค์กร[4] จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่

0 คือ ไม่เลย

1 คือ เล็กน้อย

2 คือ มาก

3 คือ มากที่สุด

และให้กลับคะแนนข้อ 4, 5, 6 ดังนี้

0 คือ 3

1 คือ 2

2 คือ 1

3 คือ 0

การแปลผลดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

0 - 27 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อย

28 - 34 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลาง

35 - 45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมาก

2.2.4 ชุดคำถามจากงานวิจัยประเมินประสิทธิผลโครงการสร้างสุขสติในองค์กร ของภาวิณี เพชรสว่าง[8] ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับข้อคำถามใด ๆ ประกอบด้วย 5 แบบวัด รวม 45 ข้อ ดังนี้คือ 1) การมีสติ 6 ข้อคำถาม 2) การมีความเมตตาต่อผู้อื่น 4 ข้อคำถาม 3) ความสามารถในการสื่อสาร 10 ข้อคำถาม 4) การทำงานเป็นทีม 16 ข้อคำถาม 5) ความผูกพันต่องาน 9 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท (Likert's rating scale) ดังนี้

ระดับมากที่สุด ให้ค่าน้ำหนัก 5 คะแนน

ระดับมาก ให้ค่าน้ำหนัก 4 คะแนน

ระดับปานกลาง ให้ค่าน้ำหนัก 3 คะแนน

ระดับน้อย ให้ค่าน้ำหนัก 2 คะแนน

ระดับน้อยที่สุด ให้ค่าน้ำหนัก 1 คะแนน

นำน้ำหนักค่าเฉลี่ยที่ได้มาเทียบเคียงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 ดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ควรปรับปรุง

2.2.5 แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล[9] ประกอบด้วย 10 ด้าน รวม 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามในส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท (Likert's rating scale) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พยาบาลได้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้ในระดับดีมาก

4 คะแนน หมายถึง พยาบาลได้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้ในระดับดี

3 คะแนน หมายถึง พยาบาลได้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้ในระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พยาบาลได้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้ในระดับน้อย

1 คะแนน หมายถึง พยาบาลได้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมนี้ในระดับควรปรับปรุง

จัดกลุ่มค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพยาบาลในการให้บริการ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.24 - 5.00	ดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.43 - 4.23	มาก
คะแนนเฉลี่ย	2.62 - 3.42	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 - 2.61	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.80	ควรปรับปรุง

นอกจากนี้ยังนำตัวแปรด้านอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล และจำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ จำนวนเงินค่าชดเชยความสูญเสีย มาร่วมประเมินประสิทธิผลการพัฒนาพฤติกรรมบริการด้วยแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร เก็บข้อมูลจากเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาล เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยคือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ความถูกต้องด้านภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมสติสร้างสุขในองค์กร 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาล 2 ท่าน และประธานคณะทำงานพัฒนาจริยธรรม กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำ 1 ท่าน ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณนำแบบประเมินที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณไปทดสอบความเชื่อมั่นกับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ดังนี้ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง เท่ากับ 0.93 แบบประเมินความไม่สบายใจเท่ากับ 1.00 แบบประเมินความสุขเท่ากับ 0.96 ชุดคำถามจากงานวิจัยประเมินประสิทธิผลโครงการสร้างสุขสติในองค์กร 5 แบบวัด 45 ข้อ เท่ากับ 0.94 และแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล เท่ากับ 0.97 พบว่าผลลัพธ์แบบสอบถามจากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค ทั้งหมดมีค่าอยู่ในช่วง 0.93 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความเชื่อถือสูงต่อการใช้งาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารองค์กรและผู้บริหารทางการพยาบาลจำนวน 20 คน โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มระดมความคิดเห็น เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564-มกราคม พ.ศ. 2565 ทีมวิจัยได้ดำเนินการโดยการนำข้อมูลที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบและยกร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์และวรรณกรรม รวมถึงการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวคิด "สร้างสุขด้วยสติในองค์กร" และนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลมาเป็นฐานการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 การนำไปใช้จัดอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลตามรูปแบบที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 2 โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้ 1) การอบรมเตรียมทีมวิทยากรเพื่อที่จะร่วมดำเนินการฝึกอบรม โดยมีระยะเวลาประมาณ 2 วัน 2) การอบรมกลุ่มผู้บริหาร เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้บริหาร ระยะเวลา 2 วัน 3) การอบรมผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้และฝึกทักษะสมาธิ สติ และการนำไปใช้ในการทำงาน รวมถึงเรียนรู้คุณค่าในวิชาชีพและพฤติกรรมจริยธรรม ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน โดยแบ่งเป็นรุ่นละ 50 คน เป้าหมายร้อยละ100 ดำเนินการฝึกอบรมเริ่มต้นตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 และสิ้นสุดเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ นำแนวคิดการประเมินประสิทธิผลโครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ดังนี้

4.1 เก็บรวมรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้เสีย ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง โดยที่ผ่านการนำเสนอเครื่องมือต่ออาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการสร้างสุขด้วยสติในองค์กรและปรับตามคำแนะนำก่อนใช้ แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นดังนี้ 1) ผู้บริหารองค์กร จำนวน 5 คน 2) ผู้ดำเนินการโครงการ/วิทยากร Mio จำนวน 5 คน 3) หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน จำนวน 5 และ 4) บุคลากรผู้ผ่านการอบรมและนำไปใช้ จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ได้มาจากการเลือกแบบลูกโซ่(Snowball sampling) เพื่อทราบถึงผลประโยชน์ที่ได้หลังการอบรม นำผลการสัมภาษณ์เบื้องต้นมาถอดความ (Transcribing) จากนั้นจะใช้รหัสคำโดยหาคำที่เกี่ยวข้องมาใช้แทนที่ความหมายนั้น (Coding) และจัดกลุ่มคำ (Categorizing) วิเคราะห์แยกแยะข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ก่อนนำมาสร้างข้อสรุป ตัวแปรในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯเชิงปริมาณต่อไป ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังอบรมครบ 6 เดือน เมื่อเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

4.2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยทีมผู้วิจัยนำตัวแปรที่ได้จากขั้นตอนที่ 4.1 มาสร้างแบบสอบถามผ่าน Google form เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบฯ ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเลือกแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถือใกล้เคียงการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในขั้นตอนนี้ ได้แก่บุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่ผ่านการฝึกอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการโดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร และมีการนำไปใช้ ครบระยะเวลาครบ 1 ปี เลือกแบบเจาะจงและยินดีตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ดำเนินการเมื่อ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูล สรุป และนำเสนอผลการวิจัย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ประเด็น (Thematic Analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลประโยชน์ของการนำแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กรมาใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสติจำแนกตามความถี่ในการฝึกปฏิบัติสติด้วยวิธีการต่าง ๆ และระดับสติจำแนกตามอายุ ด้วยการวิเคราะห์ One-way ANOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ความไม่สบายใจ และความสุข ก่อนและหลังพัฒนา ด้วย Wilcoxon signed-rank test ประเมินประสิทธิผลด้านระดับสติ การมีเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และความผูกพันต่องานด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t test (ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 021/2564 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธร่วม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับแต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินดีร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเกี่ยวกับสภาพปัญหาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จากการวิเคราะห์และรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้บริหาร สรุปและนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาดังนี้ 1.1) การแก้ไขปัญหาเรื่องความเครียดสะสมของบุคลากร เน้นการจัดการอารมณ์และความเครียดที่สะสมในจิตใจด้วยการฝึกสมาธิและสติสร้างพื้นฐานการทำงานด้วยจิตใจที่สงบให้พยาบาลสามารถแสดงคุณค่าภายในตนเองได้ 1.2) ปัญหาการสื่อสารที่เป็นลบทำให้เกิดความไม่พอใจ นำสู่ความขัดแย้ง “สื่อสารแบบขาดสติใช้อารมณ์” ข้อเสนอแนวทางแก้ไขเพิ่มคุณภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้รับบริการด้วยสติสื่อสาร 1.3) ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรในองค์กรและลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการทำงานร่วมกันเป็นทีม “การประสานงานไม่เป็นกัลยาณมิตร มีการตอบโต้ที่รุนแรงในการประชุม การไม่รับฟังกันและกัน เป็นการประชุมที่ด้อยคุณภาพ”ข้อเสนอแนวทางแก้ไข พัฒนาสติในทีมและสติในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร 1.4) ปัญหาบุคลากรขาดความตระหนักรู้ในคุณค่าตนและในวิชาชีพ การแสดงออกพฤติกรรมจริยธรรม

ของพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย“พฤติกรรมจริยธรรมที่ต้องถือปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลยังไม่เข้าไปอยู่ในใจของบุคลากร จำไม่ได้ว่าอะไรบ้าง จึงละเลยไม่ได้นำมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้บริการพยาบาล” แนวทางแก้ไขควรสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าในตนและคุณค่าในวิชาชีพ ให้มีความรู้และทักษะในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมจริยธรรมวิชาชีพที่ดีงามเหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณค่าในวิชาชีพ

2. รูปแบบการการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้ 1) การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้บริการองค์กรและผู้บริหารทางการพยาบาล เรียนรู้การใช้สมาธิ สติ 2) การให้ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้คุณค่าภายในเชื่อมโยงคุณค่าในพฤติกรรมจริยธรรมวิชาชีพ ทักษะสมาธิ สติ นำไปใช้ในการทำงาน 3) การนำไปใช้กับผู้รับบริการ และเพื่อนร่วมงาน การทำงานเป็นทีม 4) การนำไปใช้ในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร ในการประชุม และการสร้างค่านิยมและวิถีวัฒนธรรมองค์กร ด้านวิธีการประกอบไปด้วย1) เสนอแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร และแก้ปัญหาพฤติกรรมบริการแบบยั่งยืนต่อคณะผู้บริหารองค์กร 2) ประกาศนโยบายและกำหนดให้สติเป็นสมรรถนะสำคัญของบุคลากร 3) กำหนดเป็นเข็มมุ่งบรรจุในแผนยุทธศาสตร์องค์กร 4) จัดตั้งคณะทำงานและทีมขับเคลื่อน 5) อบรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านสติในตน สติในทีม สติในการขับเคลื่อนพันธกิจองค์กร 6) ลงมือปฏิบัติให้เป็นวิถีและวัฒนธรรมองค์กรโดยมีหัวหน้าพาทำสติองค์กรทุกหน่วย 7) จัดทำแนวปฏิบัติในการพัฒนาพฤติกรรมบริการ โดยหัวหน้ากำกับติดตามทุกหน่วย 8) ปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสติสื่อสาร 9) การจัดการความรู้เรื่องสติองค์กร 10) บูรณาการเรื่องพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลเข้าในเนื้อหาการฝึกอบรมคุณค่าในตน 11) การเยี่ยมเสริมพลังหน่วยงาน 12) การศึกษาดูงาน (Site visit) หน่วยงานที่มีการปฏิบัติที่ดี 13) การจัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาสติองค์กรหน่วยงานต่อเนื่อง การปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าว เชื่อว่าจะช่วยให้องค์กรพัฒนาพฤติกรรมบริการได้

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ฯ

3.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ มีผลประโยชน์หลายประการดังนี้ 1) ความเครียด 2) ความไม่สบายใจ 3) ความสุขในการทำงาน 4) มีสติ 5) มีความเมตตาต่อผู้อื่น 6) มีความสามารถในการสื่อสาร 7) มีการทำงานเป็นทีม 8) มีความผูกพันต่องาน 9) มีพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล 10) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 11) จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 12) จำนวนเงินค่าชดเชยการเยียวยาจากข้อผิดพลาด ผู้วิจัยนำตัวแปรที่ได้นี้ไปใช้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการฯ ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณต่อไปโดยเลือกแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ได้และที่มีความน่าเชื่อถือ นำไปวัดผลและวิเคราะห์ด้วยสถิติที่เหมาะสม ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปต่อไป

3.2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณตัวแปรที่จะใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบจากข้อ 3.1 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบก่อนการอบรมและภายหลังการอบรมในระยะติดตาม 1 ปี โดยมีผู้เข้าร่วมที่ผ่านการออบรมและนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีผู้ตอบกลับแบบสอบถามมาจำนวน 292 คน แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 135 คน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย 4 เท่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี อายุเฉลี่ยในการทำงานคือ 15-20 ปี (S.D. = 9.50) อายุการทำงานมากที่สุดคือ 37 ปี และน้อยที่สุดคือ 9 เดือน ปัญหาสุขภาพร้อยละ 82 พบปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าตามลำดับ ปัญหาสุขภาพร่างกายพบปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว ร้อยละ 19 ก่อนเข้าอบรม ร้อยละ 81.20 เคยมีประสบการณ์ฝึกสมาธิ วิปัสสนา มาก่อนแต่ไม่ได้ฝึกต่อเนื่องหลังการอบรมพบว่ามีการฝึกสติด้วยวิธีต่าง ๆ วิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การฝึกสติในการประชุม รองลงมาคือ การฝึกสติในระหว่างการทำงาน ได้แก่สมาธิก่อนเริ่มงาน สติระหว่างทำงาน และสมาธิก่อนเลิกงาน สติในการสื่อสารระหว่างเพื่อนร่วมงาน หรือลูกค้า สติ ในกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ ส่วนการฝึกสติโดยนั่งสมาธิกำหนดลมหายใจเป็นวิธีการที่บุคลากรของโรงพยาบาลใช้น้อยที่สุด การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับสติจำแนกตามความถี่ในการฝึกปฏิบัติด้วยวิธีต่าง ๆ จากการวิเคราะห์ One-way ANOVA พบว่า บุคลากรที่รายงานความถี่ในการฝึกสติที่ต่างกัน มีระดับสติที่ต่างกันโดยบุคคลากรที่มีการฝึกสติเป็นประจำ มีระดับสติที่สูงกว่าบุคลากรที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติเลย หรือฝึกสติน้อยครั้ง และบางครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ดังนี้ การฝึกสติในการประชุม ($F=3.97$, $p<.05$) การฝึกสติระหว่างทำงาน ($F=2.91$, $p<.05$) สติในการสื่อสารระหว่างเพื่อนร่วมงาน หรือลูกค้า ($F=4.08$, $p<.05$)

การสติในกิจวัตรประจำวัน (F=5.329, p<.001) การฝึกสติโดยการนั่งกำหนดลมหายใจ (F=5.70, p<.001) และผลการเปรียบเทียบระดับสติของบุคลากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีระดับสติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (F=4.55, p<.05) โดยกลุ่มบุคลากรที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป มีระดับสติสูงที่สุด และผลการเปรียบเทียบระดับสติของบุคลากรจำแนกตามประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม MIO พบว่ามีระดับสติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยบุคลากรที่เข้าร่วม MIO และหลังอบรมได้ฝึกสติเรื่อยมามีระดับสติสูงกว่ากลุ่มที่เข้าอบรม MIO แต่หลังอบรมไม่ค่อยได้ฝึกสติ (F=2.64, p <.05)

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ความไม่สบายใจ และความสุข ก่อนและหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ความไม่สบายใจ ความสุข ก่อนและหลังพัฒนาฯ ติดตามผล 1ปี *

ข้อมูล	ก่อน (n=135)		หลัง (n=135)		df	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความเครียด	12.3	(±7.5)	8.0	(±6.3)	4.3(±8.8)	<0.001
ความไม่สบายใจ	4.3	(±2.4)	3.3	(±3.2)	0.9(±2.8)	<0.001
ความสุข	28.1	(±6.0)	28.4	(±5.1)	-0.3(±7.8)	0.721

*Wilcoxon signed-rank test

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความไม่สบายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001 แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มุมมองความสุขของบุคคลมองต่างกันขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึก พึงพอใจต่อเรื่องนั้น ๆ

2.2 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติ ความมีเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความผูกพันต่องาน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนระดับ สติ ความมีเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ความผูกพันต่องานองค์กร หลังอบรมและนำไปใช้ การติดตามผลเมื่อครบ 1 ปี

ข้อมูล	n	Mean	S.D.	การแปลผล
1. สติ (Mindfulness)	135	4.09	±0.10	มาก
2. การมีความเมตตาต่อผู้อื่น (Compassion)	135	4.15	±0.01	มาก
3. ความสามารถในการสื่อสาร (Communication)	135	4.05	±0.2	มาก
4. การทำงานเป็นทีม (Teamwork)– ความขัดแย้งและความสามัคคี	135	3.93	±0.02	มาก
5. ความผูกพันต่องาน (Work engagement)	135	3.87	±0.02	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการพัฒนา เป็นระยะเวลา 1 ปี บุคลากรมีระดับคะแนนของ สติ (Mindfulness) การมีความเมตตาต่อผู้อื่น (Compassion) ความสามารถในการสื่อสาร (Communication) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความขัดแย้ง และความสามัคคี และความผูกพันต่องาน (Work engagement) พบว่าอยู่ในระดับมาก ทุกด้านและและทุกข้อ

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาล (พฤติกรรมจริยธรรม) ก่อนและหลังการพัฒนาฯ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา ติดตามระยะ 1 ปี แยกรายด้าน*

พฤติกรรมจริยธรรมรายด้าน	ก่อน (n=135)		หลัง(n=135)		Mean difference	t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ด้านการมีบุคลิกภาพที่ดี เหมาะสมในการประกอบอาชีพและในการดำรงตนอยู่ในสังคม	4.14	0.36	4.57	0.37	-0.43	-11.66	<.001
2. ด้านการประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม	4.26	0.38	4.49	0.42	-0.23	-0.15	<.001
3. ด้านการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี	4.12	0.37	4.42	0.45	-0.30	-7.37	<.001
4. ด้านการแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป	3.69	0.38	4.41	0.49	-0.71	-16.75	<.001
5. ด้านการให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร	3.66	0.44	4.45	0.48	-0.79	-18.11	<.001
6. ด้านการรักษาสิทธิของผู้รับบริการ	4.17	0.36	4.48	0.45	-0.31	-7.55	<.001
7. ด้านการมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้รับบริการและสังคม	4.20	0.42	4.43	0.43	-0.22	-5.06	<.001
8. ด้านการให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ	4.07	0.36	4.50	0.50	-0.42	-9.85	<.001
9. ด้านการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ	3.87	0.34	4.34	0.54	-0.46	-11.79	<.001
10. ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ	4.25	0.39	4.44	0.40	-0.19	-4.98	<.001
พฤติกรรมโดยรวม	**4.04**	**0.38**	**4.45**	**0.45**	**-0.40**	**-9.32**	**<.001**

*Paired t test

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลด้านพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลก่อนและหลังพัฒนา ลักษณะทั่วไปของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 95.24 อายุที่พบมากที่สุดช่วง 41-50 ร้อยละ 37.66 รองลมมาคือ 31-40 ปี ร้อยละ29.43 และ 20-30 ปี ร้อยละ 21.21 ตามลำดับ สถานภาพ สมรส ร้อยละ 47.62 โสด ร้อยละ 46.32 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ระดับปฏิบัติการ ร้อยละ80.95 รองลงมา หัวหน้างาน ร้อยละ13.86 ด้านอายุงาน พบว่า อายุงานมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.22 รองลงมาคือ 5-10 ปี ร้อยละ 22.94 ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -9.32, p<.001) ทุกด้านและทุกข้อ

นอกจากนี้ผลด้านอัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อบริการพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน และในชุมชน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่าหลังการพัฒนาติดตามระยะ 1 ปี จำนวนข้อร้องเรียนมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2565 - 2566 ค่าเยียวยาชดเชยความสูญเสียจากข้อผิดพลาดในการบริการมีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น ยังคงต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

1. ก่อนพัฒนารูปแบบพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 82 มีปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังพัฒนาพบว่า คะแนนความเครียด และความไม่สบายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มุมมองความสุขของแต่ละบุคคลมองต่างกันขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึก ความพึงพอใจต่อเรื่องนั้น ๆ สอดคล้องกับการวิจัยทางประสาทวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประโยชน์ของการฝึกสติ พบว่าการฝึกสติมีความสัมพันธ์ผลเชิงบวกของกิจกรรมสมองด้านหน้าซ้ายซึ่งเป็นบริเวณที่สัมพันธ์กับการควบคุมอารมณ์[6] นอกจากนี้งานวิจัยพบว่าการฝึกสติต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

ช่วยลดความหนาแน่นของบริเวณเนื้อสมองสีเทา ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียด[10] การศึกษาพบว่าการฝึกสติในชีวิตประจำวันโดยการกำหนดรู้ลมหายใจเข้าออกกำหนดสติอยู่กับปัจจุบันทำให้ปรับตัวต่อเหตุการณ์เชิงลบและความเครียดได้ดี การมีสติรู้ตัวอยู่เสมอจะสามารถจัดการชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและใช้ชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์[11] สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์บุคคลากรส่วนใหญ่กล่าวว่า “หลังฝึกสติทำให้ผ่อนคลาย สามารถระงับอารมณ์โกรธลดความเครียด ช่วยให้เผชิญปัญหาด้วยใจที่สงบ เข้าใจปัญหาและมองปัญหาด้วยใจที่เป็นกลางมากขึ้น มีสติรู้ลมหายใจเป็นเครื่องมือระงับอารมณ์ในระหว่างทำกิจการงาน” ดังนั้นสติจึงเป็นเสมือนเครื่องมือช่วยให้บุคลากรเกิดความตระหนักรู้เท่าทันสภาวะอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกภายในใจ ตลอดจนการกระทำของตน ช่วยให้สามารถยับยั้งชั่งใจ ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจจะนำไปสู่ปัญหากับผู้รับบริการได้ การใช้บรรยากาศองค์กรส่งเสริมการฝึกต่อเนื่องให้เป็นเป็นวิถีและวัฒนธรรมองค์กร ส่งผลให้บุคลากรทำงานด้วยสภาวะจิตใจที่สงบสามารถนำคุณค่าภายใน คือ ความรัก ความเมตตา เห็นอกเห็นใจ ให้อภัย เคารพในคุณค่าของชีวิตของเพื่อนมนุษย์ออกมาใช้กับผู้รับบริการได้

2. ประสิทธิผลด้าน การมีสติ การมีความเมตตาต่อผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และความผูกพันต่องาน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน และทุกข้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ดำเนินโครงการ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน และบุคลากรที่นำไปใช้ พบว่าสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนหลังการพัฒนาดังนี้ “มีบรรยากาศของการทำสมาธิ/สติ ก่อนการเริ่มงาน ก่อนเลิกงาน ก่อนการประชุมทุกนัดทั้งในระดับองค์กรและระดับหน่วยงานย่อย มีหัวหน้าพาทำสติองค์กร กำกับติดตามการพัฒนาพฤติกรรมบริการ มีบรรยากาศการทำงานที่เป็นกัลยาณมิตร ทำงานเป็นทีมประสานกันระหว่างหน่วยงานดีขึ้น มีความสามัคคี ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลและหน่วยงานลดลง ทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ดีขึ้น การสื่อสารกับผู้รับบริการมีสติในการสื่อสารดีขึ้น มีความอดทนอดกลั้น ไม่ใช้อารมณ์ บรรยากาศในการประชุมมีการรับฟัง สื่อสารด้วยกติกาสติสนสนทนา ระหว่างการปฏิบัติงานมีสติในกิจที่ทำสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีจิตใจดีมีเมตตาต่อผู้ป่วยมากขึ้น มีสติคิดบวกมากขึ้น มีความใส่ใจในการทำงานรับผิดชอบงานมากขึ้น” โดยหน่วยงานมีการฝึกสติให้แบบเป็นวิถีและวัฒนธรรมองค์กรอย่างต่อเนื่องทุกวัน ดังมีการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาสติองค์กรพบว่า การพัฒนาสติและสมาธิเป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน เช่น มีสติอยู่กับงานที่ทำ การนั่งสมาธิวันละ 10-30 นาที ทุกวัน จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล ดังนี้[12] 1) ควบคุมการทำงานของร่างกายส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น 2) สมองส่วนต่าง ๆ สามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น 3) ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และแสดงออกอย่างระมัดระวังมากขึ้น 4) มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทั้งในมุมมองต่อโลกและการดำเนินชีวิต 5) เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น 6) ตระหนักรู้ตัวเองและสามารถพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น 7) ควบคุมความกลัวได้ดี ทำให้มีความกล้ามากขึ้น 8) มีสหัสญาณหรือสัมผัสที่ 6 หรือความสามารถในการหยั่งรู้โดยสัญชาติญาณหรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญที่สะสมไว้ 9) มีคุณธรรม 10) มีความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ในบริษัทยักษ์ใหญ่เช่น Apple, Google, IBM, และ Nike พบว่ามีการฝึกเจริญสติ (Mindfulness) สามารถเพิ่มผลิตภาพและสร้างบรรยากาศที่ดีในที่ทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการทดลองให้พนักงานทำงานร้อยละ 80 และอีกร้อยละ 20 ให้เข้าคอร์ส Search Inside Yourself ผลปรากฏว่าภายในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือนผ่านไป กลุ่มสองที่เข้าคอร์ส Search Inside Yourself มี Productivity สูงกว่ากลุ่มแรกถึง 2 เท่า ส่วนอีกกลุ่มที่ทำแต่งานร้อยละ 100 เต็มไปด้วยความกดดัน การไม่สื่อสาร เครียด เป็นการยืนยันว่าการฝึกสติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มความคิดสร้างสรรค์ เพิ่มการสื่อสารที่ดีขึ้น และสร้างทีมเวิร์คที่เข้มแข็งขึ้น[13]

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะที่มีการเปลี่ยนแปลงมากได้แก่ การให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ การแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป เป็นผลมาจากการการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการสร้างบรรยากาศในการทำงานและวัฒนธรรมองค์กรที่ดีส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจริยธรรมที่ดี ควรมีการปรับปรุงพฤติกรรมเชิงจริยธรรมด้านความเมตตากรุณา[15] นอกจากนี้การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลที่เหมาะสมเป็นการจัดให้พยาบาลมีประสบการณ์ตรง มีการลงมือทำจริงโดยเชื่อว่าทุกสรรพประสบการณ์ของมนุษย์เกิดจากการปฏิบัติจริงหรือการเรียนรู้โดยลงมือทำ การสร้างระบบและกลไกเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมจริยธรรมโดยกำหนดนโยบาย การแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดเป็นองค์ประกอบในการประเมินผลงาน การพัฒนาความรู้และทักษะทางจริยธรรม

ของพยาบาล ปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาล สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจริยธรรม ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจริยธรรมระดับดีมาก และมีค่าคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] การฝึกปฏิบัติตามแนวคิดสตีองค์กรจึงสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลหรือพฤติกรรมจริยธรรมได้เป็นอย่างดี จึงเสนอรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการฯในการวิจัยครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่ามีผลประโยชน์ต่อองค์กรอย่างมาก สามารถแก้ปัญหาพฤติกรรมบริการที่ต้นเหตุของปัญหา ด้วยการฝึกทักษะสมาธิช่วยให้หยุดความคิดความว้าวุ่นใจลดความเครียด การฝึกสติช่วยให้ทำงานด้วยใจที่สงบ ส่งผลบุคลากรนำคุณค่าภายใน ได้แก่ ความรัก ความเมตตาต่อผู้อื่น มีพฤติกรรมกรรมจริยธรรมในการทำงาน มีสติสื่อสารในการพูดและฟังลดอารมณ์แทรกระหว่างทำงาน มีความผูกพันกับงาน ทำงานเป็นทีม คุณภาพจิตใจของบุคลากรดี ส่งผลลดข้อขัดแย้ง ลดข้อร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการ ลดความสูญเสียจากความผิดพลาดในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาพฤติกรรมบริการด้วยแนวคิดสร้างสุขด้วยสติในองค์กร เน้นการเรียนรู้และการลงมือทำต่อเนื่อง โดยมีการขับเคลื่อนอย่างระบบให้เป็นเป็นวิถีองค์กร ควรมีทีมขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง เช่น ทีมนำ ทีมวิทยากร และทีมขับเคลื่อนระดับองค์กรและหน่วยงาน การนำไปใช้ควรเริ่มต้นด้วยการเข้าใจวัฒนธรรมองค์กรและประยุกต์ใช้ที่สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติของคนในองค์กร
2. การศึกษาในอนาคตควรมีการประเมินผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินเพื่อวัดความคุ้มค่าและคุ้มทุนในการลงทุนพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ผู้พัฒนาหลักสูตรสร้างสุขด้วยสติในองค์กรที่ให้โอกาสโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งสติในการพัฒนาคุณภาพจิตบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ขอบคุณ ผศ.ดร.ภาวิณี เพชรสว่างและคณะ ที่ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์การวิจัยประเมินประสิทธิผลและผลตอบแทนการลงทุนโครงการสติสร้างสุขในองค์กร ขอบคุณคณะอาจารย์พี่เลี้ยง ดร.ชลพินทุ์ เชิดผล ที่คอยให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และบุคลากรทุกคนที่ร่วมกันพัฒนาพฤติกรรมบริการด้วยสติสร้างสุขในองค์กร

References

1. World Health Organization (WHO). WHO Health and Health System Responsiveness Survey. New York: H & HSR; 2001.pp.573-93.
2. The Nurses Association of Thailand. Nursing Ethics. Nakhon Pathom: Asean Institute for Health Developement, Mahidol University; 2003. (in Thai)
3. Wongpiromsarn Y. Mindfulness in Organization: MIO. Nonthaburi: Prosperous Plus; 2017. (in Thai)
4. Petchsawang P, Duchon D. Workplace spirituality, meditation, and work performance. Journal of Management, Spirituality & Religion. 2002;9(2):189-208. (in Thai)
5. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment. 2004;11(3):191-206.
6. Tischler L, Biberman J, McKeage R. Link emotional intelligence, spirituality and workplace performance: definitions, model and ideas for research. J Manag Psychol. 2002;17(3):203-18.

7. Thailand Nursing and Midwifery Council. The Healthcare Competency in Midwifery and Nursing. Bangkok: Siriyod Printing; 2010. (in Thai)
8. Petchsawang P. Guide to evaluating effectiveness and return on investment: Mindfulness in Organization Project. Paper presented online group meeting; 2022 Aug 31; Bangkok: 1-39. (in Thai)
9. Nursing Division Ministry of Public Health. Guidelines for collecting indicators to improve quality of nursing 2018 Nontaburi: Suetawan; 2018. (in Thai)
10. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. Int J Stress Manag. 2005;12(2):164-76.
11. Silpakit C. Mindful Living. Nakhon Pathom: Contemplative Education Center, Mahidol University; 2017. (in Thai)
12. Wongpiromsarn Y. Mindfulness in Organization: MIO. 3rd ed. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2014. (in Thai)
13. Phucharoen W. Mindfulness in Action. Bangkok: Amarin Dhamma; 2019. (in Thai)
14. Thongjam R, Thongpan S, Leeka J. The development of ethical behavior for professional nurse. Graduate MCU Khonkaen Campus Journal. 2021;8(4):201-13. (in Thai)
15. Yuenyong N. Ethical behavior of professional nurses. Pathumthani University Academic Journal. 2009; 3(1):1-20. (in Thai)

การศึกษาการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

จันทร์เจ้า กาดโคกกรวด พย.บ.[1,3]
จินตนา ตาปิน ปร.ด.[2]
ชลศานต์ รอดจากเข็ญ พย.บ.[1]
ชดาภา จรูญทองแถม พย.บ.[1]

(วันรับบทความ: 2 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 25 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 3 พฤษภาคม พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการทางด้านสุขภาพและสร้างมาตรฐานในการให้บริการ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัย ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาในบุคลากรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยจำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการจัดการความปลอดภัย 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยมีค่าเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 60 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 15.56 พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 24.44 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5.4 ปี ไม่เคยเข้าการอบรมการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 51.11 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกการจัดการความปลอดภัยรายด้านพบว่าทั้ง 6 ด้านมีระดับคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการค้นหาความเสี่ยงรองลงมาคือ ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ ด้านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบ และด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ จากการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลมาออกแบบการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้มีการจัดการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัย ความเสี่ยง หอผู้ป่วยพิเศษ

[1]พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[2]อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: janjao.ka@sut.ac.th Tel: 081-790131

A Study of Safety Management in Special Wards at Suranaree University of Technology Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Janjao Kadkokgruad B.N.S.[1,3]
Jintana Tapin Ph.D.[2]
Chonlasarn Rodjakkhen B.N.S.[1]
Chadapa Jaroonthongtham B.N.S.[1]

(Received Date: March 2, 2024, Revised Date: April 25, 2024, Accepted Date: May 3, 2024)

Abstract

Patient safety management is the heart of providing health services and creating service standards. This cross- sectional descriptive research aimed to study safety management in the special wards at Suranaree University of Technology Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The sample of the study included 45 nursing personnel in the wards. The instruments used were a general information questionnaire and a questionnaire on safety management in 6 areas, based on the framework of the risk and safety management system of the Hospital Quality Development and Accreditation Institute. The content validity of the safety management questionnaire was assessed to be 0.9 and its reliability was analyzed using the Cronbach's alpha coefficient method, producing a value of 0.95. The data was analyzed using descriptive statistics.

The results of the study found that the participants had an average age of 29 years, 60% were registered nurses, 15.56% were nursing assistants, 24.44% were patient support staff, had an average work experience of 5.4 years, and 51.11% had never attended risk management training. Overall risk management was rated at a high level. When categorizing safety management by aspect, it was found that all 6 areas had high level of opinion scores, with the highest score being for monitoring for risks, followed by determining strategies and measures to prevent risks, incident reporting system, root cause analysis, evaluating the effectiveness of the system, and coordination of related systems, respectively. The information from this study can be used to correctly and appropriately design interventions for safety management in the ward, resulting in effective safety management in the future.

Keywords: safety management, risk, special ward

[1]Registered Nurse, Suranaree University of Technology Hospital
[2]Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology
[3]Corresponding Author, Email: janjao.ka@sut.ac.th Tel: 081-790131

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนและเป็นสถานประกอบกิจการ ที่มีกระบวนการทำงานที่หลากหลายและซับซ้อน เจ้าหน้าที่พยาบาล มีหน้าที่ในด้านการปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับบริการอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย คุณภาพของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นสิ่งพึงประสงค์ ที่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้รับบริการต้องการ และโรงพยาบาล ถือว่าเป็นสถานที่ ที่มีการคุกคามทางสุขภาพแฝงอยู่ในกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้มารับบริการอีกด้วย และโรงพยาบาลถูกจัดเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง[1] การให้บริการของโรงพยาบาล ต้องเฝ้าระวัง และป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงจึงเป็นหัวใจสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลและก่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้บริการ[2] โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีนโยบายเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการบูรณาการระบบสารสนเทศ 2) ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงสื่อสาร และสร้างความตระหนัก 4) ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกัน และการวางแผน 5) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis: RCA) และการนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุง

หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ให้บริการดูแลรักษาโรคทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตที่แพทย์อนุญาตให้อยู่หอผู้ป่วยพิเศษได้ รับผู้ป่วยตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่าย มีห้องพักบริการทั้งหมด 60 ห้อง ปัจจุบันเปิดบริการได้ 39 ห้อง แบ่งเป็นโซนศัลยกรรมกระดูกและข้อ 14 ห้องโซนอายุรกรรม 13 ห้อง โซนสูตินรีเวช 11 ห้องโซนกุมาร 11 ห้อง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 27 บุคลากรพยาบาลอื่น ๆ ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 7 คนจำนวนพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 11 คน สถิติบริการจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 28 คนต่อวัน และ มีวันนอนเฉลี่ย 3.4 วัน ต่อคน[3] หอผู้ป่วยพิเศษได้มีการจัดการความปลอดภัยตามแนวทางระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามนโยบายของโรงพยาบาล จากการทบทวนสถิติรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ พบว่า ในพ.ศ. 2562, 2563, 2564 มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-B จำนวน 308 ,53 และ 15 ครั้ง และระดับ C-D จานวน 177, 80 และ 42 ระดับ E-F จำนวน 25, 16 และ 12 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนระดับ G,H,I ยังไม่พบอุบัติการณ์ทั้ง 3 ปี ลักษณะอุบัติการณ์ได้แก่ 1) อาการผู้ป่วยทรุดลง unplanned ICU 16 ครั้ง เพื่อไปสังเกตอาการเนื่องจากถ้าอยู่ที่หอผู้ป่วยพิเศษอาจเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ทางหน่วยงานจึงได้ประชุมปรึกษาหารือกับทีม PCT เพื่อปรับเกณฑ์ในการย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษ 2) การสื่อสารผิดพลาด 8 ครั้ง ได้มีการปรับปรุงกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยใช้ ISBAR มาช่วยในการสื่อสารและการส่งเวร 3) การเก็บสิ่งส่งตรวจผิดชนิด 4 ครั้ง มีการปรับปรุงและทบทวนการเก็บสิ่งส่งตรวจร่วมกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เพื่อพัฒนาการเก็บสิ่งส่งตรวจ 4) ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม (Fall) 3 ครั้ง ซึ่งได้ทบทวนมาตรฐานในการเฝ้าระวัง การพลัดตกหกล้มและกำกับติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ 5) การบริหารยาผิดพลาด 3 ครั้ง ส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการคัดลอกผิดพลาดได้พัฒนาระบบ E-MAR เพื่อลดกระบวนการคัดลอกยาผิดพลาดถึงแม้ว่าจะได้มีการปรังปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากความเสี่ยงทางคลินิกที่กล่าวมาทางหอผู้ป่วยได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง แต่ก็ยังมีความเสี่ยงเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่ปลอดภัยได้รับบาดเจ็บ ไม่พึงพอใจเกิดความกังวลใจในความปลอดภัยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดย่อมส่งผลต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียง การชดใช้ค่าเสียหาย เป็นการสูญเสียรายได้ และ

ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาการจัดการความปลอดภัยของหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เพื่อให้ทราบการจัดการความเสี่ยงแนวทางการปรับปรุงพัฒนางานเพื่อเป็นประโยชน์กับหอผู้ป่วยพิเศษและดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัย ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาการจัดการความปลอดภัยในบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 – เมษายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[4] ทั้ง 6 ด้านดังนี้ 1) ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการบูรณาการระบบสารสนเทศ 2) ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงสื่อสาร และสร้างความตระหนัก 4) ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกันและการวางแผน 5) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุและการนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณา แบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional research)

ประชากร คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้งหมด จำนวน 45 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 2) มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ผ่านเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ลาศึกษาต่อ 2) พ้นสภาพการเป็นพนักงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 27 คน ผู้ช่วยพยาบาล 7 คน พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 11 คน รวม 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นคำถามสำหรับการจัดการความปลอดภัยสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแนวคำถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาตามกรอบแนวคิดระบบบริหารความเสี่ยงตามสถาบันรับรองคุณภาพองค์กรสถานพยาบาล[5] จำนวน 36 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประสานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการบูรณาการระบบสารสนเทศ จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ

การประสานงานและการใช้สารสนเทศ 2) ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยงสื่อสารและสร้างความตระหนัก จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสาร การกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจน 3) ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการค้นหาความเสี่ยงและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 4) ด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหตุการณ์เกือบพลาด จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ 5) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุ และการนำไปใช้ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์รากเหง้าปัญหาและการนำไปใช้ 6) ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย จำนวน 6 ข้อ ตัวอย่างเช่น หน่วยงานมีการกำหนดการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างชัดเจน

การแปลผล เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) มีค่าตอบให้เลือก 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด = 5, เห็นด้วยมาก = 4, เห็นด้วยปานกลาง = 3, เห็นด้วยน้อย = 2, เห็นด้วยน้อยที่สุด = 1 การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ[6] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นการจัดการความปลอดภัยระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นการจัดการความปลอดภัยระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นการจัดการความปลอดภัยระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นการจัดการความปลอดภัยระดับระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นการจัดการความปลอดภัยระดับระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยงขององค์กร จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา นำมาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ผู้สร้างไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกับที่ผู้วิจัยศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัสโครงการ EC-65-73 รับรองวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2565 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การลงนามให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจและสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการทำงาน ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่างและใช้รหัสแทน ทำการรายงานผลการวิจัยในภาพรวม แบบสอบถามถูกเก็บไว้ที่ตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจปิดล็อคและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัยเท่านั้น และทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดโดยเครื่องย่อยเอกสารหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เมื่อได้รับหนังสือตอบรับให้อนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเข้าพบอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ขอความยินยอม และแจ้งระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบพบว่ามีฉบับที่สมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นจึง นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 100.00 มีอายุ น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 2.22 อยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 62.22 อยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 35.56 อาชีพพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 60.00 พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 24.44 และผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 15.56 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.33 ประสบการณ์ในการทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ 53.33 ประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.00 และประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 51.11

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	45	100.00
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	1	2.22
	21-30 ปี	28	62.22
	31-40 ปี	16	35.56
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	27	60.00
	ผู้ช่วยพยาบาล	7	15.56
	พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	11	24.44
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	15	33.33
	ปริญญาตรี	30	66.67
ประสบการณ์ในการทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	18	40.00
	5-10 ปี	24	53.33
	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	3	6.67
การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง	ไม่เคยเข้ารับการอบรม	23	51.11
	เคยเข้ารับการอบรม	22	48.89

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ประเด็นการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับเกณฑ์การประเมิน
1. ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการบูรณาการระบบสารสนเทศ	4.19	0.85	มาก
2. ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง สื่อสาร และสร้างความตระหนัก	4.32	0.60	มาก
3. ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง	4.37	0.61	มาก
4. ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกัน และการวางแผน	4.26	0.70	มาก
5. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis: RCA) และการนำไปสู่การแก้ปัญหา	4.24	0.62	มาก
6. ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุง	4.22	0.61	มาก
รวม	**4.27**	**0.67**	**มาก**

จากตารางที่ 2 ระดับของการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=4.27, S.D.= 0.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean=4.37, S.D.= 0.61) รองลงมา คือ ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง สื่อสาร และสร้างความตระหนัก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32, S.D.= 0.60) ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผลปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกัน และการวางแผนมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.26, S.D.= 0.70) ด้านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) และการนำไปสู่การแก้ปัญหามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.24, S.D.= 0.62) การดำเนินงานด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุงมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.22, S.D.= 0.61) และด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและการบูรณาการระบบสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.19, S.D.= 0.85) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การศึกษาการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 6 ข้อ ตามระบบบริหารความเสี่ยงของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและการบูรณาการระบบสารสนเทศ ผลการศึกษาภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยของการประเมินอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการความปลอดภัยภายในหอผู้ป่วยพิเศษนั้น จะมีระบบการจัดการโดยมีผู้รับมอบหมายงานที่ชัดเจน โดยมีหัวหน้าแผนกและพยาบาลความเสี่ยงของหน่วยงาน[7] ที่เป็นผู้ได้รับมอบหมายให้ทำงานประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพโดยก่อตั้งเป็นกรรมการต่าง ๆ ในระบบคุณภาพ ของโรงพยาบาล และประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และมีกิจกรรมร่วมพูดคุยรายงานผลก่อนปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทุกเช้าเพื่อเป็นการทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่

พบว่าสามารถบริหารงานได้ดี การมีเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[8] พบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช มีการแบ่งงานและมอบหมายผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย ร่วมกัน โดยมีโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ และบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล และสรุปผลรายงานทุกเดือน

2. ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง สื่อสาร และสร้างความตระหนัก โดยหอผู้ป่วยพิเศษมีแนวทางและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจน ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง หรือมาตรการป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วย รวมทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทาง หรือมาตรการป้องกันความเสี่ยงในหอผู้ป่วย โดยจะมีวิธีการสื่อสารมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจน เช่นมีการสื่อสารทบทวนเหตุการณ์สำคัญก่อนรับส่งเวร มีการสื่อสารทางไลน์ มีการประชุมหน่วยงานทุกเดือน และในหัวข้อการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ชัดเจนค่าเฉลี่ยการประเมินเท่ากับมากที่สุด หอผู้ป่วยมีแนวทางการมาตรการบริหารความเสี่ยงไว้ โดยมีการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก และความเสี่ยงทั่วไปตามแนวทางของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนำมาใช้ส่งผลดีต่อการลดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ดังที่ว่าแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ ทันสมัย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มคุณภาพและประสิทธิผลของการบริการ[9] นอกจากนี้ยังได้มีการจัดการความเสี่ยงหลังการเกิดเหตุการณ์ ซึ่งการวางแนวทางในการจัดการกับความผิดพลาดไว้อย่างชัดเจนและรวดเร็วย่อมส่งผลดีต่อการลดความสูญเสีย และอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังที่[4]กล่าวไว้ว่าการลดความสูญเสียหลังเกิดเหตุการณ์โดยการดูแลแก้ไขปัญหาโดยเฉียบพลันด้วยความเอาใจใส่ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาภายใต้คำแนะนำของผู้รู้กฎหมาย การสื่อสาร และความเข้าใจที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยกันปัญหาการฟ้องร้อง และสอดคล้องกับ วราภรณ์ ศรีรัตนา[10] การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง แต่มี โอกาสพัฒนาโดยการพัฒนาการจัดการความปลอดภัย ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการปรับระบบการรายงานอุบัติการณ์ให้สอดคล้องกับนโยบาย ของโรงพยาบาลที่ไม่ระบุชื่อผู้กระทำผิดในใบรายงานอุบัติการณ์ ปรับปรุงแนวปฏิบัติในการสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพิ่ม การอบรมให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการสื่อสารกับ ผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น

3. ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป โดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยมีการกำหนดประเภทความเสี่ยงไว้โดย มีการกำหนดการค้นหาความเสี่ยงไว้ชัดเจน[11] โดยมีการกำหนดความเสี่ยงทั้งด้านคลินิกและด้านความเสี่ยงทั่วไปตามบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล มีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง เมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นสามารถระบุได้ว่าเป็นความเสี่ยงทางคลินิกหรือความเสี่ยงทั่วไปได้อย่างชัดเจนเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงได้และรองลงมาคือสามารถค้นหาความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงและผลที่จะตามมา ได้จากการศึกษาพบว่าการค้นหาความเสี่ยงมีหลายวิธี ได้แก่การค้นหาความเสี่ยงก่อนการปฏิบัติงาน การค้นหาความเสี่ยงระหว่างปฏิบัติงานและการค้นหาความเสี่ยงจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เคยพบในหอผู้ป่วยและภายนอกหอผู้ป่วย การเดินเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งเมื่อพบอุบัติการณ์จะดำเนินการแก้ไขเบื้องต้นทันที หลังจากนั้นรายงานผู้บังคับบัญชาทราบ และลงบันทึกรายงานในระบบรายงานความเสี่ยงกล่าวไว้ว่า[2] การเดินเยี่ยมผู้ป่วยหลังการรับเวรเพื่อค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยงเมื่อพบจะป้องกันและแก้ไขก่อนได้ทันทีแล้วจึงมาเขียนรายงานความเสี่ยง[2] ซึ่งเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการค้นหาความเสี่ยงระหว่างการปฏิบัติงาน และเป็นการป้องกันปัญหาในอนาคต[12] การศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่านพบปัญหา บุคลากรทางการพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันอันตรายในการปฏิบัติงาน มีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง และการเดินตรวจเยี่ยมร่วมกับบุคลากรไม่สม่ำเสมอ

4. ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผลปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกัน และการวางแผนพบว่า มีการวางระบบการรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ชัดเจนสามารถรายงานอุบัติการณ์ได้ ปัญหาในการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาดยังพบอยู่เป็นประจำ แต่สามารถแก้ไขได้ด้วยการวางแผนและการเรียนรู้การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย[13] สามารถนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ไปใช้ในการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ พบว่าหอผู้ป่วยพิเศษ มีการใช้โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล เรียกว่าโปรแกรม Incident Report ซึ่งมีการส่งเสริมให้รายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด ด้วยการชื่นชมในคนที่รายงานอุบัติการณ์ และมีการทบทวนเพื่อปรับปรุงแนวทางที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น สร้างบรรยากาศไม่การตำหนิ หรือกล่าวโทษกันแต่จะนำประเด็นปัญหาของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ทั้งนี้การเขียนรายงานอุบัติการณ์ จะเป็นข้อมูลเพื่อให้หอผู้ป่วยทราบอุบัติการณ์ที่สำคัญของหอผู้ป่วยและสามารถวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ แนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ระบุว่าแผนบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลต้องมีนโยบายในการรายงานความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความเสี่ยง ทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา สามารถรู้สถานการณ์และเป็นตัวช่วยในการเฝ้าระวังแนวโน้มของปัญหา แต่ยังพบปัญหาของการรายงานเหตุการณ์ ที่ว่าบุคลากรมีการรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วนน้อยกว่า ความเป็นจริงและยังพบว่ามีการลงรายงานเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์รายงานไปใช้ในการประเมินผลปรับปรุงและการวางแผนการบริหารความเสี่ยงได้ไม่ครบคลุม การจัดการความปลอดภัยอีกด้านหนึ่ง คือ การจัดการความปลอดภัย ด้านบุคลากร โดยการให้ความรู้แก่บุคลากร ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการปฏิบัติงาน สำหรับงานวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่บุคลกรไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพ แต่ในหน่วยงานมีการพูดและทบทวนเกี่ยวกับความเสี่ยงในหน่วยงานทุกเช้าก่อนเริ่มปฏิบัติงานทุกวันทำให้บุคลากรมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

5. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) และการนำไปสู่การแก้ปัญหา โดยรายละเอียดในแต่ละข้อความคิดเห็นมีการทำ RCA ตามนโยบายของโรงพยาบาล การทำ RCA นำไปสู่การแก้ปัญหาในหอผู้ป่วย มักจะพบปัญหาในการทำ RCA ในหน่วยงานของท่านเสมอ สามารถนำข้อมูลที่ผ่านการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำ RCA ไปใช้ประโยชน์ได้ผลการศึกษาพบว่า หอผู้ป่วยพิเศษ มีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุอุบัติการณ์ทุกระดับเมื่อพบว่ามีการรายงานความเสี่ยง โดยมีการตรวจสอบ ICR ในระบบช่วงเช้าสื่อสารและทบทวนระดมสมองในช่วงก่อนการรับเวร เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาให้ทันท่วงทีที่พบอุบัติการณ์ และอุบัติการณ์ที่ระดับ E ขึ้นไปและเกี่ยวเนื่องกับหลายๆแผนกต้องมีการทบทวนร่วมกับแผนกศูนย์คุณภาพเพื่อหารากเหง้าของปัญหาที่แท้จริงเพื่อให้ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ รวมถึงการวางแผนปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจาก RCA เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงหรือสาเหตุรากเหง้าของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้น ๆ เพื่อขจัดสาเหตุ ได้ตรงจุดโดยนำอุบัติการณ์มาทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้นทำไมจึงเกิดและต้องทำอะไรเพื่อมิให้เกิด เพื่อให้ทราบสาเหตุรากเหง้าของปัญหาและวางมาตรการป้องกันเชิงระบบต่อไป และสอดคล้องกับมาตรฐานการรับรองคุณภาพที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง[14] ว่าด้วยระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย และคุณภาพ มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณเพ็ญ เนื่องสิทธะ และคณะ[15] ได้ทำการศึกษา การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการรายงานมีปัญหาในการใช้งาน บุคลากรทางการพยาบาลบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการรายงานข้อมูลในระบบ บุคลากรทางการพยาบาลบางคนไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและขาดความรู้ในการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง บุคลากรพยาบาลบางคนไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์และ

รู้สึกว่าไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจากการรายงานอุบัติการณ์ บุคลากรบางคนขาดทักษะในการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงและยังพบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นซ้ำซึ่งอาจเกิดจากระบบการจัดการความปลอดภัยของหอผู้ป่วยไม่ดีเพียงพอ

6. ด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การซึ่งระดับเกณฑ์การประเมินในแต่ละข้อความคิดเห็นมีระดับมากทุกหัวข้อผลการศึกษาพบว่า หอผู้ป่วยพิเศษมีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและใช้ ข้อมูลรายงานความเสี่ยงประจำเดือนและเปรียบเทียบกับบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ดูว่ามีการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำหรือมีความถี่เพิ่มขึ้น เพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วย มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน และตัวชี้วัดในด้านต่าง ๆ[16] จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพในการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยสอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[2] ที่กล่าวว่าการทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังตัวชี้วัดโดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกันมากกว่าที่จะดูแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์และการตรวจสอบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่ในการปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ควรมีการเสริมความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยให้แก่บุคลากรทุกระดับ ควรมีการนิเทศและกำกับติดตามโดยหัวหน้าแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ สำรี ชมบริสุท[17] การติดตามตัวชี้วัดด้านความเสี่ยง ด้านต่าง ๆ เพื่อจัดทำแผนการพัฒนา แต่ยังพบปัญหาว่า ตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงยังไม่บรรลุเป้าหมายทั้งนี้อาจเกิด จากบุคคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและการประเมินประสิทธิผลไม่ต่อเนื่องและการนำเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดล่าช้าเนื่องจากผู้เกี่ยวข้องมีภาระงานมาก[18] ดังนั้นการมีแผนการนิเทศและติดตามผลการปฏิบัติงานรวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงการบริหารความเสี่ยงจะทำ ให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรซึ่งจะส่งผลดีต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการบูรณาการระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลควรปรับปรุงระบบสารสนเทศสำหรับรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Incident Report) ให้ใช้งานได้ง่าย และรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ด้านการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันความเสี่ยง สื่อสาร และสร้างความตระหนัก หอผู้ป่วยควรมีการกำหนดแนวทาง หรือมาตรการป้องกันความเสี่ยงจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหอผู้ป่วยทุกตำแหน่งงานเพื่อให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัตินี้และเกิดความตระหนักในการนำไปใช้

3. ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ความเสี่ยงทั่วไป และการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง โรงพยาบาลควรมีคู่มือสำหรับผู้ใช้งานในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Incident Report) เพื่อให้การเข้าใช้งานระบบมีความถูกต้องและรวดเร็วยิ่งขึ้น

4. ด้านระบบรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์เกือบพลาด มีการวิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผลปรับปรุง เรียนรู้ร่วมกัน และการวางแผน ท่านพบปัญหาในการนำแผนไปใช้เพื่อการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. ด้านการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (RCA) และการนำไปสู่การแก้ปัญหา หอผู้ป่วยควรจัดอบรมกระบวนการทำ RCA ให้กับบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส เพื่อส่งเสริมทักษะและทบทวนการทำ RCA อย่างมีคุณภาพ

6. การดำเนินงานด้านการประเมินประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย และนำไปสู่การปรับปรุง หอผู้ป่วยควรมีการติดตามประเมินผลการปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม ที่สามารถตรวจสอบและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เพิ่มพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยในหอผู้ป่วย และการออกแบบระบบให้เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่ให้เงินอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2565 และกลุ่มตัวอย่าง มา ณ โอกาสนี้

References

1. Jirapat V, Jirapat K. Patient safety management concept Clinical Safety Guidelines Process. Bangkok: Elef Glasses Color; 2012. (in Thai)
2. Suphachutikul A. Risk management system in hospitals. Bangkok: Desire; 2000. (in Thai)
3. Special ward. Annual report Suranaree University of Technology Hospital Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology Hospital; 2021. (in Thai)
4. Suphachutikul A. Action learning manual on the path to a quality hospital. 2nd ed. Bangkok: Design; 2001. (in Thai)
5. Healthcare Quality Assurance Institute (Public Organization). Hospital and Health Service Standards No. 5. 2nd ed. Nonthaburi: Tian Kuang Printing; 2022. (in Thai)
6. Srisa-ard B. Preliminary research. Bangkok: Suweeriyasan; 2010. (in Thai)
7. Warachun W. Risk Management simple style Bangkok Hospital: Healthcare Quality Assurance Institute (Public Organization).[Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 20]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=315%3B (in Thai)
8. Kiattison K. Situation analysis of patient safety management. Female medical ward 3, Buddhachinnarat Hospital Phitsanulok. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2018. (in Thai)
9. Ritthaisong S. Hospital risk management. In the context of professional nursing. Journal of Health and Public Health Law. 2017;3(1):77-87. (in Thai)
10. Srirattana W,Thungjaroenkul P, Nantsupawat A. Patient safety management according to the perception of nursing personnel in Surasak Montri Camp Hospital, Lampang Province. Nursing Journal. 2015;47(1):350-60. (in Thai)
11. Rachiwong R. Experiences of intensive care unit heads in personnel safety management. Police Nursing Journal. 2016;8(1):182-92. (in Thai)
12. Uareerarat C. Analysis of the situation of work safety management in the operating room of Somdet Phra Yupparat Pua Hospital. Nan Province. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai)

13. Manaet C,Thungjaroenkul P, Nantsupawat A . Analysis of patient safety management. A case study of the female surgery ward of Buddhachinnarat Hospital. Phitsanulok. Nursing Journal Public health and education. 2018;19(3):96-106. (in Thai)
14. Institute for Healthcare Quality Assurance (Public Organization). Guide to putting standards into practice. Part II. 1st ed. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing; 2021. (in Thai)
15. Nueangsittha W, Thungjaroenkul P, Abhicharttibutra K. Situation analysis of patient safety management. surgical intensive care unit Buddhachinnarat Hospital, Phitsanulok. Journal of the Phrae Hospital. 2018; 26(1):47-60. (in Thai)
16. Healthcare Quality Assurance Institute (Public Organization). Patient safety goals of Thailand 2018. 2nd ed. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018. (in Thai)
17. Chomborisut S. Situation analysis of patient safety management. Male surgical ward Buddhachinnarat Hospital Phitsanulok. Nursing Journal. 2020;47(2):453-62. (in Thai)
18. Srisathitnarakun B. Leadership and management strategies of nursing organizations in the 20th century 21. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ปภาดา ชมภูนิตย์ ปร.ด.[1,2]
พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ พย.ม.[1]
รัชดาภรณ์ แม้นศิริ พย.ม.[1]

(วันรับบทความ: 18 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 7 พฤษภาคม พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยแบ่งเป็น 3ระยะได้แก่ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การพัฒนารูปแบบและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ 3) การประเมินผลของการใช้รูปแบบเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ตัวแทนจากผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 32 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คน 3) ผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการทดลองรูปแบบจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 92 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนามี 4 องค์ประกอบได้แก่ การจัดเตรียมแผนการดูแลการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบพบว่า ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงได้เนื่องจากมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะการนำผู้อายุที่มีจิตอาสามาเป็นผู้ดูแลและการได้รับสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail : chomphunit@gmail.com Tel: 084-9820094

Development of Health Care Models for Dependent Older Adults and Individuals with Disabilities through Community Participation in Chom Thong Sub-District, Mueang, Phitsanulok.

Paphadar Chomphunit Ph.D.[1,2]
Phimnipha Boonprasert M.N.S[1]
Ratchadaporn Mansiri M.N.S.[1]

(Received Date: March 18, 2024, Revised Date: April 30, 2024, Accepted Date: May 7, 2024)

Abstract

This participatory action research aimed to develop a health care model for dependent older adults and individuals with disabilities through community engagement in Chom Thong Sub-District, Mueang, Phitsanulok province. The research was structured into three phases: 1) problem and needs assessment for caring for dependent older adults and individuals with disabilities, 2) model development and implementation of health care activities, and 3) model evaluation. The study employed purposive sampling to select a total of 92 participants which included 32 representatives from community leaders and network partners, 30 dependent older adults and individuals with disabilities, and 30 caregivers participating in model testing. Research tools included semi-structured interviews for in-depth discussions, group discussions, questionnaires to assess health perception, and assessments of basic daily living abilities. The Qualitative data were analyzed using content analysis and statistical methods including percentages, means, standard deviations, and paired t-tests were used for the quantitative data.

The results revealed that the developed health care model was comprised of four key components: 1) care plan preparation, 2) community and network partner capacity building, 3) home-based care for dependent individuals, and 4) continuous care activity support from the network. Implementation of the model demonstrated a statistically significant improvement in health perception among dependent older adults and individuals with disabilities ($p< 0.01$), with high levels of satisfaction reported. This developed model has the potential to sustainably enhance the quality of care for dependent older adults and individuals with disabilities which can be attributed to factors such as community involvement, particularly through volunteer caregivers, and ongoing support from relevant networks for care provision.

Keywords: dependency older adults, individuals with disabilities, health care model, community participation

[1]Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok Province.
[2]Corresponding author, E-mail: chomphunit@gmail.com Tel: 084-9820094

บทนำ

ประชากรโลกและประชากรไทยมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568[1] เมื่อสัดส่วนคนสูงวัยมากขึ้น โรคและการเจ็บป่วยที่เกิดเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกายของผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและคนรอบข้างทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงและต้องการผู้ดูแลมากกว่า 1 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้[2] นอกจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ในชุมชนยังมีผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการได้รับการดูแลความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน ทำให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย เน้นรูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนหน่วยงานในท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรต่างๆในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน เป็นต้น โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative Care for Chronic Condition framework: ICCC) ที่ประกอบด้วยหุ้นส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมประเมินภาวะสุขภาพร่วมกันและเรียนรู้การจัดการกับภาวะนั้น ๆ เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม[3] โดยชุมชนสร้างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงบวกเพื่อสนับสนุนการจัดการดังกล่าวและมีระบบบริการสุขภาพที่รองรับอย่างมีคุณภาพโดยทั้งสามหุ้นส่วนจะทำหน้าที่เกื้อหนุนเชื่อมโยงซึ่งกันและกันถึงแม้จะมีบทบาทในการจัดการต่างกันอาจกล่าวได้ว่าหากจะดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะภาวะเรื้อรังและการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเชื่อมต่อหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดการจัดการสุขภาพที่มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนโดยเชื่อว่าชุมชนย่อมรู้บริบทและสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่าทั่วถึงครอบคลุมมากกว่า และต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจังหวัดพิษณุโลก มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากจำนวน 124,906 คน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 152,935 คน ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.44 หากพิจารณาร้อยละของผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 – 2561 พบว่า ร้อยละผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 14.60 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 17.60 ในปี 2561 แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังสามารถพึ่งตนเองได้ดีและช่วยเหลือผู้อื่นได้ร้อยละ 93.09 กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือกลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.46 และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.45[4] ส่วนการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มเฉพาะกิจ เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนเพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลตนเองผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีหน่วยงานในสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นแกนหลัก ซึ่งผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเกือบทั้งสิ้น แต่ยังขาดการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีศักยภาพสูงได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนของตนเอง ส่วนรูปแบบการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการในชุมชน ที่ผ่านมานั้นพบว่าได้ดำเนินการภายใต้นโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่และยังไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมพื้นที่ ครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้เนื่องจากบุคลากรผู้สนับสนุนมีภาระงานมากผู้รับผิดชอบงานหลักยังเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุชุมชนเพียงเข้ามามีส่วนร่วมในบางกระบวนการเท่านั้น ตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังที่ควรจะเป็นคือ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย

ที่มีการรวมตัวกันเป็นประชาคมที่เข้มแข็งร่วมกับเครือข่ายชุมชนที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ เข้ามามีบทบาทหลักในการดำเนินงานร่วมกันอย่างแท้จริงเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมพื้นที่อย่างทั่วถึงมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ในพื้นที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,525 คน โดยมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 360 คน คิดเป็นร้อยละ 14.26 และเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 14.45 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มติดเตียงจำนวน 9 คน และเป็นผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 13 คน[5] ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบยังคงใช้รูปแบบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันดำเนินการเป็นหลักยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ประชาคมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีศักยภาพสูงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน และครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้นของผู้วิจัยในส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดบ้านติดเตียงและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงผู้ให้การดูแลในพื้นที่ตำบลจอมทอง พบว่ามีปัญหาและความต้องการการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดท่าที่เหมาะสม วิธีการที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการฟื้นฟูค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหาร เป็นต้น การติดตามเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย ขาดการดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน

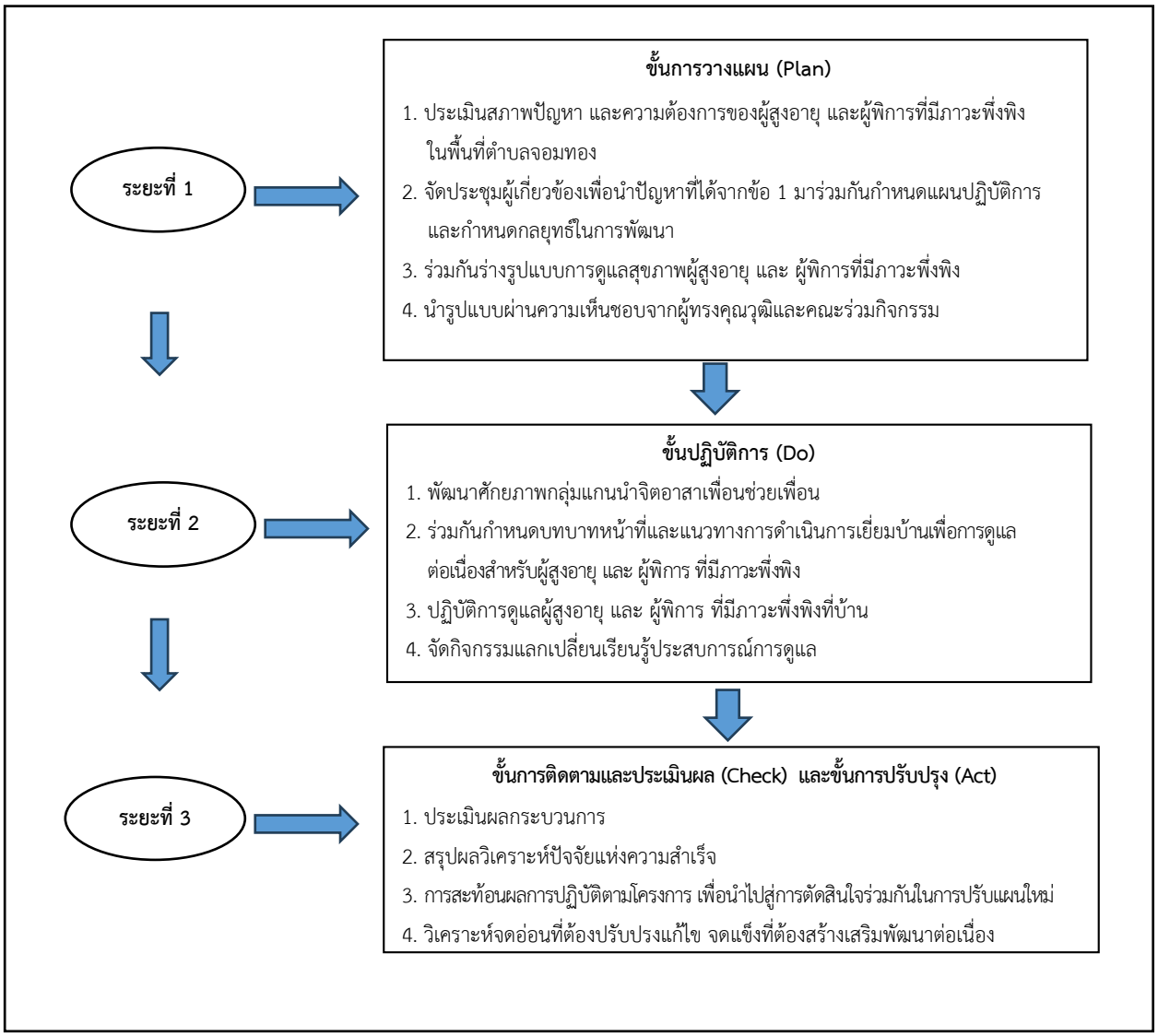
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงประจำตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการ โดยมีประชาคมผู้สูงอายุ และเครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และคาดว่าจะเป็นเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ เพื่อให้ ผู้สูงอายุ และผู้พิการ กลุ่มดังกล่าว ได้รับการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทองอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมถึงการสร้างการเรียนรู้ของชุมชนในการดำเนินการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพของ Deming[6] มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Do) ขั้นการติดตามและประเมินผล (Check) และขั้นการปรับปรุง (Act) การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบของการดำเนินกิจกรรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลจอมทอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ทั้งสิ้น 32 คน ประกอบด้วย 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง ปลัดองค์การบริหารส่วนส่วนตำบลจอมทอง ผู้รับผิดชอบกองสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลจอมทอง ผู้นำชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลจอมทอง จำนวน 5 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน จำนวน 5 คน รวม จำนวน 13 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้พิการเป็นสมาชิกของครอบครัวหรือบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 9 คน 3) แกนนำชมรมผู้สูงอายุตำบลจอมทอง / ผู้สูงอายุ จำนวน 5 หมู่บ้าน ๆ ละ 2 คน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มโดยมีประเด็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ การดูแล ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันของตำบลจอมทองเป็นอย่างไร 2) กิจกรรมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงของท่าน/หน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร 3) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานหรือดำเนินกิจกรรมของท่าน/หน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร 4) ท่านต้องการให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นกว่านี้ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ท่านคิดว่าควรจะพัฒนาอย่างไรในหน่วยงานของท่าน/ระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของท่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของเครื่องมือได้เท่ากับ .80 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. นำผลวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 พร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิง

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมตามบริบทและปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการที่จะร่วมดำเนินกิจกรรม

3. เสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสมความสอดคล้องโดยมีการประเมิน 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง ผลการวิเคราะห์มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงบทเรียนเพื่อการเรียนรู้ของผู้ที่จะเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

4. จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับจิตอาสาเพื่อนำความรู้และความสามารถไปปฏิบัติการดูแลให้กับกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลจอมทอง จำนวน 300 คน 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 81 คน และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 13 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลจอมทอง คัดเลือกแบบสมัครใจเข้ามาเป็นจิตอาสาเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงอายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง โดยต้องเป็นผู้ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและมีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ อาศัยอยู่กับใคร และการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับจากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [7] และจากแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณา ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีคะแนนดูแลสุขภาพที่บ้านระดับดี 1.67-2.33 มีคะแนนดูแลสุขภาพที่บ้านระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 มีคะแนนดูแลสุขภาพที่บ้านระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)[8] ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง และดัดแปลงจากแบบวัดสุขภาพทั่วไป (SF-36 version 2)[9] เพื่อใช้ประเมินการรับรู้จากสุขภาพทั่วไปรวมทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ระหว่าง .60-1.00 นำเครื่องมือทั้ง4ชุดไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จานวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าระหว่าง .80-.90

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 3 ระดับคือ พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ การพิจารณา ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 มีคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 มีคะแนนความพึงพอใจระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ระหว่าง .60-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าระหว่าง .89

การรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและผู้พิการที่มีการดำเนินการภายในชุมชน 2) การสนทนากลุ่มเพื่อจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลจอมทอง 3) การจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานของชุมชนตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการปฏิบัติมีการจัดการอบรมผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน ในตำบลจอมทอง มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วจำแนกการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มติดเตียงและผู้พิการ กำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อให้เกิดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนการเยี่ยมเพื่อดูแลกลุ่มดังกล่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการประชุมหารือกันเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงขั้นตอนนี้เป็นการสรุปและประเมินผลหลังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนผลการดำเนินการวิจัยโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขการเสริมพัฒนาในจุดแข็งระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ใบรับรองเลขที่ 2023/025 ลงวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลงานวิจัยจะเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษา ปัญหาและความต้องการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าตำบลจอมทองปัจจุบันมีผู้สูงอายุ จำนวน 820 คน จากประชากรทั้งหมด 3,800 คน คิดเป็นร้อยละ 21.58 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 10.36 และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 13 คน จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1) การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมาจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่หลักในการดูแลบุคคลดังกล่าวและจะมีผู้ดูแลหลักที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70ชั่วโมงของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ไปดูแลที่บ้าน แต่ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนมากขึ้น ดังคำกล่าว *“ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงมีจำนวนมากขึ้น แต่คนดูแลน้อยลง”* (ผู้บริหาร ก , 2566) *“ จำนวน CG น้อยลง เค้าไปทำงานอย่างอื่นหมด”* (ผู้บริหาร ข , 2566) *“ต้องการให้ทาง อบต.หรือหน่วยงานอื่นมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยคงจะดีมาก ๆ”* (ผู้บริหาร ข , 2566)

2) การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงขาดความต่อเนื่องและเป็นองค์รวมเนื่องจากขาดการสนับสนุนเรื่องค่าตอบแทนผู้ดูแลหลักและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลประจำครอบครัวทำการดูแลตามศักยภาพที่จะดำเนินการได้ ทำให้กลุ่มดังกล่าวขาดการเฝ้าระวังภาวการณ์เจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ ดังคำกล่าว *“ขาดการเยี่ยมจากผู้ดูแล CG เพราะเค้าบอกว่ายังไม่มีการอนุมัติงบประมาณค่าตอบแทนมาให้”* (ญาติผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, 2566) *“ถ้ามีการเพิ่มค่าตอบแทนให้CG เค้าบ้างคงจะดี จะได้มาเยี่ยมผู้ป่วยได้มากกว่านี้”* (พยาบาลวิชาชีพ ก, 2566)

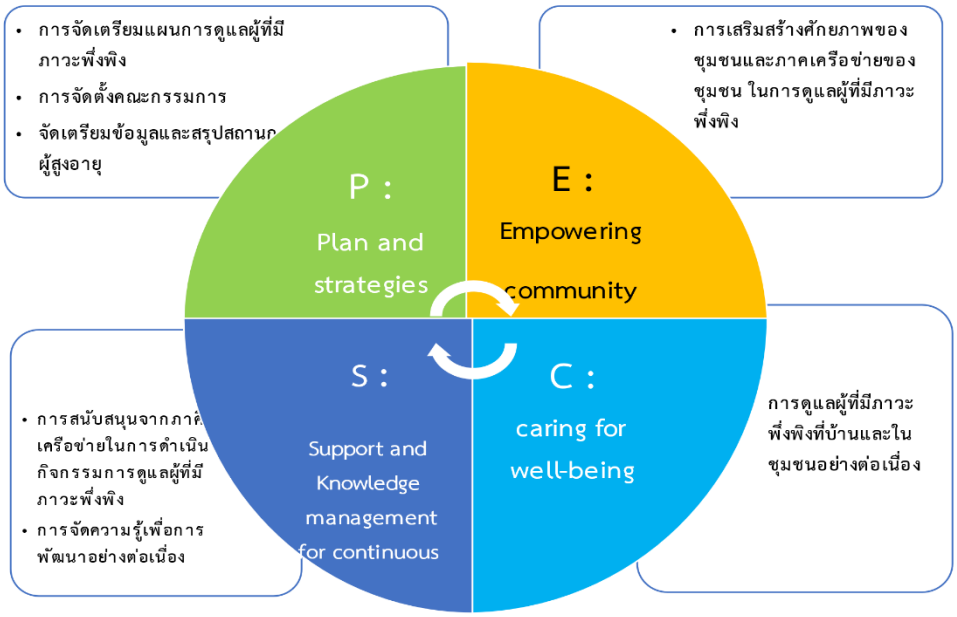
3) การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงยังทำงานอย่างเป็นแบบแยกส่วนทำให้เป็นภาระให้กับหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งและต้องการให้ส่วนเอกชนประชาชนหรือภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะทำให้กลุ่มดังกล่าวมีสุขภาพที่ดีต่อไปได้ดังคำกล่าว *“ในตำบลของเรามีผู้ที่มีจิตอาสาที่อยากเข้ามาดูแลคนกลุ่มนี้มากถ้าทำให้เค้ามั่นใจในการดูแล”* (ตัวแทนผู้สูงอายุ, 2566)

4) ต้องการให้มีการทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะทำงานร่วมทั้งควรมีการทบทวนคำสั่งและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการทุกปี ควรมีการทำแผนดำเนินกิจกรรมและแผนปฏิบัติการในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สามารถดำเนินกิจกรรมได้พร้อมกันในทุกภาคส่วน ดังคำกล่าว *“ถ้าจะให้ดีควรมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมดำเนินกิจกรรมและแผนในการเยี่ยมบ้านและการดูที่บ้านจะได้ไปดูแลพร้อมกัน”* (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, 2566)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก ต้องการมีความสามารถจัดการกับชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และ สังคม สามารถมีรายได้เพราะไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 จากการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลจอมทองร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการมีส่วนร่วมได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทำรูปแบบที่ได้ไปสอบถามความคิดเห็นและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และจัดเวทีเพื่อการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการจัดรูปแบบที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นถึงรูปแบบที่เหมาะสมกับประชาชนในชุมชนและสามารถปฏิบัติได้จริงโดยทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมร่วมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันระดมความคิดและเลือกรูปแบบที่เหมาะสมพร้อมทั้งร่วมกันกำหนดแนวทางออกแบบร่วมกัน ทดลองปฏิบัติติดตามประเมินผลโดยที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันใช้ผลที่เกิดขึ้น



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง

จากภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 1) P: Plan and strategies หมายถึง การจัดเตรียมแผนการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง 2) E: Empowering community หมายถึง กิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง 3) C: Caring for well-being หมายถึง กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 4) S: Support and Knowledge management for continuous หมายถึง การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการจัดความรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า 1) จิตอาสาเพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุในช่วง 60-65 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 2) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุและ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนทั้งหมด 30 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับคะแนน ADL (5-11) ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพคู่ มีระดับการศึกษาในระดับประถมเป็นส่วนใหญ่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อาศัยอยู่กับบุตรหลานใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท โดยได้จากเบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการ

2. ผลของใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านของกลุ่มจิตอาสาที่เข้าร่วมในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านของจิตอาสาจำนวน 30 คน (n=30คน)

ข้อที่	กิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน	Mean	S.D.	การแปลผล
1.	การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้น	2.44	0.62	มาก
2.	การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	2.58	0.64	มาก
3.	ดูแลการได้รับยาทางปาก	2.78	0.63	มาก
4.	การออกกำลังกายให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	2.43	0.62	มาก
5.	มีการทำกายภาพเบื้องต้น	2.88	0.69	มาก
6.	การนวดแผนไทยเบื้องต้นเพื่อความผ่อนคลาย	2.89	0.69	มาก
7.	เทคนิคการดูแลทางด้านจิตใจ	2.79	0.66	มาก
8.	การจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	2.35	0.57	มาก
9.	การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	2.40	0.60	มาก
10.	การช่วยดูแลผู้ที่มีภาวะท้ายของชีวิต	2.43	0.61	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าจิตอาสาที่มีความสมัครเข้ารับการอบรมเพื่อมีความรู้ในการดูผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงและนำความรู้ไปปฏิบัติการดูแลที่บ้านสามารถทำได้อยู่ในระดับที่มาก ทำให้กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพที่ดีที่บ้านได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง (n=30)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง	1.75	0.24	2.56	0.32	-16.98	0.000
2. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	9.96	2.14	10.26	1.76	--1.87	0.071

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ.01

และพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิวัติการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบแต่ยังอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่สามารถเปลี่ยนไปในระดับกลุ่มที่ไม่ต้องพึ่งพิงได้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความพึงพอใจของกลุ่มจิตอาสาดูแล และผู้สูงอายุ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมดำเนินการดำเนินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอ เมือง จังหวัดพิษณุโลก (N=60คน)

ข้อที่	ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
1.	ความพึงพอใจด้านขั้นตอนการจัดกิจกรรม			
	1.1 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านและในชุมชน	2.38	0.62	มาก
	1.2 การจัดกิจกรรมที่มีการสาธิตและจัดการเรียนรู้	2.58	0.68	มาก
	1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม	2.64	0.60	มาก
	1.4 การจัดกิจกรรมให้มีการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น การได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นเช่นการตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	2.84	0.69	มาก
2.	ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ			
	2.1 ความพึงพอใจกับการนำความรู้จากการมีส่วนร่วมไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน	2.78	0.63	มาก
	2.2 ความพึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำไปดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน	2.89	0.69	มาก
3.	ภาพรวมของความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพฯ	2.69	0.65	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมการในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอ เมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 60 คน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ 2.2 มีความพึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำไปดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมากเป็นอันดับหนึ่ง

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ของตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบประเด็นที่สำคัญ คือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่อง และเป็นองค์รวมไม่ควรที่จะแยกส่วนในการดูแลมีการทำงานเป็นทีมแบ่งหน้าที่การดำเนินการดูแลที่ชัดเจนเพื่อความต่อเนื่องทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนในพื้นที่และนอกพื้นที่ และควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีจิตอาสาให้มีความสามารถดูแลกลุ่มคนดังกล่าวให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิและอมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[2] ที่ศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าขาดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงต่อเนื่องกันและญาติไม่มีความมั่นใจหรือพร่องความรู้ในการดูสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และการศึกษาของ พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง และคณะ[10] ที่พบว่าการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่ดีต้องจัดการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับการศึกษาของ โชคนิติพัฒน์ วิสูญ และ เอมอร ทาระคำ[11] พบว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีญาติควรได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้การดูแล

2. ผลจากทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2.1) จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสถานการณ์มาสะท้อนในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและลงมือปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานตามรูปแบบช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตประจำวันที่เป็นปกติเหมาะสมกับสภาวะร่างกายได้รับการช่วยเหลือที่ครอบคลุมได้รับการรักษาฟื้นฟูบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของพื้นที่หรือชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องรวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อมก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ[12] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม แล้วพบว่าปัจจัยความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนมีการประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2) ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า จิตอาสาที่มีความสมัครใจเข้ารับการอบรมเพื่อมีความรู้ในการดูผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงและนำความรู้ไปปฏิบัติการดูแลที่บ้านสามารถทำได้อยู่ในระดับที่มาก (Mean=2.60, S.D.= 0.63) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าการใช้รูปแบบและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบพบว่าหลังใช้รูปแบบกลุ่มดังกล่าวมีความรู้เรื่องสุขภาพของตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และ เจทสริยา ดาวราช[14] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าคะแนนของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถ

เปลี่ยนกลุ่มจากภาวะพึ่งพิงไปเป็นกลุ่มที่ติดสังคมหรือไม่ต้องพึ่งพิงได้ เนื่องจากระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบที่ยังต้องใช้เวลามากกว่านี้และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีแต่ความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูและดูแลในระยะที่นาน ซึ่งผลการทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[2] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประวันสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนกลุ่มเป็นติดสังคมได้

2.3) ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบทำให้จิตอาสาที่สมัครใจเพื่อมาให้การดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมได้รับการดูแลทำให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean=4.35, S.D.= 0.57) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[2] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของทีมการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับพึงพอใจในระดับดีและสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา เจนสวัสดิ์พงศ์[15] ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.88, S.D.=0.33)

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก นี้พัฒนาจากการปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการยอมรับสามารถประยุกต์นำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับบุคคลที่นำไปใช้ปฏิบัติสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึงพิงในระดับครอบครัวและชุมชนได้

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้อาจจะไม่สามารถนำไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้นำชุมชน หน่วยงานในชุมชนและภาคีเครือข่ายในชุมชน นำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยไปจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่ในชุมชนให้ครบทุกรายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และนโยบายเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมมากขึ้นต่อไป

References

1. National Statistical Office, Ministry of intermates and communication technology.Estimate Thai population year 2543-2573. Bangkok. National Statistical Office; 2011. (in Thai)
2. Wangji N, Sangsuwan A. New continuing care model for dependent elderly patients**.** The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022;9(1):241-56. (in-Thai)
3. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2017;37(2):154-9. (in Thai)
4. National Statistical Office [internet]. 2021 [cited 2023 Oct 02]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData. (in Thai)
5. Department of older persons, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the National Agenda on Aging Society. (2nd edition). Bangkok. Amarin Printing and Publishing; 2019. (in Thai)

6. Chantharapratin D, Boonyapithak S, Chullasap N. participation in extra-curricular activities according to the Deming Cycle of students in Rajamangala University of Technology Srivijaya, SongkhlaArea. Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal. 2017;9(1):98-112. (in Thai)
7. Department of health, Ministry Public Health .70 hours care giver. Nakhon Pathom. National office of Buddhism; 2013. (in Thai)
8. Ponnakaew Hospital. Barthel ADL Index. [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 02]. Available from: http://www.pknhospital.com/2019/data/starRPST/homecare/cpso_star62_05.pdf. (in Thai)
9. Leurmamkul W, Meetam P. Development of a Quality of Life Questionnaire: SF-36 (Thai Version). The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences. 2000;24(2):92-111. (In Thai)
10. Chuenjairuang P, Chaichan S, Panyasaisophon T. Development of health management guidelines the home-bound and bed-bound older adults through community participation in Non-Pradu District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Journal of Nursing and Health Care. 2023;40(3):15-24. (in-Thai)
11. Wisoon C, Tharakum E. Development of care guidelines for bed-ridden patients without a family caregiver through community participation. Journal of Nursing and Health Care. 2023;41(2):1-14. (in-Thai)
12. Sriphuwong W, Sriphuwong C, Thiabrithi S. Long term care model development for the dependency elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. Acad J Community Public Health AJCPH. 2020;6:13-28. (in Thai)
13. Robrujen S. Development of the elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab district, Ubon Ratchathani province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017;9(3):57-69. (in Thai)
14. Daharn T, Duangrach J. Development of a health care model for elderly by community particapation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Provine. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2017;2(3):42-54. (in Thai)
15. Janesawatpong J. Effectiveness of the care model for dependent elderly at BanPong Municipality, BanPong District, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2021;1(3):49-58. (in-Thai)

การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษา : ตำบลจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก

พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ พย.ม[1] ปภาดา ชมภูนิตย์ ปร.ด.[1]
สายทอง นวลจีน พย.บ.[2] รัชดาภรณ์ แม้นศิริ พย.ม.[1,5]
ปริมประภา ก้อนแก้ว สด.[3] วัชระ เกี๋ยนต๊ะ พย.ม.[4]

(วันรับบทความ: 26 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 29 เมษายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 7 พฤษภาคม พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในการป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก วิธีดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง รวมระยะเวลาดำเนินงานวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 นอกจากนั้นยังมีแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ 0.7 และแบบทดสอบความรู้ตรวจสอบความตรงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 มีค่าเท่ากับ 0.7 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยชุดความรู้ผ่านแอปพลิเคชั่น แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน โดยเครื่องมือดังกล่าวมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signs test. ในการวิเคราะห์คะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลการตรวจร่างกาย

จากผลการศึกษาประสิทธิผลระบบสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก รอบเอว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

---

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านจอมทอง จังหวัดพิษณุโลก
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก
[4]อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์
[5]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Rachadaporn.m@psru.ac.th Tel 064-3564329

Development of a Self-management Support System to Prevent the Risk of Cerebrovascular Disease Among Village Health Volunteers with Non-communicable Diseases Case study: Chom Thong Sub-District, Phitsanulok Province.

Phimnipha Boonprasert M.N.S[1] Paphada Chompunit Ph.D[1]
Saithong Nuanjeen B.N.S[2] Ratchadaporn Mansiri M.N.S[1,5]
Primprapha Konkaew P.H[3] Watchara Kianta M.N.S[4]

(Received Date: March 26, 2024, Revised Date: April 29, 2024, Accepted Date: May 7, 2024)

Abstract

This developmental design research aimed to improve self-management support systems (SMSS) for preventing the risk of stroke among village health volunteers (VHVs) working for community health centers. A group of 30 VHVs diagnosed with non-communicable diseases in the Chom Thong sub-district, Phitsanulok province was recruited into the study. The research methodology consisted of three phases: Phase one: investigated the problem situation, Phase two concentrated on developing the SMSS, and Phase three evaluated the effectiveness of the SMSS. The total duration of this research project was eight weeks. The tools utilized in this research are divided into 2 parts as follows: Part one consisted of data collection tools, semi-structured interviews, general data recording forms, and physical examination record forms consisted of blood pressure levels, blood sugar levels, weight, waist circumference and body mass index. All the addfforementioned tools have a reliability coefficient of 0.8. In addition, there was also a health care behavior questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.7 and a knowledge test using the Kuder-Richardson 20 method with a coefficient of 0.7. Part two consisted of experimental tools, a knowledge set delivered through a mobile application, daily health and knowledge recording forms. The afforementioned tools have a reliability coefficient of 0.8. The data obtained from this research was analyzed using descriptive statistics and statistical analysis techniques including paired t-tests and Wilcoxon Signed Rank tests for health knowledge, health care behaviors and physical exam results.

After the self-management support system (SMSS) was implemented, the study results showed that: results revealed statistically significant decreases in diastolic blood pressure, waist circumference, weight, body mass index (BMI), and Hemoglobin A1C at $p < .05$. On the other hand, there were no notable differences in systolic blood pressure, blood sugar levels, health knowledge, and behaviors overall before and after the experiment. However, there was a statistically significant increase in scores for emotional behavior aspects at a significance level of .05.

Keywords: dependency older adults, individuals with disabilities, health care model, community participation

---

[1]Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Pitsanulok province
[2]Registered Nurse, Senior Professional Level, Baan Jomthong Health Promoting Hospital, Pitsanulok province
[3]Registered Nurse, Senior Professional Level, Mae Ramat Hospital, Tak province
[4]Lecturer, Faculty of Nurse, Phetchabun Rajabhat University, Petchabun province
[5]Corresponding Author, Email: Ratchadaporn.m@psru.ac.th Tel 064-3564329

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คร่าชีวิตผู้คน 41 ล้านคนในแต่ละปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[1] จากรายงานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association: AHA)[2] พบว่าในปี 2021 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 7.44 ล้านคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) 3.71 ล้านคน มีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) 3.38 ล้านคน และ 0.36 ล้านคนจากการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคมะเร็งคิดเป็น 58 ต่อแสนประชากร[3] ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยที่สุดคือ สมองบวม โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะ อาการชักเกิดจากกิจกรรมทางไฟฟ้าที่ผิดปกติในสมองอาการซึมเศร้าทางคลินิก ซึ่งอาจปรากฏเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์และร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ต่อการเปลี่ยนแปลงและความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับโรคหลอดเลือดสมอง แผลกดทับเกิดจากการไม่สามารถขยับร่างกายได้อย่างอิสระ ทำให้เกิดการกดทับบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย การหดตัวของแขนขาเกิดขึ้นเมื่อกล้ามเนื้อแขนหรือขาสั้นลง หรือหดตัว เนื่องจากไม่ได้ใช้งานหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อาการเกร็งหรือการหดตัวของกล้ามเนื้อที่สร้างความตึงและตึง ทำให้กล้ามเนื้อยืดออกได้ยากมาก หากไม่มีการรักษา กล้ามเนื้ออาจแข็งตัวจนกลายเป็นตำแหน่งที่ผิดปกติและเจ็บปวดได้ อาการปวดไหล่เกิดจากการขาดการรองรับแขนเนื่องจากความอ่อนแอหรืออัมพาต ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) หรือลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดดำที่ขาเนื่องจากขาดการเคลื่อนไหวจากโรคหลอดเลือดสมอง[4] กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดของโรคหลอดเลือดสมอง[5] การป้องกันเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด และควรป้องกันก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดเกิดการตีบ อุดตัน หรือแตก ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง การควบคุมระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย อาหารและการลดความเครียด มีส่วนช่วยในการควบคุมการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้[6]

จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC)[7] ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 7,218,824 คน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ 3,712,686 คน คิดเป็นร้อยละ 55.99 โรคเบาหวาน 4,065,144 คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ 925,012 คน คิดเป็นร้อยละ 29.15 จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2,102,140 คน พบความเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงสูงอันตราย 2,105 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 เสี่ยงสูงมาก 5,436 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 และเสี่ยงสูง 33,353 คน คิดเป็นร้อยละ 1.59 ทั้งนี้ในปี 2566 ยังพบการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมประเทศอยู่ที่ 350,934 คน คิดเป็นร้อยละ 0.78 ในขณะที่จังหวัดพิษณุโลกพบผู้ป่วย 7,399 คนคิดเป็นร้อยละ 1.18 ซึ่งมากกว่าระดับประเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ดูแลรับผิดชอบทั้งหมด 5 หมู่บ้าน 771 ครัวเรือน จำนวนประชากร 2,237 คน ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 425 คน โรคเบาหวาน 167 คน มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการช่วยดูแลคนในชุมชน 94 คน ในจำนวนกลุ่มอาสาสมัครนี้มีการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง 35 คน โรคเบาหวาน 13 คน และโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 37.23, 13.83 และ 2.13 ตามลำดับ จากการศึกษาของสุรัตน์ บุญยืน[8] พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 130 mg/dl ความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.71 (OR 1.708, $p< .01$), 3.54 (OR 3.537, $p<.001$) และ 2.62 (OR 2.621, $p=.008$) เท่าตามลำดับ[8] และจากการศึกษาของวุฒิชัย แป้นทองและรัตนา สายยศ[9] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ (OR=1.89; 95% CI=1.16-3.09) ประวัติการดื่มสุรา (OR=2.52; 95% CI=1.51-4.22) ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193) ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน(OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193)

ประวัติการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (OR=1.905; 95% CI=1.180-3.074) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)>7% (OR=1.738, 95% CI=1.033-2.923) และระดับไขมันเอชดีแอล (HDL)<40 mg/dl (OR=1.682, 95% CI 1.017-2.783) ทั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านซึ่งถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขมูลฐานเป็นอย่างยิ่ง และเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะตามมาในอนาคต

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้จะมียารักษาโรคแต่การปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะก่อนเป็นโรคอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับป้องกันโรคเพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้อย่างยั่งยืน[10] การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)[11] ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้นโดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรคมีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[12] ซึ่งในการศึกษาของ เสาวภา เล็กวงษ์ และคณะ[13] พบว่าการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =3.592, p <.01) และหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.072, p <.05) ทางคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

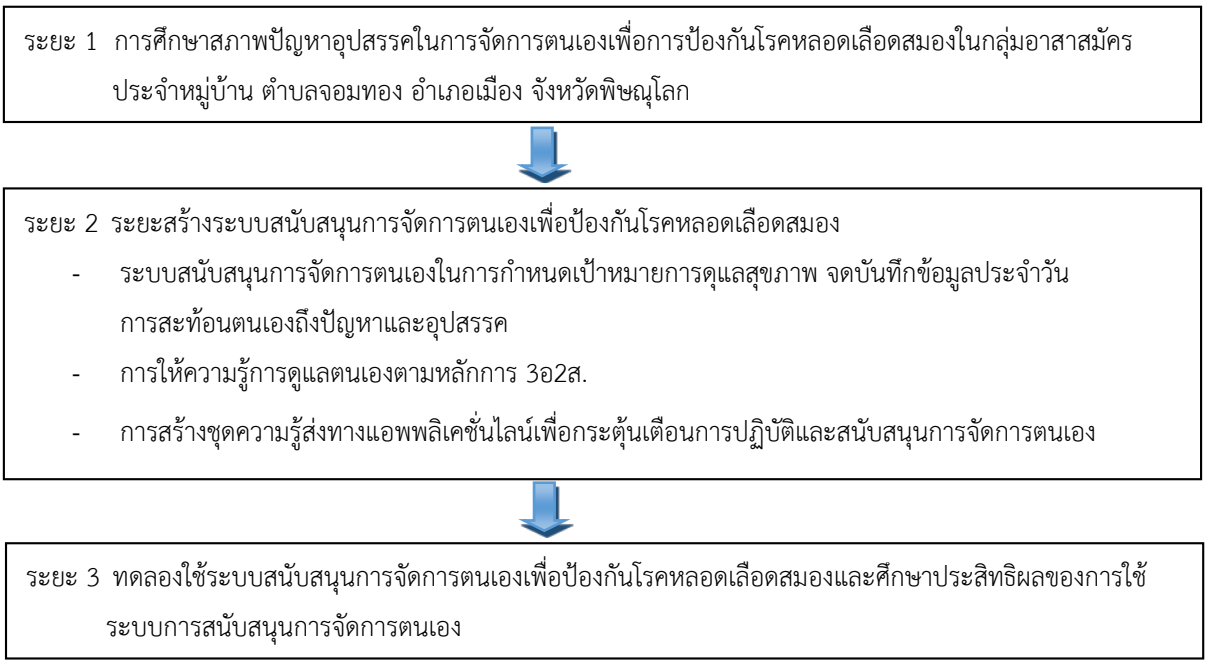
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ตามแนวคิดของเครียร์[14] ในการกำหนดเป้าหมาย (Goal Selection) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) ร่วมกับการให้ความรู้และการกระตุ้นผู้ป่วย มีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะ 1 การศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน ตั้งแต่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2565 – 22 มกราคม พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาอย่างน้อย 1 ปี และเต็มใจให้ข้อมูลการวิจัยจำนวน 2 คน กลุ่มที่สองคืออาสาสมัครสาธารณสุขที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของตำบลจอมทอง จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 2) สมัครใจและยินดีร่วมมือในการวิจัย 3) สามารถพูดคุย มองเห็นและการได้ยินชัดเจน และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลจอมทอง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน มีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และการสนทนากลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้การสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที ทั้งนี้มีการขออนุญาตใช้การบันทึกเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการถ่ายภาพขณะสนทนา ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นเป็นช่วงๆ เพื่อให้มีการเชื่อมั่นในการตีความของผู้วิจัยตรงกับความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนาและเมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยจะสรุปผลการทำสนทนากลุ่มและกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน นำมาจัดระบบความหมายของข้อความไปพร้อม ๆ กัน และจัดระบบความหมายของข้อความจัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรอง และวิเคราะห์สรุปประเด็น[15]

ระยะที่ 2 ระยะสร้างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ตั้งแต่ 23 มกราคม 2566 – 24 มีนาคม 2566

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง มาวิเคราะห์สรุปประเด็น ร่วมกับศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและตัวอย่างรูปแบบระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มาจัดทำเป็นร่างระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ในการกำหนดเป้าหมาย (Goal selection) การตัดสินใจ (Decision making) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) โดยกิจกรรมที่ดำเนินการตามแนวคิดจะให้กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ จดบันทึกข้อมูลประจำวัน การสะท้อนตนเองถึงปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประกอบกับการให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลักการของ 3อ.2ส.ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา[14] โดยการพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อใช้ในการส่งข้อมูลความรู้และเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวผ่านระบบแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม

2. นำระบบที่สร้างขึ้นไปให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่านและตัวแทนจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 ท่านร่วมกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้ความยากง่าย และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อนำไปใช้ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน ร่วมพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จัดทำระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และร่วมกันพิจารณาวางแผนในการดำเนินการทดลองใช้ในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง

การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลสองครั้ง ก่อนและหลัง (Quasi-experiment one group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการวิจัย**ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ตั้งแต่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2566 – 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2566** รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านจอมทอง จากการสำรวจมีผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 48 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบ Mean: Difference from Constant (One sample case) การทดสอบทางเดียว กำหนดค่ากำลังการทดสอบ (Power) .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error) .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อชดเชยการสูญหายในขณะดำเนินการทดลองและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการทดลอง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 30 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านจอมทองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน 2) ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) สมัครใจยินดีร่วมมือในการศึกษาวิจัย 4) สามารถพูดคุย มองเห็นและการได้ยินชัดเจน 5) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้งานระบบแอพพลิเคชั่นไลน์ได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) เข้าร่วมโครงการไม่ครบ 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ไม่มีค่าตอบแทนให้กับกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในชุมชนและไม่เป็นอุปสรรคในการเดินทาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 ชุดความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งให้กลุ่มตัวอย่างผ่านทางระบบแอพพลิเคชั่นไลน์ (Line Application) ประจำวัน วันละ 1 หัวข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 3) ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา[16]

1.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน โดยการบันทึกข้อมูลความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอวที่ตรวจวัดได้ และค่าน้ำตาลในเลือดตามการตรวจรักษาตามปกติ (จากเวชระเบียน +/- ไม่เกิน 1 เดือน) และบันทึกความรู้ที่ได้รับประจำวันผ่านทางระบบแอพพลิเคชั่นไลน์ (Line application) เป็นการบันทึกแบบสั้น ๆ เพื่อสรุปความรู้ที่ได้รับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ข้อมูลความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอวที่ตรวจวัดได้ และค่าน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (จากเวชระเบียน +/- ไม่เกิน 1 เดือน)

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยผู้วิจัยประยุกต์จากงานของปภาดา ชมพูนิตย์และฐิติพร แสงพลอย[17] จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0- 15 คะแนนโดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 10.1-15 คะแนน หมายถึง ระดับสูง คะแนน 5.1-10 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ในข้อคำถามเชิงบวก ให้ 1 คะแนน ในข้อคำถามเชิงลบให้ 3 คะแนน บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ในข้อคำถามเชิงบวกและลบให้ 2 คะแนน และสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ในข้อคำถามเชิงบวก ให้ 3 คะแนน และในข้อคำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบไปด้วย อาหาร 12 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ 2 ข้อ คิดคะแนนรวมระหว่าง 20-60 คะแนนโดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 40.1-60 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับสูง คะแนน 20.1-40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับปานกลาง และคะแนน 1-20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระดับต่ำ

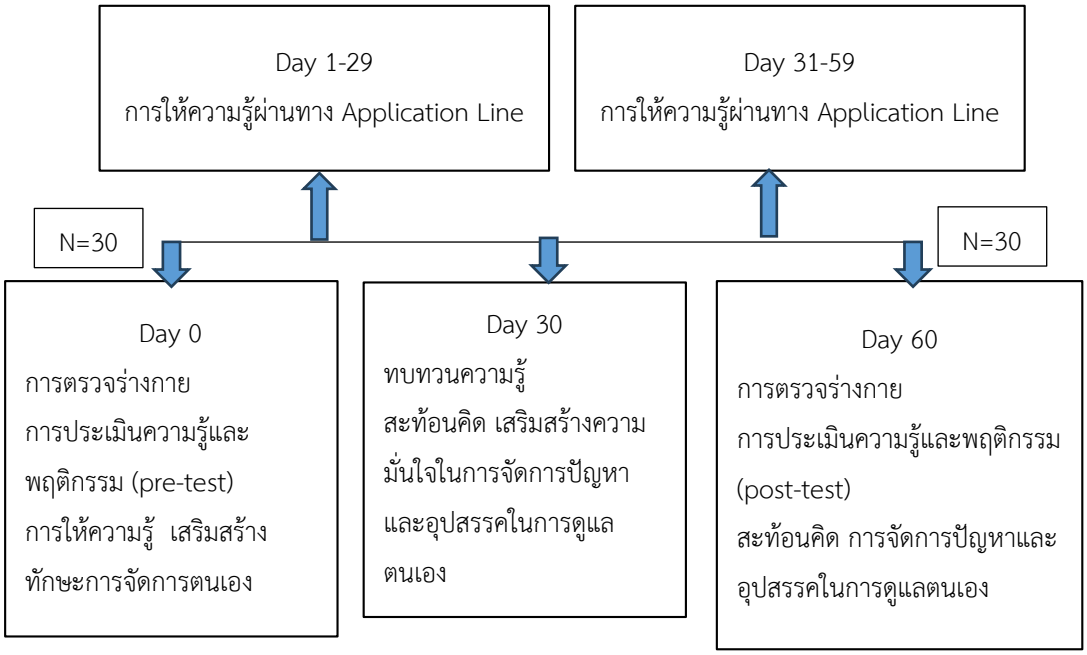
2.4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองในช่วงของการทดลองและหลังการทดลอง ในวันที่ 30 และ 60 ของการศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถามจากระยะที่ 1 โดยแจกแบบสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่มในกลุ่มของอาสาสมัคร ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในวันที่ 30 และ 60 ของการศึกษาวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ชุดความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและความรู้ประจำวัน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาเพื่อความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและประเด็นที่ทำการวิจัย มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.80 แล้วนำแบบสอบถาม ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliabilty) กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้เคียง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 ราย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.70 ในส่วนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบความตรงโดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือให้คำยินยอม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมในการทดลองใช้ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะเข้าร่วมโครงการตั้งแต่เดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยในวันแรกผู้วิจัย จะทำการตรวจร่างกาย ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมการทดลอง โดยเมื่อเสร็จสิ้นการกระเมินก่อนการทดลองจะดำเนินการให้ความรู้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 3) ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แจกแบบบันทึกความรู้จัดตั้งกลุ่มในระบบแอพพลิเคชั่นไลน์ 4) กำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ 5) เสริมสร้างทักษะในการดูแลจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และสามารถขอรับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในวันที่ 1-29 จะมีการส่งข้อมูลความรู้วันละ 1 เรื่อง ผ่านทางระบบแอพพลิเคชั่นไลน์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและบันทึกความรู้ลงในแบบบันทึก เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัว ในวันที่ 30 จะมีการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค สะท้อนคิดในการปฏิบัติและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองโดยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและในวันที่ 31-59 จะส่งความรู้ผ่านทางระบบแอพพลิเคชั่นไลน์วันละ 1 เรื่อง จากนั้นเมื่อครบระยะเวลาการทดลองในวันที่ 60 ได้ทำการตรวจร่างกาย ประเมินความรู้และพฤติกรรมหลังจากการทดลอง พร้อมทั้งสะท้อนคิดการประเมินปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานวิจัยในระยะที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Wilcoxon t-test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรอง และวิเคราะห์สรุปประเด็น

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองเลขที่ 2022/045 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2565 โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการศึกษา โดยผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และได้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเพิ่มมากขึ้นและยังควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย พบปัญหาอุปสรรคโดยเฉพาะในด้านของความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อ.ส.ม.) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงขาดแรงสนับสนุนและความต่อเนื่องในการดำเนินการ

พยาบาล ก. “อ.ส.ม.ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังขาดความตระหนัก จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี”

พยาบาล ข. “มีความตระหนักต่อสถานการณ์โรคเรื้อรังแค่บางหมู่ ผู้นำชุมชนมีผลต่อการสร้างความตระหนักและต้องร่วมมือกันกับอสม.”

ในด้านของนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรที่จะปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานเชิงลึก เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พยาบาล ก. “ควรมีนโยบายการแก้ปัญหาเชิงลึก โดยใช้การมีส่วนร่วมของเครือข่าย กำหนดนโยบายและร่วมกันขับเคลื่อนโดยผู้นำชุมชน จะได้แก้ปัญหาได้ตรงจุดและยั่งยืน”

พยาบาล ก. “น่าจะมีอุปกรณ์การติดตามความรุนแรงของโรค การเข้าถึงอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจทีมสุขภาพในการติดตามกลุ่มเสี่ยง-กลุ่มป่วย”

พยาบาล ข. “ใช้สื่อต่าง ๆ มาช่วยให้ความรู้ ทำให้เกิดความน่าสนใจ หรือใช้คนต้นแบบ มาเปิดให้ดุเพื่อสร้างแรงจูงใจ”

ในด้านของกลุ่มตัวอย่างอ.ส.ม.ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีปัญหาในด้านของปวดตามข้อ ปวดขา ปวดเข่า เวียนหัวในบางครั้ง พยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองโดยพยายามเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกาย ทำจิตใจให้สงบ และมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพให้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อสม. 5 “เดินทำงานทำสวนทำไร่ เพื่อออกกำลัง ถ้าทำงานจะได้ไม่ติดเตียง”

อสม. 7 “ต้องออกกำลังกาย ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน”

อสม. 13 “เราจะไม่ติดเตียง ต้องเป็นคนแก่ติดสังคม”

ปัญหาอุปสรรคสำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคโดยหลักมาจากตนเองเป็นหลัก ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มาจากครอบครัว ภาระงาน สถานที่

อสม. 4 “รู้ว่าต้องออกกำลัง แต่ขี้เกียจ”

อสม. 8 “เห็นเค้ากินก็อยาก อดไม่ได้”

อสม. 6 “เค้าซื้ออะไรมาให้ก็ต้องทาน เลือกไม่ค่อยได้”

อสม. 10 “ไม่อยากออกไปออกกำลังกาย รถเยอะ กลัวเกิดอุบัติเหตุ”

อสม. 12 “งานเยอะ ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย”

เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางความต้องการระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ทางกลุ่มได้เสนอให้มีการเพิ่มสื่อความรู้หรือการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวอยู่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

อสม. 5 “อยากให้มาเพิ่มความรู้”

อสม. 15 “อยากได้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกาย”

จากการศึกษาพบว่าในด้านของนโยบายและกลยุทธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรที่จะปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานเชิงลึก เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างพบอุปสรรคการปฏิบัติตัวในด้านของการขาดความตระหนักและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่พบ ได้แก่ ความตระหนักของตนเองเป็นหลัก ปัจจัยอื่น ๆ มาจากครอบครัว ภาระงาน สถานที่ ทั้งนี้ทางกลุ่มได้เสนอให้มีการเพิ่มสื่อความรู้หรือการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวอยู่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

ระยะที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุน้อยกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70 โดยส่วนมากอาศัยอยู่กับคู่สมรส จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ46.67 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 53.33, 36.67 และ 10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

หลังการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure: DBP) (Mean = 70.03, S.D. = 10.54) รอบเอว (Mean = 91.03, S.D. = 14.58) น้ำหนัก (Mean = 70.92, S.D. = 18.52) ดัชนีมวลกาย (Mean = 28.52, S.D. = 7.21) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (n=9) (Mean = 7.41, S.D. = 0.96) หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ดับ .05 ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) (Mean = 135.27, S.D. = 15.71) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Glucose: FBS) (Mean = 110, S.D. = 36.9) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติทีและ Wilcoxon sign test

ผลการตรวจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		สถิติ	*p*-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	ทดสอบ	
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	140.33	17.06	135.27	15.71	1.747***	0.091
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	79.07	13.15	70.03	10.54	5.204***	<0.001**
รอบเอว	92.00	15.24	91.03	14.58	-3.581	<0.001**
น้ำหนัก	71.96	19.40	70.92	18.58	-3.308	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	28.93	7.58	28.52	7.21	-3.376	0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด	113.00	46.33	110.00	36.90	-1.067	0.286
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (n=9)	8.37	2.08	7.41	0.96	-2.380	0.017*

ในด้านการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพ (Mean = 13.97, S.D. = 0.67) อยู่ในระดับสูง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 45.27, S.D. = 2.99) โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการทดลอง 44.53 หลังการทดลอง 45.27 พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($Z = -0.484$, $p > .05$) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์ (Mean =7.47, S.D. = 0.90) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.112$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign test

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้การดูแลสุขภาพ	13.87	1.17	13.97	0.67	-0.484	0.628
คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ภาพรวม	44.53	2.83	45.27	2.99	-1.340	0.180
ด้านอาหาร	25.33	1.65	25.63	2.04	-0.637	0.524
ด้านอารมณ์	6.97	1.07	7.47	0.90	-2.112	0.035*
ด้านการออกกำลังกาย	6.57	1.01	6.60	0.97	-0.120	0.904
ด้านสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์	5.67	0.48	5.57	0.51	-1.342	0.180

จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาอุปสรรคเรื่อง ขาดความตระหนักถึงความสำคัญในปฏิบัติพฤติกรรม ขาดความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และขาดการวางแผนและแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เช่น การจัดตั้งกลุ่มในการออกกำลังกายร่วมกัน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ได้จากการวิจัยดังนี้

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ตามหลัก 3อ2ส. การส่งข้อความทางแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่มวันละ 1 ข้อความเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน รวมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแนวทางผลการวิจัยระยะที่ 1 ทั้งนี้การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด[9] และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการค่าความดันโลหิต ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของซาลีฮา สาและ และคณะ[19] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิค ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผลการศึกษาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลองพบว่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) รอบเอว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (n=9) หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ในด้านการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมรายด้านเกี่ยวกับอารมณ์ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ ทั่งทอง และ สุมลรัตน์ ขนอม[20] ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน พบว่าการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตค่าบนลดลง ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (p <.01) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ[21] ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลตนเองและทางคลินิกดีขึ้นชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญบางประเด็น ทั้งนี้คะแนนในด้านของความรู้ พฤติกรรมภาพรวมเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องของโรคดีและการปฏิบัติตัวที่ดี ขาดแต่เพียงความต่อเนื่องและความตระหนัก เมื่อเพิ่มระบบในการสนับสนุนติดตาม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวจึงส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ซึ่งอาจจะต้องเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามประเมินผลในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ[22] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในการวัดกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เป็นเบาหวานเพื่อเพิ่มคุณภาพของงานวิจัย และควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยาว 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก

2. ควรทำวิจัยถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาระบบสนับสนุนให้สอดคล้องกับบริบทโดยออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุมเพิ่มเติมในการศึกษา และมีความชัดเจนในผลการศึกษาเพิ่มขึ้น

3. ควรแยกกลุ่มในการศึกษาระหว่างกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากปัจจัยทางด้านยาที่ผู้ป่วยได้รับอาจมีผลต่อการแปลผลการศึกษาในภาพรวม

4. งานวิจัยยังมีข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากทำในกลุ่มเดียวและไม่ได้มีการสุ่ม ผลการวิจัยจึงยังไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง ที่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดทำโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่ช่วยประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.
2. American Heart Association. Heart Disease and Stroke statistics - 2024 update. [Internet]. 2024. [cited Apr 03]. Available from: https://professional.heart.org/en/science-news/heart-disease-and-stroke-statistics-2024-update.
3. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2022. [Internet]. 2022. [cited 2024 Apr 03]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf. (in Thai)
4. American Stroke Association. Let's Talk About Complications After Stroke. [Internet]. 2023. [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke/complications-after-stroke
5. Siriraj Stroke Center. Risk factor for Stroke. [Internet]. 2020. [cited 2022 May 18]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5. (in Thai)
6. Siriraj Stroke Center. Preventions of cerebrovascular disease. [Internet]. 2019. [cited 2022 May18]. Available from: https://www.sirirajstrokecenter.org/2019/2910.html. (in Thai)
7. Health Data Center (HDC). Information to respond to the service plan. (NCD : DM, HT, CVD) [Internet]. 2014 [cited 2022 May 15]. Available from:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php. (in Thai)
8. Bunyun S. Related factors of coronary artery disease and stroke in diabetes speciality clinic in Phaisali Hospital Phaisali District Nakhon Sawan Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2016;6(3): 256-66. (in Thai)
9. Panthong W, Saiyot R. Factors associated with cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong Hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(1):193-208. (in Thai)
10. Sattayasomboon T, Sattayasomboon Y. Hypertension and type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review on the chronic care model (CCM) and self-management Support (SMS). The Southern College network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(2):232-43. (in Thai)
11. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27(2):63-80.
12. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015;26(1):117-27. (in Thai)
13. Lekwong S, Boonlue O, Ruamwong N, Roganatum N. The development of a self-management model for stroke prevention in stroke risk group patients. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2022;33(2):175–89. (in Thai)
14. Creer TL. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation: Handbook of self-regulation. New York: Elsevier; 2000.
15. Panawong C. The qualitative research methodology: from theory to practice. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2019. (in Thai)

16. Department of Health. 3 A. 2 S. Disease prevention code. [Internet]. 2020. [cited 2023 Feb 16]. Available from: https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info_190-protect/.(in Thai)
17. Chomphunit P, Seangploy T. Development of the health promotion knowledge package for older people during COVID-19 pandemic, Tambon Chom Thong, Amphoe Mueang, Phitsanulok Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(1):26-41. (in Thai)
18. Tiparat W, Suwanweala S, Singhasem P, Mengaied S. The effects of a self-management supporting program on management of blood pressure among patients at- risk for stroke in Muang district, Trang province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):70-85. (in Thai)
19. Salaeh S, Thaniwattananon P, Kritpracha C. The effects of self-management promoting with family support program on recurrence-prevention behaviors and blood pressure for muslim elderly with Ischemic Stroke. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022;42(2):48-61. (in Thai)
20. Thungtong S, Khanom S. The effectiveness of a health behavior modification program on risk factor reduction in patients with chronic non-communicable diseases attending at tambon health promotion hospital in the southern Thailand. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021;1(2):1-15. (in Thai)
21. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Daungchan C. The effectiveness of health promotion and self-management support program on self-management behavior and clinical outcomes among uncontrolled type 2 diabetes and hypertension patients. Journal of Health Science. 2023;32(2):299-311. (in Thai)
22. Wangtapan K, Komphayak J, Seekao O. Stroke prevention self-management programme in patient with uncontrolled hypertension. Research and Development Health System Journal. 2020;13(1) 422-30. (in Thai)

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

วันเพ็ญ ปลั่งเนียม ป.พย.[1]
เอื้องอรุณ สรโยธิน พย.ม.[2]
อังสินี กันสุขเจริญ พย.ม.[3]

(วันรับบทความ: 31 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 7 พ.ค.2567/ วันตอบรับบทความ: 16 พฤษภาคม พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพยากรณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 104 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบเครือข่ายการส่งต่อ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ดีที่สุด และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) รองลงมา คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และปัจจัยทั้งสองร่วมพยากรณ์การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 47.30 ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กับกลุ่มเสี่ยง สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และชุมชนที่มีกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน การเข้าถึงการบริการรักษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สัญญาณเตือน

[1,2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: angsinee@pckpb.ac.th Tel: 080-9950894

Factors Predicting Access to the Acute Stroke Treatment Service System of Ban Lad Hospital in Phetchaburi Province

Wanpen Plungniam Dip. In N.[1]
Aungarun Sorayothin M.N.S.[2]
Angsinee Kansukcharearn M.N.S.[3]

(Received Date: March 31, 2024, Revised Date: May 7, 2024, Accepted Date: May 16, 2024)

Abstract

This predictive research aims to study the factors influencing access to acute stroke care services at Ban Lad Hospital, Phetchaburi Province. The sample group consisted of 104 acute stroke patients who received treatment at Ban Lad Hospital, Phetchaburi Province, who were selected through purposive random sampling. Data was collected between October and December 2023. The research tools included questionnaires assessing the perception of stroke severity, recognition of stroke warning signs, and access to emergency medical services, referral network systems, and stroke-related information. The instruments' reliability coefficients were .93, .92, and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple stepwise regression analysis.

The study found that the average level of access to acute stroke care services was at the highest level. The recognition of stroke warning signs was the most predictive factor affecting access and was statistically significant ($p< .01$) Following this was the perception of stroke severity. These two factors together predicted 47.30% of access to acute stroke care services. This research can serve to highlight the need for developing guidelines to promote the awareness of stroke warning signs and the perception of stroke severity among at-risk groups, family members of at-risk individuals, and at-risk communities, as well as the general public and healthcare volunteers which will improve timely and effective access to acute stroke care services.

.

Keywords: acute stroke, service system access, awareness of severity, awareness of warning signals

[1,2]Registered nurse, BanLad Hospital, Phetchaburi province
[3]Instructor, Prachomklao collage of nursing, Phetchaburi province
[3]Corresponding author, Email: angsinee@pckpb.ac.th Tel: 080-9950894

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงและเซลล์สมองตาย โดยทั่วไปจะพบผู้ป่วยมีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันที[1] ส่วนโรคหลอดสมองเฉียบพลันเกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นอุบัติการณ์ที่มีผลให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุม ซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง[2] ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงกับบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง ดัชนีมวลกายเกิน สูบบุหรี่ และ ในครอบครัวมีประวัติของโรคหลอดเลือดสมอง[3] จากการศึกษารายงานอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข ทั้งระดับนานาชาติ และของประเทศไทยโดยพบว่า มีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกถึง 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 50 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 62.51[4] จากสถิติประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราการป่วยโรคหลอดสมองเฉียบพลันต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเท่ากับ 451.39, 467.46, 506.20 และ 543 คน ตามลำดับ[5,6] และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2563-2565 พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 46, 62 และ 83 รายและมีผู้เสียชีวิต 2, 1 และ 3 ราย ตามลำดับ[7] มีแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยรอดชีวิต มีความพิการเกิดขึ้นนี้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลรักษาในระยะยาว เกิดภาวะติดเตียงและพึ่งพิง เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ส่งผลต่อสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งส่งผลกระทบต่อชุมชนและประเทศ

สำหรับอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สังเกตเห็นและพบได้บ่อย ได้แก่ อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันที อันเป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาทแบบที่ค่อยเป็นค่อยไป และทวีความรุนแรงมากขึ้นตามตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดส่วนนั้น ๆ การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เร่งด่วน จะช่วยป้องกันการเสียหายของสมอง ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการและการเสียชีวิต[8,9] ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ดีที่สุด คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ยา Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) ซึ่งยาจะมีคุณสมบัติในการละลายลิ่มเลือดและส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น ลดความพิการที่เกิดจากเซลล์สมองตายจากการขาดเลือด โดยมาตรฐานการรักษาที่ได้ผลดีควรให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยหลังเกิดอาการเตือนของภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ภายในเวลา 3 ชั่วโมง - 4 ชั่วโมง 30 นาที[1,10] สามารถลดภาวะทุพพลภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน[11,12] อย่างไรก็ตามหากเกินเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง[13] และในประเทศไทย พบว่ามีการใช้ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมากกว่า 4 ชั่วโมง 30 นาที ถึงร้อยละ 56.40-61.80[14,15] ซึ่งส่งผลต่อการสูญเสียโอกาสในการลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาการเริ่มต้น สัมพันธ์กับการมารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มต้นแบบทันทีทันใดจะมารับการรักษาเร็ว ได้แก่ อาการหน้าเบี้ยว อาการชัก พูดลำบาก พูดไม่ชัด และอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดรุนแรงมาก (Glasgow Coma Score : GCS < 8) จะมารับบริการเร็วภายใน 3 ชั่วโมง[8] แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ อาการเป็นแบบค่อย ๆ เพิ่มขึ้น คิดว่าอาการไม่รุนแรง เป็นขณะอยู่ในที่พักอาศัยของตนเอง ไม่ใช้เบอร์โทรฉุกเฉิน ไม่ทราบว่าเป็นอาการของหลอดเลือดสมอง ทำให้มารับการรักษาที่ล่าช้า[16] ทำให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ส่งผลให้เกิดความพิการ เสียชีวิตจากอาการของโรคที่มีความรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยด้าน ความรุนแรงของโรค บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ บุคคลในครอบครัวใกล้ชิด รวมทั้งสถานที่ขณะเกิดอาการที่ไม่ใช่บ้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลให้มารับการรักษาได้เร็วขึ้นและทันท่วงทีลดการสูญเสียชีวิตและลดความพิการได้[8,17] และจากผลการทบทวนวรรณกรรม

อย่างเป็นระบบในต่างประเทศ[18] จากงานวิจัยที่ใช้ได้ทั้งหมด 25 งานวิจัย จากงานวิจัยในฐานข้อมูลทั้งหมด 1,457 งานวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002-2015 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการละลายลิ่มเลือดในสมองของผู้ป่วยที่เป็น โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ระยะทางในการเข้าถึงการให้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการให้ความรู้แก่สาธารณชน (Public education) เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในประเทศไทยมีงานวิจัยสังเคราะห์ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[19] จากงานวิจัยที่ใช้ได้ทั้งหมด 7 งานวิจัยจากงานวิจัยในฐานข้อมูลทั้งหมด 382 งานวิจัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2564 พบว่า ปัจจัยทำนายการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ ค่าคะแนน National Institute of Health Stroke Scale ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ วิธีนำส่งโรงพยาบาล ระบบแจ้งเตือนก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจเอกซเรย์สมอง การรักษาภาวะอื่นก่อนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ระยะเวลาหลังตรวจเสร็จถึงเวลาได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ระบบการแพทย์ทางไกล หน่วยรักษาโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่ โปรแกรมการฝึกอบรมและการฝึกทักษะ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

จะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางเร่งด่วน (Stroke Fast Track) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ญาตินำส่งโรงพยาบาล ได้ทันเวลาและ ช้ากว่า 4 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งหากมีความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาสำคัญ (Golden period) ก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้[8,15,16] การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาทีได้ทันนั้น ตามมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านลาดซึ่งเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย ในการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีข้อตกลงร่วมกับทีมโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้กำหนดระยะเวลาในการจัดการผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านลาดเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ภายในเวลา 3 ชั่วโมง อันเป็นการเพิ่มโอกาสการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้มากขึ้น และทันเวลาภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที แต่จากรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการนำส่งโรงพยาบาลบ้านลาด มากกว่า 3 ชั่วโมง ในปีงบประมาณ 2566 พบมากถึงร้อยละ 75[7] ทำให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า และเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต พิการ และเสียชีวิต อันเป็นผลกระทบโดยตรงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ชุมชนสังคม และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นงานวิจัยเรื่องปัจจัยการเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จะช่วยให้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบบริการ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างเป็นระบบ รวดเร็วทันเวลา และมีประสิทธิภาพ โดยนำมาวางแผนพัฒนามาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ในการเข้าถึงบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิต พัฒนาระบบวางแผนการเข้าถึงบริการ และการเชื่อมโยงบริการและพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระบบเครือข่ายการส่งต่อ ระยะทางจากบ้าน/สถานที่มีอาการถึงโรงพยาบาล สิทธิการรักษา สถานที่ที่ผู้ป่วยมีอาการ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการและการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE Model ของ Green & Kreuter[20] มีปัจจัยต่อไปนี้ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติทั้งความรู้และความเชื่อของบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทั้งในด้านความพอเพียงและ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการได้ และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกจากบุคคลที่มีอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และกำหนดระยะเวลาในการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยนับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลบ้านลาดต้องไม่เกิน 3 ชั่วโมง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการพยากรณ์ (Descriptive predictive study) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีระดับการรู้สึกตัวปกติ สามารถตอบคำถาม สามารถจำและรับรู้เหตุการณ์ ณ วันที่เกิดเหตุมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ฐานข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลเขตบริการสุขภาพ 5 ระหว่างเดือน มกราคม 2564 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 137 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน ที่พ้นภาวะวิกฤติและมีการระดับการรู้สึกตัวปกติ 2) สามารถตอบคำถาม สามารถจำและรับรู้เหตุการณ์ ณ วันที่เกิดเหตุ มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 3) มีข้อมูลระยะเวลาที่เกิดอาการ และเวลาที่เดินทางมาโรงพยาบาล 4) มีภูมิลำเนาในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และ 5) ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมโครงการ 2) ให้ข้อมูลการวิจัยไม่ครบถ้วน และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย โดยใช้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากผู้วิจัยต้องการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำลังการทดสอบ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และขนาดของอิทธิพล เท่ากับ 0.18 (Medium effect size)[21] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามตามแนวคิดของ PRECEDE Model[20] ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิด สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[5] และ ปรับมาจากแบบสอบถามในงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหินของสุปรียา สนธิ และคณะ[17] ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ซึ่งแบบสอบถามแบ่งตามปัจจัยตามกรอบแนวคิดในการวิจัย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ซึ่งเป็น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) รวมจำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน) และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกออกเป็น 3 ระดับ[22] โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนตั้งแต่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.00 - 2.99) ถึงระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.99)

ตอนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน) และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกออกเป็น 3 ระดับ[22] โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนตั้งแต่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.00 - 4.00) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.00 - 2.99) ถึงระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.99) ระบบเครือข่ายการส่งต่อการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะทางจากบ้าน/สถานที่มีอาการถึงโรงพยาบาล เป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ วิธีที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สถานที่ที่ผู้ป่วยมีอาการ และสิทธิการรักษา เป็นแบบตรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ เป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ และ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบตรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เข้าถึงบริการในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเข้าถึงบริการในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) และเกณฑ์ที่ใช้ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกออกเป็น 5 ระดับ[21] โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนตั้งแต่ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49) ถึงระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนาน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานในแผนกโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence Index: IOC) เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 มาสร้างเป็นแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามไปใช้ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน ที่พ้นภาวะวิกฤติและมีการระดับการรู้สึกตัวปกติ สามารถตอบคำถาม สามารถจำและรับรู้เหตุการณ์ ณ วันที่เกิดเหตุ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบเครือข่ายการส่งต่อ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 .92 และ .93 ตามลำดับ

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หมายเลขโครงการ PBEC 48/2566 ลงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ก่อนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ คำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลภายหลังการวิเคราะห์จะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ และจะทำลายข้อมูลแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการตัดสินใจ แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ประจำในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านลาด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าจากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติผู้ป่วย จากข้อมูลประชากรในโปรแกรม N5DC ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลบ้านลาด
2. ประสานงานกับ กลุ่มตัวอย่าง/เจ้าบ้าน เพื่อขอความอนุเคราะห์จัดสรรเวลาในการพบกลุ่มตัวอย่าง
3. พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งในส่วนต้นของแบบสอบถามจะเป็นรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) และการระบุความยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที
5. นำข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 ราย มาตรวจสอบความครบถ้วน ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคะแนนของแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส และสิทธิการรักษา ระบบเครือข่ายการส่งต่อการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะทางจากบ้าน/สถานที่มีอาการถึงโรงพยาบาล วิธีที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ เป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ และ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) และข้อมูลเรียงลำดับ (Ordinal scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi–square Test: χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นตัวแปรระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.97 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 56.74 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.92 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.80 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.30 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 77.90 มีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ ร้อยละ 76

2. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 30.66 (S.D.=1.92), 26.22 (S.D.=2.74), 92.33 (S.D.=5.82) และ 13.71 (S.D.=1.64) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระดับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี (n = 104)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนนเต็ม 28 คะแนน)	**26.22**	**2.74**	**สูง**
1. โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว	3.78	.44	สูง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคลื่อนไหวไม่ได้ นอนติดเตียงเป็นเวลานาน อาจเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง	3.78	.44	สูง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจฆ่าตัวตายได้ จากภาวะซึมเศร้า	3.52	.68	สูง
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเสียชีวิต จากภาวะแทรกซ้อน เช่น เนื้อสมองตายและความดันในกะโหลกศีรษะสูง	3.69	.56	สูง
5. เมื่อมีอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชาหรืออ่อนแรง ที่หน้า แขนขา ควรรีบไปพบแพทย์ทันที หากปล่อยทิ้งไว้อาจเป็นอันตรายถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิตได้	3.82	.41	สูง
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจร่วมด้วย ต้องรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดไปตลอดชีวิต	3.73	.58	สูง
7. การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งด้านเศรษฐกิจ ร่างกายและจิตใจ	3.89	.34	สูง

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (คะแนนเต็ม 32 คะแนน)	**30.66**	**1.92**	**สูง**
1. การชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้าง หนึ่งอย่างทันทีทันใด	3.63	.48	สูง
2. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขน/ขาข้างใด ข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด	3.96	.19	สูง
3. การสับสน พูดไม่ชัด/พูดไม้รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด	3.94	.23	สูง
4. การเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถ ในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด	3.92	.27	สูง
5. การสูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขน และขาอย่างทันทีทันใด	3.78	.42	สูง
6. การมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างอย่าง ทันทีทันใด	3.67	.51	สูง
7. กลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืน ลำบากอย่างทันทีทันใด	3.81	.42	สูง
8. การปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ อย่างทันที	3.94	.27	สูง
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)	**13.71**	**1.64**	**สูง**
1. โทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 โทรติดง่าย	3.25	.54	สูง
2. หมายเลขโทรศัพท์เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เป็นเลขจำง่าย	3.29	.53	สูง
3. บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการกับผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน	3.31	.46	สูง
4. บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีค่าใช้จ่าย	3.87	.59	สูง
การเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี(คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	**92.33**	**5.82**	**สูง**
1. เข้าถึงการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากโรงพยาบาลบ้านลาด	4.07	.78	สูง
2. สามารถรับรู้อาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เช่น พูดช้าลง แขน/ขาอ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรง เดินเซ เป็นต้น	4.44	.55	สูง
3. สามารถรับรู้ถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะอ้วน น้ำหนักมาก สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เพื่อลด ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.32	.63	สูง
4. สามารถรับรู้ถึงภาวะโรคแทรกของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เช่น อัมพาต มีปัญหาการพูดสื่อสาร การเสียความทรงจำ ปวดหรือชาตามร่างกาย เป็นต้น	4.48	.59	สูง
5. สามารถรับรู้แนวทางป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.28	.69	สูง
6. สามารถรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องเข้าถึง การรักษาให้เร็วที่สุด	4.76	.43	สูง
7. สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นประสบการณ์ใน การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.50	.76	สูง
8. สามารถรับรู้ การหมั่นสังเกตอาการตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน	4.56	.76	สูง
9. สามารถรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.61	.60	สูง
10. สามารถรับรู้การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีความสำคัญในการให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ	4.86	.34	สูง
11. สามารถรับรู้ได้ว่าระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน	4.83	.38	สูง

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
12. ความสะดวกในการเดินทางมีส่วนสำคัญต่อการรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.43	.55	สูง
13. การเข้าถึงสิทธิการรักษาทางการแพทย์	4.64	.59	สูง
14. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS/1669	3.99	.77	สูง
15. การเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล	4.93	.29	สูง
16. เข้าถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันระหว่างการส่งต่อ	4.94	.23	สูง
17. ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลัน	4.92	.27	สูง
18. การเข้าถึงการบริการเครื่องมือและอุปกรณ์สำคัญที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.90	.33	สูง
19. การรับยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	4.91	.28	สูง
20. ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของทีมบุคลากรทางการแพทย์	4.92	.27	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับ การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 (r = .516, .400, .232) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับระดับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี (n = 104)

ตัวแปร	การเข้าถึงระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี			
	Mean	S.D.	r	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	26.22	2.74	.400**	ปานกลาง
การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	30.66	1.92	.516**	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	13.71	1.64	.232*	ต่ำ

4. สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สัญญาณเตือน และสถานที่ที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งกลุ่มที่มีการเข้าถึงระบบการบริการภายใน 3 ชั่วโมงและมากกว่า 3 ชั่วโมง 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 54.91, 8.13, .96, 7.81, p<.05) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการเข้าถึงระบบการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	การเข้าถึงระบบบริการ						Chi-square test	*p* - value
	ภายใน 3 ชั่วโมง (n=52)		มากกว่า 3 ชั่วโมง (n=52)		รวม 104			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ								
โรคประจำตัว							24.52	.177
มีโรคประจำตัว	39	75.00	41	78.85	80	76.92		
ไม่มีโรคประจำตัว	13	25.00	11	21.15	24	23.08		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							50.45	.254
ต่ำกว่า 5,000 บาท	27	51.93	32	61.54	59	56.74		
5,001-10,000 บาท	17	32.69	17	32.69	34	32.69		
10,001 บาทขึ้นไป	8	15.38	3	5.77	11	10.57		
สถานภาพสมรส							54.91	.013*
โสด	6	11.54	12	23.08	18	17.30		
คู่	40	76.92	39	75.00	79	75.97		
หม้าย/หย่า/แยก	6	11.54	1	1.92	7	6.73		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง							8.13	.043*
สูง	50	96.20	50	96.20	100	96.15		
ปานกลาง	2	3.80	2	3.80	4	3.85		
การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง							.96	.049*
สูง	52	100	52	100	104	100		
ปานกลาง	-	-	-	-	-	-		
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน							2.44	.487
สูง	51	98.10	51	98.10	102	98.08		
ปานกลาง	1	1.90	1	1.90	2	1.92		
ระยะทางจากสถานที่ที่ผู้ป่วยมีอาการ มาถึงโรงพยาบาล							13.79	.327
1-5 กม.	12	23.10	9	17.30	21	20.20		
มากกว่า 5 กม.	40	76.90	43	82.70	83	79.80		
วิธีการที่นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล							6.59	.176
รถจากโรงพยาบาล	7	13.50	6	11.50	13	12.50		
รถมูลนิธิ	3	5.80	3	5.80	6	5.80		
รถส่วนตัว	30	57.60	36	69.20	66	63.50		
รถรับจ้าง/รถอื่น ๆ	12	23.10	7	13.50	19	18.20		
สิทธิการรักษา							9.92	.128
ข้าราชการ	12	23.10	5	9.60	17	16.30		
ประกันสังคม	2	3.80	2	3.80	4	3.80		

ตัวแปร	การเข้าถึงระบบบริการ						Chi-square test	*p* - value
	ภายใน 3 ชั่วโมง (n=52)		มากกว่า 3 ชั่วโมง (n=52)		รวม 104			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สิทธิบัตรทอง	37	71.20	44	84.60	81	77.90		
เงินสด	1	1.90	1	1.90	2	1.90		
สถานที่ที่มีอาการ							7.81	.048*
บ้าน	5	9.62	2	3.85	7	6.73		
สถานที่ทำงาน	7	13.46	7	13.46	14	13.46		
ที่สาธารณะ	40	76.92	43	82.69	83	79.81		
ปัจจัยเสริม								
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ								
ครอบครัว	40	76.90	39	75.00	79	76.00	1.53	.790
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	5	9.60	2	3.80	7	6.70		
อยู่คนเดียว	7	13.50	11	21.20	18	17.30		
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง							1.65	.649
ไม่เคย	7	13.50	5	9.60	12	11.50		
เคย	45	86.50	47	90.4	92	88.50		
บุคคลที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง							11.52	.320
แพทย์ พยาบาล	16	35.60	19	40.40	35	38.10		
อสม.	14	31.10	19	40.40	33	35.90		
ครอบครัว	2	4.40	2	4.30	4	4.30		
สื่อออนไลน์	8	17.80	5	10.60	13	14.10		
ป้ายประชาสัมพันธ์	5	11.10	2	4.30	7	7.60		

[a]Chi-square test, [b] Fisher's exact test, *p <.05

5. ตัวแปรที่สามารถทำนายการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (β =.471, β =.431, p< .01) โดยสามารถร่วมกันทำนายการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ร้อยละ 47.30 (ตารางที่ 4) ผลการวิจัยเขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

   การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน = 1.251+0.570 (การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน) + 0.363 (การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

   Z (การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน) = 0.471 (การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน) + 0.431 (การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน)

ตารางที่ 4 แสดงสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายปัจจัยการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี (n = 104)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t	*p*
การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	.570	.127	.471	4.493	.01
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	.363	.088	.431	4.108	.01

Constant = 1.251, R = .692, R^2 = .473, Adjusted R^2 = .457, F = 16.873, $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับสูง สามารถจำแนกอภิปรายตามผลการวิจัยได้ดังนี้

1.1 การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับสูง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พ้นภาวะวิกฤติ และมีระดับการรู้สึกตัวปกติ ตอบคำถาม จำและรับรู้เหตุการณ์วันที่มีอาการและถูกนำส่งมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีได้ทัน จากการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงระบบบริการฯ ทันเวลาซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาหลายระบบ ทั้งในส่วนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ความรวดเร็วของบริการในห้องฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลูกข่ายไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รวดเร็ว เพื่อให้สามารถได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวมทั้งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทันเวลา ทำให้มีโอกาสรอดชีวิต[2] แม้ว่าจะยังคงหลงเหลือความพิการ ติดเตียงและได้รับการดูแลฟื้นฟูเป็นระยะเวลานานก็ตาม การพัฒนาระบบดังกล่าวขึ้นมา ด้วยเหตุผลสำคัญคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงขึ้น มีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต และก่อให้เกิดความพิการ สูญเสียสมรรถภาพทางกาย เกิดปัญหาด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการลดปัญหาและผลกระทบที่เกิดตามมา ทำได้ด้วยแนวนโยบายการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงระบบบริการดังกล่าว โดยพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากในสถานที่เกิดเหตุการณ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อรับการรักษา ป้องกันความรุนแรง ลดการเสียชีวิตได้อย่างทันเวลา[2]

1.2 ปัจจัยการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฯ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันจะได้รับการให้ความรู้ทุกครั้งในการมาตรวจรับการรักษา โรงพยาบาลบ้านลาดมีแนวโน้มการเกิดโรคดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและมีผู้เสียชีวิตปีละ 1-3 ราย[7] จึงทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ในเชิงป้องกัน จัดโครงการอบรมให้ความรู้เพื่อให้มีความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก และเน้นย้ำว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทันทีทันใด รวมทั้งอาจมีลักษณะของอาการที่เกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่รุนแรง แต่ก็มีความรุนแรงจนเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลา และพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เกิดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาของระบบหลอดเลือดที่อาจมีความรู้สึก รับรู้ ไม่ชัดเจน อาการเริ่มต้นที่ไม่รุนแรง ทำให้เข้ารับการรักษาได้ล่าช้า และส่งผลต่อความพิการและเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยนุช รักซื่อ และ สิริกัลยา พูนผล[16] ที่พบว่าการมีโรคประจำตัว มีอาการหลังตื่นนอนที่ไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไปเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารักษาล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับสูง เนื่องจาก ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด เชื่อมโครงข่ายสื่อสารด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่เข้าระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การคำนวณและแบ่งเขตระยะทางรับผิดชอบ ทั้งในโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้งจัดรถนำส่งผู้ป่วยหรือรถของทางโรงพยาบาลเอง ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการประชาสัมพันธ์เบอร์โทร 1669 เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว อีกทั้งประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ สามารถสื่อสารกับศูนย์รับแจ้งเหตุ ประสานส่งต่อเพื่อให้ญาติหรือผู้ประสบเหตุ จัดการเพื่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทางการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ทันเวลา[23]

2. การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเป็นปัจจัยพยากรณ์การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ดีที่สุด เพราะการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสูง ส่งผลให้เข้าถึงบริการฯ เร็วขึ้น เนื่องจากสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมักเกิดทันทีทันใดในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร่วมกับมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนเกิดขึ้น ประกอบด้วย อาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่อง ชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขา สับสน เดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว มองไม่ชัด กลืนน้ำลายไม่ได้ อย่างทันทีทันใด มีอุบัติการณ์ที่พบได้มากและพบได้บ่อย ทำให้ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังสังเกตตัวเองว่า หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น เป็นสัญญาณเตือนถึงอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นตามมา ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอาการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ทันเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ ปินตา[8] ที่พบว่า พูดลำบาก พูดไม่ชัดสามารถทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจิราพร บุญโท[14] ที่พบว่า การรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในระดับน้อยส่งผลต่อความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเป็นปัจจัยพยากรณ์การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เนื่องจาก อาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รุนแรง ทั้งอาการชัก สมองขาดเลือด เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองตาย เสียชีวิต หรือหากไม่เสียชีวิตก็จะรุนแรง ทำให้พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ นอนติดเตียง มีแผลกดทับ ข้อติดแข็ง เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแลทั้งเศรษฐกิจ ร่างกายและจิตใจ จากอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประชาชนทั่วไปรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง รับรู้และตระหนักถึงความรุนแรง อันตรายของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอาการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ทันเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญจน์ณิชา เยียดไธสง และคณะ[15] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงสามารถทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการในระยะเฉียบพลัน และสุปรียา สนธิ และคณะ[17] พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสามารถทำนายการมารับการรักษาได้ทันเวลา

4. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สามารถพยากรณ์การเข้าถึงการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง ใช้รถส่วนตัวนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้นำส่งอาจกังวลว่าจะเกิดความล่าช้าของหน่วยงาน อาจยังไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉินและคิดว่าเสียเวลาโทรศัพท์ และเดินทางด้วยระยะทางครึ่งหนึ่งของการเลือกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แต่อย่างไรก็ตามการนำส่งผู้ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองอาจประสบปัญหาการยกเคลื่อนย้ายขึ้นรถส่วนตัว และนำส่งมายังโรงพยาบาล[23]

ข้อเสนอแนะ

ดำเนินการ สร้างความรู้ความตระหนักให้แก่ประชาชน พัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้หลายมาตรการร่วมกันอย่างบูรณาการในการพัฒนาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วย ด้วยช่องทางหลากหลายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้

1. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์และรณรงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้สัญญาณเตือนและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โปสเตอร์/แผ่นพับ ติดตามสถานที่สาธารณะ โรงพยาบาล คลินิก สื่อวิดีโอสั้นเผยแพร่ทางโซเชียลมีเดีย หรือ จัดนิทรรศการ/กิจกรรมรณรงค์ในชุมชน

2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

3. ฝึกอบรมทักษะการสังเกตสัญญาณเบื้องต้นและการประเมินความรุนแรงเพื่อรีบแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ ให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

4. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วทันท่วงที

5. จัดตั้งคลินิกโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะ มีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ สำหรับติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาฉุกเฉินลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค ขณะเกิดโรค และหลังเกิดโรคแล้วโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม

References

1. Phanmung N, Yulertlob A, Japo A. Campaign message for World Paralysis Day 2018. Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control [Internet]. 2018. [cited 2022 Dec 26]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079c1a35867c6347a9299.pdf (in Thai)
2. Phadungwanitkul P. Cerebrovascular disease (STROKE) [Internet]. 2024. [cited 2023 Jun 25]. Available from: http://www. med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf. (in Thai)
3. Pesungnoen A, Suwonroop N, Pinyopasakul W. Factors predicting stroke Prevention behaviors in patients at risk in Primary Care Units. The Journal of Boromarajonani of Nursing, Nakhonratchasima. 2018;24(1):40-56. (in Thai)
4. World Stroke Organization. Report on the incidence of stroke [Internet]. 2022. [cited 2023 Jun 25]. Available from: https://www.world- stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
5. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Division of Non-communicable Diseases. Number and death rate from non-disease Contact and injury Calendar year [Internet]. 2022. [cited 2023 Jun 25]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dsp/journal_detail.php?publish=9554. (in Thai)
6. National Institute for Emergency Medicine. Situations and trends in health and emergency medicine. (Global level and Thailand) [Internet]. 2022. [cited 2023 Jun 25]. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf. (in Thai)

7. Banlad Hospital. Annual Report 2023: Statistics of Stroke patients who come to Stroke Fast Tract at Banlad Hospital. 2023. Copied document. (in Thai)
8. Pinta P. Predictive factors of stroke patients who arrival to hospital in golden periods. Journal of Primary care and family Medicine 2021;4(3):46-58. (in Thai)
9. National Institute for Emergency Medicine. Cerebrovascular disease (Stroke): Knowledge for people Emergency medical operations. National Institute of Emergency Medicine Ministry of Public Health. Copied document. (in Thai)
10. O' Meara RM, Ganas U, Hendrikse C. Access to acute stroke care: a retrospective descriptive analysis of stroke patients' journey to a district hospital. Afr J Emerg Med. 2022;12(4):366-72.
11. World Health Organization. Stroke Cerebrovascular accident [Internet]. 2024. [cited 2024 Jan 27]. Available from: https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html
12. Lokeskrawee T, Muengtaweepongsa S, Patumanond J, Tiamkao S, Thamangraksat T, Phankhian P, et al. Prediction of symptomatic intracranial hemorrhage after intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke: the symptomatic intracranial hemorrhage score. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26(11):2622-9.
13. Fladt J, Meier N, Thilemann S, Polymeris A, Traenka C, Seiffge DJ, et al. Reasons for prehospital delay in acute ischemic stroke. J Am Heart Assoc. 2019; 8(20):e013101.
14. Boontho J. Factors related to pre-hospital delay in acute ischemic stroke patients at Somdejprabuddhalertla hospital. Hua Hin Medical Journal. 2021;1(3):10-22. (in Thai)
15. Yiadhthaisong K, Wongpiriyayothar A, Kuleelung P. Factors predicting prehospital time of patients with acute ischemic stroke in acute phase. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(1):148-56. (in Thai)
16. Rakchue P, Poonphool S. Factors influencing pre-hospital delay among acute ischemic stroke patients in Rajavithi hospital. Journal Thai Stroke Society. 2019;18(1):5-13. (in Thai)
17. Sonti S, Noppakhun T, Duangchan S. Factors influencing early hospital arrival among acute ischemic stroke patients in Hua Hin hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(3):24-38. (in Thai)
18. McDermott M, Skolarus LE, Burke JF. A systematic review and meta-analysis of interventions to increase stroke thrombolysis. BMC Neurol. 2019;19(1):86.
19. Rattanawichai W, Phutthikhamin N. Factors predicting delayed intravenous thrombolysis treatment among acute ischemic stroke patients: a systematic review. Mahasarakham Hospital Journal. 2023;20(2):25-37. (in Thai)
20. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. USA: McGraw–Hill; 2005.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.
22. Best JW. Research in education. 3rd edition. USA: Prentice-Hall; 1977.
23. Puengprasert S. Factors associated with EMS notification in acute stroke patients who have symptoms within 4.5 hours before Chaiyaphum hospital arrival. Chaiyaphum Medical Journal Thai Stroke Society. 2020;40(1):148-61. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดาที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

ศุภศิตา ไทยถาวร พย.บ[1,2]
มณฑาทิพย์ เหตานุรักษ์ พย.บ[1]
พัชราภรณ์ พงค์เขียว พย.ม[1]
บุณยอร สิริกาญจน์ พย.บ[1]

(วันรับบทความ: 29 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 27 พ.ค.2567/ วันตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระยะเวลารับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดามีบุตรอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 9 เดือน มารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 144 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 72 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมร่วมกิจกรรมตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ ซึ่งทดสอบหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .91 และ .90 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.83 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired sample t-test และ independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และมีความพึงพอใจในการรับบริการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมนี้ช่วยให้มารดามีความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ ได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านได้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง สามารถตรวจพัฒนาการบุตรด้วยตนเองได้ถูกต้องก่อนมารับบริการ ทำให้ระยะเวลารับบริการในขั้นตอนตรวจพัฒนาการลดลงได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

[1]พยาบาลวิชาชีพ คลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: ohho2570@gmail.com Tel: 0813122570

The Effects of a Health Literacy Promotion Program on the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) for Mothers' Receiving Services at the Well Child Clinic at the Metropolitan Health and Wellness Institute, Bangkok

Suppasita Thaithaworn B.N.S.[1,2]
Monthatip Haetanurak B.N.S.[1]
Patcharaporn Pongkiew M.N.S.[1]
Boonyaon Sirigarn B.N.S.[1]

(Received Date: March 29, 2024, Revised Date: May 27, 2024, Accepted Date: June 5, 2024)

Abstract

This quasi-experimental research, two-groups, pre-posttest design research aimed to study the effects of a health literacy promotion program on the use of a developmental surveillance and promotion manual (DSPM) on the health literacy knowledge, length of care received, and satisfaction with care after receiving the program. Data were collected from 144 mothers taking their child aged 2 months, 4 months, or 9 months to receive health care services at the well child clinic at the Metropolitan Health and Wellness Institute in Bangkok. They were randomly assigned into two groups. The 72 participants assigned to the experimental group received the health literacy promotion program for 8 weeks and the 72 participants in the control group received usual care. Data were collected to assess their knowledge about using the DSPM and their satisfaction with the services provided. The content validity indexes (CVI) of the instruments were .91, and .90, respectively. The instruments' Chronbach alpha's coefficients were .83, and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, frequencies, percentages, means, standard deviations, paired sample t-tests, and independent sample t-tests.

The results showed that, after participating in the program, the experimental group had a mean score for health literacy related to using the DSPM that was statistically significantly higher than that before the program. The experimental group also had mean scores for health literacy related to using the DSPM, and satisfaction with the service which were statistically significantly higher than those of the control group. However, the average duration of service within the experimental group was significantly less than that of the control group. The results pointed out that the health literacy promotion program could effectively help promote the mothers' knowledge about using the DSPM thus help them to regularly and continuously promote their child's development at home. Moreover, it indicated that it might help the mother to be able to assess their child's development correctly before coming to receive services. As a result, the length of time spent for developmental examinations could be reduced.

Keywords: DSPM, health literacy, well child clinic, metropolitan health development institute

[1]Registered Nurse, Well child clinic, Metropolitan Health and Wellness Institute, Bangkok
[2]Corresponding Author, E-mail: ohho2570@gmail.com Tel: 0813122570

บทนำ

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นประเทศที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาทุกด้าน สำหรับการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้คนไทยมีการวางแผนการมีบุตรทำให้อัตราการเกิดของคนไทยลดลง จากสถิติประชากรวัยเด็กในปี (พ.ศ.2561-2563) พบกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี (มีจำนวน 2,623,071, 2,466,061, และ 2,342,347 ลดลง ตามลำดับ)[1] ซึ่งความคาดหวังจากการสนับสนุนให้มีการวางแผนการมีบุตรนั้น เพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการที่สมวัยเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เพื่อที่จะพัฒนาประเทศต่อไป การจะพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพนั้น ต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา หากได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม จะทำให้เด็กเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ ครอบครัวจึงควรให้ความสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยสนับสนุนให้เด็กมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงและมีพัฒนาการที่สมวัยในทุก ๆ ด้าน พร้อมที่จะเรียนรู้และเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต[2] กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้ในการเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เรียกว่า คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) โดยเน้นความสำคัญของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ สามารถตัดสินใจเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เมื่อพบปัญหาพัฒนาการเพื่อรับการประเมินคัดกรองและส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญช่วยเหลือและแก้ไขได้ทันท่วงที[3]

ปัญหาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวจะต้องมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม[4] ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ทั่วโลกมีการตื่นตัว มีการนำเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้กับการทำงานในทุกสาขาอาชีพ ทางด้านการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้นำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ[1] ทั้งนี้ยังพบการนำสื่อสังคมออนไลน์ที่นำมาใช้กับการบริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และการให้บริการในสถานบริการสุขภาพปัจจุบันพบว่า มีความแออัดมากทำให้คุณภาพการบริการของบุคลากรทางการแพทย์ลดลง เนื่องจากต้องแข่งกับเวลาและจำนวนผู้รับบริการที่มาก ประชาชนบางกลุ่มจึงเลี่ยงการมารับบริการ[5] ปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงคุณภาพการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เข้ารับบริการเป็นหลัก ประชาชนที่เข้ามารับบริการได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลซึ่งเน้นความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการ ระยะเวลารอคอยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างมาก

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเป็นหน่วยงานราชการหน่วยงานหนึ่งที่เปิดบริการตรวจรักษาและให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (Well child clinic) ซึ่งปริมาณผู้ที่เข้ามารับบริการในปีงบประมาณ (2563 – 2565) มีจำนวนเท่ากับ (2,522 ราย, 2,656 ราย และ 2,246 ราย ตามลำดับ) ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 หรือโควิด-19 (Covid-19) ผู้ปกครองอาจมีความวิตกกังวลจึงมารับบริการในคลินิกน้อยลง เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและอำนวยความสะดวกในการรับบริการคลินิกเด็กดีจึงมีแนวทางในการลดเวลารับบริการ โดยปรับลดขั้นตอนการตรวจพัฒนาการเด็กก่อนพบแพทย์ โดยให้มารดาประเมินพัฒนาการจากที่บ้านแล้วแจ้งผลทาง Google form ก่อนมาตามนัดครั้งถัดไป รวมทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้ปกครองในเรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงและออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของมารดาที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy: HL)[6] ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพทำให้ควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม

ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยนำแนวคิดลีน (LEAN) มาประยุกต์โดยใช้หลักการ (Eliminate-Combine- Rearrange-Simplify: ECRS)[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นการรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน การจัดลำดับงานให้เหมาะสมและการปรับปรุงการทำงานหรืออุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการทำงานทำให้สามารถรองรับผู้รับบริการได้มากขึ้น เป็นการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาผลของระยะเวลารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สมมุติฐานการวิจัย

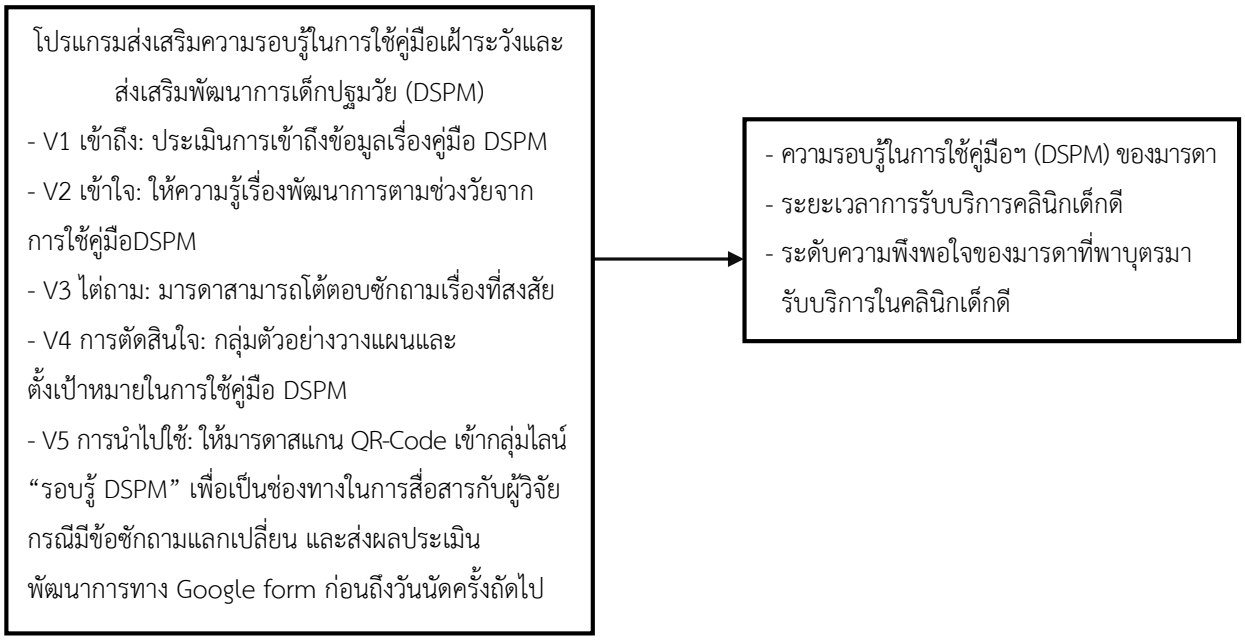
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) ของมารดาหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) ของมารดา หลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาบริการของมารดาที่มารับบริการคลินิกเด็กดีหลังได้รับโปรแกรมฯกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 9 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมที่ให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM แก่มารดา โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยใช้แบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ[8] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องระยะเวลารอคอยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมาก ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดลีน (LEAN) มาประยุกต์โดยใช้หลักการ (ECRS)[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน การจัดลำดับงานให้เหมาะสม และการปรับปรุงการทำงานหรืออุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการทำงาน ซึ่งเป็นแนวทางในการลดขั้นตอนการรับบริการให้น้อยลง ส่งผลต่อการลดเวลารอคอยและเกิดความสะดวกในการรับบริการ อีกทั้งยังเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครองในการใช้คู่มือ DSPM และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ปกครอง พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติร่วมกับแนวคิดใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่กระตุ้นให้ครอบครัวซึ่งมีบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดเป็นผู้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของบุตรเองตามคู่มือ DSPM เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจโดยอาศัยการได้รับข้อมูลต่างๆ และผ่านการเรียนรู้ประสบการณ์ จดจำ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้และกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้นำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตรหลานของตนได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two groups pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มารดาที่มีบุตรอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 9 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 144 ราย

มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 2 เดือน หรือ 4 เดือน หรือ 9 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ในครั้งที่ 1 และนัดหมายเข้ารับบริการในครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ 2) มีความสามารถในการอ่านและสื่อความหมายเข้าใจในภาษาไทยได้ 3) มีอุปกรณ์การสื่อสารที่พร้อมสำหรับการทำแบบประเมินออนไลน์และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสำหรับการตอบแบบประเมินออนไลน์ 4) มีความเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย 1) เด็กมีปัญหาด้านพันธุกรรม ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม 2) เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ออทิสติก สมาธิสั้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) เท่ากับ .05 อำนาจทดสอบทางสถิติ (Power) ที่ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการวิจัย จึงดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 ราย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก กำหนดให้ฉลากเลข 1 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 70 ราย และฉลากเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 70 ราย จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 9 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุแบบเฉพาะเจาะจง ได้ช่วงอายุละ 24 ราย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้

จำนวน 144 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 72 ราย (ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 เดือน จำนวน 24 ราย 4 เดือน จำนวน 24 ราย และ 9 เดือน จำนวน 24 ราย) และกลุ่มควบคุม 72 ราย (ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 เดือน จำนวน 24 ราย 4 เดือน จำนวน 24 ราย และ 9 เดือน จำนวน 24 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ใช้แบบจำลอง V-shape (ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง) ประกอบด้วย

ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับใช้งาน (Functional health literacy) ได้แก่ V1-V2

V1 เข้าถึง: ประเมินการเข้าถึงข้อมูลเรื่องคู่มือ DSPM ของมารดา (ใช้เวลา 7 นาที)

V2 เข้าใจ: ให้ความรู้เรื่องพัฒนาการตามช่วงวัย การคำนวณอายุบุตร การเตรียมอุปกรณ์/การใช้อุปกรณ์ทดแทนในการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการแก่มารดาเป็นรายบุคคล พยาบาลสาธิตวิธีการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามช่วงวัย ให้มารดาฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการบุตร และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่มารดายังทำไม่ถูกต้อง ฝึกจนมารดาเข้าใจสามารถทำได้ถูกต้อง หลังจากนั้นให้มารดาสาธิตย้อนกลับแสดงวิธีการประเมินพัฒนาการเด็ก (ใช้เวลา 30 นาที)

ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive/Communicative health literacy) ได้แก่ V3

V3 ไต่ถาม: มารดาสามารถโต้ตอบซักถามเรื่องพัฒนาการตามช่วงวัย การคำนวณอายุบุตร การเตรียมอุปกรณ์/การใช้อุปกรณ์ทดแทนในการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ หรือเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ และให้มารดาฝึกการวางแผนตั้งคำถามในประเด็นที่สงสัย (ใช้เวลา 10 นาที)

ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ V4-V5

V4 การตัดสินใจ: ให้มารดาวางแผนและตั้งเป้าหมายในการใช้คู่มือ DSPM เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการบุตร แจ้งข้อตกลงเกี่ยวกับระยะเวลาการส่งเสริมพัฒนาการบุตร โดยใช้เวลาไม่น้อยกว่า วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ (ใช้เวลา 8 นาที)

V5 การนำไปใช้: ให้มารดาสแกน QR-Code เข้ากลุ่มไลน์ “รอบรู้ DSPM” เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารกับผู้วิจัย กรณีมีข้อซักถามแลกเปลี่ยน และเป็นช่องทางให้มารดาส่งคลิปวีดีโอการส่งเสริมพัฒนาการบุตร (ใช้เวลา 5 นาที)

1.2 แบบประเมินพัฒนาการเด็กออนไลน์สำหรับมารดา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบใน Google form ได้แก่ แบบประเมินพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 3-4 เดือน ช่วงอายุ 5-6 เดือน และช่วง 10-12 เดือน ซึ่งในแบบประเมินของแต่ละช่วงอายุประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศเด็ก ชื่อ-สกุลเด็ก อายุเด็ก ชื่อ-สกุลมารดา อายุมารดา วุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน และส่วนที่ 2 เป็น แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน ประกอบด้วย พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (1 ข้อ) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (1 ข้อ) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (1 ข้อ) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (1 ข้อ) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (1 ข้อ)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกระยะเวลา เป็นแบบเติมคำเพื่อบันทึกระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้ใช้บริการในแต่ละจุดบริการ ประกอบด้วย 7 จุด ได้แก่ 1) จุดห้องเวชระเบียน 2) จุดซักประวัติที่คลินิกเด็กดี 3) ตรวจพัฒนาการ 4) บันทึกข้อมูลลงระบบ Hospital OS 5) พบแพทย์ 6) พบทันตแพทย์ และ7) ฉีดวัคซีน โดยผู้วิจัยจะเริ่มนับเวลาตั้งแต่ “จุดห้องเวชระเบียน” ถึง “จุดพบแพทย์เสร็จสิ้น”

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดี จำนวน 8 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบออนไลน์ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนโดย 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง ความพึงพอใจมาก 3 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด มีการประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5. 00 หมายถึง ระดับมาก

2.3 แบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบออนไลน์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยทักษะการเข้าถึง 1 ข้อ ทักษะการเข้าใจ 4 ข้อ ทักษะการไต่ถาม 2 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ 4 ข้อ และทักษะการนำไปใช้ 8 ข้อ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนโดย มากที่สุด (5คะแนน) มาก (4คะแนน) ปานกลาง (3คะแนน) น้อย(2คะแนน) และน้อยที่สุด(1คะแนน) มีการประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก

2.4 แบบบันทึกพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามช่วงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเติมคำเพื่อใช้ในการบันทึกจำนวนครั้งในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรโดยใช้คู่มือฯ DSPM ในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของมารดาและบุตร ได้แก่ ชื่อ-สกุลและอายุของมารดาและบุตร ส่วนที่ 2 ตารางบันทึกพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามช่วงอายุ โดยให้มารดาทำเครื่องหมายถูกลงในช่องวันที่มีการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้าน มีระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยส่งเครื่องมือที่ใช้สำหรับดำเนินการ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมีโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) แบบประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัยฯ แบบสอบถามความพึงพอใจฯ แบบประเมินความรอบรู้การใช้คู่มือฯ (DSPM) และแบบประเมินพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามช่วงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .91, .90, .90, .91, และ .90 ตามลำดับ หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Chronbach alpha's coefficient แบบประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัยฯ แบบประเมินความรอบรู้การใช้คู่มือฯ (DSPM) แบบประเมินพฤติกรรมของมารดาฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ได้ค่าความเที่ยง (เท่ากับ .85, .83, .82, และ .82 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (รหัสโครงการวิจัย 650/2566) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยรวบรวม และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในกลุ่มงานคลินิกเด็กดี 4 ท่าน ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยจนมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 (ก่อนทดลอง) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่พาบุตร อายุ 2 เดือน 4 เดือน และ 9 เดือน มารับบริการที่คลินิกเด็กดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีขั้นตอนการรับบริการ ดังนี้ 1) ยื่นบัตรที่จุดเวชระเบียน 2) นำเอกสารมาคลินิกเด็กดี เจ้าหน้าที่และมารดาร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการเด็ก โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบอกและรอบศีรษะ พร้อมซักประวัติ 3) ตรวจพัฒนาการโดยพยาบาล 4) บันทึกข้อมูลในระบบ Hospital OS 5) พบแพทย์ 6) พบทันตแพทย์ 7) ชำระเงิน ณ กลุ่มงานการเงินและบัญชี 8) รับยา/วัคซีน ณ กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน และ9) ฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กดี (ขั้นตอนที่ 1-5 มีการบันทึกเวลาในแบบบันทึกระยะเวลาที่เริ่มกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน โดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบประจำจุด)

กลุ่มควบคุม เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นตรวจพัฒนาการโดยพยาบาลตามคู่มือฯ (DSPM) ให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) (Pre-test) จากนั้นแจ้งวันนัดหมายรับบริการในครั้งถัดไป ดังปรากฏในภาพที่ 2

กลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นตรวจพัฒนาการโดยพยาบาลตามคู่มือฯ (DSPM) ดำเนินการสร้างความรอบรู้ตามโปรแกรมฯ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) (Pre-test) ติด QR-Code แบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) (Post-test) แบบประเมินพัฒนาการเด็กออนไลน์ตามช่วงอายุ พร้อมทั้งติดแบบบันทึกพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แจ้งวันนัดหมายรับบริการในครั้งถัดไป ดังปรากฏในภาพที่ 2

อายุเด็ก	
ระยะที่ 1 (ก่อนทดลอง) (อายุเด็กที่มารับบริการในครั้งที่ 1)	**ระยะที่ 2 (หลังทดลอง)** (อายุเด็กที่นัดหมายมารับบริการครั้งที่ 2)
2 เดือน	4 เดือน
4 เดือน	6 เดือน
9 เดือน	12 เดือน

ภาพที่ 2 อายุเด็กที่มารับบริการในระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ระยะที่ 2 (หลังทดลอง) อายุเด็กที่นัดหมายรับบริการครั้งที่ 2 ได้แก่ อายุ 4 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

กลุ่มควบคุม มารดาและบุตรได้รับบริการคลินิกเด็กดีตามขั้นตอนปกติ ดังนี้ 1) ยื่นบัตรที่จุดเวชระเบียน 2) นำเอกสารมาคลินิกเด็กดี เจ้าหน้าที่และมารดาร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการเด็ก โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบอกและรอบศีรษะ พร้อมซักประวัติ 3) ตรวจพัฒนาการโดยพยาบาลตามคู่มือฯ(DSPM) ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถาม แจ้งวันนัดหมายรับบริการในช่วงอายุถัดไป เก็บแบบบันทึกพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ให้มารดาทำแบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) (Post-test) และแบบประเมินความพึงพอใจออนไลน์ 4) บันทึกข้อมูลในระบบ Hospital OS 5) พบแพทย์ 6) พบทันตแพทย์เฉพาะอายุ 12 เดือน 7) ชำระเงิน ณ กลุ่มงานการเงินและบัญชี 8) รับยา/วัคซีน ณ กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน และ 9) ฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กดี เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปและยุติการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง มารดาและบุตรหลังจากได้รับโปรแกรมฯ ดำเนินการดังนี้ 1) ก่อนวันนัดหมายมารับบริการครั้งที่ 2 มารดาทำแบบประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุออนไลน์เสร็จครบถ้วนสมบูรณ์ 2) ยื่นบัตรที่จุดเวชระเบียน 3) นำเอกสารมาคลินิกเด็กดี เจ้าหน้าที่และมารดาร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการเด็ก โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบอกและรอบศีรษะ พร้อมซักประวัติ 4) พยาบาลตรวจสอบแบบประเมินพัฒนาการเด็กฯที่มารดาลงข้อมูลออนไลน์ โดยตรวจใน Google spreadsheets และตรวจสอบผลประเมินพัฒนาการ โดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้ ผลการประเมิน พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน ชื่นชมและให้กำลังใจในการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยต่อไปโดยงดขั้นตอนตรวจพัฒนาการโดยพยาบาล และแจ้งวันนัดหมายรับบริการในครั้งถัดไป หากผลการประเมิน พบว่า เด็กมีพัฒนาการอย่างน้อย 1 ข้อที่ไม่ผ่าน พยาบาลประเมินพัฒนาการซ้ำเฉพาะข้อที่ไม่ผ่าน และฝึกพัฒนาการในข้อนั้นชื่นชมให้กำลังใจมารดา พร้อมนัดหมายติดตามพัฒนาการภายใน 30 วัน จากนั้นเก็บแบบบันทึกพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ ให้มารดาทำแบบประเมินความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) (Post-test) และแบบประเมินความพึงพอใจออนไลน์ 5) บันทึกข้อมูลในระบบ Hospital OS 6) พบแพทย์ 7) พบทันตแพทย์เฉพาะอายุ 12 เดือน 8) ชำระเงิน ณ กลุ่มงานการเงิน และบัญชี 9) รับยา/วัคซีน ณ กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน และ 10) ฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กดี เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปและยุติการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯ (DSPM) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair sample t-test และสถิติ Independent sample t-test ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารับบริการของมารดาที่คลินิกเด็กดีก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired samples t-test และสถิติ Independent samples t-test ตามลำดับ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พาบุตรมารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการในกลุ่มงานคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี (คลินิกเด็กดี) สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง จำนวน 144 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 72 ราย และกลุ่มควบคุม 72 ราย กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 18-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.24 ปี (S.D.=6.27) โดยมีช่วงอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 27-36 ปี มีจำนวน 35 ราย (ร้อยละ48.62) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.30 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 36.10 รองลงมาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว /ค้าขาย ร้อยละ 25 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 25 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 33.30 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 30.55 และ 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 29.20

สำหรับกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 18-43 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.66 ปี (S.D.=6.01) โดยมีช่วงอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 27-36 ปี มีจำนวน 37 ราย ร้อยละ51.40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.10 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.90 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว /ค้าขาย ร้อยละ 29.20 รองลงมาประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ26.40 และพนักงานบริษัท ร้อยละ 26.40 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 36.10 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 30,001 - 40,000 บาท ร้อยละ 23.60 และ40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.80

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ (n = 72)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ Mean= 71.45 (S.D. = 10.00) และหลังได้รับโปรแกรมฯ Mean= 91.45 (S.D. = 6.00) เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยใช้สถิติ paired samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ (n = 72)

ความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	Mean	S.D.	t-test	*p*-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	71.45	10.00	-18.626	0.000
หลังได้รับโปรแกรม	91.45	6.00		

$p<.001$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ (n = 144)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ Mean=71.45 (S.D. = 10.00) และหลังได้รับโปรแกรมฯ Mean=91.45 (S.D. = 6.00)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ก่อนได้รับโปรแกรมฯ Mean=76.31 (S.D. = 11.04) และหลังได้รับโปรแกรมฯ Mean=7.61 (S.D. = 9.11)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แตกต่างกัน และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ (n = 144)

ความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-test	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	71.45	10.00	91.45	6.00	-18.626	.000
กลุ่มควบคุม	76.31	11.04	77.61	9.11	-2.362	.021

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดี ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 144)

การเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดีไม่แตกต่างกัน และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดี ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 144)

ระยะเวลาในการรับบริการในคลินิกเด็กดี	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t-test	df	*p*-value
	Mean(นาที)	S.D.	Mean(นาที)	S.D.			
กลุ่มควบคุม	53.87	23.91	51.23	16.48	1.244	71	.218
กลุ่มทดลอง	47.43	15.77	21.90	8.27	19.066	71	.000

ส่วนที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 144)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มารดาที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดี จำนวนกลุ่มควบคุม 72 ราย และกลุ่มทดลอง 72 ราย โดยมารดาทั้งสองกลุ่มที่มารับบริการคลินิกเด็กดีมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดีสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.63 (S.D. = 0.299) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม 4.42 (S.D. = 0.367) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังการรับบริการ (n = 144)

ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม (n = 72)		ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n = 72)		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.		Mean	S.D.	
การให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี						
1. อธิบายขั้นตอนการรับบริการชัดเจน เข้าใจง่าย	4.53	0.507	มาก	4.70	0.466	มาก
2. อธิบายความจำเป็นในการประเมินพัฒนาการเด็ก	4.26	0.639	มาก	4.70	0.466	มาก
3. อธิบายวิธีการคำนวณอายุบุตรตามหลัก DSPM ได้เข้าใจ	4.40	0.674	มาก	4.43	0.568	มาก
4. อธิบายขั้นตอนการประเมินพัฒนาการบุตรตามช่วงวัยได้เข้าใจ	4.50	0.508	มาก	4.43	0.727	มาก

ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม (n = 72)		ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n = 72)		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.		Mean	S.D.	
การให้บริการของเจ้าหน้าที่ในคลินิกเด็กดี	4.53	0.571	มาก	4.70	0.534	มาก
5. เปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการวางแผนการตรวจพัฒนาการ	4.33	0.546	มาก	4.66	0.479	มาก
6. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามรับฟังความคิดเห็น	4.33	0.606	มาก	4.66	0.490	มาก
7. อธิบายขั้นตอนการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามช่วงวัยได้เข้าใจ						
ขั้นตอนการบริการ	4.43	0.568	มาก	4.66	0.479	มาก
8. ขั้นตอนการรับบริการสะดวกเข้าใจ ทำได้ง่าย	4.43	0.678	มาก	4.66	0.479	มาก
9. ระยะเวลาในการรับบริการคลินิกเด็กดี มีความเหมาะสมรวดเร็ว	4.43	0.626	มาก	4.73	0.449	มาก
10. โดยภาพรวม ท่านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่และขั้นตอนการรับบริการในระดับใด						
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.42	0.367	มาก	4.63	0.299	มาก

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยใช้แบบจำลอง V-shape ประกอบด้วย V1 เข้าถึง V2 เข้าใจ V3 ไต่ถาม V4 การตัดสินใจ และ V5 การนำไปใช้ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ในการใช้คู่มือฯได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านได้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง สามารถตรวจพัฒนาการบุตรด้วยตนเองได้ถูกต้องก่อนมารับบริการในครั้งถัดไป แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯมีการปฏิบัติตามคำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มทดลองเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดเป็นผู้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของบุตรเองตามคู่มือ DSPM เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจโดยอาศัยการได้รับข้อมูลต่าง ๆ และผ่านการเรียนรู้ประสบการณ์ จดจำ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้และกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กเพิ่มมากขึ้น

ส่งผลให้นำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตรหลานของตนได้อย่างเหมาะสม และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยลดระยะเวลาการรับบริการและความพึงพอใจต่อการรับบริการในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ซึ่งขั้นตอนในการรับบริการได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการลดความสูญเปล่าด้วยหลักการระบบ ECRS (เทคนิคแบบลีน) โดยมีวิธีการ คือ การกำจัด (Eliminate) ตัดขั้นตอนที่เกิดความสูญเปล่าหรือขั้นตอนที่ไม่เกิดคุณค่าต่อผู้ใช้บริการออกไปการรวมกัน (Combine) ขั้นตอนใดที่สามารถรวมกันได้แล้วทำให้ขั้นตอนการทำงานลดลงจะนำมารวมกัน การทำให้ง่าย (Simplify) เป็นการปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือสร้างอุปกรณ์ช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้นการจัดใหม่ (Rearrange)การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ให้เหมาะสม เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลาในกระบวนการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน รวมถึงนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยให้มีความทันสมัยในการให้บริการมากขึ้น[6] โดยโปรแกรมฯนี้มีการวิเคราะห์ 4 ขั้นตอน คือ การตัดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น การรวมขั้นตอนการทำงานเข้าด้วยกัน การจัดลำดับงานให้เหมาะสม และการปรับปรุงการทำงานหรืออุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการทำงานทำให้สามารถรองรับผู้รับบริการได้มากขึ้น ใช้เวลาในกระบวนการสั้นที่สุด เป็นการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและรวดเร็ว ซึ่งขั้นตอนในการรับบริการของคลินิกเด็กดีสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง มีขั้นตอนการรับบริการลดลงจาก 9 ขั้นตอนเหลือ 8 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนที่ลดลงคือขั้นตอนการตรวจพัฒนาการโดยพยาบาล เนื่องจากในการนัดหมายในระยะที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ จะได้ทำแบบประเมินพัฒนาการบุตรออนไลน์มาก่อนวันนัดหมายแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของพันธิภา พิญญะคุณ และคณะ[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนการรับบริการลดลงจาก 16 ขั้นตอนเหลือ 6 ขั้นตอน มีแนวทางและคู่มือการให้บริการของทีมสุขภาพที่เน้นคุณภาพการบริการมากขึ้น 2) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย (1) ด้านระยะเวลาการใช้บริการลดลงน้อยกว่ารูปแบบเดิม โดยระยะเวลาการใช้บริการที่สั้นที่สุดลดลงจาก 106 นาทีเป็น 47 นาทีและระยะเวลาที่ยาวที่สุดลดลงจาก 434 นาทีเป็น 168 นาที (2) คุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่ารูปแบบเดิม โดยมีค่าต่ำที่สุดจาก 2.07% เพิ่มเป็น 10.12% และค่าสูงสุดจาก 44.34% เพิ่มเป็น 89.36% และ (3) คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกสูงกว่ารูปแบบเดิม โดยจาก 29.07% เพิ่มเป็น 85.02%

จากผลการศึกษา พบว่า มารดาทั้งสองกลุ่มที่มารับบริการคลินิกเด็กดีมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากโดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเด็กดีสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรับบริการในคลินิกเด็กดี สูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ซึ่งในโปรแกรมฯ มีรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการผ่าน LINE และแจ้งผลตรวจพัฒนาการทาง Google form มีการนัดหมายที่เป็นระบบ สามารถลดความแออัดในสถานพยาบาลที่ให้บริการเจ้าหน้าที่สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับงานวิจัยของแวอานา แวเด็ง[1] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม LINE@พัฒนาการสมวัย ศอ.12 ต่อการลดระยะเวลาและความพึงพอใจในการรับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ผลการศึกษาพบว่า การใช้บริการ LINE@ ตรวจประเมินพัฒนาการสามารถลดระยะเวลาการรับบริการรวมถึงเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และจากการที่ผู้รับบริการใช้ระยะเวลาการรับบริการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ในทางตรงกันข้าม หากผู้รับบริการใช้ระยะเวลาการรับบริการนาน จะส่งผลถึงความพึงพอใจทำให้ผู้รับบริการเกิดความเบื่อหน่ายไม่ต้องการมาใช้บริการ ซึ่งหากไม่ตระหนักถึงปัญหานี้ และไม่มีการพัฒนาการให้บริการอาจทำให้คุณภาพการบริการลดลง[1] และความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการ สามารถประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน ดังนั้นการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว ใช้เวลาน้อย เกิดความพึงพอใจ จะทำให้ผู้รับบริการอยากมารับบริการและกลับมารับบริการซ้ำ[5]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ฯ ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการสำหรับผู้รับบริการ เพื่อลดระยะเวลาและเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยให้เข้าถึงบริการที่สะดวกและรวดเร็ว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ควรมีการติดตามทักษะของมารดาในการใช้คู่มือฯ DSPM อย่างต่อเนื่อง และติดตามพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ 1.6 ปี เนื่องจากเป็นพัฒนาการในช่วงอายุสำคัญที่ต้องได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

References

1. Wedeng W. Effects of the LINE@ Appropriate Development Program, Sec.12, on reducing the time and satisfied with receiving services in the Good Child Health Clinic Health Promoting Hospital Health Center 12 Yala [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 09]. Available from: https://hpc12.anamai.moph.go.th /th/academic-works/download?id=79330&mid=23808&mkey=m_document&lang=th&did=27383
2. Kueiad N, Chaimay P, Woradej S. Situations and factors related to the development of Thai children under 5 years of age: a literature review. Journal of the Southern Region College of Nursing and Public Health Network Journal. 2018;5(1):281-96. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Nonthaburi: TS INTERPRINT COMPANY LIMITED; 2016. (in Thai)
4. Keturen P. Health literacy situation of child rearing among preschoolers of primary caregiver: 4 case study. Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2020;43(1):45-58. (in Thai)
5. Sornsawang A. The Effect of the practice guideline of waiting time service of Outpatient Department, King Narai Hospital. Journal of Health and Environmental Education. 2021;6(4):181-9. (in Thai)
6. Nutbeam D. The evolving concept of Health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
7. Muang Ngoen A. An application of Lean technique (ECRS+IT) to efficient Book Return Process for Library and Information Center, NIDA [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 09]. Available from:https://www.km.nida.ac.th/th/images/PDF/research/atire.pdf
8. Pinyakhun P, Cheevakasemsook A, Sanprasarn P. The Development of a diabetic clinic service model by applying lean concept at Chaoprayayomraj Regional Hospital, Suphan Buri Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18:280-90. (in Thai)
9. Boonpitak S, Rutanawijid K, Thoucharee S. Application of lean concepts for reduce time by queuing system (case study in outpatient department : OPD of Phra Pok Klao Hospital, Chanthaburi Province) [Internet]. 2015 [cited 2023 Ju 09]. Available from: https://eresearch.rbru.ac.th/showthesis.php?theid=1056&depid=7
10. Kayunkid O. Applying LEAN concepts to improve quality of outpatient care: case study from Bhumibol Adulyadej Hospital. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2023;69(1):1-9. (in Thai)

11. Wanasiri U. Implementation of lean concept in healthcare service sector for reducing waste system: a case study of radiotherapy department tertiary hospital. Naresuan University Journal: Science and Technology. 2016;24(3):75-85. (in Thai)
12. Chartmontree W, Srisatidnarakul B. Lean concept utilization in nursing service quality improvement: a case study of a tertiary hospital. Journal of Nursing. 2013;25:53-64. (in Thai)
13. Chimwong T, Nilsu J, Wanitkun N. Applying the LEAN concept for quality improvement in the diabetic clinic of Rayong Hospital. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2014;24:121-35. (in Thai)
14. Suharitdamrong V, Klonklang Y. Lean logistics. Bangkok: E.I. SQUARE PUBLISHUNG; 2007. (in Thai)
15. Pothisart A. Development of a patient discharge process in a surgical ward by applying lean concept at Lamphun Hospital. Lanna Public Health Journal. 2019;15(2):20-33. (in Thai)
16. Parkpises W, Sitthiworanan C. Implementation of lean in outpatient department at 1the 68th public Health Center at Saphansung. Thai journal of pharmacy practice. 2019;11(1):18-31. (in Thai)
17. Napathorn C. The Roles of human resource management in lean management: a case study of Thammasat University Hospital. Journal of HR intelligence. 2018;13(2):96-122. (in Thai)
18. HengboriboonpongJaidee P. Lean management system: concept and practice in public health for community engagement. The Public Health Journal of Burapha University. 2017;12(2):133-43. (in Thai)
19. Poskinska B. The current state of lean implementation in healthcare-literature review. Quality Management in Health care. 2010;19(4):319-29. (in Thai)
20. Fine BA, Golden B, Hannam R, Morra D. Leading lean: a Canadian health care leader's guide. Healthcare Quarterly. 2009;12(3):32-41.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อริญชย์ เมตรพรมราช พย.ม.[1]
ศุภางค์ สุปะติ พย.บ.[1,2]

(วันรับบทความ: 21 เมษายน พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 22 พ.ค.2567/ วันตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่จะได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจครั้งแรก ที่มารับบัตรนัดนอนโรงพยาบาลที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 385 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์การรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการสวนหัวใจ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 62.08 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ โรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจอยู่ในระดับสูง ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ และสิทธิการรักษา ดังนั้นควรมีการออกแบบหรือพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจในการทำหัตถการสวนหัวใจ

คำสำคัญ: การรับรู้ ความคาดหวังผลลัพธ์ หัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

[1]พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: Supasup@kku.ac.th Tel: 0958466434

The Relationship among Selected Fundamental Factors, Patients' Perceptions, and Expectations on the Outcomes of Coronary Artery Angiography Procedures at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Alin Metprommarat M.N.S[1]
Supang Supati B.N.S.[1,2]

(Received Date: April 21, 2024, Revised Date: May 22, 2024, Accepted Date: June 5, 2024)

Abstract

The purpose of this exploratory research was to study the relationship between some of the fundamental factors regarding patients' perceptions and expectations on the outcomes of coronary artery angiography (CAG) procedures at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. The study was conducted among 385 patients aged 18 years and over who received a hospital appointment card for their first CAG at the admission Center. Data were collected using a demographic data form and the patients' perceptions and expectations of outcomes of CAG questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient values of the questionnaires on the perception of CAG and the questionnaire on their expectations of outcomes of CAG was 0.96 and 0.99, respectively. The data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson's correlations.

The results showed that the majority of patients were male, an average age of 62.08 years, were unemployed, and had high blood pressure and diabetes. Additionally, they were primarily covered by the universal coverage scheme (UCS). The patients' overall perceptions of CAG was at a low level. The outcome expectations for CAG were at a high level. The fundamental factors that were positively related to the patients' overall perception and outcome expectations for CAG including education level, family monthly income, occupation, and healthcare benefit system. Therefore, based on the low level of patients' perceptions regarding CAG, a model should be designed or developed to provide relevant information to patients before CAG procedures so that the patients and their relatives have sufficient information to make decisions about coronary artery angiography.

Keywords: perception, outcome expectation, coronary artery angiography

[1]Registered Nurse, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of medicine, Khon Kaen University
[2]Corresponding Author, E-mail: Supasup@kku.ac.th Tel: 0958466434

บทนำ

การทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจเป็นการตรวจรักษาพิเศษที่เป็นมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการทำหัตถการโดยการใส่สายสวนหัวใจผ่านผิวหนังบริเวณหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (Femoral artery) หรือหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (Radial artery)[1] เข้าสู่หลอดเลือดแดงและรูเปิดของหลอดเลือดโคโรนารี จากนั้นฉีดสารทึบรังสีพร้อมกับบันทึกภาพเอกซเรย์เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี[2]

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจพบว่ามีได้หลากหลาย ได้แก่ ก้อนเลือดใต้ผิวหนังก่อนถอดท่อนำสายสวนหลอดเลือด (Off Sheath) มีแผลเลือดออก (Bleeding) ก่อน Off Sheath[3] และจ้ำเลือด (Ecchymosis) หลัง Off Sheath ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ห้อเลือด (hematoma) ภาวะช็อคจากหัวใจ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และการเสียชีวิต ตามลำดับ[4] ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ เทคนิคการทำ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น และปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ค่าการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยขาดการรับรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลทั้งก่อนการทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการได้ ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียวในห้องสวนหัวใจ การทำหัตถการในครั้งแรก การคาดเดาผลของการทำหัตถการในทางลบ ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเกี่ยวกับการตรวจ[5] มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีความเข้าใจว่าการสวนหัวใจจะทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยมากขึ้น ยังไม่เข้าใจว่าสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้หลังทำหัตถการ ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ[6] ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ทำหัตถการได้ ในประเทศไทยได้มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนทำหัตถการ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การอยู่อาศัย พื้นที่อยู่อาศัย รายได้ต่อปีของครอบครัว อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[7] ซึ่งเป็นสาเหตุนำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

จากการปฏิบัติงานที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล บ่อยครั้งที่พบว่าเมื่อผู้รับบริการมารับบัตรนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ผู้รับบริการไม่ทราบว่าตนเองนั้นเป็นโรคหัวใจชนิดไหนและหัตถการที่ต้องทำนั้นคืออะไร ทำอย่างไร มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนอะไรได้บ้าง เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อถึงวันนัดนอนโรงพยาบาลไม่มาตามนัดเนื่องจากมีความกังวลและกลัวการทำหัตถการ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจว่าหัตถการฉีดสีสวนหัวใจนั้นเป็นการผ่าตัดหัวใจ ยิ่งมีความกังวลมากขึ้นจนไม่อยากทำหัตถการ มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่นัดทำหัตถการด้านอายุรกรรมพบว่ามีผู้ป่วยที่นัดทำหัตถการด้านอายุรกรรมทั้งหมดจำนวน 2,547 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดทำหัตถการจากสาเหตุต่าง ๆ มากถึง 303 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.90 ของผู้ป่วยนัดทำหัตถการด้านอายุรกรรมทั้งหมด[8] และในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 พบว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัดทำหัตถการจำนวน 556 และ 804 ราย ตามลำดับ[9] ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดหรือการได้ทำหัตถการบางอย่างล่าช้าไปอาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองได้ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ได้รับการรักษาหรือการวินิจฉัย การสูญเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น

การนำแนวคิดการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[10] ที่ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้แรงจูงใจหรือสิ่งชักจูงให้เกิดในการปฏิบัติด้านสุขภาพ[11] ไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยนั้นมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ประโยชน์ของการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ อุปสรรคต่อการตัดสินใจทำหัตถการ รวมถึงแรงจูงใจหรือสิ่งชักนำให้ตัดสินใจทำหัตถการได้ และสามารถนำข้อมูลนั้นไปใช้ในการสร้างแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน

ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจได้ จากการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจโดยการประยุกต์สื่อการให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น[12]

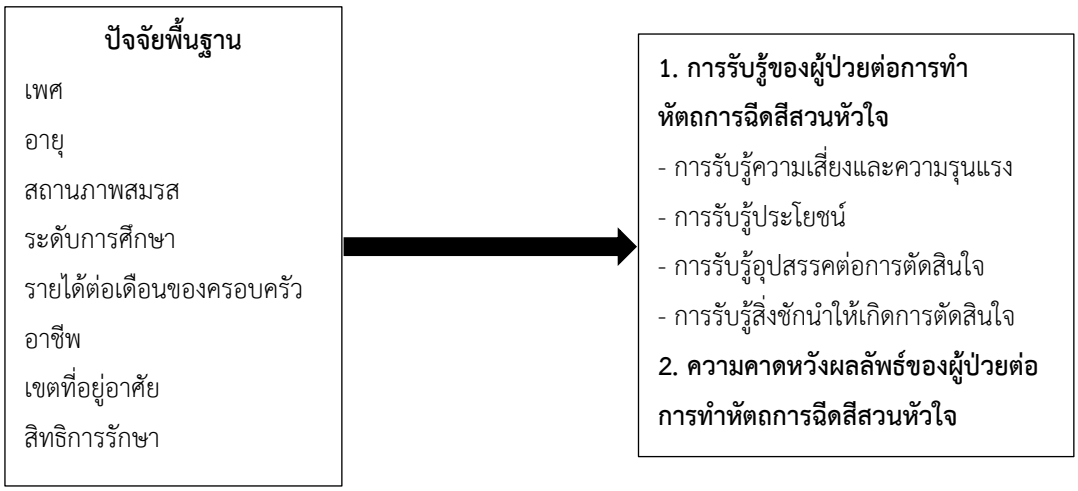
จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยประยุกต์แบบสอบถามจากแนวคิดการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[10] รวมถึงศึกษาถึงความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ โดยผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจและช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้ถึงกระบวนการทำหัตถการ ลดความวิตกกังวลก่อนมาทำหัตถการ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการทำหัตถการได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษา กับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model: HBM) ของ Rosenstock และคณะ[13] เป็นกรอบแนวคิดหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหากรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) รับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของความเจ็บป่วย (Perceived severity) รับรู้ถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่ดีจากการป้องกันความเจ็บป่วย (Perceived benefit) และรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันความเจ็บป่วย (Perceived barriers) รับรู้ถึงสิ่งชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Perceived cue to action) ดังนั้นหากบุคคลหรือผู้ป่วยที่จะต้องทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคต่อการตัดสินใจและรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ จะทำให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวมาใช้พัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉัดสีสวนหัวใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – เมษายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้นัดทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจครั้งแรก ที่เข้ามารับบัตรนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเส้นเลือดหัวใจตีบและต้องได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจครั้งแรกที่เข้ามารับบัตรนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการที่ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น การได้ยิน และการพูด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำณวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ทราบจำนวนและสัดส่วนประชากรของ Cochran[14] คือ

$$n = \frac{P\,(1-P)\,Z^2}{e^2}$$

โดยกำหนดสัดส่วนของประชากรที่มากที่สุด (P = 0.50) ร้อยละความคลาดเคลื่อนกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% (e = 0.05) และระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ณ ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (z = 1.96) หลังจากนั้นแทนค่าในสูตร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 385 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับ สิทธิ์การรักษา โรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ การรับรู้อุปสรรคต่อการตัดสินใจในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ และการรับรู้ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการตัดสินใจในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ และให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ และให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลแบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจะใช้เกณฑ์การจัดลำดับช่วงคะแนน[15] ดังนี้ 1 - 1.80 หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความคาดหวังน้อยมาก 1.81 – 2.61 หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความคาดหวังน้อย 2.62 – 3.42 หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความคาดหวังปานกลาง 3.43 – 4.23 หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความคาดหวังสูง และ 4.24 – 5.00 หมายถึง ระดับการรับรู้หรือความคาดหวังสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน โดยที่แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ และแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ได้ค่า CVI = 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจและแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) = 0.96 และ 0.99 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูล ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจและความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและได้ผ่านการพิจารณาและรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่สำคัญโครงการ HE661433 และในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยการลงนามขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการสัมภาษณ์ อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 242 ราย (ร้อยละ 62.90) อายุเฉลี่ย 62.08 ปี (S.D. = 10.87) มีสถานภาพสมรส จำนวน 301 ราย (ร้อยละ 78.20) จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 177 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 46) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ระหว่าง 0-5,000 บาท จำนวน 154 ราย (ร้อยละ 40) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 32.70) อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 229 ราย (ร้อยละ 59.50) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร จำนวน 300 และ 217 รายตามลำดับ (ร้อยละ 77.90 และ 56.40 ตามลำดับ) สิทธิบัตรประกันสุขภาพและเบิกได้เท่า ๆ กัน จำนวน 180 และ 183 รายตามลำดับ (ร้อยละ 46.80 และ 47.50 ตามลำดับ) โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 177 และ 125 รายตามลำดับ (ร้อยละ 46 และ 32.50 ตามลำดับ)

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.13, S.D. = 0.52) โดยมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจน้อยที่สุด (Mean = 1.66, S.D. = 0.57) และการรับรู้อุปสรรคต่อการตัดสินใจทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมากที่สุด (Mean= 2.43, S.D.= 0.48) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (n = 385)

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ	**กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 385)**	
	Mean ± S.D.	**แปลผล**
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง	1.66 ± 0.57	รับรู้น้อยมาก
การรับรู้ประโยชน์	2.37 ± 0.85	รับรู้น้อย
การรับรู้อุปสรรคต่อการตัดสินใจ	2.43 ± 0.48	รับรู้น้อย
การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการตัดสินใจ	2.26 ± 0.62	รับรู้น้อย
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม	**2.13 ± 0.52**	**รับรู้น้อย**

ความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจอยู่ในระดับสูง (Mean 4.14, S.D. 0.81) โดยเฉพาะความคาดหวังว่าจะได้รับการตรวจสวนหัวใจจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะมีเครื่องมือและเทคโนโลยีในการตรวจสวนหัวใจที่ทันสมัย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (n = 385)

ความคาดหวังผลลัพธ์	**กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 385)**	
	Mean ± S.D.	**แปลผล**
ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ	4.14 ± 0.81	คาดหวังสูง

ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา (r = 0.352, $p < .001$) และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (r = 0.302, $p< .001$) อาชีพ (r = 0.244, $p < .001$) และสิทธิการรักษา (r = 0.188, $p < .001$) ส่วนเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม

ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา (r = 0.291, $p< .001$) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (r = 0.244, $p< .001$) อาชีพ (r = 0.272, $p< .001$) และสิทธิการรักษา (r = 0.124, $p = .007$) ส่วนเพศ และเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (N = 385)

ปัจจัยพื้นฐาน	**การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวม**			**ความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ**		
	ค่าสหสัมพันธ์(r)	**Sig. (2-tailed)**	**ระดับความสัมพันธ์**	**ค่าสหสัมพันธ์(r)**	**Sig. (2-tailed)**	**ระดับความสัมพันธ์**
ระดับการศึกษา	0.352	< .001	สัมพันธ์ปานกลาง	0.291	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย
รายได้ต่อเดือนฯ	0.302	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย	0.244	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย
อาชีพ	0.244	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย	0.272	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย
สิทธิการรักษา	0.188	< .001	มีความสัมพันธ์น้อย	0.124	.015	มีความสัมพันธ์น้อย

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวนั้นเป็นผลให้การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีข้อจำกัด รวมถึงการยังไม่มีประสบการณ์และการไม่ได้พูดคุยกับคนที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมาก่อน นอกจากนั้นจากการสอบถามความเสี่ยงเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและต้องได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่มีการค้นหาข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระดับต่ำในทุกด้าน ทั้งด้านอาการของโรค อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองค่อนข้างไม่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[7] และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากกว่าร้อยละ 67 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ[16]

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ อธิบายได้จากบริบทของการให้บริการผู้ป่วยพบว่าเมื่อแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจและจำเป็นต้องทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจแพทย์จะส่งผู้ป่วยมารับบัตรนัดที่ศูนย์ประสานงานนอนโรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจทั้งประโยชน์ของการทำหัตถการ ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการ รวมถึงขั้นตอนในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ เนื่องจากแพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมากทำให้การตรวจผู้ป่วยแต่ละรายมีเวลาจำกัดจนไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยได้ทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีระยะเวลาเฉลี่ย 28 นาที โดยระยะเวลาที่เข้าพบแพทย์น้อยที่สุดเพียง 7 นาที 28 วินาที[17] ซึ่งระยะเวลาเพียงเท่านี้ไม่สามารถที่แพทย์จะอธิบายเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจได้ทั้งหมด และเมื่อผู้ป่วยมารับบัตรนัดทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่ศูนย์ประสานงานนอนโรงพยาบาลก็ยังไม่มีรูปแบบของการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่ชัดเจน ยังเป็นเพียงการให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนมานอนโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ขั้นตอนการทำ ประโยชน์ของการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวชได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากพยาบาลมีระยะเวลาของการให้ข้อมูลที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุมทุกเรื่อง อีกทั้งยังมีภาระงานที่มากด้วย[18] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพัชร หิรัณย์ณรงค์ และคณะ[19] ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในระดับดีมาก เนื่องจากได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและนอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

ความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะความคาดหวังว่าจะได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คาดหวังว่าโรงพยาบาลจะมีเครื่องมือและเทคโนโลยีในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่ทันสมัย คาดหวังว่าการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจะทำให้หายขาดจากโรค คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ และคาดหวังว่าการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งความคาดหวังนั้นเป็นความคิดหรือความต้องการของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง ทั้งที่เคยพบเจอและนึกคิดว่าควรจะเกิดขึ้นตามความรู้สึกหรือเหมาะกับสถานการณ์นั้น ๆ โดยใช้การรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่เคยได้รับรู้[20]

อธิบายได้จากการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจนั้นเป็นหัตถการที่ทำเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจและยังสามารถทำการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในคราวเดียวกัน แต่เป็นหัตถการที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกายทำให้มีความเสี่ยงต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังว่าการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจนั้นจะช่วยให้หายจากโรคได้ และจะเกิดภาวะแทรกซ้อน

หรือความเสี่ยงจากการทำได้น้อยหากได้รับการทำจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีเครื่องมือที่ทันสมัย อีกทั้งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยและสิทธิการรักษาหลักคือบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา

สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม กริ่มใจ[21] ที่พบว่าบุคคลจะเลือกใช้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐเนื่องจากมีความคาดหวังด้านคุณภาพการรักษาของแพทย์และการมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีกว่าและยังสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ สุขแสนชนานันท์ และคณะ[3] ที่พบว่าผู้ใช้บริการโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีความคาดหวังต่อบุคคลากรที่ให้บริการมากที่สุดคือแพทย์ และยังมีความคาดหวังที่สูงต่อการนำผลิตภัณฑ์หรือการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่เคยได้รับรู้มาก่อนนั้นมีผลกับความคาดหวังผลลัพธ์เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์การได้พูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมาก่อนหรือการได้รับข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาลจึงทำให้เกิดความเชื่อมั่น หรือเกิดความคาดหวังจากการให้บริการดังที่ได้รับข้อมูลมา ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามของความคาดหวังว่า เป็นความคิดหรือความต้องการของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง ทั้งที่เคยพบเจอและนึกคิดว่าควรจะเกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเหมาะกับสถานการณ์นั้น ๆ โดยใช้การรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่เคยได้รับรู้[22]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ และสิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

อธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจสูง เนื่องจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อกระบวนการคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบ ทบทวนสื่อและสารสนเทศแตกต่างกัน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ อัจฉรา และคณะ[23] ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีรายได้สูง มีอาชีพที่มั่นคงและสิทธิการรักษาที่ดี จะมีการรับรู้ต่อการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจที่สูงแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdulmaleek[6] ที่พบว่ารายได้และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อาชีพ และสิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังผลลัพธ์เกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ นั่นคือหากผู้ป่วยมีระดับการศึกษาสูงขึ้น รายได้ต่อเดือนมากขึ้น อาชีพมั่นคง และสิทธิการรักษาที่ดี ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังผลลัพธ์เกี่ยวกับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมากขึ้นด้วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงข่าวสาร แหล่งข้อมูลได้มากกว่า และอาจจะเคยได้พูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์ในการฉีดสีสวนหัวใจ โดยอธิบายได้จากทฤษฎีความคาดหวังที่กล่าวว่า ความคาดหวังนั้นเป็นความคิดหรือความต้องการของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง ทั้งที่เคยพบเจอและนึกคิดว่าควรจะเกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเหมาะกับสถานการณ์นั้น ๆ โดยใช้การรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่เคยได้รับรู้[21] ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา อ่อนเกลี้ยง[24] ที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการทั่วไป แต่ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ที่ต้องได้รับการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจซึ่งเป็นหัตถการที่คุกคามต่อร่างกาย (Invasive) ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่สูงว่าจะไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

ข้อจำกัดในการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจครั้งแรกเท่านั้น และทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยไม่ได้ทำการศึกษากับญาติหรือผู้ดูแล ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจครั้งแรกและกลุ่มที่เคยทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจมาแล้ว และทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้และระดับการศึกษาน้อยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงแนวทางการให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ขอบคุณครอบครัว และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อช่วยให้ข้อมูลอันจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

References

1. Kiatchoosakun S, Pussadhamma B, Wongvipaporn C. Acute Coronary Syndrome. Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2017. (in Thai)
2. Mohammed H, Said H, Salah M. Determining best nursing practice: effectiveness of three groin compression methods following cardiac catheterization. J Am Sci. 2013;9:274-85.
3. Nantasukhon A, Ausawakijpanich S, Siripittayakunkit A. A study of the patients' vascular complications and pain after cardiac catheterization between transfemoral artery and transradial artery approach at post catheterization care unit, Ramathibodi hospital. Mahidol R2R e-Journal. 2019;2(6):42-54. (in Thai)
4. Pattanajak C, Sanmaung A, Kiatchoosakun S. In-Hospital complications of coronary angiogram and percutaneous coronary intervention: essential for cardiovascular nurses. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(2):50-61. (in Thai)
5. Buzatto LL, Zanei SSV. Patients' anxiety before cardiac catheterization. Einstien. 2010;8(4):483–7.
6. Aliyu AM. Perception of cardiac catheterization procedure among cardiac patients in cardiology unit of Tanta University Educational Hospital [internet]. 2020 [cited 2024 Apr 21]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341345031_Perception_of_Cardiac_Catheterization_Procedure_among_Cardiac_Patients_in_Cardiology_Unit_Of_Tanta_University_Educational_Hospital_Egypt.
7. Kotsin R, Banharak S, Panpanit L, Chanaboon S. A survey of knowledge, belief, decision making when expecting acute myocardial infarction occurrence among community-dwelling older adults in ROI-ET Province. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):1-18. (in Thai)
8. Metprommarat A. Providing appointment services for medical procedures at the Admission Center for hospitalized patients [internet]. 2019 [cited 2024 Apr 21]. Available from: http://10.67.67.189/web/article.php?a_id=ODZJLHlvLy8vMjc5MS0tLXd2aGx5bHd2aGdzdWhw. (in Thai)
9. Admission Center. Statistics on hospital patient admission center service recipients 2021. Khonkaen: 2021. (in Thai)
10. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):354-86.
11. Nusornrum S. The relationship between health beliefs and health status of elderly in Phanatnikhom Municipality, Chonburi Province [The degree of master of public health]. Chonburi: Burapha University; 2014. (in Thai)
12. Pasaoun P, Terawiwat, M, Imamee N. Development of animation on preventing femoral artery complications among patients with cardiac catheterization. Thai Journal of Public Health. 2017;47(3):315-25. (in Thai)

13. Rosenstock IM, Strecher V, Becker J. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15:175–83.
14. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York. Wiley; 1977.
15. Best J. Research in Education. New Jersey. Prentice-Hall Inc; 1977.
16. Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B, Meischke H, Moser DK, et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? Arch Intern Med. 2008;168(10):1049-54.
17. Rakphakawong W, Sacharung J, Taweechalermdit R, Chanwuthinun A, Chattaweelarp T, Parinyarux P. Waiting Time and Service Times for Outpatient Services at a Middle-level Private Hospital. Thai Journal of Clinical Pharmacy. 2021;27(2):53-63. (in Thai)
18. Vajiratanakorn S, Chulnoul P. Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(4):51-9. (in Thai)
19. Hirannarong R, Oofuvong M, Benjhawaleemas P. Patient's perceptions on complications and practices when receiving spinal Anesthesia in Songklanagarind Hospital. Srinagarind Med J. 2022;37(3):218-24. (in Thai)
20. Samosornsuk W, KunKum D, Kanjanalak N. A study of expectation and satisfaction of patient's Thammasat Heart Center Service at Thammasat University Hospital [internet]. 2013 [cited 2024 Apr 21]. Available from: https://rsucon.rsu.ac.th/proceeding/7. (in Thai)
21. Krimjai N. A comparison of factors affecting the selection of hospital services and satisfaction between public and private hospitals in Samutprakarn Province. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal. 2017;23(2):34-45. (in Thai)
22. Suksanchananun W, Kittipongpittaya G, Wangthong S, Charnkit P. Expectation and satisfaction of service in outpatient department at Wetchakarunrasm Hospital. Ratchapreuk Journal. 2017;15(3):105-14. (in Thai)
23. Tachavijitjaru C, Srisupornkornkul A, Changtej S. Selected factors related with the health literacy of village health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement):320-32. (in Thai)
24. Onkliang P. Expectations and perceptions of services recipients on the services Quality of 120 Bed Sizes Community Hospital Nakhon Sri Thammarat [The degree of master of public health]. Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. (in Thai)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

แพงพรรณ ศรีบุญลือ พย.ม.[1]
รัตนาภรณ์ ศิริเกต พย.ม.[2]
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พ.บ.,ว.ว.[3]

(วันรับบทความ: 5 เมษายน พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 31 พ.ค.2567/ วันตอบรับบทความ: 7 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในวาระสุดท้ายที่บ้าน จำนวน 12 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการสนทนาโดยผู้วิจัย เทปบันทึกการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Content analysis และ Thematic analysis

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 12 ครอบครัว แบ่งได้ 3 แบบ ดังรายละเอียด 1) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้าน แม้รู้ว่าต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก 2) ตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล และ 3) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้านแม้ครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาเพื่อออกแบบบริการที่เหมาะสม คือสนับสนุนเพื่อให้ผู้ดูแลตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล ได้แก่ การสื่อสารการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การเตรียมบ้านและผู้ดูแล การประสานงานเพื่อการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ดูแลเพื่อคลายความกังวล

คำสำคัญ: การตัดสินใจเลือกการดูแลในระยะท้าย การตัดสินใจของผู้ดูแล การดูแลแบบประคับประคอง

---

[1]พยาบาลปฏิบัติการ หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2]พยาบาลชำนาญการ หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[3]รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email. Paenth@kku.ac.th Tel.087-810-5926
แหล่งทุน : โครงการงานวิจัยแบบบูรณาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น

Decision-Making Experiences of Caregivers Who Chose Home Death for their Loved Ones Receiving Palliative Care

Paengpan Sribunlue M.N.S.[1]
Rattanaporn Siriket M.N.S.[2]
Srivieng Pairojkul M.D.[3]

(Received Date: April 21, 2024, Revised Date: May 22, 2024, Accepted Date: June 7, 2024)

Abstract

This research is a qualitative study which aimed to investigate the decision-making experiences of caregivers who chose home death for their loved ones receiving palliative care. The sample group consisted of 12 families who cared for end-of-life care patients at home. Data were collected through in-depth interviews, general patient and caregiver information forms, researcher-conducted interview recordings, and transcripts. Data analysis was conducted using content and thematic analysis.

The research findings revealed three types of decision-making experiences among the caregivers for end-of-life care at home among the 12 families: 1) Decision-making for end-of-life care at home knowing it requires significant effort and patience, 2) Decision-making with preparedness for end-of-life care at home and feeling content with providing care, and 3) Decision-making for end-of-life care at home even without prior caregiving experience within the family. The data obtained were utilized to develop appropriate services, including decision support mechanisms with preparedness for end-of-life care at home and fostering contentment in caregiving. These included aspects such as communication, accurate information provision, home and caregiver preparation, efficient symptom management coordination, home care systems, and caregiver support for stress relief.

Keywords: end-of-life care decision making, caregiver decision making, palliative care

[1]Registered Nurse (Practitioner level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
[2]Registered Nurse (Professional level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
[3]Associate Professor, Karunruk Palliative Care Excellent Center, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
[1]Corresponding author, E-mail: paenth@kku.ac.th Tel.087-810-5926
Funding Agency: University Consortium Research Projects, Khon Kaen University.

บทนำ

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ประกอบด้วยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่[1] เมื่อทราบว่าอยู่ในระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในชนบทต้องการใช้เวลาที่บ้านตามความเชื่อและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความกังวลเมื่อต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การจัดการอาการ การใช้ยา และแหล่งความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน[2,3] การเจ็บป่วยในระยะท้าย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติลดน้อยถอยลง[4] การเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากอวัยวะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ส่งผลให้เกิดอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาอาการรบกวนผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีอาการรบกวนหลายอาการร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ อาการรบกวน ที่พบบ่อยได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ อาการสับสน และซึมเศร้า[4,5] ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเข้าสู่ระยะท้าย[6] ซึ่งญาติผู้ดูแลมักขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล ทำให้ เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวลเครียด เป็นภาวะคุกคามกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ และปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ถูกต้อง การขาดการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพและการสนับสนุนครอบครัวที่เหมาะสม อาจนำไปสู่การนำผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รุกรานไม่ก่อประโยชน์ และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว[7]

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทยเป็นการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวสามารถเลือกใช้ชีวิตจนเสียชีวิตทั้งสถานที่ที่ปรารถนาทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านมีความยุ่งยากกว่าการดูแลที่โรงพยาบาลหลายอย่าง เช่น ต้องมีการสถานที่ดูแล เตรียมความพร้อมของผู้ดูแล[8] หลายครอบครัวยังคงมีความต้องการดูแลที่บ้านเนื่องจากเป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้าย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะท้ายกลับเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้งเมื่อเข้าสู่วาระท้ายใกล้เสียชีวิตด้วยสาเหตุที่ไม่เหมาะสม[9,10] และความเครียดของผู้ดูแลยังอยู่ในในระดับสูง[11] ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ตามความปรารถนา ดังนั้น การจัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างประสบความสำเร็จจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ลดการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน เล็งเห็นความสำคัญของการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาที่บ้านอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบบริการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ Klinmalee[12] พัฒนามาจากของ Thelen[13] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับทราบข้อมูลเพื่อนำมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต 2) การคิดวิเคราะห์โดยคำนึงถึงประโยชน์ อันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมถึงคุณค่า ความเชื่อของ ผู้ป่วย 3) การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก บนพื้นฐานของผลดีผลเสียต่อผู้ป่วยและความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และ 4) การตัดสินใจเลือกเป็นขั้นตอนสุดท้าย วิเคราะห์ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการดูแลและเสียชีวิตที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อธิบายได้โดยเหตุการณ์ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการรักษาจนตัวโรคเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวจะเริ่มคิดและวางแผนเพื่อตัดสินใจเลือกสถานที่ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เริ่มจากการที่ครอบครัวสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการเปลี่ยนแปลงของอาการในอนาคต จากนั้นจะเข้าสู่การคิดวิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อเสีย คุณค่า ความเชื่อ จากนั้นเข้าสู่การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก โดยครอบครัวจะปรึกษาครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ ก่อนตัดสินใจเลือกเป็นลำดับสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รายละเอียดที่ลึกซึ้งในการทำความเข้าใจประสบการณ์การตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในบริบทที่ศึกษามากที่สุด เนื่องจากมีการเลือกผู้เข้าร่วมศึกษาที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ที่กำหนดทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงใช้ผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 12 ครอบครัว จนข้อมูลที่ได้มีความคล้ายคลึงกันและอิ่มตัว ซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาเฉพาะกรณี[14]

พื้นที่ในการศึกษา ทำการศึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก เก็บข้อมูลจากหลายหน่วยงาน (Multi-center study) จำนวน 12 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเชียงราย โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลอุดรธานี แต่ละโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำ มีศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นตัวแทนจากภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งจะเป็นโรงพยาบาลต้นแบบและถ่ายทอดการดูแลแบบประคับประคองสู่โรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีมประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาทีมประคับประคอง มีลักษณะดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและให้การดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1เดือน ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล โดยผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตและมีความปรารถนาดูแลในวาระสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน 2) ครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะท้าย อย่างน้อย 3 เดือน 3) สามารถติดต่อสื่อสารได้ และ 4) ผู้ป่วยบอกว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและเพียงพอ ผู้วิจัยคำนึงถึงปัจจัยของผู้ดูแลที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคของผู้ป่วยแบบประคับประคองทุกกลุ่มโรค ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน จาก 12 ครอบครัว มาจากทุกพื้นที่การศึกษาที่กำหนด เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและแม้จะตอบรับในการให้ข้อมูล ในระหว่างการให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์แต่อย่างใด โดยได้กระทำตามสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก อย่างเคร่งครัด ยึดหลักหลักความเคารพในบุคคล หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย หลักความยุติธรรม งานวิจัยนี้เป็นวัตถุประสงค์ย่อยอยู่ในระยะที่ 1 ของงานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบ Hospital in the Home (HIH) ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651553 ณ วันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2566 ทุกโรงพยาบาลสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการวิจัยแต่ละโรงพยาบาลให้การรับรอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเอง ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่หัวหน้าศูนย์ประคับประคองแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยขอรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลประคับประคองแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานในลำดับแรก หากผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจึงเริ่มติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ดำเนินการสัมภาษณ์ ณ โรงพยาบาลหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกที่จะให้การสัมภาษณ์ ในเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 15 นาที เป็นช่วงเวลาที่ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการศึกษา พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ นัดหมายเวลาล่วงหน้า เตรียมพร้อมสำหรับการสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 45 นาที เป็นการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์และมีการบันทึกเทปการสนทนาทุกครั้ง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความจำเป็นในการบันทึกเสียง คือเพื่อความชัดเจนถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และไม่เป็นอุปสรรคต่อการสนทนา ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และข้อมูลในไฟล์บันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ส่วนข้อมูลที่นำไปอ้างอิงจะไม่ระบุชื่อ ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้ดูแลหลักมีน้ำเสียงสั่นเครือ เว้นช่วงการตอบ แสดงความอึดอัดใจ ไม่สะดวกตอบ หรือหากผู้ดูแลมีอาการเศร้าโศกเมื่อพูดถึงข่าวร้ายหรือความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยจะหยุดตามคำถามนั้นทันทีและสอบถามความพร้อมในการตอบคำถามให้การประคับประคองจิตใจผู้ดูแล ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สัมภาษณ์ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ Klinmalee[12] พัฒนามาจากของ Thelen[13] ยกตัวอย่างคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ เช่น 1) “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลและการเสียชีวิตของคนที่ท่านรักที่บ้าน” 2) “ท่านมีเหตุผลหรือความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตบ้านอย่างไร และเหตุผลนั้นมีอะไรบ้าง อย่างไร” 3) “ท่านมีความกังวลใจอะไรบ้างในการดูแลที่บ้านทั้งก่อนและหลังการตัดสินใจ” 4) “สำหรับตัวท่านเอง ท่านรู้สึกอย่างไรกับการได้พาผู้ป่วยกลับมารักษาตัวที่บ้าน”

5) “สำหรับท่านและครอบครัว หลังกลับมาดูแลที่บ้าน ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชนเป็นอย่างไร” 6) “ท่านพึงพอใจกับการดูแลที่บ้านในขณะนี้หรือไม่ อย่างไร” 7) “หลังกลับมาบ้าน ท่านได้มีกิจกรรมอะไรเกิดขึ้นเพื่อการดูแลคนที่ท่านรักบ้าง บรรยากาศเป็นอย่างไร” และ 8) “ตอนนี้ท่านพึงพอใจกับสถานการณ์การดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านหรือไม่ อย่างไร”

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังรายละเอียด

2.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคหลัก สิทธิ์การรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ

2.2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล

3) แบบบันทึกการสนทนาโดยผู้วิจัย

4) เทปบันทึกการสนทนา เพื่อความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการดูแลและเสียชีวิตที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลประคับประคองตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องทางภาษา ได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำในการปรับข้อคำถามบางข้อเพื่อการสื่อสารเข้าใจง่าย และปรับข้อคำถามที่อาจจะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เช่น หากผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นหากต้องเลือกช่วงเวลาที่อยู่ด้วยกันในเวลาสุดท้าย อยากให้สถานที่นั้นเป็นที่ไหน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้ายและข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยใช้ Content analysis และ Thematic analysis โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหลังการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มาอ่านทบทวน วิเคราะห์ความรู้สึกประสบการณ์ ให้รหัส จัดกลุ่มข้อความสำคัญกลุ่มเนื้อหา หัวข้อหลัก จัดกลุ่มข้อมูลตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สังเคราะห์ข้อมูลเลือกการดูแลและเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตีความและอภิปรายผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 71-94 ปี จำนวน 8 ราย เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย จำนวน 7 ราย และไม่ใช่โรคมะเร็ง จำนวน 5 ราย สิทธิ์การรักษาใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 6 ราย และสิทธิ์จ่ายตรง จำนวน 6 ราย ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 6 ราย รองลงมาสถานภาพหม้าย จำนวน 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 ราย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 11 ราย ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 41-60 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 9 ราย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษา จำนวน 5 ราย และระดับปริญญาตรี จำนวน 5 ราย ระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 11 ราย ระยะเวลาในการดูแลน้อยสุด 3 เดือนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะประคับประคองและมากสุด ระยะเวลา 5 ปี เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจระยะประคับประคอง

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามนโนมติของแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ Klinmalee[12] พัฒนามาจากของ Thelen[13] แบ่งได้ 3 แบบ ดังรายละเอียด 1) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้าน แม้รู้ว่าต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก 2) ตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล และ 3) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้านแม้ครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน พบว่าทุกครอบครัวจะมีการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคและการดำเนินโรค ทุกครอบครัวมีแผนการดูแลล่วงหน้าเหมือนกันคือต้องการดูแลแบบสุขสบายและเสียชีวิตสงบตามธรรมชาติที่บ้าน ปฏิเสธการใส่เครื่องพยุงชีพทุกชนิด ดังรายละเอียด

1) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้าน แม้รู้ว่าต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก จำนวน 5 ครอบครัว เป็นการตัดสินใจเลือกดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน มีการรับทราบข้อมูลตัวโรคและการดำเนินโรคอย่างละเอียด ครอบครัวยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจ เช่น บุตรสาวผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (F4) *“เอาตามใจแก แกบอก จะกลับบ้าน คนแก่อาละวาด ก็อยากอยู่บ้านเนาะ”* หรือคำกล่าวของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งลำคอ (F7) *“ถ้าใกล้เสียชีวิต อยากเสียชีวิตที่บ้าน”* บางครั้งครอบครัวอาจจะไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจนั้น หรืออาจจะมีความเห็นที่แตกต่างไปจากผู้ป่วย เช่น หลานสาวของผู้ป่วยโรคไตวายที่ปฏิเสธการล้างไต (F3) *“กลัวดูแลได้ไม่ดี ไม่มั่นใจในการดูแล รู้สึกว่า อยู่ใกล้หมอ ใกล้พยาบาลยังไงก็ดีกว่า”* และบุตรสาวผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (F4) *“ใจนึงก็อยากให้แกรักษา แต่แกไม่ไหว แกไม่อยากอยู่”*

ครอบครัวเลือกดูแลที่บ้านเนื่องจากให้ความสำคัญกับปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยมากกว่าความปรารถนาของตนเอง เหล่านี้จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเลือกใช้ความพยายามและความอดทนเพื่อข่มความรู้สึกของตนเอง ให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เช่น คำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งมดลูก (F10) *“ไม่ไหวก็ต้องไหว ความสุขของคุณยาย”* และคำกล่าวของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งลำคอ (F7) *“อยู่ โรงพยาบาลมันก็ดี แต่แกไม่เอา ไม่อยู่”*

กลุ่มผู้ดูแลที่ร่วมให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนมากขึ้นในการดูแล และการดูแลจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย การพักผ่อน และด้านจิตใจของผู้ดูแล ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลก็เต็มใจที่จะรับภาระ พร้อมที่จะอดทน เพราะเป็นการดูแลบุคคลที่รักเป็นครั้งสุดท้าย เช่น คำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งปอด (F9) *“ลูกนอนไม่หลับ เพราะแม่นอนกลางวันแต่ไม่นอนกลางคืน”* ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น คำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งปอด (F9) *“บางอย่างก็ทำไม่ได้ บุญก็คงไม่ได้ เพราะดูแลไป หงุดหงิดไป คนอื่นก็ใช้ชีวิตของตัวเองได้ เวลาเหนื่อยก็เหนื่อย มีเราคนเดียวที่ประสานกับหมอ”* และคำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งมดลูก (F10) *“เหนื่อย แต่ทุกคนเต็มใจ เพราะนี่คือวาระสุดท้าย”*

เมื่อถึงระยะกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านผู้ดูแล เช่น มีผู้ดูแลหลักคนเดียว ลูกหลานแยกครอบครัว เป็นต้น หรืออาจจะมีปัญหาค่าใช้จ่ายร่วมด้วย มองว่าการดูแลที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่แพงกว่าที่บ้าน เช่น คำกล่าวของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งลำคอ (F7) *“ลูกเต้าก็อยู่ไกล ไม่อยากไปกวนเขา อยู่บ้านเราก็หากินตามที่มี ไม่ต้องเสียเงินเยอะ”* บางครั้งผู้ดูแลเหนื่อยเพราะต้องจัดการอาการบางอย่างที่ต้องตื่นมาดูแลในตอนกลางคืน เช่น คำกล่าวของหลานสาวของผู้ป่วยโรคไตวายที่ปฏิเสธการล้างไต (F3) *“ทางกายก็ทรมาน หนัก เหนื่อยกาย ไม่ได้นอนเลย กลางคืนของเสียเยอะ”* ผู้ดูแลบางคนกังวลใจว่าเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิตแล้ว จะไม่สามารถคุมอาการที่บ้านได้ เช่น คำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งปอด (F9) *“หมอก็บอกว่าจะไม่ให้ทรมาน แต่ก็กังวลอยู่ว่าจะทำได้จริงไหม จะเป็นอย่างไร”* หรือคำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งมดลูก (F10) *“บ้านเราไม่เคยถ้าแม่ทรมานที่บ้าน เราคงรับไม่ได้”*

2) ตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล จำนวน 4 ครอบครัว ก่อนการตัดสินใจเลือกดูแลและเสียชีวิตที่บ้าน ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลตัวโรคและการดำเนินโรคอย่างละเอียด และนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการของการคิดวิเคราะห์ความพร้อม พบว่าครอบครัวที่อยู่ในลักษณะนี้ เป็นครอบครัวที่มีความพร้อมด้านผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแล เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจนเสียชีวิตที่บ้านได้

ครอบครัวเหล่านี้รับรู้ว่าการดูแลที่บ้านคือ ความต้องการของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (F6) *"เป็นคำสั่งเสีย ไม่ให้ใส่สาย เอาไปที่บ้าน เห็นสามีป่วย ใส่สาย ทรมาน ถ้าเป็นตัวเองไม่ให้ทำ มันหายใจลำบาก"* และคำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูก (F1) *"แม่บอกว่า ยังไงก็ตาย ขอตายที่บ้าน"*

นอกจากนั้น ครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือความสุขในช่วงท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจ และมีญาติพี่น้องอยู่ด้วย และมองว่าการรักษาในโรงพยาบาลคือความทุกข์และความหดหู่ เช่น คำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยโรคหัวใจระยะประคับประคอง (F5) *"นอนที่ โรงพยาบาล แม่เหมือนคนทุกข์"* และคำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูก (F1) *"อยู่ รพ. ใครรู้สึกหดหู่และกลัว"*

ครอบครัวส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านมาก่อน จึงได้นำประสบการณ์ครั้งก่อนมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน ดังคำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยโรคหัวใจระยะประคับประคอง (F5) *"เคยมีประสบการณ์ดูแลพ่อมาก่อน ญาติพี่น้องแถวบ้าน 3 คน ก็ได้ไปช่วยดูแลมาก่อนเหมือนกัน ทำกิจกรรมที่บ้านก็สะดวกกว่าที่โรงพยาบาล เช่น นิมนต์พระ ญาติพี่น้องอยู่เต็มพร้อมหน้า ญาติพี่น้องทำกับข้าวกินกัน"*

เมื่อเข้าสู่ระยะกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก ครอบครัวส่วนใหญ่ให้คุณค่าและความหมายกับความสุขสุดท้ายของผู้ป่วย ขณะเดียวกันครอบครัวก็แสวงหาการดูแลอย่างอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะจากทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านให้ราบรื่น พบว่า กลุ่มนี้จะเป็นครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง มีคนช่วยเหลือในครอบครัว มีทีมสุขภาพดูแลใกล้ชิด มั่นใจว่าจะจัดการอาการในระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้านได้ ดังคำกล่าวบุตรสาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (F2) *"คุณหมอมาเยี่ยมที่บ้านช่วยจัดการอาการของคุณยาย และให้คำแนะนำต่าง ๆ"* และคำกล่าวของบุตรสาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (F6) *"หมอแนะนำดี การกลับบ้านต้องดูแลยังไง ไม่กังวล รักษาตามอาการ มีทีมหมอ พยาบาล ให้คำแนะนำ"* ส่วนใหญ่มีเครือญาติเป็นบุคลากรทางสุขภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลทำให้มีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น เช่น บุตรสาวผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูก (F1) *"มีป้าเป็นพยาบาล ทำให้ความกังวลของเราน้อยลง ไม่ได้รู้สึกว่าดูแลที่บ้านน่ากลัว"* อย่างไรก็ตาม บางครอบครัวมองว่าทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือได้ในระดับหนึ่งแต่อยากให้ดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม เช่น มีเวลามาเยี่ยมที่สม่ำเสมอมากขึ้น มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่มากขึ้น และอยากให้เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ อ่อนหวาน เบิกยาหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ทำได้ง่าย ในทางตรงกันข้าม บางครอบครัวมองในแง่บวกว่าการที่ผู้ป่วยติดบ้านและเริ่มติดเตียงเป็นการจำกัดกิจกรรมไม่ดี เช่น ไม่สามารถไปดื่มเหล้าได้เหมือนเดิม เป็นต้น

3) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้านแม้ครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ครอบครัวมีความกังวลใจ และมีโอกาสเปลี่ยนแผนการดูแล พบว่ามีจำนวน 3 ครอบครัว ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงกังวลใจว่าอาการเปลี่ยนแปลงในระยะใกล้เสียชีวิตจะเป็นอย่างไร ในภาวะฉุกเฉินจะให้การดูแลอย่างไร ยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถให้การดูแลและคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวยืนยันแผนการการดูแลในระยะท้ายใกล้เสียชีวิตตามการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย และวางแผนจะให้ผู้ป่วยกลับไปที่โรงพยาบาลในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีพอ เช่น คำกล่าวของหลานสาวของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (F8) *"กลัวถ้าเกิดอะไรปุบปับ เราจะไม่รู้จะทำอย่างไร"* และคำกล่าวของบุตรชายผู้ป่วยไตวายระยะประคับประคอง (F11) *"แต่ในอนาคตกังวลใจ อาการอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เหตุการณ์ข้างหน้าที่เกิดขึ้น เราจะรับมืออย่างไร ถ้ารับมือไม่ได้ เราคงจะพาแม่ไป โรงพยาบาล"* และคำกล่าวของบุตรสาวผู้ป่วยมะเร็งปอด (F12) *"คุณแม่อาจจะไม่ได้จากไปเงียบ ๆ เหมือนค่อย ๆ นอนหลับไป แล้วเราจะรับมืออย่างไร ตอนนี้กำลังชั่งใจอยู่ว่าจะดูแลที่ไหน" "ถ้าคุมอาการไม่ได้จะพาไปโรงพยาบาล"*

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าทุกคนครอบครัวตัดสินใจโดยมีพื้นฐานมาจากการยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากคล้องสอดคล้องกับการเคารพสิทธิผู้ป่วยและแนวคิดการตายดีเนื่องจากการเสียชีวิตที่บ้านเป็นการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล การเปิดโอกาสสำหรับครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย[15]

ในด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง มีโอกาสเจ็บป่วยโรคร้ายแรงได้มากกว่าช่วงวัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตระยะประคับประคอง โรคหัวใจระยะประคับประคอง ที่มีช่วงในเวลาในการดูแลใกล้ชิดยาวนานมากกว่ากลุ่มโรคมะเร็ง แต่ยังไม่เข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งยาวนานมากที่สุดคือระยะเวลา 5 ปี จึงทำให้ช่วงระยะเวลาของการดูแลของการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกัน คือ ตั้งแต่ 3 เดือนจนถึง 5 ปี สำหรับข้อมูลด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 41-60 ปี ในช่วงวัยดังกล่าวถึงแม้จะเป็นที่สุขภาพแข็งแรง แต่เนื่องจากอยู่ในวันทำงานจึงอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือหารายได้ของครอบครัวได้ การศึกษานี้ไม่พบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหรือปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล อภิปรายผลการศึกษาตามประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองดังรายละเอียด

1) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้าน แม้รู้ว่าต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก มีปัจจัยทางลบหลายประการ ที่ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระด้วยความอดทน ได้แก่ การจัดการอาการป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การมีผู้ดูแลคนเดียวในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภารกิจอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Care-giver burden) สมาชิกครอบครัวบางคนเห็นต่างเรื่องสถานที่ดูแล ได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพน้อย ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของทีมสุขภาพ ความไม่พึงพอใจในบริการบางอย่างที่ได้รับจากทีมสุขภาพ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่น้อยไป ไม่เพียงพอ การมาเยี่ยมบ้านหรือติดตามอาการที่ห่างเกินไป เป็นต้น เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว เสี่ยงต่อภาวะเบื่อหน่ายหรือหมดไฟในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ McMillan และคณะ[16] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลจึงขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรคมะเร็งและการบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของวารุณี มีเจริญพบว่าญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรกหรือระยะอื่น ๆ[17] อาการของผู้ป่วยที่ทรุดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวลมากขึ้น[18] การที่ผู้ดูแลยอมอดทนที่จะดูแลเป็นเพราะมองว่าเป็นภาระหน้าที่ เป็นการแสดงออกถึงความรัก เป็นความกตัญญูสอดคล้องกับการศึกษาของ Veloso และ Tripodoro ศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักจะยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหน้าที่ตามธรรมชาติ[19]

2) ตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล มีปัจจัยสนับสนุนทางบวก แบ่งเป็นปัจจัยภายในได้แก่ การรับรู้ที่ถูกต้อง สถานที่ที่เหมาะสม ผู้ดูแลมีความพร้อม มีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล รู้ว่าในอนาคตจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ได้รับการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน รวมถึงเคยมีประสบการณ์การดูแลมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา กาสินพิลา[20] พบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่าจะมีความสามารถในการดูแลและเผชิญปัญหาได้มากกว่า สำหรับปัจจัยภายนอกคือ ทีมประคับประคองช่วยเหลือ ทีมสุขภาพใกล้บ้าน มีอุปกรณ์การแพทย์พร้อมใช้ที่บ้านโดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน และพบว่าการที่มีเครือญาติเป็นบุคลากรทางสุขภาพคอยช่วยเหลือทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ พวงคำและคณะ ที่ศึกษาความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าผู้ดูแลต้องการ 1) ข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) การประสานเพื่อการเข้าถึงบริการระยะท้าย 3) สถานบริการสุขภาพช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และ 4) ความช่วยเหลือด้านการเงิน[21] ที่เกิดปรากฏการณ์ทั้งนี้ อธิบายตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจแทน อธิบายได้โดยเหตุการณ์เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการรักษาจนตัวโรคเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวจะเริ่มคิดและวางแผนเพื่อตัดสินใจเลือกสถานที่ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต เริ่มจากการที่ครอบครัวสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการเปลี่ยนแปลงของอาการในอนาคต จากนั้นจะเข้าสู่การคิดวิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อเสีย คุณค่า ความเชื่อ จากนั้นเข้าสู่การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก โดยครอบครัวจะปรึกษาครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจได้ด้วยความสบายใจและความมั่นใจมากขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลในครอบครัว จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support)[22] อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านการให้คำแนะนำ การช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้าน การช่วยเหลือหรือสอนทักษะการสอนดูแล มีทีมสุขภาพใกล้บ้านให้การช่วยเหลือหรือการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแลได้[23]

3) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้านแม้ครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ครอบครัวมีความกังวลใจ และมีโอกาสเปลี่ยนแผนการดูแลเป็นเพราะ ผู้ดูแลในครอบครัววิตกกังวลกับอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วิตกกังวลกับการจัดการอาการหรือความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mangan และคณะ[24] ที่การขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล หรือแม้แต่การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ทำให้เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวลต่อตัวผู้ดูแลได้ การที่ครอบครัววางแผนที่จะส่งผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา เทียนทองและคณะ[7] ที่พบว่าการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยประคับประคองเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคและมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลในครอบครัว นับว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นสาเหตุที่สามารถจัดการด้วยการให้ข้อมูลและสื่อสารโดยทีมสุขภาพได้

สรุปการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจเลือกเสียชีวิตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบ่งได้ 3 แบบ คือ 1) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้าน แม้รู้ว่าต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก 2) ตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล และ 3) ตัดสินใจเลือกการดูแลที่บ้านแม้ครอบครัวไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. การตัดสินใจโดยมีการเตรียมพร้อมเสียชีวิตที่บ้านและรู้สึกมีความสุขในการได้ดูแล เป็นสิ่งที่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างมีความสุข ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ โดยสามารถนำความรู้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลเลือกตัดสินใจดังกล่าว ออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมหรือศึกษาวิจัยรูปแบบบริการที่เหมาะสมต่อไป

2. ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่บ้านและชุมชนจึงควรออกแบบและพัฒนาระบบริการที่เป็นการส่งเสริมปัจจัยด้านบวกให้เกิดขึ้น ได้แก่ การสื่อสาร การให้ข้อมูล การเตรียมบ้านและผู้ดูแล การประสานงานเพื่อการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ดูแลเพื่อคลายความกังวล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มจากศูนย์ประคับประคองทั่วประเทศจนกระทั่งข้อมูลมีความคล้ายคลึงกันและอิ่มตัว อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละศูนย์ประคับประคองให้มากขึ้น เพื่อลดข้อขัดแย้งของประสบการณ์การตัดสินใจที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรมหรือถิ่นที่อยู่อาศัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ได้เสียสละเวลามาเป็นอาสาสมัคร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ขอขอบพระคุณเครือข่ายประคับประคองทั้ง 12 แห่งที่ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Palliative care concept. [Internet]. 2024. [cited 2024 Apr 01]. Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
2. Benza E, Hansen L, Anna W, Fromme KK. Discharge planning for palliative care patients. J Palliat Med. 2011;14:65-9.
3. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. BMC Palliat Care. 2018;17(1):95-108.
4. Tongprateep T, Supakitjeran J. End-of-life care in the spiritual dimension: spiritual care: The end-of-life care. 2013. Available from: http://www.ccne.or.th. (in Thai)
5. Chan LM, Ng SC. Prevalence and correlates of caregiver anxiety in family caregivers of patients with advanced cancer: a cross-sectional study in a palliative care unit in Hong Kong. East Asian Arch Psychiatry. 2022;32(2):27-33.
6. Guerriere D, Husain A, Zagorski B, Marshall D, Seow H, Brazil K, et al. Predictors of caregiver burden across the home-based palliative care trajectory in Ontario, Canada. Health Soc Care Community 2016;24:428-38
7. Tianthong C, Pirojkul S, Piasupan P. Readmission of palliative patients at Karunruk palliative care center, srinagarind hospital. Srinagarind Medical Journal. 2021;36(4):469-73. (in Thai)
8. Piasupun P. Palliative home care. In Chanvej L. editors. The dawn of palliative care in Thailand. Bangkok: Beyond Enterprise; 2013.P.77-90. (in Thai)
9. Youens D, Moorin R. The Impact of community-based palliative care on utilization and cost of acute care hospital services in the last year of life. J Palliat Med. 2017;20:736-44.
10. May P, Garrido MM, Del Fabbro E, Noreika D, Normand C, Skoro N, et al. Evaluating hospital readmissions for persons with serious and complex illness: a competing risks approach. Med Care Res Rev. 2020;77(6):574–83.
11. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and Burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. BMC Palliat Care 2016;15:4-10.
12. Klinmalee P. Surrogates' decision making and its outcomes regarding treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life. Prince of Songkla University: Songkhla; 2015. (in Thai)
13. Thelen M. End-of-life decision-making in intensive care. Critical Care Nurse. 2005;25(6):28-37.
14. Jirawatthanakun S. Qualitative research in nursing. 1st ed. Bangkok: Vitthayapat; 2012. (in Thai)
15. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998;46(4):169-75.
16. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. Cancer. 2005;106:214–22.

17. Meecharoen W. Caregivers of cancer patients: Adaptation to roles and quality of life promotion. Rama Nurs J. 2014;20(1):10-22.
18. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family Caregivers. J Clin Oncol. 2020;38(9):926-36.
19. Veloso V, Tripodoro V. Caregivers burden in palliative care patients: a problem to tackle. Curr Opin Support Palliat Care 2016;10(4):330-5.
20. Kasinpila C. The burden of caregivers of cancer patients. [Master's thesis, Master of Public Health]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
21. Puangkam A, Suwansri D, Yamsri T, Saengrueang-eak M, Towannang R. The impact of patients and caregivers: relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2020;35(2):303-16. (in Thai)
22. House JS, Umberson D, Landis KR. Structure and processes of social support. Annu Rev Sociol. 1988;14:293-318.
23. Boonariyatep T, Intharawut T. The effect of home palliative care program on patients' symptom-induced suffering, care outcome and caregivers' stress. Journal of Phrae Hospital. 2023;31(1):99-103.
24. Mangan PA, Taylor KL, Yabroff KR, Fleming DA, Ingham JM. Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions. Palliat Support Care. 2003;1(3):247-59.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ปร.ด[1]
สัมฤทธิ์ ขวัญโพน พย.ม.[2]

(วันรับบทความ: 19 มีนาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 31 พฤษภาคม พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 7 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และ 2) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จาก 2.1)เปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและ 2.2) เปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม ฯ ขึ้นเพื่อพัฒนาครบองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ดี เก่ง และสุข ของกรมสุขภาพจิตกระบวนการกลุ่มประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎียึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการเรียนรู้จากประสบการณ์ โปรแกรมมี 10 กิจกรรม เข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย จากผู้ที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าปกติถึงเกณฑ์ปกติได้จำนวน 26 คน แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คน เครื่องมือในการวิจัยมี 1) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.91 และ 2) โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ หาความตรงเชิงเนื้อหามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00

ผลการวิจัยพบว่า ระดับ EQ ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ มากที่สุด ร้อยละ 50.30 และรองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 35.86 ความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความฉลาดทางอารมณ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ประโยชน์ที่ได้สามารถส่งเสริมการใช้โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ดังกล่าวกับนักศึกษาพยาบาลหรือนักศึกษาที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันให้มีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้นเพื่อประสิทธิภาพในการปรับตัวต่อการเรียนในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์ โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ นักศึกษาพยาบาล

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tussanee@knc.ac.th Tel: 089-7213652

The Effects of an Emotional Quotient Development Program on the Emotional Quotient of First-Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Thassanee Thipsungneon Ph.D[1]
Samrit Kwanphon M.N.S.[2]

(Received Date: March 19, 2024, Revised Date: May 30, 2024, Accepted Date: June 7, 2024)

Abstract

This was a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design to study the effects of an Emotional Quotient Development Program (EDP). The research objectives were: 1) to assess the emotional quotient levels of first-year nursing students; 2) to assess the effect of an Emotional quotient Development Program on their emotional quotient level. The program was developed by the researchers to cover all components of the subjects' emotional quotient, as defined by the Department of Mental Health, including excellence in their learning achievement, emotional maturity and happiness. The program utilized a learner-centered approach and applied experiential learning theory in its ten activities which were conducted twice a week for 60-90 minutes per session. The sample consisted of 26 nursing students with emotional quotient scores ranging from below normal to normal, randomly assigned to either the experimental group (n=13) or the control group (n=13). The research instrument included an emotional quotient scale with a reliability coefficient (alpha) of 0.91 and the emotional quotient development program, which had content validity indices ranging from 0.67 to 1.00.

The results indicated the following: First. the overall level of emotional quotient of 50.30% of the nursing students was found to be 50.30%, the highest normal level, and 35.86% of the students' emotional quotient was higher than the normal level. Secondly, the results of the program were as follows: 2.1) the emotional quotient of the experimental group statistically significantly increased after participating in the program ($p< .05$). 2.2). Furthermore, the experimental group emotional quotient was also statistically significantly than the control group ($p< .05$) after completing the program. These results suggest that the emotional quotient development program can effectively enhance the emotional quotient of nursing students, or students with similar characteristics, thereby improving their adaptability and performance in the nursing profession.

Keywords: emotional quotient, emotional development program, nursing students

[1]Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima
[2]Registered Nurse (Professional level), Srimahasarakham College of Nursing
[1]Coresponding Author, Email: tussanee@knc.ac.th Tel: 089-7213652

บทนำ

ปัจจุบันระบบการศึกษาให้ความสำคัญกับการพัฒนาเยาวชนเพื่อให้เติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าแก่สังคม โดยเฉพาะการให้ความสำคัญในเรื่องของความฉลาดทางอารมณ์ ที่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาทางสติปัญญาของบุคคลที่เป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศที่ใช้ศักยภาพของตนเองที่ถูกพัฒนาให้เต็มศักยภาพทั้งด้านชีวิตส่วนตน ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ บุคคลที่ประสบผลสำเร็จในชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสติปัญญาเพียงร้อยละ 20 และอีกร้อยละ 80 เป็นเรื่องของความฉลาดทางอารมณ์[1] ปัจจุบันนโยบายทางการศึกษาจึงเห็นความสำคัญที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนทั้งสติปัญญา และวุฒิภาวะทางอารมณ์ของผู้เรียนดังแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2660-2579[2] มีวิสัยทัศน์ในการจัดการศึกษา ดังนี้ *“คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21”* โดยมีเป้าหมายด้านผู้เรียน มุ่งพัฒนาผู้เรียนทุกคนให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (3Rs8Cs) ซึ่งในคุณลักษณะสำคัญของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หลายด้านที่เป็นลักษณะของผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ 1) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ และ3) ทักษะด้านการสื่อสาร หากผู้เรียนมีลักษณะดังกล่าวจะทำให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โกลแมนเสนอว่าในผู้ที่ทำงานในสาขาวิทยาศาสตร์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องการใช้ความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าสติปัญญามากกว่า 4 เท่า จึงจะมีความสำเร็จในวิชาชีพ[1] ดังในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่านักเรียนต้องการการสอนที่มุ่งพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นพื้นฐานของมนุษย์เพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการดำเนินชีวิตหรือการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ ควรต้องประกอบด้วยหลายด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence quotient: IQ) ความเชี่ยวชาญ (Expertise) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient: EQ)[1] สำหรับประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่มุ่งเน้นพัฒนาด้านการจัดการศึกษา เพื่อพัฒนาคนไทยให้มีความเป็นมนุษย์ที่มีความเข้มแข็งทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต ระบบการศึกษามุ่งเน้นที่พัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่ "ดี เก่ง และมีความสุข" เพราะตระหนักว่าเป็นคุณลักษณะของการพัฒนาสติปัญญาร่วมกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สามารถสร้างทรัพยากรของชาติให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เพื่อก้าวเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ[3]

นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและแรงกดดันอย่างมาก ความสามารถในการจัดการกับความเครียดเหล่านี้มีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในวิชาชีพพยาบาล และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลจัดการกับความเครียดและความกดดันนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] ได้เสนอว่าผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และจัดการกับอารมณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน แม้ว่าความฉลาดทางอารมณ์จะมีความสำคัญอย่างมาก แต่นักศึกษาพยาบาลมักไม่ได้รับการฝึกฝนหรือการพัฒนาในด้านนี้อย่างเพียงพอ โปรแกรมการศึกษาในหลายสถานศึกษายังคงเน้นไปที่การเรียนรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกมากกว่าการพัฒนาทักษะทางอารมณ์ ส่งผลให้มีนักศึกษาจำนวนมากที่มีปัญหาในการจัดการกับความเครียดและการสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในวิชาชีพพยาบาลได้ โกลแมน[1] กล่าวว่าการมีความฉลาดทางอารมณ์สูงสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความท้าทายและปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น

ในสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายในทุกด้านนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ที่ทุกคนทุกเพศทุกวัยไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ บางคนที่สามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ แต่มีบุคคลอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะความเครียด ความวิตกกังวล โมโหร้าย และมีภาวะ การทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อบุคล ครอบครัว และสังคมในที่สุด ผู้ที่มีความความฉลาดทางอารมณ์สูง จะเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะวัยรุ่นหัวเลี้ยวหัวต่อ เป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในการปรับตัว การควบคุมอารมณ์ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย[5] นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายเรื่องเพราะเป็นวัยเปลี่ยนแปลงทั้ง ด้านการเรียน กลุ่มเพื่อนใหม่ สังคมใหม่ ที่ต้องมีการปรับตัว

ดังนั้นการเตรียมพร้อมเข้าสู่การเรียนวิชาชีพพยาบาล สถาบันต้องมีการเตรียมความพร้อมต่อการเรียนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติเพื่อพร้อมต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เครียดในการดูแลผู้ป่วยรุนแรง หรืออยู่ในภาวะวิกฤติ ฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจ นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ นักศึกษาพยาบาลที่จะพัฒนาไปเป็นพยาบาลที่ดีมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในอนาคต

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยมุ่งผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามที่สังคมต้องการคุณลักษณะของพยาบาลนอกจากจะมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมแล้วต้องเป็นผู้ที่มีความมั่นคงทางอารมณ์[6] ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จและประสิทธิภาพในวิชาชีพพยาบาล งานพยาบาลไม่เพียงต้องการความรู้ทางวิชาการและทักษะทางเทคนิคเท่านั้น แต่ยังต้องการความสามารถในการจัดการอารมณ์และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่น ๆ ในระบบการดูแลสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เครียด ความกดดันในการทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการที่มีคุณภาพและการรักษาสุขภาพจิตของตนเอง[1,7] ความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในนักศึกษาพยาบาล จะส่งผลดีต่อการเรียนและการเป็นพยาบาลที่ดี ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สามารถเข้าใจและตอบสนองต่ออารมณ์และความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา[7] 2) การจัดการความเครียดได้ดี เพราะนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง ความฉลาดทางอารมณ์ช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี และป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout)[1] สอดคล้องกับผลการวิจัยของยุชรอ เล๊าะแมและคณะ[8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ (r=.50) 3) การทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ดีในระบบสุขภาพ นักศึกษาพยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรหลากหลาย EQ ช่วยให้พวกเขาสามารถสื่อสารและทำงานร่วมกับทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความร่วมมือในทีม[4] 4) การการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาได้ดี การตัดสินใจที่ถูกต้องในสถานการณ์วิกฤต ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และใช้เหตุผลช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น[9] 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น[10] จากข้อมูลข้างต้นหากนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จะส่งผลให้เป็นผู้ที่มีความพร้อมต่อการเรียน และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลและรับผิดชอบต่อบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในการทำงานแม้จะเผชิญต่อภาวะเครียดสูงในบริบทการเรียนและฝึกปฏิบัติงานที่แตกต่างจากการเรียนระดับอุดมศึกษาสาขาอื่น ๆ

นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ที่เข้ามาศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการเรียน เพื่อนใหม่ และสังคมใหม่ การเปลี่ยนจากการเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษามาสู่ระดับมหาวิทยาลัย ที่ต้องการทักษะและความรู้ที่ซับซ้อนมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตและผลการเรียนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมความเครียดในนักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในการเรียนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ ดังจากผลการศึกษานักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง ดังผลการศึกษาของ ชลการ ทรงศรี[11] ศึกษาการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ ผลพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ร้อยละ 55.30 มีความเครียดปานกลางร้อยละ 29.80 มีความเครียดรุนแรงร้อยละ 11.70 และสาเหตุความเครียดมากที่สุดเกี่ยวกับการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ร้อยละ 56.40 และการศึกษาของสุหทัย โตสังวาลย์ และทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์[12] ศึกษาความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.40 และมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ .70 จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง หากไม่ได้รับการพัฒนาให้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์จะส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง กระทบต่อการเรียนและลาออกจากการศึกษาในที่สุด

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่สถานศึกษาจึงต้องพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในผู้ที่มีระดับต่ำเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการพัฒนาเตรียมความพร้อมต่อการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่ผ่านมามีกิจกรรมที่สอนและกิจกรรมที่ใช้สถานการณ์ภายนอกมาสู่การคิดวิเคราะห์ เช่น เกมส์ นันทนาการ ยังขาดกิจกรรมที่ใช้ประสบการณ์ตรง สถานการณ์ที่ใกล้ตัวที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมาออกแบบอีกทั้งยังพบว่ามีการนำองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ คือ ด้านดี เก่ง และสุข มาออกแบบกิจกรรม แต่ยังขาดการนำด้านย่อยครบ 9 ด้าน ในการนำมาออกแบบกิจกรรม รวมถึงยังขาดโปรแกรมที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ที่ดี ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่พัฒนาครบทั้ง 3 องค์ประกอบ และ 9 ด้านย่อยตามนิยามของกรมสุขภาพจิต[5] โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ 10 กิจกรรม โดยออกแบบการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้รับความรู้ควบคู่กับการทดลองปฏิบัติจากประสบการณ์ชีวิต กระบวนการกลุ่มดำเนินตามขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมบำบัด[13] มี 3 ขั้นตอน คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะดำเนินการ และและระยะยุติกลุ่ม และกระบวนการดำเนินกลุ่มประยุกต์ใช้แนวคิดใช้ทฤษฎีการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์[14] ที่เชื่อว่า บุคคลสามารถพัฒนาตนเอง บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อสิ่งนั้นมีความหมายและมีประโยชน์ต่อตน บุคคลเรียนรู้ได้ดีในบรรยากาศที่อบอุ่น และเป็นมิตร และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ[15] ที่เชื่อว่า กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ และใช้วงจรการเรียนรู้ 4 ขั้น ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ คือ 1) นำประสบการณ์ตรงมาสู่การเรียนรู้ 2) สะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) สรุปแนวคิดรวบยอดจากประสบการณ์ และ 4) นำแนวคิดใหม่ไปที่ได้สู่การทดลองปฏิบัติในชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ให้นักศึกษามีส่วนร่วมตลอดทุกกิจกรรม และนักศึกษานำแนวคิดที่ได้มาสู่การแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบกันและกัน จากหลักการนำองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์มาพัฒนาเป็นกิจกรรมของโปรแกรมรวมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาขับเคลื่อนในกระบวนการเรียนรู้จะสามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่1
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์
   2.1 เปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์
   2.2 เปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. คะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

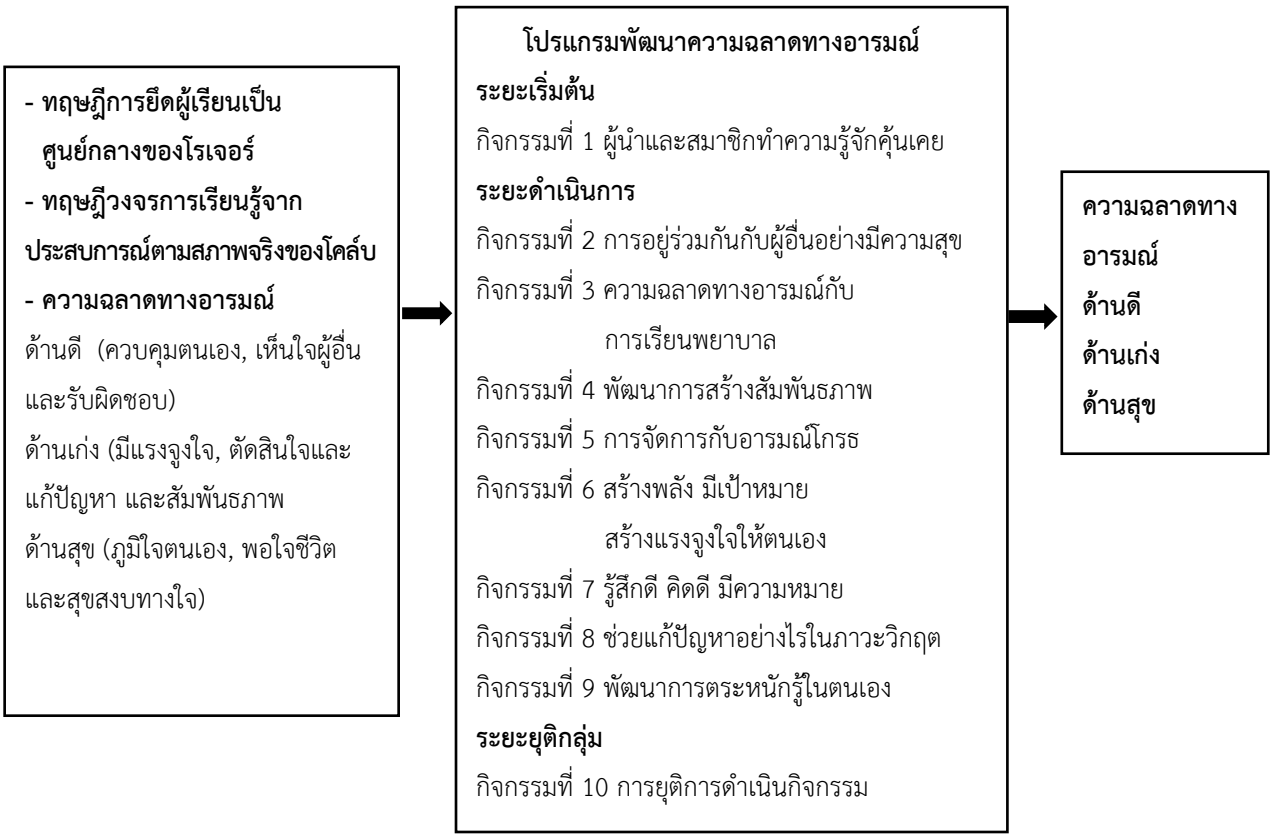
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 165 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาล ที่คัดเข้าจากการคัดกรองผู้ที่มีคะแนนรวมความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติถึงเกณฑ์ปกติ (ขั้นต่ำที่มีอย่างน้อย 1 องค์ประกอบที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ) เรียงจากผู้ที่มีคะแนนต่ำไปสูง จำนวน 26 ลำดับแรก โดยการจับฉลากด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ผู้วิจัยสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้ครอบคลุมตามองค์ประกอบหลัก เก่ง ดี และสุข และองค์ประกอบย่อย (ดังรายละเอียดในกรอบแนวคิดการวิจัย) ของความฉลาดทางอารมณ์ ของกรมสุขภาพจิต[5] และผู้นำกลุ่มดำเนินกระบวนการกลุ่มโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของ โรเจอร์[14] ซึ่งมีความเชื่อว่า 1) บุคคลมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองได้ 2) บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีจากสถานการณ์ ที่มีความหมายต่อตนเอง 3) บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีในบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย และเป็นมิตร 4) การเรียนรู้ที่สำคัญเกิดจากผู้เรียนทำเอง (Learning By Doing) 5) บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และการประเมินอย่างมีอิสระ และ 6) บุคคลจะเรียนรู้ได้ดี เมื่อรู้ว่าสิ่งที่เรียนมีประโยชน์ต่อตนเอง ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ[15] ซึ่งเชื่อว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ คือกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์ของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆขึ้นตามวงจรการเรียนรู้ มี 4 ขั้น ดังนี้ 1) นำตนเองเข้าไปอยู่ในประสบการณ์ใหม่ (Concrete experience 2) สะท้อนการเรียนรู้ ความคิด ความรู้สึกต่อประสบการณ์จากขั้นที่ 1 (Reflective observation) 3) การสรุปองความรู้แนวคิดใหม่ (Abstract conceptualization) จากขั้นที่ 1 และ 2 และ 4) การทดลองนำไปปฏิบัติจริง (Active experiment) โดยผู้เรียนจะนำความรู้ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 10 กิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ ตามขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมบำบัด[13] มี 3 ระยะได้แก่ ระยะเริ่มกลุ่ม (Initialing phase)ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ (Working phase) ดำเนินกิจกรรมที่ 2-9 และระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) สมาชิกสรุปข้อเรียนรู้จากกลุ่มดำเนินกิจกรรมที่ 10 ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลังทดลอง (Two groups pre and post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2566 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 165 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 26 คน โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power โดยการกำหนด Effect size = 0.70, Error Prob. = 0.05 และ Power (1-B Error Prob.) = 0.95 เนื่องจากไม่ทราบค่าประมาณการพารามิเตอร์ในอดีต จึงได้เลือกใช้การกำหนดค่าขนาดอิทธิพลสำเร็จรูป โดยเลือกกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (Effect size = 0.70) ตามแนวคิดของ Cohen[16] ในกรณีกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.95 โดยยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 25 คน โดยผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันการ Drop out ร้อยละ 5 รวมทั้งสิ้นจำนวน 26 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 13 คน เรียงจากผู้ที่มีคะแนนต่ำไปสูง จำนวน 26 ลำดับแรกแล้วจับฉลากด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คน โดยมีเกณฑ์การ ดังนี้ 1. เกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ระดับต่ำกว่าปกติ ถึงระดับปกติ (ที่มีอย่างน้อย 1 ด้านที่ต่ำกว่าปกติ) 2) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม 2. เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด (น้อยกว่า 8 ครั้ง) 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย จากการวิจัยครั้งนี้ไม่มีคนถอนตัวและถูกคัดออก

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ผู้วิจัยสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้ครอบคลุมตามองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของความฉลาดทางอารมณ์ (ดังรายละเอียดในกรอบแนวคิดการวิจัย) คือ เก่ง ดี และสุข ของกรมสุขภาพจิต[5] และผู้นำกลุ่มดำเนินกระบวนการกลุ่มโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์[14] และทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ[15] ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม 10 ครั้ง ดำเนินกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เวลาในการทดลองทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที เวลา 18.00-19.30 น. ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 10 กิจกรรมของโปรแกรมตามขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมบำบัด[13] ดังรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงครั้งที่ ชื่อและกิจกรรมโปรแกรม และองค์ประกอบหลักและย่อยของความฉลาดทางอารมณ์ที่พัฒนา

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม/กิจกรรม	พัฒนาองค์ประกอบหลัก/ย่อย
ระยะเริ่มกลุ่ม (Initialing phase)		
1	**: สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคย** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) ทำสมาธิ 5 นาที 2) แนะนำและทำความรู้จักกันคุ้นเคยเพื่อสร้างความคุ้นเคย 3) ให้ความรู้เรื่อง EQ และประและประโยชน์ของ EQ (ตามใบความรู้ที่ 1.1) 4) ประเมินองค์ประกอบ EQ และบอกแนวทางพัฒนาตนเอง (ใบงานที่ 1.2-1.3)	1. เก่ง และสุข 2. เก่ง (ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ) 3.สุข (ภูมิใจในตนเอง และสุขสงบทางใจ)
ระยะดำเนินการ (Working phase)		
2	**: การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) ทำสมาธิ 5 นาที 2) ให้ความรู้เรื่องลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี (ใบความรู้ที่ 2.1) 3) วิเคราะห์และระบุแนวทางพัฒนาตนเอง และสะท้อนการเรียนรู้ (ใบงานที่ 2.2)	1. ดี (เห็นใจผู้อื่น) 2. เก่ง (ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพกับผู้อื่น) 3. สุข (สุขสงบทางใจ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม/กิจกรรม	พัฒนาองค์ประกอบหลัก/ย่อย
3	**: ความฉลาดทางอารมณ์กับการเรียนพยาบาล** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง และเห็นใจผู้อื่น)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ และสัมพันธภาพ)
	2) ผู้เรียนร่วมวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะบุคคลที่มี EQ ต่ำและสูง (ใบความรู้ที่ 3.1)	3. สุข (พอใจชีวิต และสุขสงบทางใจ)
	3) วิเคราะห์องค์ประกอบของ EQ ที่จำเป็นที่ผู้เรียนต้องมีในการเรียน ปี 1-4 (ใบงานที่ 3.2)	
4	**: พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (รับผิดชอบ)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ความรู้เรื่อง พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ (ใบความรู้ที่ 4.1)	
	3) ผู้เรียนวิเคราะห์ทักษะการสร้างสัมพันธภาพของตนเองและแนวทางพัฒนาและสะท้อนการเรียนรู้ (ใบงานที่ 4.2)	3. สุข (ภูมิใจในตนเอง และสุขสงบทางใจ)
5	**: การจัดการกับอารมณ์โกรธ** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ความรู้เรื่อง การควบคุมอารมณ์ (ใบความรู้ที่ 5.1)	
	3) เสนอปัญหา สาเหตุ และแนวทางจัดการความโกรธที่ผ่านมา (ใบงานที่ 5.2)	3. สุข (ภูมิใจในตนเอง และสุขสงบทางใจ)
6	**: สร้างพลัง มีเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจให้ตนเอง** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (รับผิดชอบ)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ความรู้เรื่อง สร้างพลัง ตั้งเป้าหมายชีวิต (ตามใบความรู้ที่ 6.1)	3. สุข (ภูมิใจในตนเอง และสุขสงบทางใจ)
	3) ผู้เรียนฝึกตั้งเป้าหมายชีวิต และสิ่งสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย (ใบงานที่ 6.2)	
7	**: รู้สึกดี คิดดี มีความหมาย** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบ)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ความรู้เรื่อง ข้อดี-ข้อเสียของการคิดบวก-ลบ (ใบความรู้ที่ 7.1)	
	3) ผู้เรียนวิเคราะห์ EQ และแนวทางการพัฒนา (ใบงานที่ 7.2-7.4)	3. สุข (สุขสงบทางใจ)
8	**: ช่วยแก้ปัญหาอย่างไรในภาวะวิกฤต** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง เห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบ)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	
	2) ให้ความรู้เรื่อง ความเครียด สาเหตุ และการปรับตัว (ใบความรู้ที่ 8.1)	2. เก่ง (ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ)
	3) ผู้เรียนร่วมแลกเปลี่ยนกันถึงแนวทางแก้ปัญหาอย่างไรในภาวะวิกฤต และสะท้อนการเรียนรู้ (ใบงานที่ 8.2)	3. สุข (สุขสงบทางใจ)
9	**: การตระหนักรู้ตนเอง** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ความรู้เรื่อง การตระหนักรู้ตนเองข้อดี-ข้อเสีย และแนวทางพัฒนา (ใบความรู้ที่ 9.1)	
	3) ผู้เรียนวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียตนเอง และแนวทางพัฒนา (ใบงานที่ 9.2)	3. สุข (พอใจชีวิต และสุขสงบทางใจ)
ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase)		
10	**: การยุติการดำเนินกิจกรรม** มีกิจกรรมหลัก ดังนี้	1. ดี (ควบคุมตนเอง)
	1) ทำสมาธิ 5 นาที	2. เก่ง (มีแรงจูงใจ และสัมพันธภาพ)
	2) ให้ผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ตลอดโปรแกรม (ใบงานที่ 10.1)	3. สุข (ภูมิใจในตนเอง และสุขสงบทางใจ)
	3) ประเมินผลโปรแกรมโดยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์	

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเกรดเฉลี่ยสะสม (ล่าสุด)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต[5] เป็นแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ที่มีอายุ 18-60 ปี มีข้อคำถาม 52 ข้อ ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการคือ ดี เก่ง สุข โดยมีข้อเลือก 4 ตัวเลือกข้อคำถามทางบวกแต่ละข้อให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนน (ไม่จริง) ให้ 2 คะแนน (จริงบางครั้ง) ให้ 3 คะแนน (ค่อนข้างจริง) และ ให้ 4 คะแนน (จริงมาก) ข้อคำถามทางลบให้คะแนนตรงข้ามข้อทำถามทางบวก ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก มี 28 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, และ 50 ข้อคำถามด้านลบ มี 22 ข้อได้แก่ข้อ 2,3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 37, 40, 45, 47, 51 และ 52 การแปลผลคะแนนรวมของ

แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน >170 คะแนน หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์สูง, 138-170 คะแนน หมายถึง หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ, < 138 คะแนน หมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ[5] โดยจัดระดับแปลความหมายรายด้านย่อยของ ดี เก่ง และสุข ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงแสดงการแปลผลภาพรวมของความฉลาดทางอารมณ์ และรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์	ต่ำกว่าปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าปกติ
คะแนนความฉลาดทางอารมณ์รวม	< 138	138-170	> 170
องค์ประกอบด้านดี	< 48	48-58	> 58
องค์ประกอบด้านเก่ง	< 45	45-59	> 59
องค์ประกอบด้านสุข	< 42	42-56	> 56

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ โปรแกรมฯ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มี 10 กิจกรรม และได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 2 คน 2) พยาบาลบาลที่เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มบำบัด 1 คน ประกอบด้วยโดยนำโปรแกรมฯ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของโปรแกรม (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่าตั้งแต่ 0.67 – 1 โดยค่ามาตรฐาน IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1[17] จึงถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต[5] สำหรับประชาชนชาวไทย ที่มีอายุ 18-60 ปี มีข้อคำถาม 52 ข้อ มีประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ดี ได้แก่ ควบคุมตนเอง ตั้งแต่ข้อ 1-6, เห็นใจผู้อื่น ตั้งแต่ข้อ 7-12 และรับผิดชอบ ตั้งแต่ข้อ 13-18 2) เก่ง ได้แก่ มีแรงจูงใจ ตั้งแต่ข้อ 19-24, ตัดสินใจและแก้ปัญหา ตั้งแต่ข้อ 25-30 และสัมพันธภาพ ตั้งแต่ข้อ 31-36 3) สุข ได้แก่ ภูมิใจในตนเอง ตั้งแต่ข้อ 37-40, พอใจชีวิต ตั้งแต่ข้อ 41-46 และสุขสงบทางใจ ตั้งแต่ข้อ 47-52 ผู้วิจัยนำไปใช้ทดลองในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 และมีค่ารายด้านของ ด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข เท่ากับ 0.90, 0.86, และ 0.83 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา หมายเลข COA No. 14/2566 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ระยะเวลาการทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้

ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบใด ๆ ตามมา

วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กี่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้คัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ก่อนสามารถดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้

2. ขั้นเตรียมผู้นำกลุ่ม และผู้นำร่วม โดยเชี่ยวชาญด้านการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อให้เข้าใจแนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ทั้งทฤษฎีการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและ ทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ครบ 10 ครั้ง โดยสมาชิกกลุ่ม จำนวน 8 คน และหลังการการดำเนินทุกครั้งมีการสะท้อนการเรียนรู้ และแนวทางพัฒนาการดำเนินกลุ่มจากสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการวิจัยและแจ้งแนวทางพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าประเด็นการพูดคุยในกลุ่มจะเป็นความลับ ในรายที่ไม่ยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์อื่นของกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 10 ครั้ง (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1) ครั้งละ 60-90 นาที การทำกลุ่มวัยรุ่นใช้เวลาในการทำกลุ่ม 60-90 นาที กับกลุ่มทดลอง ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยทำการทดลองนอกเวลาเรียนในวันอาทิตย์และวันพุธเวลา 18.00-19.30 น. การดำเนินกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม (Initialing phase) ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ระยะดำเนินการ (Working phase) ดำเนินกิจกรรมที่ 2-9 และระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) ดำเนินกิจกรรมที่ 10

3. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของวิทยาลัยพยาบาล คือ เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเดือนละ 1 ครั้ง ทุกจันทร์ที่ 2 ของเดือน เวลา 13.00-14.30 น. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเรียน และการดำเนินชีวิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพร้อมกลุ่มทดลอง

ระยะที่ 3 หลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที ผู้วิจัยนำแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา โดยใช้สถิติแบบพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานระหว่างคะแนนของความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed - rank test และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ตามลำดับ โดยก่อนวิเคราะห์ได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติตัวแปรโดยทดสอบค่า Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลตัวแปรไม่มีการแจกแจงปกติ ดังนั้นจึงเลือกใช้สถิตินอนพาราในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่1 ผลจากตารางที่ 2 ที่แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความฉลาดทางอารมณ์ และองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนทั้งสิ้น 165 คน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 165 คน (คิดเป็นร้อยละ 100) พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.86 และจำนวนต่ำสุดอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 13.93

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความฉลาดทางด้านอารมณ์ องค์ประกอบของความฉลาดทางด้านอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 (N =165)

องค์ประกอบความฉลาดทางด้านอารมณ์	Mean (คะแนนเต็ม)	S.D.	จำนวนคน (ร้อยละ) ของแต่ละระดับ		
			ต่ำกว่าปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าปกติ
ความฉลาดทางด้านอารมณ์	161.07	20.86	23 คน	82 คน	60 คน
	(เต็ม 180 คะแนน)		(13.93)	(50.30)	(35.86)
องค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์					
1. ด้านความดี	57.98	7.01	17 คน	57 คน	91 คน
	(เต็ม 59 คะแนน)		(10.30)	(34.55)	(55.15)
2. ด้านเก่ง	52.44	7.82	18 คน	113 คน	34 คน
	(เต็ม 56 คะแนน)		(10.91)	(68.48)	(20.61)
3. ด้านความสุข	50.65	6.95	17 คน	61 คน	87 คน
	(เต็ม 62 คะแนน)		(10.30)	(36.97)	(52.37)

2. ผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 13)

ตัวแปร		Mean	S.D.	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Wilcoxon signed-rang test	
							Z	*p*-value (1-tailed)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	Negative Ranks	128.31	9.79	0[a]	.00	.00	-3.18[b]	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Positive Ranks	180.00	15.44	13[b]	7.00	91.00		
	Ties			0[c]				
	Total			13				

a. posttestex<pretestex, b. posttestex>pretestex, c. posttestex=pretestex

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 13)

ความฉลาดทางอารมณ์	Mean	S.D.	Mean Rank	Sum of Rank	Mann-Whitney U Test	
					Z	Sig (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	180.00	15.44	16.85	219.00	-2.23	.01*
กลุ่มควบคุม	157.08	23.69	9.77	127.00		

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.86 และจำนวนต่ำที่สุดอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 13.93 ซึ่งอธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจได้พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จากประสบการณ์ชีวิต การเลี้ยงดู และการเรียนรู้ อันเป็นกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์มาก่อน ได้แก่ การฝึกแก้ปัญหาในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง ฝึกตระหนักและแยกแยะอารมณ์ลักษณะต่างๆของตนเอง เรียนรู้การปฏิบัติตามกฎกติกาของสังคม การสังเกตและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และผู้อื่น และการฝึกควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ของตนเองในสังคม[19]

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจีรวรรณ อุคคกิมาพันธ์ และคณะ[20] ที่ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผลพบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 21 และต่ำที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4 และสอดคล้องกับอรเพ็ญ พงศ์กล่ำ และคณะ[21] ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 18.6 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกมลชนก ทองเอียด และเดือนนภา ไชยพรหม[22] ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ และ ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 71.43 รองลงมา คือสูงกว่าปกติ ร้อยละ 22.86 และต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 5.71 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า

2.1 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Mean Rank = 7, Sum of Ranks =91) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank =.00, Sum of Rank =.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (z= -3.18^{b} p-value = .00, 1-tailed) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ

2.2 คะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Mean Rank =16.85, Sum of Rank =219) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank =9.77, Sum of Rank =127) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (z= -2.23, p-value = .01, 1-tailed) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความความฉลาดทางอารมณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้ง 10 กิจกรรม ซึ่งแต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมเป็น 5 สัปดาห์ สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ครอบคลุมทั้งด้านหลัก และด้านย่อยของทุกด้านหลักได้จริงส่งผลให้คะแนนความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ดังในรายละเอียดตารางที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรม มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ ดี เก่ง และสุข[5] ด้านย่อยของแต่ละด้าน ที่นำมาเป็นหลักในการพัฒนากิจกรรม ดังนี้ 1) ด้านดี มีด้านย่อย คือ การควบคุมตนเอง การเห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบ 2) ด้านเก่ง มีด้านย่อย คือ มีแรงจูงใจ ตัดสินใจแก้ปัญหา และสัมพันธภาพ และ 3) ด้านสุข ด้านย่อย คือ ภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต และสุขสงบทางใจ ได้นำไปสู่ การออกแบบ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคย เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เรื่อง ความฉลาดทางอารมณ์ และประโยชน์ของ EQ พร้อมให้สมาชิกกลุ่มประเมิน EQ และวิเคราะห์ ด้านที่เป็นจุดแข็ง-จุดอ่อนและวางแผนพัฒนาตนเอง (พัฒนาด้านเก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 2 การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข เพื่อเรียนรู้คุณลักษณะผู้ที่มีความสุข และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 3 ความฉลาดทางอารมณ์กับการเรียนพยาบาล เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์และเตรียมความพร้อมว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านหลักและด้านย่อยใดบ้างที่จำเป็นต่อการเรียนพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 4 พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ความรู้เรื่อง การพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น วิเคราะห์จุดแข็ง-อ่อนและเสนอแนวทางพัฒนาตนเอง กิจกรรมที่ 5 การจัดการกับอารมณ์โกรธ เพื่อให้ความรู้เรื่องการควบคุมอารมณ์ และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุอารมณ์โกรธ และแนวทางพัฒนาตนเอง (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 6 สร้างพลังมีเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจให้ตนเอง เพื่อฝึกการตั้งเป้าหมายชีวิต เพื่อเติมพลัง และแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 7 รู้สึกดี คิดดี มีความหมาย เพื่อให้ความรู้เรื่องข้อดี-เสียของความคิดบวกและความคิดลบ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา EQ และวางแผนพัฒนาตนเองด้านที่ต่ำ (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 8 ช่วยแก้ปัญหาอย่างไรในภาวะวิกฤต เพื่อให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 9 การตระหนักรู้ตนเอง เพื่อให้ความรู้เรื่องการตระหนักรู้ตนเองข้อดี ข้อเสีย และแนวทางพัฒนา (พัฒนาด้านดี เก่ง และสุข) กิจกรรมที่ 10 การยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกสรุปข้อเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงไปของสมาชิกจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผลพบว่าจากการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งและมีการสะท้อนการเรียนรู้หลังการเรียนแต่ละครั้ง สมาชิกกลุ่มทดลองได้บอกเล่าถึงข้อเรียนรู้ และสิ่งที่สมาชิกแต่ละคนที่พัฒนาได้ชัดเจนทุกครั้ง เช่น สมาชิกสะท้อนว่า ตนเองพัฒนาขึ้น ได้แก่ “ตนกล้าพูดคุยกับเพื่อนใหม่ๆมากขึ้น” “มีการควบคุมอารมณ์ตนเองในการสื่อสารกับเพื่อนในการทำงานกลุ่มเพิ่มขึ้นทำให้บรรยากาศการทำงานดีขึ้น” “มีความสุขมากขึ้นในการทำงานกลุ่มรับฟังเพื่อนมากขึ้น” และ “กล้าทำสิ่งใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ขอเป็นผู้นำเสนอผลงานกลุ่มหน้าชั้นเรียนเองจากแต่ก่อนไม่เคยเสนอตัวทำเลย”เป็นต้น นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังเกิดผลดีต่อการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มของกลุ่มทดลองเกิดจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มมีประสิทธิภาพทั้ง 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎียึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์[14] ที่มีแนวคิดหลักที่ผู้นำกลุ่มประยุกต์ใช้ คือ 1) ผู้นำกลุ่มต้องเชื่อว่าสมาชิกกลุ่มทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ต้องรอคอย และให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคนที่อาจเรียนรู้ได้ช้า เร็วแตกต่างกัน 2) ออกแบบใบกิจกรรมให้มีความหมาย สำคัญ และมีประโยชน์โดยตรงต่อการพัฒนาตนเองของสมาชิกกลุ่ม โดยออกแบบใบกิจกรรมเน้นการประเมินตนเองด้านต่าง ๆ ของ EQ วิเคราะห์ และแปลผล และส่งเสริมให้นำสิ่งที่วางแผนพัฒนาตนเองไปใช้ในชีวิตประจำวัน แล้วนำผลการพัฒนามาแลกเปลี่ยนในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ[15] 3) การเรียนรู้ได้ดีในบรรยากาศที่อบอุ่น และผ่อนคลาย ในกระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายไม่มีการตำหนิหรือตัดสินถูกผิดในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิก แต่หากมีการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ผู้นำจะให้แรงเสริมเพื่อให้สิ่งดี ๆ นั้นคงอยู่พัฒนาต่อเนื่อง 4) การเรียนรู้ที่สำคัญจะเกิดขึ้นได้จากผู้เรียนลงมือปฏิบัติ (Learning By Doing) โดยให้โอกาสให้ทุกกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มวิเคราะห์ตนเอง ด้านที่ต่ำให้สมาชิกวางแผนในการพัฒนาตนเอง และนำไปปฏิบัติการในชีวิตประจำวัน เช่น กิจกรรมที่ 9 สร้างพลัง มีเป้าหมาย ออกแบบกิจกรรมให้สมาชิกตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเอง และ 5) การเรียนรู้ที่ดีเมื่อสมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ออกแบบใบความรู้เป็นพียงสรุปหลักการสั้นๆ 10-15 นาที และออกแบบกิจกรรมให้ผู้เรียนได้ร่วมกระบวนการเรียนรู้ทั้งร่วมประเมิน วิเคราะห์ด้านต่างๆของ EQ ร่วมวานแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล และนำไปปฏิบัติจริงและนำผลมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่ม ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ[15] ในกระบวนการกลุ่ม

แต่ละครั้งประยุกต์ใช้วงจรการเรียนรู้ของโคล์บโดย 1) ให้สมาชิกได้สัมผัสประสบการณ์ตรงกับสิ่งที่ต้องการพัฒนาด้านนั้นทันที เช่น ให้สมาชิกวางแผนพัฒนาตนเองด้านที่เป็นจุดอ่อนให้สมาชิกนำไปฝึกปฏิบัติในกลุ่มทันที และนำไปพัฒนาต่อในชีวิตประจำวัน เช่น พัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นก็ให้สมาชิกกลุ่มฝึกสื่อสารและแลกเปลี่ยนในกลุ่มก่อนเมื่อมั่นใจก็นำไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน แล้วนำผลมาแลกเปลี่ยนในกลุ่ม เมื่อสิ่งใดที่ดีสมาชิกกลุ่มก็เกิดการเลียนแบบซึ่งกันและกันในพฤติกรรมที่ดีต่อไปสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้สังเกต และเลียนแบบการกระทำของตัวแบบ (Model) จากบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด[23] สอดคล้องกับหลักการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ควรใช้กระบวนการที่พัฒนาสมาชิกโดยการเรียนแบบมีส่วนร่วม เน้นสมาชิกเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยหลักการเรียนรู้ 2 อย่าง คือ 1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และ 2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม มุ่งเน้นให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนและฝึกทักษะต่าง ๆ[5] 2) สะท้อนการเรียนรู้ข้อดีที่ได้จากประสบการณ์นั้น ๆ 3) สรุปแนวคิดใหม่ที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มอื่น และ 4) นำแนวคิดใหม่ที่ได้จากการพัฒนาตนเองจากกลุ่มออกไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป แล้วผลการพัฒนามาสะท้อนผลดี-ผลเสียที่ได้จากการนำไปปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนกับคนอื่นในการพบกันครั้งต่อไป อีกทั้งกระบวนการดำเนินกลุ่มที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ตามขั้นตอนของกลุ่มกิจกรรมบำบัด มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มกลุ่ม 2) ดำเนินการ และ 3) ระยะยุติกลุ่ม[13] ทำให้สมาชิกมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กฎ กติกาในการเข้ากลุ่ม ทำให้การดำเนินงานกลุ่มเป็นไปได้อย่างมีบรรยากาศที่ดี และมีคุณภาพ จากการดำเนินกิจกรรมและกระบวนการกลุ่มดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่าก่อน และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในนักศึกษาพยาบาลและมีผลการวิจัยที่มีค่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังต่อไปนี้ สอดคล้องกับอรัญญา อินสอน และคณะ[24] ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์โดยใช้สื่อมัลติมีเดียปฏิสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ[25] ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.000) ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และ 2) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสังคมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) สอดคลองกับผลการวิจัยของชวนนท์ จันทร์สุข และนฤมล จันทร์สุข[6] ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Erkayiran and Demirkiran[26] ที่ศึกษาผลกระทบของการฝึกอบรมทักษะความฉลาดทางอารมณ์โดยใช้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการฝึกของนักเรียนกลุ่มฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t:-8.719; p=.000) จากงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นมีหลายวิธีการที่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศักดา ขำคม[27] ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งกิจกรรมกลุ่มมี 13 กิจกรรม ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง หลังได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงมากกว่าก่อนได้เข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของ กลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคลองกับผลการวิจัยของวิลัยพร นุชสุธรรม และคณะ[28] ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ผลพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในนักศึกษาสาขาอื่นทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของคาราฮัน และยาลซิน[29] ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะความฉลาดทางอารมณ์ต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยตุรกี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p< 0.001$) คะแนนของกลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนความฉลลาดทางอารมณ์ดีขึ้นหลังติดตามระยะ 3 เดือน และ 6 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม สอดคล้องกับผลการวิจัยของอังคนางค์ ศิริอัมพันธ์กุล[30] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา ผลการวิจัยพบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ครบทั้ง 6 กิจกรรมแล้วพบว่า คะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมในทุกด้านและทุกองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ได้ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของเจษฎา บุญมาโฮม และคณะ[31] ที่ใช้โปรแกรมแนะแนวที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาครุศาสตรบัณฑิต จำนวน 12 หน่วยกิจกรรม ที่เน้นการรับรู้ธรรมชาติของมนุษย์ รู้จักตนเอง รู้จักอารมณ์และการบริหารจัดการอารมณ์และความรู้สึก การเห็นคุณค่าของชีวิต และผลการวิจัยพบว่านักศึกษากลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์และความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฐศริยา จักรสมศักดิ์[32] ผลการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ร่วมกับทักษะชีวิตที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของนักศึกษามหาวิทยาลัย การศึกษาพบว่าจาก (1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.53$, $p< .05$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางสังคมของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.66$, $p< .05$)

ข้อจำกัดงานวิจัย

ข้อจำกัดงานวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับระยะเวลา และงบประมาณในการวิจัยทำให้สามารถออกแบบระยะสั้นในการดำเนินโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ จากผลการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลได้ผลดีต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ รวมถึงกิจกรรมยังเป็นที่สนใจของกลุ่มทดลองที่เห็นได้จากสะท้อนผลการเรียนรู้ก่อนสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง และก่อนสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยเห็นการพัฒนาดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในรายบุคคล ได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ การมีเป้าหมายในการเรียนความมั่นใจในการสื่อสาร การมีแรงจูงใจในการเรียน เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาผลความคงอยู่ของความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์นี้เหมาะสำหรับการนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคลที่มีองค์ประกอบรายด้านหลัก และด้านย่อยที่ต่ำได้เหมาะสม

2. กระบวนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ไปใช้จะทำให้บรรยากาศการเรียนรู้เกิดความอบอุ่น เป็นมิตรเอื้อต่อการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มได้ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการพัฒนาความฉลาดทางด้านอารมณ์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชันปีที่ 1 หรือนักศึกษาที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงได้ รวมถึงติดตามประเมินความคงอยู่ของความฉลาดทางอารมณ์ทั้งระยะ 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมได้อย่างดี ขอบคุณกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่สละเวลามาให้ความร่วมมือในการวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งให้ได้โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับบริบทนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

References

1. Goleman D. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ. London: Bloomsbury; 1996.
2. Ministry of Education. National education plan 2017–2036. Bangkok: The Ministry; 2017. (in Thai)
3. Panjiang P. Factors affecting emotional quotient and a model of emotional quotient development of students in higher education institutions in Songkhla province [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 20]. Available from: https://kku.world/lolno (in Thai)
4. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality. 1990;9(3):185–211.
5. Department of Mental Health. A manual for youth skills development activities on “Thinking practice, problem solving, and EQ development” for volunteers. Leader of the Center for Friends, TO BE NUMBER ONE. 2nd ed. Nonthaburi: The Department; 2015. (in Thai)
6. Jansook C, Jansook N. Effects of group activities on emotional quotient of nursing [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 17]. Available from: https://kku.world/nxxpc (in Thai)
7. Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. Nurs Inq. 2004;11(2):91–8.
8. Lohmae U, Yeepaloh M, Kajornkittiya K, Bunlap P. Factors related to adaptations of the first year nursing students studying at a nursing college in a southern border province of Thailand. Journal of Nursing and Health Research. 2021;22(3):135–46. (in Thai)
9. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter DJ, editors. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Basic Books; 1997. P. 3–31.
10. Adler RB, Towne N. Looking out/looking in. 10th ed. Australia: Wadsworth; 2002.
11. Songsri C. Stress and coping with stress among nursing students undertaken the elderly nursing practice course, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. Nursing Health and Education Journal. 2022;5(3):13–24. (in Thai)
12. Tosangwarn S, Juntarawiwat, T. Stress, depression, coping strategies and resilience of nursing students at an institution in Northeast Thailand during the outbreak of the covid-19 virus. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2023;37(3):92–113. (in Thai)
13. Hatthapanom W, Sriwiset S. A guide to group supportive psychotherapy for relatives of psychiatric patients. Khon Kaen: Khon Kaen Psychiatry Hospital; 2006. (in Thai)
14. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
15. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2015.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): L. Erlbaum Associates; 1988.

17. Kongsat S, Thummwong T. Determining the reliability of the questionnaire [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 17]. Available from: https://kku.world/iyjsc
18. Watcharasin N. Competency: self- development of security personnel to keep pace with changes in Thailand 4.0. Journal of MCU Humanities Review. 2019;5(2):253–64. (in Thai)
19. Srisongkhram W, Rattanasunya S, Pojpatthanaphon R, Theppprasit P. General psychology. Bangkok: Triple Education; 2006. (in Thai)
20. Ukkakimapan J, Tepvorachai U, Sompittayanurak N, Tareepean N. The emotional quotient of nursing students Pathum Thani University. Journal of Nakhonratchasima College (Humanities and Social Sciences. 2021;15(3):122–33. (in Thai)
21. Pongklum O, Klommake J, Pakluck P, Khuttamasoon T, Bunluesup W, Hongthong M. The emotional quotient among nursing students in a private university, Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(3):9–19. (in Thai)
22. Thongied K, Chaiyaprom D. Emotional intelligence and stress of nursing students at Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University. Suratthani Rajabhat Journal. 2018;5(2):213–31. (in Thai)
23. Lertchantharangkool T. Personality development techniques. Bangkok: SE-ED Publisher; 2019. (in Thai)
24. Inson A, Matrakul M, Sareeso P. Effects of emotional intelligence enhancement programme using interactive multimedia on emotional intelligence among nursing students. Journal of Social Science and Cultural. 2024;8(4):187–96. (in Thai)
25. Bundasak T, Chaowieng K, Tantisuwichwong S, Jangasem N, Yotkhamlue K. Effects of emotional intelligence enhancing program on social intelligence among nursing students. Journal of the Police Nurses. 2020;12(2):388–97. (in Thai)
26. Erkayiran O, Demirkiran F. The impact of improving emotional intelligence skills training on nursing students' interpersonal relationship styles: a quasi-experimental study. Int J Caring Sci. 2018;11(3):1901–2.
27. Khumkom S. Effects of group activities on the development of emotional and resilience quotients of the first year nursing students of Suranaree University of Technology. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2018;11(2):2767–80. (in Thai)
28. Nuchsutham W, Kaewkunta P, Somboon L, Boonthai C, Muangmakham S. Effect of emotional quotient promoting program on emotional quotient among nursing students. Nursing Journal CMU. 2018;45(1):110–21. (in Thai)
29. Karahan TF, Yalçın BM. The effects of an emotional intelligence skills training program on the emotional intelligence levels of Turkish University students. Eurasian J Educ Res. 2009;(36):193–208.
30. Siriumpankul A. Effects of using program for developing emotional intelligence upon emotional intelligence of students. Panyapiwat Journal. 2019;11(2):275–90. (in Thai)
31. Boonmahome J, Kaneungchaisakul N, Pattanaphon O. Effect of guidance program on emotional intelligence and resilience of education undergraduate students. Journal for Social Sciences Research. 2020;11(1):76–90. (in Thai)
32. Chaksomsak N. Effects of emotion regulation and life skills program on emotional and social intelligence of university students. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2023;37(3):1–14. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บุญชัย ภาละกาล พย.ม.[1]
ไขนภา มิ่งชัย พย.บ.[2]
อรนิตย์ จันทะเสน พย.ม[3,4]

(วันรับบทความ: 4 พฤษภาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 12 มิถุนายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 17 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 62 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่และคลินิกหมอครอบครัวปทุม ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 31 คน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฯ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการประเมินความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเฉลี่ยทั้งฉบับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Wilcoxon signed Rank test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับเพียงพอ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: oranit@bcnsp.ac.th Tel: 091-0174493

Effectiveness of the Program to Enhance Rational Drug Use Literacy on Rational Drug Use Literacy of Village Health Volunteer

Boonchai Phalakan M.N.S.[1]
Sakonsupa Singkiboot RN.[2]
Oranit Junthasen M.N.S.[3,4]

(Received Date: May 4, 2024, Revised Date: June 12, 2024, Accepted Date: June 17, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a program designed to enhance rational drug-use literacy on rational drug use literacy of village health volunteer. The study involved 62 village health volunteers from the Dong Hong Hae Health Promoting Hospital and Pathum Family Doctor Clinic in the Pathum Subdistrict, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. The participants were randomly assigned to an experimental group or a comparison group, each consisting of 31 individuals. The experimental group received a four-week literacy enhancement program, while the comparison group continued with their usual duties. The tools used in this study included: 1) a rational drug use literacy enhancement program based on Nutbeam's health literacy framework, validated by experts with a content validity index of 1.00, and 2) a Rational Drug Use Literacy Assessment for Thai People from the Health Systems Research Institute, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The findings showed that before participating in the program, both the experimental and comparison groups had insufficient levels of rational drug use literacy. After the program, the experimental group achieved sufficient levels of rational drug use literacy, whereas the comparison group remained at an insufficient level. Additionally, after the program, the experimental group showed a significant overall increase in rational drug use literacy compared to their pre-program levels and the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: rational drug use literacy, rational drug use, village health volunteers

[1]Assistant Professor, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Assistant Professor Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong

[2]Registered Nurse (Professional Level), Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office, Dong Hong Hae Subdistrict Health Promoting Hospital

[3]Lecturer, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong

[4]Corresponding author Email: oranit@bcnsp.ac.th Tel: 0910174493

บทนำ

ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชนเป็นปัญหาที่มีในประเทศไทยมาอย่างช้านาน โดยปัญหาที่สำคัญคือการใช้ยาไม่สมเหตุผล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU)” ว่า คือ “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”[1] จากรายงานดังกล่าวระบุว่าทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อผลข้างเคียงและอันตรายจากยารวมถึงเกิดการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ[2] นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขระดับโลกอย่างเร่งด่วน โดยมีรายงานผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 1.27 ล้านคนทั่วโลก และเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเกือบ 5 ล้านคนในปี 2562 ในสหรัฐอเมริกามีการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 2.80 ล้านรายในแต่ละปี ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 35,000 คน[3] จากปัญหาดังกล่าวหากไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง คาดว่าใน พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.50 พันล้านบาท โดยทวีปเอเชียและแอฟริกาจะเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.70 และ 4.20 ล้านคน ตามลำดับ[4] ในประเทศไทยสภาพปัญหาจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ได้แก่ ข้อบ่งชี้ ระยะเวลาการรักษา ปริมาณยาที่ไม่เหมาะสม หยุดยาก่อน และการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเอง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของประชาชนและผู้ป่วย ทำให้เกิดการดื้อยา จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติพบว่า อัตราการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือแพ้ยา[5] ทั้งนี้ปัญหาเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาในประเทศไทยจากการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะกว่า 100,000 รายต่อปี และอัตราเสียชีวิตประมาณ 38,000 รายต่อปี ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมากโดยพบว่า ค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาเชื้อดื้อยาจะมีมูลค่าประมาณ 2,539-6,084 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.60-1.60 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศในปี[6] ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินการด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากข้อมูลล่าสุดผลการดำเนินงานในบางตัวชี้วัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด เช่น ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI) ค่าเป้าหมาย 155,724 ผลงาน 31,856 คิดเป็นร้อยละ 20.46 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD) ค่าเป้าหมาย 53,598 ผลงาน 14,061 คิดเป็นร้อยละ 26.23 เป็นต้น[7] ซึ่งในพื้นที่ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้บริการในพื้นที่จำนวนสองแห่งได้แก่คลินิกหมอครอบครัวปทุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ และเนื่องจากพื้นที่เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีร้านขายยาและร้านขายของชำที่จำหน่ายยาด้วยเป็นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงยาได้ง่าย จากการสุ่มสอบถามประชาชนในพื้นที่พบว่ามีการซื้อยาใช้เองเป็นจำนวนมากอาจก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในระดับประชาชนและชุมชนได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับยาของ อสม. ได้แก่ การจัดหายาพื้นฐานที่จำเป็นไว้ใช้และการให้ความรู้เรื่องยาแก่เพื่อนบ้าน[8] และกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อให้มีความรู้ในด้านต่าง ๆ[9] ดังนั้นความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของ อสม. ในพื้นที่

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่และการศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้แบบกลุ่มเดียวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้น ในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม มีกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[10] และคุณลักษณะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

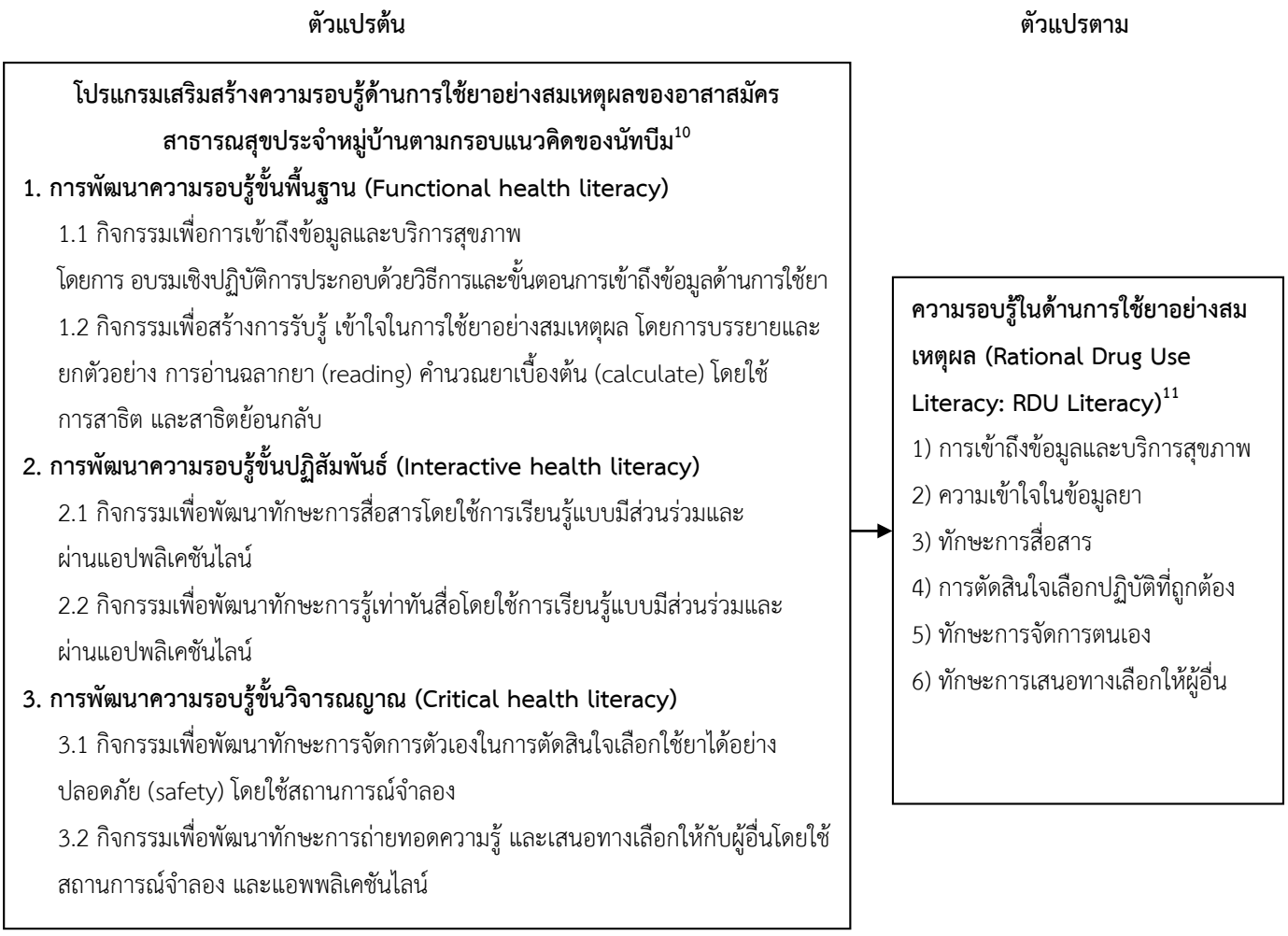
2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น[11] เพื่อใช้เป็นโปรแกรมต้นแบบในการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่ศึกษาและพัฒนาต่อยอดไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ อันจะช่วยเพิ่มความรอบรู้และปรับพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. และสามารถถ่ายทอดความรอบรู้ และมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับของประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกรอบแนวคิดของนัทบีม[10] โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ใน 3 ระดับคือในระดับพื้นฐานได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง และในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ และระดับวิจารณญาณ โดยใช้เครื่องมือประเมินตามกรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Literacy: RDU literacy) ในประชาชน ของกองสุขศึกษา[11] โดยสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลปทุม อ.เมือง จ. อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 226 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ และ คลินิกหมอครอบครัวปทุม ต.ปทุม อ.เมือง จ. อุบลราชธานี ที่มีชื่อในทะเบียนปีงบประมาณ 2567 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Independent Means (two group) โดยกำหนดตามคำแนะนำของ Cohen[12] คำนวณได้ค่าอิทธิพลระดับ Large (Effect Size) = .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power=.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 28 คน โดยเผื่อการสูญเสียของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ10 โดยใช้สูตรสูตร n/(1-r) คำนวณได้ 31.11 คิดจำนวนคนเป็นกลุ่มละ 32 คน แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถรบรวบแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วนได้จำนวนทั้งสิ้น กลุ่มละ 31 คน จึงใช้ข้อมูลรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน ดังนี้

1) กลุ่มทดลองได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชุมชนในเขตความรับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ จำนวน 31 คน

2) กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชุมชนเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวปทุม จำนวน 31 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะการทำงาน การดำเนินชีวิตและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จาก อสม. ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกรอบแนวคิดของนัทบีม[10] ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ประกอบด้วย 1) แผนกิจกรรมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) แผนกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร 4) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 5) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตัวเองในการตัดสินใจเลือกใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล และ 6) กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้ และเสนอทางเลือกให้กับผู้อื่น

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[13] ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (ข้อ 1-6 รวม 6 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 7-14 รวม 8 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 4 ตัวเลือกได้แก่ ถ้าเลือกตอบ ไม่คิดว่าต้องทำ หรือ ทำได้ยาก ได้ 0 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ทำได้บ้าง หรือ ทำได้ง่าย ได้ 1 คะแนน

ตอนที่ 3 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ (ข้อ 15-24 รวม 10 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องหรือดีที่สุด เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอนที่ 4 ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข (ข้อ 25-31 รวม 7 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 3 ตัวเลือกได้แก่ ทำไม่ได้ หรือ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ทำได้ ได้ 1 คะแนน

ตอนที่ 5 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 32-42 รวม 11 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น ข้อ 32 และ 35 (2 ข้อ) เลือกตอบ ใช้ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อ 33, 34, 36 และ 37 (4 ข้อ) เลือกตอบ ใช้ได้ 1 คะแนน เลือกตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 43-52 รวม 10 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 4 ตัวเลือก ข้อ 43 - 50 และ 52 (9 ข้อ) ถ้าตอบไม่ได้ใช้ยา/ไม่ได้เจ็บป่าย หรือ ไม่ได้ทำ ได้ 0 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ทำบางครั้งหรือทำทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน ข้อ 51 (1 ข้อ) ถ้าเลือกไม่ได้ทำ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้ใช้ยา/ไม่ได้เจ็บป่าย หรือ ทำบางครั้ง หรือ ทำทุกครั้ง ได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 7 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ (ข้อ 53-58 รวม 6 ข้อ) เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 3 ตัวเลือก ข้อ 53 และ 55 (2 ข้อ) ถ้าเลือกตอบ ไม่ทำ หรือ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ทำ ได้ 1 คะแนน ข้อ 54 (1 ข้อ) ถ้าเลือกตอบ ไม่ทำ ได้ 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ไม่แน่ใจ หรือ ทำ ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ตอบแบบสอบถาม คะแนนข้อ 7-58 มารวมกัน โดยมี คะแนนเต็ม 52 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูง และ คะแนนต่ำหมายถึง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่ำ คะแนนรวมเฉลี่ย มากกว่า 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ และคะแนนรวมเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรูด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกรอบแนวคิดของนัทบีม[10] ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชมชนในต่างสถาบัน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชมชนและปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน 2 คน และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน ซึ่งได้ค่าดัชนีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 1.00

2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[13] ที่ผ่านการประเมินความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดสอบความยากง่ายของแบบประเมินแล้ว โดยก่อนนำมาใช้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบเพื่อหาความตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประเมินความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ในส่วนที่เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3-4 ตัวเลือก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ .851

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-49 วันที่รับรอง 19 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยคณะผู้วิจัยมีหนังสือชี้แจงต่ออาสาสมัครให้ได้รับทราบก่อนเซ็นชื่อให้ความยินยอม ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัด หากเปลี่ยนใจที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยสามารถยกเลิก โดยไม่ต้องแจ้งให้คณะผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมในการวิจัยนี้จะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้น อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบคำถามในข้อที่รู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการระบุชื่อหรือระบุข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ที่สามารถระบุตัวอาสาสมัครได้

แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการวิจัยนี้สิ้นสุดลง ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย นักสถิติ และที่ปรึกษางานวิจัยและการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์อื่นใดทั้งนี้การปฏิบัติงานและการการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการเตรียมการก่อนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 11 มีนาคม ถึง 26 เมษายน พ.ศ. 2567 โดย

1. ทำหนังสือขออนุญาต ในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ และคลินิกหมอครอบครัวปทุม

2. ประชุมกลุ่มคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการวิจัย

3. ทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงประธาน อสม. เพื่อประสานงานการประชุมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมฯ

4. ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัย การอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม การขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

5. ดำเนินงานตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วงการทดลองระหว่างวันที่ 28 มีนาคม-25 เมษายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังแผนภาพ

กลุ่มทดลอง 31 คน

ระยะก่อนการทดลอง : ประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะทดลอง : ดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตามปกติ ร่วมกับกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้

1. กิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในรูปแบบไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 1-4 (28 มีนาคม – 24 เมษายน 2567)

ผู้วิจัยส่งวิดีทัศน์สั้น หรือ อินโฟกราฟิกส์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในทุกวันจันทร์หรือวันศุกร์ของแต่ละสัปดาห์ตลอด 4 สัปดาห์รวมจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามผู้วิจัยหากมีประเด็นสงสัย

ผู้วิจัยตั้งคำถามอย่างง่ายจำนวนไม่เกิน 3 คำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. กิจกรรมในรูปแบบเผชิญหน้า (Onsite) โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการตามแผนกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 4 (25 เมษายน 2567)

1. อบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 6 แผนกิจกรรมเรียนรู้ ดังนี้

1) แผนกิจกรรมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

2) แผนกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

3) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร

4) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

5) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตัวเองในการตัดสินใจเลือกใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล

6) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้ และเสนอทางเลือกให้กับผู้อื่น

2. ตอบแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน

ระยะก่อนการทดลอง : ประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 1-4

: ดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4

1) ตอบแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และแจกคู่มือ

ระยะหลังทดลอง

1) จัดให้มีการให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังจาดสิ้นสุดการทดลอง

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหลังจากการรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยการทดสอบ Kolmogorov–Smirnov test พบว่าการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Wilcoxon signed Rank test และการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) เพศ ทั้งสองกลุ่มเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 2) อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 58.57 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 57.15 3) ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5- 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 4) โรคเรื้อรัง ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพ แต่ไม่พบโรค ในกรณีที่ตรวจสุขภาพแล้วพบโรค แพทย์วินิจฉัยว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 5) อาชีพ ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง 6) สถานภาพ ทั้งสองกลุ่มเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
	ชาย	1	3.23	1	3.23
	หญิง	30	96.77	30	96.77
อายุ					
	31 - 40 ปี	1	3.226	1	3.23
	41 - 50 ปี	4	12.90	6	19.35
	51 - 60 ปี	8	25.81	8	25.81
	มากกว่า 60 ปี	18	58.06	16	51.61
ระดับการศึกษา					
	ป.4 หรือน้อยกว่า	4	12.90	6	19.35
	ป.5 - ป.6	3	9.68	9	29.03
	ม.1 - ม.3	7	22.58	7	22.58
	ม.4 - ม.6	11	35.48	9	29.03
	ปวช.	3	9.68	-	-
	ปวส.	2	6.45	-	-
	ปริญญาตรี	1	3.23	-	-
โรคเรื้อรัง					
	ไม่เคยตรวจ	7	22.58	10	32.26
	เคยตรวจ แต่ไม่พบโรค	18	58.06	15	48.39

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยตรวจแล้ว แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ความดันโลหิตสูง	4	12.90	5	16.13
ข้อเสื่อม	1	3.23	-	-
อื่นๆ	1	3.23	1	3.23
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	3.23
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	32.26	9	29.03
รับจ้าง	11	35.48	14	45.16
เกษตรกร	5	16.13	2	6.45
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.13	7	12.90
ข้าราชการบำนาญ	-	-	1	3.23
สถานภาพ				
ท่านเป็น อสม. หรือ อสส. หรือไม่				
ใช่	31	100.00	31	100

2) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.50 คะแนน) หลังการทดลองพบว่ามีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่า 41.50 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon signed Rank test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าการเข้าถึงข้อมูลยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=31)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					หลังเข้าร่วมโปรแกรม					Z	*p*-value (One tail)
	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank		
1) การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ	4.00	9.00	6.65	1.05	11.85	2.00	8.00	6.48	2.06	18.59	-0.04	.48
2) ความเข้าใจในข้อมูลยา	2.00	10.00	7.06	1.73	15.20	6.00	10.00	8.68	1.19	8.70	-3.53	.00*
3) ทักษะการสื่อสาร	2.00	7.00	5.48	1.26	11.85	4.00	7.00	6.74	0.68	8.00	-3.64	.00*
4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	1.00	9.00	6.00	1.93	16.46	4.00	11.00	8.52	2.49	9.42	-3.50	.00*
5) ทักษะการจัดการตนเอง	3.00	8.00	6.42	1.15	16.00	7.00	10.00	9.39	0.67	0.00	-4.92	.00*
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	1.00	5.00	3.74	1.09	12.94	2.00	6.00	4.39	1.20	13.14	-1.93	.03*
รวมคะแนนเฉลี่ย	30.00	47.00	38.97	4.52	16.58	29.00	51.00	44.19	5.82	13.58	-3.27	.00*

3) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.50 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon signed Rank test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=31)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					หลังเข้าร่วมโปรแกรม					z	*p*-value
	min	Max	Mean	S.D.	Mean Rank	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank		(One tail)
1) การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ	3.00	8.00	6.29	1.35	12.97	2.00	8.00	6.48	2.06	13.05	-0.89	.19
2) ความเข้าใจในข้อมูลยา	3.00	9.00	7.45	1.18	10.86	5.00	8.00	6.65	0.98	13.04	-0.58	.28
3) ทักษะการสื่อสาร	2.00	7.00	5.39	0.95	15.63	2.00	9.00	7.26	1.91	11.64	-1.54	.06
4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	1.00	9.00	6.32	1.54	12.14	4.00	7.00	5.81	1.01	8.75	-0.42	.34
5) ทักษะการจัดการตนเอง	5.00	8.00	6.61	0.62	8.00	4.00	9.00	6.29	1.16	11.00	-0.63	.26
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	1.00	5.00	3.81	0.79	8.40	3.00	8.00	6.42	1.06	7.00	-0.73	.23
รวมคะแนนเฉลี่ย	28.00	41.00	35.87	3.37	12.19	30.00	41.00	36.16	3.00	14.44	-0.89	.19

4) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=31)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ					z	*p*-value
	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank		(One tail)
1) การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ	4.00	9.00	6.65	1.05	33.66	3.00	8.00	6.29	1.35	29.34	-1.01	.16
2) ความเข้าใจในข้อมูลยา	2.00	10.00	7.06	1.73	29.32	3.00	9.00	7.45	1.18	33.68	-0.98	.16
3) ทักษะการสื่อสาร	2.00	7.00	5.48	1.26	32.02	2.00	7.00	5.39	0.95	30.98	-0.24	.41
4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	1.00	9.00	6.00	1.93	29.66	1.00	9.00	6.32	1.54	33.34	-0.84	.20
5) ทักษะการจัดการตนเอง	3.00	8.00	6.42	1.15	30.76	5.00	8.00	6.61	0.62	32.24	-0.36	.36
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	1.00	5.00	3.74	1.09	31.48	1.00	5.00	3.81	0.79	31.52	-0.01	.50
รวมคะแนนเฉลี่ย	30.00	47.00	38.97	4.52	29.92	28.00	41.00	35.87	3.37	33.08	-1.01	.16

5) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับเพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่า 41.50 คะแนน) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังมีคะแนนรวมเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.50 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=31)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ					z	*p*-value
	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank	min	max	Mean	S.D.	Mean Rank		(One tail)
1) การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ	2.00	8.00	6.48	2.06	27.52	2.00	8.00	6.48	2.06	35.48	-1.82	.03*
2) ความเข้าใจในข้อมูลยา	6.00	10.00	8.68	1.19	24.06	5.00	8.00	6.65	0.98	38.94	-3.35	.00*
3) ทักษะการสื่อสาร	4.00	7.00	6.74	0.68	23.24	2.00	9.00	7.26	1.91	39.76	-4.05	.00*
4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	4.00	11.00	8.52	2.49	23.19	4.00	7.00	5.81	1.01	39.81	-3.68	.00*
5) ทักษะการจัดการตนเอง	7.00	10.00	9.39	0.67	16.31	4.00	9.00	6.29	1.16	46.69	-6.83	.00*
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	2.00	6.00	4.39	1.20	25.95	3.00	8.00	6.42	1.06	37.05	-2.55	.01*
รวมคะแนนเฉลี่ย	29.00	51.00	44.19	5.82	19.48	30.00	41.00	36.16	3.00	43.52	-5.26	.00*

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อยู่ในระดับเพียงพอ (คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่า 41.50 คะแนน) และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

อภิปรายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฯ สร้างมาจากกรอบแนวคิดความการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[10] ที่พัฒนาความรอบรู้ในสามระดับได้แก่ 1) การพัฒนาความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) การพัฒนาความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) 3) การพัฒนาความรอบรู้ขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายๆ ด้านและสามารถนำแนวคิดนี้ไปพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ได้ผลดี เช่น การศึกษาวิจัยของ กฤษฎากร เจริญสุข[14] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีซึ่งพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (p < .05)

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฯ ที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้มีกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ทั้งสามระดับดังกล่าวซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าที่เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น กิจกรรมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยวิธีการและขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลด้านการใช้ยา กิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ เข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการบรรยายและยกตัวอย่าง การอ่านฉลากยา (Reading) คำนวณยาเบื้องต้น (Calculate) โดยใช้การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตัวเองในการตัดสินใจเลือกใช้ยาได้อย่างปลอดภัย (Safety) โดยใช้สถานการณ์จำลอง กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้ และเสนอทางเลือกให้กับผู้อื่นโดยใช้โดยใช้สถานการณ์จำลอง และกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นอินโฟกราฟิกส์ คลิปวิดีโอ ทบทวนความรู้และตั้งคำถามเกี่ยวการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลองทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามคุณลักษณะของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข ในทุกๆ ด้าน ได้แก่1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจในข้อมูลยา 3) ทักษะการสื่อสารและรู้เท่าทันสื่อ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ซึ่งทักษะทั้งหมดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ภิษณี วิจันทึก[15] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พบว่าปัจจัยนำด้านทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมีผลทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร[16] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาของ อสม. มากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา รองลงมาคือการได้รับข่าวสารด้านยาซึ่งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการได้รับข่าวสารด้านยาร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของ อสม. ได้ร้อยละ 29.00

ผลจากการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ศุทธินี วัฒนกูล และคณะ[8] ที่ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการอบรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หลังการอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ณัฐพล ผลโยน[17] ที่ศึกษาวิจัยเรื่องผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พบว่า หลังการอบรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยใดที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และแยกพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อภิปรายได้ว่า ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้พัฒนาอย่างก้าวกระโดดและถูกนำมาใช้ในแทบทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะด้านการใช้ยาและบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนโดยทั่วไปเข้าถึงข้อมูลด้านยาและบริการสุขภาพได้โดยสะดวก โดยเฉพาะในกรณีการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ย่อมมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลยาและบริการสุขภาพได้โดยง่ายอยู่แล้ว อีกทั้งยังทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่จึงมีทักษะในด้านการสอบถามข้อมูลยาและสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารสุขดังกล่าว

ได้ง่ายส่งผลทำให้ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองในด้านนี้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นัยสำคัญทางสถิติและผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีทักษะการสื่อสารและการเสนอทางเลือกเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มทดลองหลังการทดลอง อาจเป็นผลมาจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของการคัดเลือกกลุ่มตัวออย่างที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ และทักษะการใช้ เทคโนโลยีของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้มีผลกระทบต่อผลการวิจัยดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่ามีบางทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เช่น การศึกษาวิจัยของ ศุทธินี วัฒนกูล และคณะ[8] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้านที่ 4 ด้านการประเมินข้อมูลที่ค้นพบเพื่อการตัดสินใจใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ในกลุ่มที่หลากหลาย เช่นประชาชนทั่วไป วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ที่มีความรู้และทักษะในการใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนได้ในระดับหนึ่ง และอาจไม่เหมาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ ได้ และจากผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลยาและข้อมูลสุขภาพ และด้านที่ 6 ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีผู้ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Min) ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นได้จากโปรแกรมฯ ดังนั้นหากจะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรปรับปรุงกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ในด้านดังกล่าวนี้ให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการทำการวิจัยติดตามผลของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อศึกษาว่าความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่เป็นผลจากการใช้โปรแกรมฯ นั้น ยังมีอยู่ในระดับเพียงพอหรือไม่หรือส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวันหรือไม่ ซึ่งอาจจะทำเป็นวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดโปรแกรมฯดังกล่าวต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารและการเสนอทางเลือก ซึ่งผู้วิจัยพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีความรอบรู้เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทดลอง กลับมีทักษะการชี้ชวนผู้อื่นมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในอนาคต

ข้อจำกัดจากการวิจัย

1. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการทดลองและเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ ดังนั้นความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองอาจยังไม่มีผลถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชีวิตประจำวัน และกลุ่มอาสาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มทดลองในนี้มีสภาพพื้นที่และการดำรงชีวิตในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผลการวิจัยนี้อาจจะไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขอื่น ๆ ที่อยู่ในบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันได้

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสามสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เป็นการสุ่มอย่างง่ายและตามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการจึงไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลพื้นฐานในระดับเดียวกันได้ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกันเช่นระดับการศึกษา อาจมีผลรบกวนต่อตัวแปรที่ต้องการศึกษาซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห่องแห่ ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการวิจัย ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คณะผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับเครื่องมือในการวิจัย ขอบคุณคณะทีมงานผู้ร่วมผลิตผลงานวิจัย และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components [Internet]. 2002 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf
2. Phonsingchan S, Rungruang K. Selective factors affecting the rational antibiotic use behavior of nursing students Boromrajonani College of Nursing, Surin.Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2021;31(1):211-32. (in Thai)
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's 2019 Antibiotic Resistance (AR) Threats Report. [Internet]. [cited 2023 Oct 10] Available from: https://www.cdc.gov/drugresistance/about.html
4. O'Neill J. Review on antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. [Internet]. 2014. [cited 2023 Oct 10] Available from: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
5. NunKong K. Development of a model to promote rational drug use in the community to ensure the safety of drug use by the public. [Dissertation] Burapha University; 2022. (in Thai)
6. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center (NARSC). The situation of antibiotic resistance in Thailand. [Internet]. 2013 [cited 2024 Jan 18]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html (in Thai)
7. Ubon Ratchathani Provincial Health Office (HDC). Information to meet branch service plan RDU. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 18]. Available from: https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e (in Thai)
8. Wattanakul S, Chidnayee S, Saesow P, Triya D, Panwarin S, Nithiratana P. Knowledge of rational drug use of village health volunteers. Journal of Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit. 2020;12(2):72–82. (in Thai)
9. Department of Public Health Support Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Regulations On Village Health Volunteers, 2011 along with relevant regulations. [Internet]. [cited 2024 Jan 18]. Available from: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505164400907.pdf (in Thai)
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
11. Division of Health Education Department of Health Service Support, Ministry of Health. Health literacy (HL) program reasonable use of the drug For public health volunteers and working-age citizens. Nonthaburi: Health Education Division Department of Health Service Support; 2019. (in Thai)
12. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

13. Photha T, Melueangnon K, Kanchanarat P, Phumthong S. Development of tools and assessment of rational drug use literacy among Thai people. Nonthaburi: Public Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
14. Jaroensook K. The effectiveness of the development program on health literacy and behaviors of village health volunteers in Singburi Municipality, Singburi Province. Singburi Hospital Journal. 2022;30(1):72-90. (in Thai)
15. Wichantuek P. Predictive factors of antibiotic use behavior of village health volunteers. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1): 146-55. (in Thai)
16. Khamwong D, Sangkhawat T. Factors affecting the drug use behavior of village health volunteers. Journal of Thai Pharmacy and Health Sciences. 2012;7(3): 121-6. (in Thai)
17. Phonyon N. Results of improving health literacy and behavioral health in rational drug use among village health volunteers. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2023;26(1): 89-100. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ ปร.ด.[1]

(วันรับบทความ: 14 เมษายน พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 9 มิถุนายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 17 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังภาระการดูแล คุณภาพชีวิต ต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล 256 คน ในเขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง 2) ภาระการดูแล 3) คุณภาพชีวิต และ 4) ศักยภาพการดูแล ค่าความตรง 0.97, 1.0 และ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.93, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson's product moment correlation, Chi-Square test และ Stepwise multiple regression

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54.36 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยามากที่สุด มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไปมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยเสี่ยงโรคอ้วน รับประทานเค็มและหวาน และไม่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี และต้องดูแลทุกวัน ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ดูแลหนักใจมากที่สุดคือ การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ปัญหาจิตใจ และการพูดสื่อสารไม่เข้าใจ ภาระการดูแลระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลคือ คุณภาพชีวิต และจำนวนบุตร โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 19.30 ($p < .001$) ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ศักยภาพการดูแล คุณภาพชีวิต ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884

Factors Influencing the Care Potential of Family Caregiving for Stroke Survivors in Urban

Sunthara Liangchawengwong Ph.D[1]

(Received Date: April 14, 2024, Revised Date: June 9, 2024, Accepted Date: June 17, 2024)

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine the sociodemographic factors, burden, and quality of life influencing the care potential of family caregiving for survivors of stroke. The sample consisted of 256 stroke patients' caregivers living in Rangsit Municipality, Thanyaburi District, Pathum Thani Province. They were selected using purposive sampling method. The research instruments were composed of questionnaires on 1) sociodemographic data, 2) burden, 3) quality of life, and 4) potential care. Using CVI for instrument assessment, the questionnaires' validity values were 0.97, 1.0, and 0.92, and their Alpha Cronbach's coefficient reliability values were 0.93, 0.92, and 0.92, respectively. The data was analyzed using Pearson's product moments, chi-square tests, and stepwise multiple regression statistics.

The research results revealed that most of the caregivers were female, with a mean age of 54.36 years and their highest education level was primary school. Additionally, most of them were not working and the family income was less than 10,000 baht per month. as the most common relationship between the caregivers and care-receivers was husband and wife. Most of the caregivers had two or more comorbid diseases, with the most common being high blood pressure and hyperlipidemia. Regarding the caregivers' obesity risk factors, their poor habits included eating salty and sweet foods and not exercising. The stroke patients' problems the caregivers worried about the most were impaired physical movement, mental problems, and incomprehensible communication. The analysis revealed the burden was at a moderate level, they had good quality of life, and a moderate of potential care. The influential factors predicting the care potential of caregivers were quality of life and number of daughters. Together, these factors can predict 19.30 percent ($p < .001$) of the variance. The results of this study provide significant information for developing and improving the care potential of caregiving for survivors of stroke.

Keywords: health care potential, quality of life, caregiver burden, stroke caregivers

[1]Assistant professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

[1]Corresponding author, E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke มีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ทุก ๆ 3 วินาที หรือผู้ป่วยรายใหม่ 12.20 ล้านคนต่อปี และโรคมีความรุนแรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรทั่วโลกสูงถึง 6.50 ล้านคนต่อปี[1] ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประชากรประมาณ 80 ล้านคนที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีประสบการณ์จากโรคหลอดเลือดสมอง และมากกว่า 50 ล้านคนต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการของร่างกาย (Disability)[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2566 พบว่าจำนวนโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 69[2] ท่ามกลางยุคสังคมผู้สูงอายุและช่วงภายหลังการเกิดสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ. 2560-2564 มีจำนวน 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22, และ 330.72 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มในปีพ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้น 2.3 เท่า โดยมีสถิติอยู่ที่ 378 ต่อแสนประชากร[2] มีอัตราตายในปี 2560-2563 เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8 และ 47.1 ตามลำดับ และเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุด 44.3 คนต่อแสนประชากร ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ และมีผลกระทบต่อกำลังคนในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่รุนแรง[3,4] เนื่องจากสมองเสียหน้าที่จากการขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือผลกระทบต่อการควบคุมร่างกายแบบใดแบบหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดลำบากพูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ จิตใจอารมณ์แปรปรวน การคิด ความจำบกพร่อง (Cognition) เดินเซ การทรงตัวลำบาก มีอาการปวดในร่างกาย ปวดศีรษะ เป็นต้น ผลกระทบของโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะด้านร่างกาย และจิตใจลดลง เป็นผลทำให้ศักยภาพการดูแลตนเองลดลง กระทบต่อการทำกิจวัตประจำวัน การทำงาน และการเดินทาง ซึ่งผู้ป่วยเกินร้อยละ 50 ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล[1]

สถานการณ์เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดภาระการดูแลที่ซับซ้อน ทั้งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังการเจ็บป่วย รวมทั้งภาวะของโรคยังสามารถเกิดซ้ำได้ใหม่ เช่น ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด (Transient Ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยร้อยละ 5 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 วัน และร้อยละ 10 ภายใน 1 สัปดาห์ถึง 3 เดือน[5] ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute stroke) การเกิดซ้ำได้รุนแรงในช่วงหลังการป่วย 1 สัปดาห์ถึง 1 เดือน และในระยะ 1 ปีแรกเกิดซ้ำได้ ร้อยละ 3-22 และ 1-5 ปีเกิดซ้ำได้ ร้อยละ 3-20 โดยมีอัตราเสียชีวิตใน 30 วันแรก ร้อยละ 20[6] ในคนไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซ้ำ ร้อยละ 38.90[7] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญตลอดระยะของการเจ็บป่วย นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงของพยาธิสภาพ เกิดการขาดเลือดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ ภายหลังเกิดโรค จะมีผลต่อสมรรถนะร่างกาย ความคิด ความจำ และจิตใจทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง (Formal and informal caregiver) โดยเป้าหมายการดูแลคือให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับมาดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ใกล้เคียงหรือเท่าเดิม ผู้ดูแลและการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญนอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ร่างกายรอดพ้นจากภาวะพิการถาวร ภาวะพิการซ้ำซ้อน การเกิดโรคซ้ำ และลดอัตราตายของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง[1] ผู้ดูแลที่ดีมีศักยภาพในการดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลคือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด หรือเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแทบทุกวัน

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดพยาธิสภาพความผิดปกติการควบคุมจิตใจ อารมณ์ ความคิด ความจำ และบุคลิกภาพ ดังนั้นศักยภาพของผู้ดูแลจึงไม่เพียงแต่ดูแลด้านร่างกายยังต้องเป็นแรงสนับสนุนและประคับประคองด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงใหญ่หรือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสังคม บทบาทหน้าที่การงานสถานะในครอบครัว ในชุมชน และสังคม รวมทั้งการเจ็บป่วยทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาในสภาวะที่ครอบครัวขาดคนทำงานหารายได้ ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด มีภาวะกดดันทุกๆ วัน ภาวะวิกฤตนี้เป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยที่จะจัดการได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในช่วงหลังการเจ็บป่วยจนถึง 1 ปีแรก[1] ซึ่งมีตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุไว้ว่าเป็นช่วงเวลาเสมือนตกนรก ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความยากลำบากและทุกข์ทรมานมาก[8,9] ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยแต่ละรายประมาณ 100,000 บาทต่อปี และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประมาณ 12,691 บาทต่อเดือน[10]

ดังนั้นถ้าเป็นผู้ดูแลเดี่ยว ไม่มีรายได้ ขาดแรงสนับสนุนหรือไม่มีผู้ดูแลสำรองคอยช่วยเหลือไม่มีญาติหรือบุตรคอยช่วยเหลือผู้ดูแลเพียงลำพังจะมีภาระหนักทุกด้าน ก่อให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ตึงเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ หลับไม่สนิทในแต่ละคืน เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งก็จะเกิดภาวะเหนื่อยล้า (Caregiver burden) ความตึงเครียด (Caregiver strain) และภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver burnout) ตามมาได้[11-13] ภาระการดูแลจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ประสิทธิภาพในการคิด ความจำ กำลังร่างกายน้อยลง ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด เกิดการขัดแย้งกับผู้ป่วยและคนในครอบครัวได้ ภาระการดูแลจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแล หรือส่งผลกระทบต่อศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย

ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามปกติครอบครัวจะใช้เวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 7 ชั่วโมงต่อวันในระยะที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานยา การขับถ่าย เป็นต้น ภาระการดูแลที่หนักทำให้ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความรู้และฝึกทักษะให้ทำเป็นก่อนที่จะต้องมาดูแลผู้ป่วย และควรเป็นไปตามลำดับระยะความเจ็บป่วย[14] ไม่ควรฝึกเพียงครั้งเดียว จะทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแล (Potential of health care) ทำให้การดูแลมีคุณภาพ กระชับและช่วยลดภาระการดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น[15] การส่งเสริมศักยภาพการดูแลให้ผู้ดูแลสามารถทำได้โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะและการปฏิบัติการดูแลที่ดี ช่วยลดความตึงเครียดของการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดภูมิต้านทานต่อสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะเกิดผลดีเนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากที่สุด[16] ทำให้ภาระการดูแลเป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ลักษณะธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอและเป็นระบบ หรือการให้ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ที่พบว่า อาจไม่สอดคล้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่ เช่น พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา แต่สิ่งที่ผู้ดูแลต้องพบอาจเป็นความจริงที่ว่า ต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 3 เวลา ซึ่งอาจมียาหลายเม็ด และผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก หรือไม่ยอมรับประทานยาทำให้สิ่งที่ได้รับความรู้มา อาจไม่ได้ช่วยลดภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นจริง[1,14] ความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่มีความพร้อมต่อบทบาทผู้ดูแลที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ผู้ดูแลจึงเกิดความตึงเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และเศรษฐกิจ ส่งกระทบทำให้เกิดภาวะถดถอยของคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง อาจมีผลมาจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและภาวะภูมิหลังของผู้ดูแลด้วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร โรคประจำตัว และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[16]

ศักยภาพการดูแล เป็นคุณสมบัติที่มีประสิทธิภาพที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลที่จะดูแลสุขภาพของตนเองหรือผู้อื่น แสดงถึงการจัดการตนเองด้านสุขภาพ (Self-management) ได้อย่างเหมาะสม มีการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยี มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล เป็นความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพื่อบำบัดรักษาและการป้องกันโรคเกิดซ้ำ การมีศักยภาพการดูแลที่ดีแม้มีสถานการณ์คับขัน เช่น ในระยะการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลเริ่มต้นการดูแลตนเองได้ลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์หรือโรงพยาบาล มีการคิดออกแบบเพื่อการดูแลสุขภาพหรือดูแลความเจ็บป่วยของตนเองได้[17] ศักยภาพของผู้ดูแลเป็นความสามารถที่เกิดจาก 3 องค์ประกอบคือ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้ (Health knowledge) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคและความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเข้าใจแนวทางในการพัฒนาและฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา สามารถกลับเข้าสู่ชุมชน กลับไปทำงานได้ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำหรือภาวะวิกฤตของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้อีก ทักษะการดูแล (Caring skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ไม่เคยมีมาก่อนแต่ได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจากฐานความรู้นั้นจนปฏิบัติได้หรือจนเกิดความชำนาญ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความสามารถของผู้ดูแลหลักที่เกิดจาก

การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกระยะของการเจ็บป่วย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นทักษะการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น ทักษะการดูแลสุขอนามัย การทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การลดความเครียด เป็นต้น การปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Health care) หมายถึง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และจิตใจตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การปฏิบัติดูแลนี้จึงเป็นการกระทำเพื่อดูแลผู้ป่วยตามระยะเวลา ดังนั้นการประเมินศักยภาพการดูแลจึงจำเป็นต้องประเมินเป็นระยะ ๆ ตามการดูแลในปัจจุบัน การศึกษานี้มีฐานการศึกษาในเขตเทศบาลนครรังสิต (Rangsit City Municipality) อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ซึ่งเป็นตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง จากรายงานพบว่าเป็นจังหวัดที่สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูง ในปีพ.ศ. 2559 - 2562 มีจำนวน 397.24, 377.79, 399.02 และ 417.39 ตามลำดับ ต่อแสนประชากร[18,19] ทั้งนี้ชุมชนในเขตเทศบาลนครรังสิต เป็นชุมชนเมืองที่มีการเติบโตทุกด้านทั้งภาคเศรษฐกิจพาณิชย์ ภาคอุตสาหกรรม ชุมชนมีการขยายตัวเป็นสังคมเมืองเต็มตัวแทนที่สังคมเกษตรดั้งเดิมที่เคยมีมา ดังนั้นชุมชนนี้จึงเป็นตัวแทนที่ดีของการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของสังคมเมืองที่กำลังขยายตัว รวมทั้งมีประชากรกลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 30-60 ปีขึ้นไป จำนวน 49,303 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 62.31[19]

โรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครรังสิต ที่มีความพิการร่วมด้วยทำให้เกิดความทุกข์มากขึ้นโดยเฉพาะในระยะการฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษานำร่องโครงการบริการวิชาการเรื่อง รู้เท่าทันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และลงพื้นที่สำรวจข้อมูลพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลมีลักษณะของผู้ป่วยในชุมชนเมือง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากความพิการที่ไม่ฟื้นคืนสภาพร่างกายได้ดังเดิม มีภาวะติดเตียง อายุมาก ส่วนหนึ่งดูแลตนเองได้อย่างยากลำบากต้องอยู่ติดบ้าน ผู้ป่วยส่วนน้อยที่เข้าสู่สังคมได้ แต่ก็มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีผู้ป่วยในการดูแลพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบทั้งหมด และส่วนใหญ่รู้สึกเป็นทุกข์เพราะรู้สึกว่าไม่สามารถฟื้นฟูร่างกายได้ ขาดความรู้ ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวัง เครียด และซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งระบุอยากฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ถ้าสมาชิกครอบครัวต้องไปทำงาน ไม่สามารถดูแลได้จะทำให้ผู้ป่วยถูกละเลยการดูแล การจ้างผู้ดูแลจากศูนย์มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรองนั้น พบว่ามีการจ้างน้อยมากเนื่องจากปัญหาในด้านเศรษฐกิจ และการขาดแคลนผู้ดูแลรับจ้าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามสังคมผู้สูงอายุ และมีผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง หรือถูกละเลยการดูแลเป็นจำนวนมากในชุมชน นอกจากนี้ปัญหาขาดแคลนผู้ดูแลอาจเป็นผลมาจาก ภาระการดูแลที่หนัก สมรรถนะหรือศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลต่ำทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะหมดไฟและเบื่อหน่ายละทิ้งการดูแลผู้ป่วย[20] จากปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าว การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาลักษณะผู้ดูแลทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ปัญหาภาระการดูแล คุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในชุมชนเมืองโดยศึกษาในเขตเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี

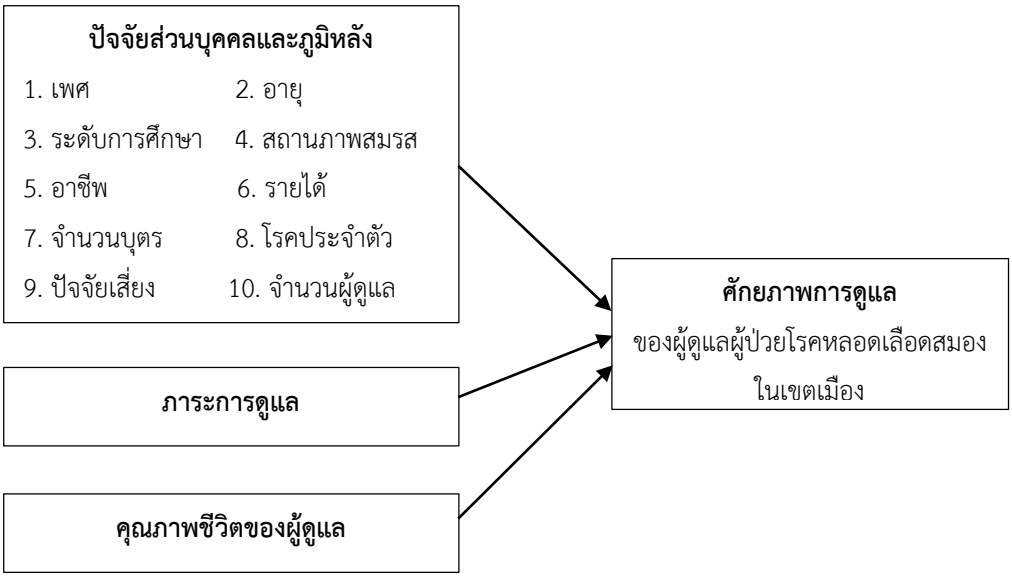
ผลการศึกษาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำกัด มีเพียงการศึกษาสมรรถนะการดูแล ความสามารถในการดูแล การให้ความรู้และทักษะ หรือการส่งเสริมการดูแล ทั้งนี้เป็นการศึกษาในมิติความรู้ในการปฏิบัติ หรือทักษะการดูแลก่อนกลับบ้านเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีการศึกษาครอบคลุม 3 มิติของศักยภาพการดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติดูแลเมื่อกลับจากโรงพยาบาล และต้องอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาระการดูแลที่หนัก และมีคุณภาพชีวิตตรงข้ามกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[21] สาเหตุสำคัญอาจเนื่องมาจากศักยภาพการดูแลที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในประเด็นของ ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีผลกระทบต่อศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในมิติของผู้ดูแลหลักขององค์การอนามัยโลก[22,23] โดยเน้นที่ระดับจุลภาค (Micro level) หรือระดับบุคคล (Individual level) คือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาอิทธิพลทำนายต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วิเคราะห์อิทธิพลทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิต ต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ขององค์การอนามัยโลก[22,23] การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแนวใหม่ (Innovative Care for Chronic Conditions: ICCC) หรือรูปแบบนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ที่ขยายจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เป็นรูปแบบที่มีการบูรณาการตัวแปรหรือองค์ประกอบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมถึงองค์ประกอบด้านนโยบายบริบทชุมชนและสถานบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการศึกษาในมิติผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่จำเพาะ[1] มีภาระการดูแล และเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล การสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยการสนับสนุนความรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติดูแล และการประเมินค่าตามระยะเวลาของการดูแลโดยเริ่มตั้งแต่เมื่อเกิดอาการจนถึงกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนแบ่งเป็น 5 ระยะคือ ระยะเหตุการณ์และวินิจฉัยโรค ระยะอาการคงที่ ระยะเตรียมกลับบ้าน ระยะปฏิบัติดูแลที่บ้าน และระยะปรับตัว[14] การสนับสนุนศักยภาพผู้ดูแลต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง จำนวนผู้ดูแล ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional design หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ขอบเขตด้านระยะเวลาการศึกษา ศึกษาภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 รหัสโครงการ 118/2562 25 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง 24 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ขอบเขตพื้นที่คือ เขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ทั้งหมด 81 ชุมชน 6 หมู่ แต่ละพื้นที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี แบบถาวร โดยเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และดูแลต่อเนื่อง

2) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือเป็นโรคระยะร้ายแรง

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

1) ผู้ดูแลขอยุติการเข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

2) ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพลระดับต่ำ (Effect size) .20 เนื่องจากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เฉพาะมีการศึกษาจำนวนน้อย กำหนดค่า α = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.95 คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันหน่วยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (Attrition rate) ร้อยละ 15[24] ได้กลุ่มตัวอย่างได้ประมาณ 362 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง (Sociodemographic data) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ดูแล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลคือ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง จำนวนผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ (Checklist)

2. แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแล (Caregivers' Burden Scale) ประเมินได้จากแบบประเมิน Burden on Caregivers of Stroke Survivors in South Korea ของ Choi-Kwon และคณะ[25] ประกอบด้วย การประเมินภาระการดูแล 5 ด้านคือ 1) ด้านความรู้สึกตึงเครียดทั่วไป 2) การทำหน้าที่ดูแล 3) ความรู้สึกแยกตัวและความผิดหวังท้อแท้ ความรู้สึกกระทบกระเทือนอารมณ์ 4) ด้านปัญหาค่าใช้จ่าย และ 5) ด้านปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 จำนวน 30 ข้อ ช่วงคะแนน 0 - 120 คะแนน เกณฑ์การแปลคะแนนโดยนำคะแนนรวมมาทำให้เต็ม 4 คะแนน และแบ่งเป็น 4 ระดับ ระดับต่ำ (0 – 1) หมายถึง มีภาระการดูแลน้อยหรือไม่มี ระดับปานกลาง (1.01 - 2.00) ระดับมาก (2.01 – 3.00) และระดับมากที่สุด (3.01 – 4.00) หมายถึงมีภาระการดูแลหนักที่สุด

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Caregiver's Quality of Life) เป็นแบบสอบถามด้านชีวิตความเป็นอยู่และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล โดยสามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic Quality of Life) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย WHOQOL–BREF–THAI แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[26] ประกอบด้วยข้อคำถามด้านภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย (Physical domain) มีข้อคำถาม 7 ข้อ 2) ด้านความคิดและจิตใจ (Cognitive-Psychological domain) มีข้อคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ความพึงพอใจต่อความคิดและจิตใจของผู้ดูแล 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) มีข้อคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคล ความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต รวมข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 - 5 ช่วงคะแนนรวม 1 -130 แบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ ค่าคะแนน 26-30 คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-91 คุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คุณภาพชีวิตดี

4. แบบสอบถามศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล (Caregivers' Potential Care) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะการดูแล และการปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินด้านความสามารถหรือคุณสมบัติที่มีประสิทธิภาพแฝงที่มีอยู่ของบุคคลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งประเมินการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัว (Family self-management) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้าน คะแนนรวมและคะแนนรายด้าน มีเกณฑ์การแปลคะแนนโดยนำคะแนนรวมมาทำให้เต็ม 4 คะแนน และแบ่งเป็น 4 ระดับ ระดับต่ำ (0 – 1 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.01 - 2.00 คะแนน) ระดับดี (2.01 – 3.00 คะแนน และระดับดีมาก (3.01 – 4.00 คะแนน)

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบและไม่แน่ใจ คะแนนรวม 0 - 21 คะแนน

ด้านที่ 2 ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความชำนาญหรือความคล่องในการปฏิบัติ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 3 ตั้งแต่ทำไม่ได้เลย คะแนน 0 ทำได้เบื้องต้น คะแนน 1 ทำได้ค่อนข้างคล่อง คะแนน 2 และทำได้อย่างชำนาญ คะแนน 3 คะแนนรวม 0 - 36

ด้านที่ 3 การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลที่ผู้ดูแลทำหรือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 0 - 4 ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนน 0 ปฏิบัติน้อย คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งหรือปานกลาง คะแนน 2 ปฏิบัติบ่อยมาก คะแนน 3 และปฏิบัติบ่อยครั้งหรือทำเป็นประจำ คะแนน 4 คะแนนรวม 0 - 48

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการพยาบาลขั้นสูงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และภาษา โดยนำเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 - 4 ปรับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ คะแนน 1 ข้อความมีความสอดคล้องน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 4 ข้อความมีความสอดคล้องมากที่สุด เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน โดยผู้วิจัยจะพิจารณาข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 นำไปคำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป[24] ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 - 4 ได้ 0.92, 0.97 และ 0.87 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขแล้ว ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93, 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงนายกเทศมนตรีนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งขออนุมัติเข้าพื้นที่พบอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจะเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลารวบรวมข้อมูล โดยทีมผู้วิจัย 2 คน จะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. สำรวจรายชื่อประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเทศบาลนครรังสิต จากนั้นคัดเลือกรายชื่อผู้ดูแลตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลยินดีให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ดูแล ภาระการดูแล คุณภาพชีวิตและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจะทิ้งแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ดูแลตอบและจะนัดหมายเพื่อมาเก็บข้อมูลอีกครั้งเมื่อมาเก็บแบบสอบถาม ถ้ามีข้อใดยังไม่ได้ตอบ ผู้วิจัยจะขอสอบถามเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่าน เช่น สายตามองไม่ชัด ผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์ทีละข้อ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบจนครบ และอาจใช้การสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 3 ครั้งตามเวลาที่ผู้ดูแลสะดวก แต่ละครั้งใช้เวลา 30-45 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องหรือความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ซึ่งจากผลการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ 2 - 3 ครั้งหรือทิ้งแบบสอบถามไว้ให้ผู้ดูแลหลัก 1-3 วันได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 256 ฉบับ มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ 6 ฉบับ และมีผู้ดูแลปฏิเสธ เนื่องจากไม่ว่าง ติดธุระจำนวน 5 ราย รวมเป็น 11 ฉบับคิดเป็น ร้อยละ 4.12

จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 รหัสโครงการ 118/2560 ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่และเก็บข้อมูล โดยเข้าพบนายกเทศมนตรีนครรังสิต ชี้แจงโครงการวิจัย นัดหมายเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาวิจัย ความปลอดภัยของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และอธิบายให้เข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา หรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลหรือตีพิมพ์งานวิจัย ทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) Version 21 กำหนดระดับความเชื่อมั่น α = 0.05 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval scale) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient) ทดสอบความปกติการกระจายของข้อมูล Multicollinearity และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพ และบทบาทผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยใน 81 ชุมชนของเขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 256 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.70 อายุเฉลี่ย 54.36 (S.D. = 14.50) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46-60 ปี ร้อยละ 42.58 กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 39.06 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 มีสถานภาพเดี่ยว คือ โสด หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 32.00 จำนวนบุตร 1 - 3 คนมากที่สุด ร้อยละ 66.80 ระดับการศึกษามากที่สุดระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 45.31 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ร้อยละ 36.72 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 17.97

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษียณ เป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และเจ้าของกิจการ ค้าขาย ร้อยละ 19.14 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากที่สุดคือน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.38 และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.91 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันมากที่สุด คือเป็นสามี ภรรยา ร้อยละ 41.41 รองลงมาคือ เป็นบุตร ร้อยละ 33.20

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.02 โดยระบุว่ามีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 9.47 มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 90.53 โรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.17 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.28 โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.22 โรคข้อกระดูก เข่าเสื่อม เกาต์ ร้อยละ 23.08 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 1 อย่างขึ้นไป ร้อยละ 91.41 ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ รับประทานอาหารเค็มหรือหวานจัด ร้อยละ 72.65 รองลงมาคือ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 60.26 รับประทานผักและผลไม้น้อย ร้อยละ 28.21 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.39

ด้านบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบปัญหาหนักใจในการดูแลมากที่สุดคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ร้อยละ 65.63 รองลงมาคือ ปัญหาจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ซึมเศร้า อารมณ์ก้าวร้าว ร้อยละ 59.77 ปัญหาบกพร่องการพูด การสื่อสาร ร้อยละ 46.48 และปัญหาขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 31.25 ปริมาณเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาจากทำงาน ร้อยละ 83.98 รองลงมาคือดูแลแบบอยู่ด้วยกันทั้งกลางวันและกลางคืน ร้อยละ 56.64 และดูแลเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ร้อยละ 33.59 จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยคือ ดูแลทุกวัน 7 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ภาระการดูของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 1.17, S.D.= 0.80) คุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี (Mean= 2.23, S.D.= 0.55) ศักยภาพการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 1.17, S.D.= 0.40) โดยดีศักยภาพการดูแลรายด้านต่ำที่สุดในด้าน ความรู้ในการดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 256)

ศักยภาพการดูแล	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (S.D.)	การแปลผล
ภาระการดูแล	0-120	1.17 (0.80)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิต	0-104	2.32 (0.55)	ดี
ศักยภาพการดูแล รายด้าน			
1. ความรู้ในการดูแล	0-21	1.36 (0.61)	ปานกลาง
2. ทักษะการดูแล	0-36	1.94 (0.85)	ปานกลาง
3. การปฏิบัติดูแล	0-48	1.94 (0.85)	ปานกลาง
ศักยภาพการดูแล โดยรวม	0-105	1.17 (0.40)	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาระการดูแล คุณภาพชีวิต ต่อศักยภาพการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คุณภาพชีวิตมีค่าความสัมพันธ์สูงที่สุด (r =.360 p<.001) ส่วนปัจจัยพื้นฐานและภูมิหลังพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดูแลในระดับปานกลางคือ รายได้ จำนวนบุตร โรคประจำตัว ส่วนภาระการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าสถิติของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ค่า R และ R square ของแต่ละขั้นตอนและค่าผิดพลาดของการคาดประมาณด้วยสมการ (Standard error of the estimate) แสดงถึงความสามารถของตัวแปรในแต่ละขั้นตอนโดยการเปรียบเทียบค่ายกกำลังสองของสมการถดถอยเปรียบเทียบค่ายกกำลังสองของส่วนที่เหลือเพื่อหาค่า F ซึ่งผลรวมของรูปแบบที่ 2 ทำให้ได้ค่า R square สูงที่สุดคือ 0.193 Durbin-Watson =2.178 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คุณภาพชีวิต (β = .295, p< .001) และ จำนวนบุตร (β = -.042, p< .05) สามารถร่วมกันทำนายศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 19.3 (R^2 = .193 p< .05) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงค่าสถิติของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล (n = 256)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.408[a]	.166	.161	.357	
2	.440[b]	.193	.183	.351	2.178

a. Predictors: (Constant), คุณภาพชีวิต

b. Predictors: (Constant), คุณภาพชีวิต, จำนวนบุตร

c. Dependent Variable: ศักยภาพการดูแล

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล (n = 256)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.406	.127		3.189	.002
	คุณภาพชีวิต	.314	.055	.408	5.701	.000
2	(Constant)	.542	.139		3.909	.000
	คุณภาพชีวิต	.295	.055	.383	5.363	.000
	จำนวนบุตร	-.042	.018	-.166	-2.324	.021

a. Dependent Variable: ศักยภาพการดูแล

การอภิปรายผล

1. ลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาสำรวจปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ดูแลของ National Family Caregivers Association ประเทศสหรัฐอเมริกาจากฐานข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย 54 ล้านคน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 อายุ 18 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 46 - 57 ปี มีความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยามากที่สุด[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ da Costa และคณะ[27] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.50 อายุเฉลี่ย 47.34 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน ส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีของสังคมโดยทั่วไป เพศหญิงจะมีบทบาทเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่รับผิดชอบงานบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ส่วนเพศชายจะมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เนื่องจากเป็นวัยที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านหรือเป็นแม่บ้านทำงานบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยนี้[28] ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลในประเทศไทย[28] นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาประถมศึกษา อาชีพรับจ้างหรือทำงานบ้าน และ 1 ใน 4 ไม่มีงานทำ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดในกลุ่มคนรายได้น้อยหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ มากกว่าคนระดับกลางหรือสูงซึ่งมีรายได้ครอบครัวมาก[1,28] เนื่องจากคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีย่อมมีความเสี่ยงต่อการได้รับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอล มีน้ำตาลสูง หรือเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารน้อย หรือเมื่อเลือกรับประทานคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมักจะไม่ได้เลือกโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ หรือไม่มีความรู้ในการคัดเลือกอาหารในการบริโภค และเนื่องจากความขัดสนทำให้ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงชีพและไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ตรวจร่างกายเป็นประจำ หรือทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด จะทำได้น้อยกว่าและไม่มีเวลาเท่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า เป็นผลให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าและอุบัติการณ์ของโรคในคนกลุ่มนี้ในช่วงวัยทำงานหรือวัยกลางคนได้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ[1,29] ลักษณะที่สำคัญที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครรังสิต ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อเสื่อม และโรคอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ รับประทานอาหารเค็ม หวาน และไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองมีโรคเรื้อรังประจำตัว[28,30] ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานลดลง เพศหญิงจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ทำให้ร่างกายสะสมของไขมัน และเป็นวัยที่การใช้พลังงานต่ำ ไม่ออกกำลังกาย และไม่ได้ทำงาน ทำให้อ้วนและเป็นปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมต่อการเกิดโรคเรื้อรังสะสมมานาน ผนวกกับความเสื่อมตามวัย ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ไม่ดี ทำให้การดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคทำได้ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ ผู้ดูแลก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยจนมีคำกล่าวว่าเป็นเสมือนผู้ป่วยคนที่ 2[1,31] ในครอบครัว

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดูแลคือ คุณภาพชีวิต และจำนวนบุตร พบว่ามีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง (r = -.470 และ .360, p< .01) ลักษณะส่วนบุคคลและภูมิหลังที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยง มีผลทางลบต่อสุขภาพของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลสูง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะพิการรุนแรง ซึ่งต้องการผู้ดูแลแข็งแรง ถ้าผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถออกแรงได้เต็มที่ และเกิดอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดี ผลกระทบจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ทั้งที่ใจอยากดูแล ผู้ดูแลที่มีต้นทุนด้านสุขภาพดีย่อมสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ มีความเครียดจากการดูแลต่ำ โดยผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Septianingrum และคณะ[33] ที่พบว่า ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ อายุ เพศ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส (p < .001) ทุกตัวแปรยกเว้น ระดับการศึกษา (p = 0.452) อธิบายได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลในแต่ละท้องที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ทำให้การศึกษาหลายการศึกษาพบความไม่แน่นอนของตัวแปรเหล่านี้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระบบสังคมและการช่วยเหลือของรัฐ อย่างไรก็ตามอิทธิพลของตัวแปรที่ตรวจพบได้ในแต่ละชุมชนจะสอดคล้องกับชุมชนนั้นๆ มีประโยชน์ใช้เป็นแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลในแต่ละท้องที่ให้เหมาะสมกับลักษณะแต่ละบุคคลได้

3. อำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต ต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทำนายพบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายศักยภาพการดูแลคือ จำนวนบุตร (β = .-0.42, p< .05) และคุณภาพชีวิต (β = .295, p< .01) ร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 19.3 ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น ความรู้ ทักษะการดูแล และการปฏิบัติดูแล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพการดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.17, S.D. = 0.40) เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยศักยภาพการดูแลรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลต่ำที่สุดในด้านความรู้ในการดูแล (Mean = 1.36, S.D. = 0.61) รองลงมาคือ ด้านทักษะในการดูแล (Mean = 1.94, S.D. = 0.85) และการปฏิบัติดูแล (Mean = 1.94, S.D. = 0.85) ตามลำดับ

ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังคือ จำนวนบุตรมีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลได้ อธิบายได้ดังนี้ จำนวนบุตร ซึ่งจากผลการศึกษาผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 78.50 จำนวนบุตร 1-3 คนมากที่สุด ร้อยละ 66.80 ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีสมาชิกที่คอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หรือมีผู้ดูแลสำรองที่คอยช่วยเหลือที่ผู้ดูแลหลัก ช่วยผ่อนแรง ลดความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลคนเดียว ทำให้มีเวลานอน หยุดพักได้ การมีผู้ดูแลหลายคนในครอบครัว (Multiple caregivers) ทำให้ภาระการดูแลลดลง และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[29] รวมทั้งทำให้มีการแสวงหาข้อมูลการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทักษะ การดูแลและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทำได้มากขึ้น ผู้ดูแลหลายคนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่น (Self-efficacy) ในการปฏิบัติดูแลได้เพิ่มขึ้น[29] ผู้ดูแลที่มีจำนวนบุตรน้อยจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียด และภาระการดูแลมาก[28,32] ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่รู้สึกมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ และฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าด้วย รวมทั้งผู้ดูแลที่มีรับรู้การดูแลว่าเป็นภาระที่หนักจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแปรปรวนด้านจิตใจคือ มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่พร้อมในการเรียนรู้พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย หรือบางคนดูแลให้เสร็จในแต่ละวันด้วยความเหนื่อยล้า ซึ่งก็มีผลกระทบต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหรือทำให้ศักยภาพการดูแลลดต่ำไปด้วย จำนวนบุตรหลายคนยังหมายถึง คนหารายได้หรือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีทางเลือกมากขึ้น ซึ่งการลดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลมีความกดดันด้านภาระการดูแลลดลง มีความพร้อมในการแสวงหาความรู้และพัฒนาการดูแลได้ดีขึ้น[34]

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่า มีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นอยู่หรือสภาวะชีวิตที่มีความผาสุกของบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้ความเชื่อวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคุณภาพชีวิตได้รับผลกระทบมาจากภาระการดูแลมากที่สุด[32-35] การศึกษานี้พบว่าภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตมีผลมาจากผลจากการทำหน้าที่ร่างกาย (Functional status) หรือภาวะสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งพาตนเอง (Independence) ซึ่งเป็นเสมือนความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติดูแล อย่างไรก็ตามอำนาจทำนายของคุณภาพชีวิต และจำนวนบุตร มีอิทธิพลทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.3 ซึ่งอาจพิจารณาได้ว่า ตัวแปรที่อิทธิพลต่อศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรภายในของผู้ดูแล (Internal factors) แต่อาจเป็นผลจากตัวแปรภายนอก (External factors) ได้แก่ การสนับสนุนของบุคคลากรทางการแพทย์ที่จะส่งเสริมการเรียนรู้ในการดูแล การฝึกทักษะ และการติดตามการปฏิบัติดูแลจริงของผู้ดูแลตั้งแต่เจ็บป่วย และหลังการเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ตามการเจ็บป่วยซึ่งอาจยาวนาน ซึ่งยังพบว่าการปฏิบัติจริงในการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลยังมีช่องว่าง (Gap of knowledge) และไม่มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความผันผวนของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม วัยเด็กและ วัยผู้ใหญ่ที่ลดลง สังคมเข้าสู่วัยสูงอายุ และสถานการณ์การเกิดโรคระบาด การขาดแคลนผู้ดูแลทำให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่าศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวม และรายด้านระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรพัฒนาศักยภาพการดูแลด้านความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามการดูแล ตามระยะตามการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแล การสนับสนุนผู้ดูแลรอง ได้แก่ บุตร หรือญาติ ร่วมด้วย

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องภายนอก การศึกษาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละระยะเวลาหรือมิติความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถนำมาพัฒนาผู้ดูแลให้มีศักยภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) ประจำปีงบประมาณ 2560

References

1. World Stroke Organization: WSO. Impact of stroke [internet]. 2024 [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2023 Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2024. P.93-100. (in Thai)
3. Tiamkao S. Situation of stroke disease. Thai Journal of Neurology. 2023;39(3):38-42. (in Thai)
4. Kanchanapibulwong A, Kumwangsanga P, Kaewta S. Kaewta S, editors. Situation of NCDs: diabetes, hypertension and related risk factors 2019: Report. 2019. Bangkok: Aksaorn Graphic and Design Publishing Limited. (in Thai)
5. Flach C, Muruet W, Wolfe CDA, Bhalla A, Douiri A. Risk and secondary prevention of stroke recurrence. Stroke. 2020;51:2435-44.
6. Zheng S, Yao B. Impact of risk factors for recurrence after the first ischemic stroke in adult: a systematic review and meta-analysis. J Clin Neurosci. 2019;60:24-30.
7. Temprom P, Phonphet C, Suwanno J, Chaimay B, Woradet S. Prevalence of high risk of recurrent stroke and factors associated with high risk of recurrent stroke among acute ischemic stroke patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2021;32(2):59-69. (in Thai)
8. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke evaluating Health-related quality of life using utility measurements. Stroke. 2015;37:193-8.
9. Hopman W, Vermer J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke. 2003;34:801-5.
10. Neurological institute of Thailand. Guidelines for rehabilitation for stroke patients. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2011 (in Thai)
11. Boakye H, Nsiah A, Bello AI, Quartey JNA. Burden of care and quality of life among caregivers of stroke survivors: influence of clinical and demographic variables. Br J Med Med Res. 2017;20(6):1-10.
12. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers: patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. Stroke. 1999;30:1517-23.
13. Celik A, Kara B. The relationship between the stroke survivors' functional status and their informal caregivers' burden and quality of life. AIMS Med Sci. 2019; 6(1):115-27.

14. Cameron JI, Gignac MAM. “Timing it right”: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. Patient Educ Couns. 2008;70:305-14.
15. Boonsin S, Deenan A, Wacharasin C. Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. Pac Rim Int J Nurs Res. 2021;25(1):102-13. (in Thai)
16. Okonkwo UP, Agbo CF, Lbeneme SC, et al. The burden and quality of life of caregivers of stroke survivors with cognitive impairment in selected healthcare facilities in Anambra State, Nigeria. Gerontol Geriatr Med. 2022;8:1-11.
17. Organization for Economic Co-operation and Development: OECD. Realizing the Potential of Primary Health Care: OECD Health Policy Studies. 2020.
18. Division of Non-Communicable Disease, Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Number and rate of stroke patients 2016-2019. [cited 2024 Apr 10]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020 (in Thai).
19. Division of Non-Communicable Disease, Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, inpatients databased, number and rate of stroke patients 2014. [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://dmh.go.th/test/download (in Thai).
20. Petchroung N, Pritatruk P, Thongkeang V. The study of continuing care for patients with cerebrovascular disease in primary care unit. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2013;14(1):25-34. (in Thai)
21. Moura A, Teixeira F, Amorim M, Henriques A, Nogueira C, Alves E. A scoping review on studies about the quality of life of informal caregivers of stroke survivors. Qual Life Res. 2022;31:1013-32.
22. World Health Organization. Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46(12):1569-85.
23. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manag Care Q. 1999;7(3):56-66.
24. Srisatichnarakur B. Development and validation of research instruments: psychometric properties. 2013. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House (in Thai)
25. Choi-Kwon S, Kim H-S, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(5):1043-8.
26. Ministry of Public Health, Department of Mental Health. World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI. [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf. (in Thai)
27. Da Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Burden over family caregivers of Elderly people with stroke. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015;19(2):350-5
28. Boonsin S, Deenan A, Wacharasin C. Factor influencing the burden of family caregiving for survivors of Stroke. Pac Rim Int J Nurs Res. 2021;25(1):102-12. (in Thai)
29. Yao B, Zheng S. Impact of risk factors for recurrence after the first ischemic stroke in adults: a systematic review and meta-analysis. J Clin Neurosci. 2019;60:24–30.

30. Tuttle D, Griffiths J, Kaunnil A. Predictors of caregiver burden in caregivers of older people with physical disability in rural community. PLoS ONE. 2022;17(11):1-13.
31. Tziaka E, Tsiakiri A, Vlotinou P, Christidi F, Tsiptsios D, Aggeloussis N, et al. Holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. Healthcare. 2024;12:1-31.
32. Uten U. Outcomes of care for stroke patient at home by coordinating the participation of the family care team and the community. 2022. Department of community and family medicine, faculty of medicine, Pathumtani: Thammasat University. (in Thai).
33. Septianingrum Y, Yusuf A, Widyawati IY, Sari RY, Wardani EM, Musfirah NR. et al. Factors associated with family caregiver readiness to care for post-stroke patients after hospital discharge. Discov Soc Sci Health. 2024;4:1-9.
34. Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. Health Qual Life Outcomes. 2018;16:57-63.
35. Ji-Hye L, Sook JM. Factors Influencing the quality of life of family caregivers of stroke patients: a cross-sectional survey. J Korean Fund Nurs. 2023;30(4):479-88.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง: การประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล

สุภาวดี นพรุจจินดา ปร.ด.[1]
ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์ ปร.ด.[1,4]
สุนิสา จันทร์แสง วท.ม.[2]
จตุพงษ์ พันธ์วิไล ปร.ด.[3]

(วันรับบทความ: 5 พฤษภาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 18 มิถุนายน พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 19 มิถุนายน พ.ศ.2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 34 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ กลุ่มทดลองได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล ที่ดำเนินการจำนวน 5 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และ 30 นาทีในสัปดาห์ที่ 5 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หาคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 ในทุกเครื่องมือ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทดสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.86 มีการวัดที่ระยะก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 1 และ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square Independent t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล เพื่อประเมินระดับสี และจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแต่ละสีเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม และควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สบช.โมเดล

---

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: purin2548@yahoo.com Tel: 092-8983554

Effect of Stroke Prevention Program in Risk Group of Older Adults: Application of PBRI Model

Supawadee Noparoojjinda Ph.D.[1]
Purin Srisodsaluk Ph.D.[1,4]
Sunisa Chansaeng Ms.c.[2]
Jatupong Phanwilai Ph.D.[3]

(Received Date: May 5, 2024, Revised Date: June 18, 2024, Accepted Date: June 19, 2024)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effect of a stroke prevention program for at risk groups of older adults regarding knowledge about stroke and stroke prevention behaviors. The participants (n=68) were recruited using multi-stage random sampling, divided into an experimental group and a control group, with 34 people per group, based on the inclusion criteria. The experimental group received a self-care manual to prevent stroke and participated in activities according to the stroke prevention program for risk groups of older adults that was conducted for five weeks with weekly organized activities lasting for two-hours in weeks 1-4 and 30 minutes in week five, while the control group received standard care. Data were collected by using knowledge about stroke questionnaires and a measure of behavior to prevent stroke in high-risk groups developed by the researchers. The quality of the measurements was determined by calculating the content validity index (CVI), calculated as 1.00 for all instruments. The reliability of knowledge about stroke questionnaire has a KR-20 value of 0.78 and the Cronbach's alpha coefficient of the preventive stroke behavior in high-risk groups questionnaire was 0.86. The data were collected before receiving the program and after the 1st week and the 4th week after the program ended. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square independent t-tests, and repeated measure ANOVAs.

The results found that, after participating in the program, the experimental group had an average score of knowledge about stroke and stroke prevention behaviors which were significantly higher than before they received program and compared to the control group. Suggestions from the research results: Healthcare providers should apply the concept of the PBRI model for assessing and classifying the patients into seven groups in relation to the patient's health status. Consequently, appropriate health promotion and prevention activities for older adults at risk of stroke in each category can be provided, so that the patients can adjust their behavior to prevent stroke appropriately. Furthermore, there should be use randomized controlled trials (RCT) for further study and following up on long term behavioral changes.

Keywords: stroke prevention program, risk group of older adults, PBRI model

---

[1]Instructor, Boromarajanoni College of nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2]Instructor, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculthy of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
[3]Registered nurse, Chiangmai Neurological Hospital, Department of Medical Services, Minister of Public Heath
[4]Corresponding Author, Email: purin2548@yahoo.com Tel: 092-8983554

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคนต่อปี คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 1 คนในทุก 3 วินาที และเสียชีวิตมากถึงปีละ 6.50 ล้านคน[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 เพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 26,768, 24,520 และ 29,058 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 69.87, 70.09 และ 70.42 ตามลำดับ การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ โดยปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 43,333, 44,360 และ 47,275 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 84.72, 85.21 และ 86.06 ตามลำดับ[2] โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่อายุ 60-74 ปี[3] และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกมากกว่า 9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 45-59 ปี[4] นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคอื่น ๆ มากกว่าในคนหนุ่มสาวซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นทั้งสิ้น จากสถิติจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่คุกคามประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือบุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการใช้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินระดับของความเสี่ยง คือ ระดับความดันโลหิต ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) การสูบบุหรี่ ระดับโคเลสเตอรอล การเป็นโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว[5,6] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง[7] และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เช่น ดัชนีมวลกายเกิน ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ โดยพบว่ากลุ่มที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 2-17 เท่าของคนปกติ และกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยง 2-4 เท่าของคนปกติ[8-12] ซึ่งจากอัตราดังกล่าวถ้ามีการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงถึงร้อยละ 30[13] และจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลงได้[14] จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่าการดูแลควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคหลอดเลือดสมองนอกเหนือจากการดูแลควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 90 เป็นปัจจัยที่สามารถดูแลและป้องกันได้ ดังนั้นการป้องกันโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention of stroke) จึงมีสำคัญเป็นอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลายประการ โดยมีหลักสำคัญในการป้องกันด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม[15] การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง[16] เพื่อนำไปสู่ความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง[17] แนวคิด สบช.โมเดล เป็นกลวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพผู้รับบริการ โดยการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยการใช้สีเป็นสื่อสัญลักษณ์เพื่อให้ประชาชนรับรู้สถานะภาวะสุขภาพตามระดับสีที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เห็นแนวโน้มของภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น หรือแย่ลงหากไม่ดูแลตนเองอย่างเข้มงวดหรือต่อเนื่อง โดยสามารถจัดกลุ่มของบุคคลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปกติ (สีขาว) 2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) 3) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) 4) กลุ่มโรคแทรกซ้อน (สีดำ)[18] เมื่อบุคคลรับรู้ระดับสีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของตนเองจะเกิดการรับรู้ความรุนแรง หรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ใช้หลักของการจูงใจให้บุคคลเกิดความกลัวหรือความรู้สึกถูกคุกคามจากการเกิดโรค จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับรู้ความเสี่ยงต่อโรคและรับรู้ความรุนแรงต่อโรค และเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมนั้นมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้[19] รวมทั้งต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[20] ทั้งนี้กระบวนการเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจจะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิด สบช. โมเดล ที่บุคคลมีการรับรู้ระดับสีของตนเองและตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนเองเปลี่ยนไปในระดับสีที่ดีขึ้นส่งผลต่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา[18] แนวคิดนี้จึงเป็นกลยุทธ์การแพทย์เฉพาะราย (Personalized medicine) และการปฏิบัติโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered approach) ที่ยึดมุมมองของบุคคลเป็นศูนย์กลางในการดูแลและความปรารถนาของมุมมองของผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มากขึ้น[21] ซึ่งวิธีนี้จะใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล (Tailored approach) และวิธีการบูรณาการ (Integrative approach) ที่เกี่ยวข้องถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม อารมณ์และร่างกายในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[22]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้แนวคิดสบช โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น[23-25] แต่ยังไม่พบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการศึกษาแม้ว่าโปรแกรมที่ใช้มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาของการวิจัยได้ แต่ไม่ได้ศึกษาผลที่เกิดขึ้นต่อมาภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และการวิจัยที่ผ่านมาจะออกแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีความสามารถและการรับรู้ที่แตกต่างกัน หากผู้สูงอายุเหล่านี้ทุกคนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่คาดหวังจากการได้รับความรู้ที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับการรับรู้และภาวะสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติแบบใช้วิธีการเดียวกับทุกคน (One size fits all) จึงไม่น่าเหมาะสมและไม่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับสีเหลือง สีส้ม และสีแดงตามแนวคิด สบช.โมเดล เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้และปรับพฤติกรรมที่เฉพาะกับแต่ละบุคคลตามระดับสีส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง สามารถป้องกันเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรสุขภาพในการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองส่งผลถึงการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

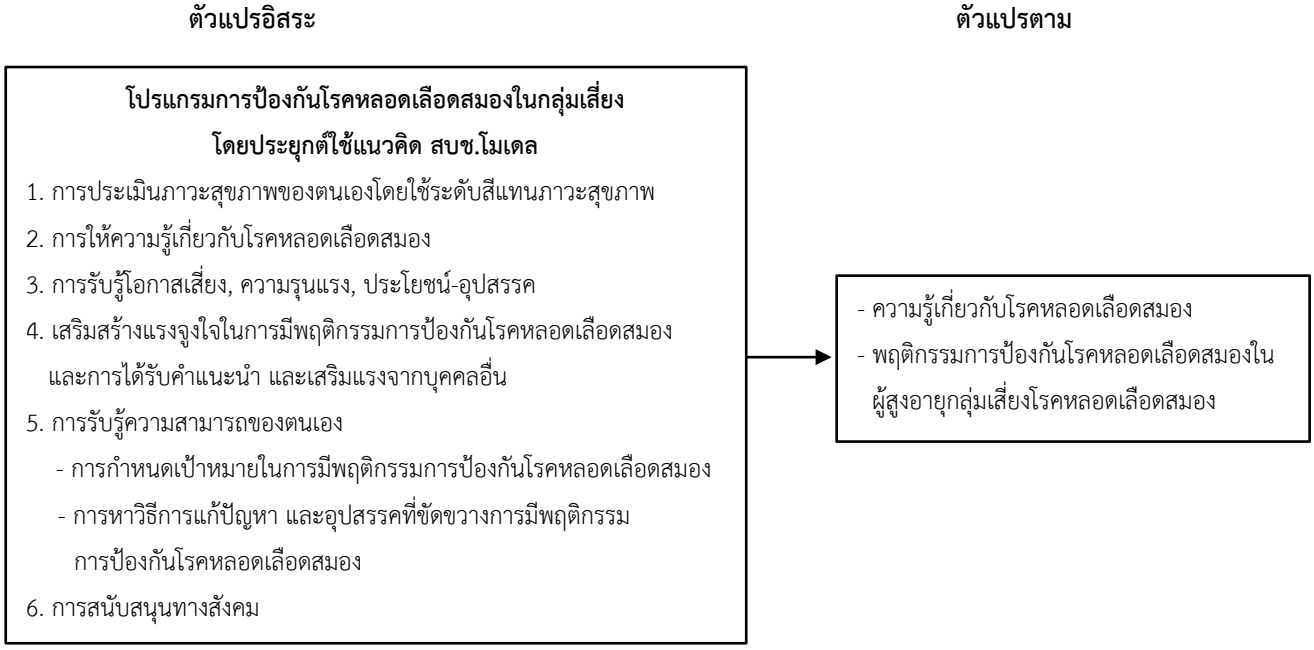
1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์แนวคิด สบช.โมเดล ในการประเมินภาวะสุขภาพ แยกระดับสี และมีการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์-อุปสรรค การเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับคำแนะนำและเสริมแรงจากบุคคลอื่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเมื่อกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์อุปสรรค ความสามารถของตนเอง แรงจูงใจและการได้รับคำแนะนำและเสริมแรงจากบุคคลอื่นที่ดีแล้ว จะส่งผลให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับสีเหลือง ส้ม และแดง ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 ราย ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาในการศึกษาจำนวน 9 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับสีเหลือง ส้ม และแดงทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยจับฉลากเลือกพื้นที่อำเภอ และตำบล จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มจับฉลากหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยแจกใบปลิวและหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ต่อจากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล ตั้งแต่สีเหลืองขึ้นไป คือ ระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 140 mmHg ความดันตัวล่างมากกว่า 90 mmHg หรือระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg/dL, HbA1C > 7 %) 3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้อง ประเมินโดยใช้แบบแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination: TMSE) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[26] โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน 4) สามารถเขียนอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สามารถใช้แอพลิเคชั่นไลน์ได้ 6) มีญาติหรือผู้ดูแลร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพ และ 7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี power analysis สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 3 กลุ่มขึ้นไป โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ power .80 ค่าระดับความมีนัยสำคัญ α .05 และค่าอิทธิพล 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 31 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 ราย รวมทั้งสิ้น 68 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ทั้งหมด 7 ข้อ

1.2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับโรค 3 ข้อ ปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อ อาการเตือนของโรค 5 ข้อ และวิธีการรักษา 7 ข้อ ลักษณะของคำถามมีลักษณะถูก - ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การพิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[27] คือ ระดับต่ำ (0-13 คะแนน) ปานกลาง (14-16 คะแนน) และสูง (17-22 คะแนน)

1.3 แบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 16 ข้อ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพสุขภาพ ลักษณะคำถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เกิดขึ้นมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเกิดขึ้นน้อยที่สุด (1 คะแนน) การพิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[27] คือ ระดับต่ำ (16-47 คะแนน) ปานกลาง (48-63 คะแนน) และสูง (64-80 คะแนน)

1.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล และเครื่องเจาะน้ำตาลแบบเจาะเลือดที่บริเวณปลายนิ้ว ที่ได้รับการตรวจสอบเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานเครื่องมือทางการแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วยชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิด สบช. โมเดล เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามหลัก 3 อ. (อาหาร, อารมณ์ และออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดน้ำหนัก, ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ลดการสูบบุหรี่) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมมีระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน จัดกิจกรรมครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังนี้ กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2-4 ประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช. โมเดล และแบ่งกลุ่มเพื่อให้ได้รับกิจกรรมที่เหมาะสมตามระดับสี ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ สื่อสไลด์การนำเสนอ แผ่นพับ วีดีทัศน์ คู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามระดับสี แอปพลิเคชันไลน์ สบช.โมเดล การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และเสริมสร้างแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การให้คำปรึกษารายบุคคล การสนับสนุนทางสังคมตามระดับสีที่มีการเปลี่ยนแปลง และในสัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 30 นาที โดยมีกิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและโปรแกรมการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สื่อสไลด์การนำเสนอ แผ่นพับ วีดีทัศน์ คู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามระดับสี แอปพลิเคชันไลน์ สบช.โมเดล มีการหาคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยการนำเครื่องมือทั้งหมดนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดสมอง 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) คำนวณได้เท่ากับ 1.00 ในทุกเครื่องมือ และปรับแก้ไขข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ไม่อยู่ในอำเภอที่เก็บข้อมูล จำนวน 10 คน โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทดสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.86 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล และเครื่องเจาะน้ำตาลแบบเจาะเลือดที่บริเวณปลายนิ้ว ได้มีการตรวจสอบสภาพของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้ได้อย่างเที่ยงตรง โดยมีการส่งให้โรงพยาบาลและบริษัทผู้ผลิตทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลและโปรแกรมการวิจัย

เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการเตรียมโดยผู้วิจัยประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2-5 และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 ผู้ช่วยนักวิจัยประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล ผู้วิจัยกล่าวทักทายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและให้ความรู้การปฏิบัติตัวตามระดับสี ตามหลัก 3 อ 3 ลด คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ลดน้ำหนัก ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดการสูบบุหรี่ โดยการบรรยาย สื่อสไลด์นำเสนอ ใช้สื่อวีดีทัศน์ พูดคุยกระตุ้นให้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองและครอบครัว แรงจูงใจที่จะทำให้เปลี่ยนพฤติกรรม ผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แจกคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามระดับสี และให้กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียนเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ สบช.โมเดล ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพได้ด้วยตนเองคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามระดับสี และการดูแลตนเองเบื้องต้นที่เข้าใจง่ายให้เลือกฟัง 5 ภาษา คือ 4 ภาษาตามภาค และ 1 ภาษาเหน่อซึ่งเป็นภาษาถิ่นเมืองสุพรรณบุรี จากนั้นแบ่งกลุ่มทดลองตามระดับสีออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อทำกิจกรรมตามระดับสี ดังนี้

กลุ่มสีเหลือง (ระดับความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 140-159 mmHg ความดันตัวล่างอยู่ในช่วง 90-99 mmHg หรือระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงระหว่าง 126-154 mg/dl., HbA1C < 7 %) และกลุ่มสีส้ม (ระดับความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 160-179 mmHg ความดันตัวล่างอยู่ในช่วง 100-109 mmHg หรือระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงระหว่าง 155-172 mg/dl., HbA1C 7-8 %)

ผู้วิจัยให้แต่ละคนเล่าพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมารวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมที่ดีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคด้วยตนเอง ผู้วิจัยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ 3 ลด ที่เข้มงวด ประเมินระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้กำลังใจพร้อมทั้งสร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถทำได้ ไม่ยากเกินของตนเองในระยะ 1 สัปดาห์ โดยให้ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้งวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

กลุ่มสีแดง (ระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 180 mmHg ขึ้นไป ความดันตัวล่างมากกว่า 110 mmHg หรือระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 183 mg/dl., HbA1C > 8 %)

ผู้วิจัยให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้สามารถค้นหาปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เคร่งครัดโดยประเมินระดับความดันโลหิตทุกวัน และระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการรับประทานยา และการไปตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอย่างเร่งด่วน รวมทั้งสร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองที่สามารถทำได้โดยไม่ยากจนเกินไปในระยะ 1 สัปดาห์ โดยให้ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้งวางแผนในการปรับเปลี่ยน

สัปดาห์ที่ 3 ผู้ช่วยนักวิจัยประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล กล่าวทักทายและทบทวนความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรม “ปัญหาไม่เป็นปัญหา” เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นแบ่งกลุ่มทดลองตามระดับสีออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อทำกิจกรรมตามแนวทางการจัดกิจกรรมตามระดับสีเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 2 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้สามารถลดระดับสีได้ และมีการเพิ่มการจัดกิจกรรมกลุ่มสีเขียวเข้มหรือกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีที่ระดับสีลดลงจากกลุ่มสีอื่น ๆ จากสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มสีเขียวเข้ม (ระดับความดันโลหิต ≤139/89 mmHg หรือระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 125 mg./dl.) ผู้วิจัยให้แต่ละคนเล่าสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติและสิ่งที่เปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจพร้อมทั้งสร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองในระยะ 1 สัปดาห์ โดยให้ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้งวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยนักวิจัยประเมินระดับสีตามแนวคิด สบช.โมเดล กล่าวทักทายและทบทวนความรู้และกิจกรรมที่ได้รับในสัปดาห์ที่ผ่านมาและให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรม “ฉันมี” เพื่อการสร้างแรงจากบุคคลอื่นโดยให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านที่สามารถช่วยเหลือได้ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา รวมทั้งการพูดคุยกันในครอบครัว จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับสีออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อทำกิจกรรมตามแนวทางการทำกิจกรรมตามระดับสีเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 2 และ 3

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำปรึกษาการดูแลตนเองรายบุคคลที่เหมาะสมและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม สร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองในระยะยาวต่อไปโดยให้ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้งวางแผนในการปรับเปลี่ยน

สัปดาห์ที่ 6 ผู้ช่วยนักวิจัยประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ และประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับของตัวแปร และใช้สถิติ Two-way repeated measure ANOVA with Bonferroni เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ภายหลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ EC-026/2566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแลโดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลไม่มีการการระบุชื่อ

โดยทำเป็นรหัสแทน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปอภิปรายในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งข้อมูลที่เชื่อมต่อในระบบของแอปพลิเคชันไลน์เป็นการใช้เพื่อให้ความรู้และการปฏิบัติตนเท่านั้นไม่มีการสื่อสารระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม และมีผู้ดูแลระบบ 1 ท่านที่สามารถเข้าถึงข้อมูลโดยการเข้ารหัสได้เท่านั้น ข้อมูลที่อยู่ในระบบไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ รวมทั้งการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้และการใช้งานแอปพลิเคชันในการศึกษา การใช้งานต่อในภายหลัง เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาได้ การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยไม่จำเป็นต้องมีเหตุผลหรือมีคำอธิบายแต่อย่างใดและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ การนำเสนอผลการวิจัยเสนอในภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงการยินยอม เมื่อได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมและนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (p =.305) กลุ่มอายุ (p =.655) สถานภาพสมรสคู่ (p = .367) ระดับการศึกษา (p = .981) ศาสนา (p =1.000) และการประกอบอาชีพ (p =.383) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่ม จำนวน(ร้อยละ)		N	χ^2	*p*-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ			
เพศ				1.876	.171
ชาย	3 (30.00)	7 (70.00)	10		
หญิง	31 (53.40)	27 (46.60)	58		
อายุ				1.620	.655
60-65	7 (46.70)	8 (53.30)	15		
66-70	13 (46.40)	15 (53.60)	28		
71-75	8 (66.70)	4 (33.30)	12		
76 ปีขึ้นไป	6 (46.20)	7 (53.80)	13		
สถานภาพ				3.162	.367
โสด	6 (60.00)	4 (40.00)	10		
คู่	15 (42.90)	20 (57.10)	35		
หม้าย/หย่าร้าง	13 (52.40)	10 (47.60)	23		
ระดับการศึกษา				3.453	.485
ประถมศึกษา	28 (56.00)	23 (44.00)	51		
มัธยมศึกษา	4 (40.00)	6 (60.00)	10		
ปริญญาตรี	2 (33.30)	5 (66.70)	7		
การประกอบอาชีพ				.727	.981
รับจ้างทั่วไป	9 (52.90)	8 (47.10)	17		
เกษตรกรรม	3 (42.90)	4 (57.10)	7		
ค้าขาย	7 (46.70)	8 (53.30)	15		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (51.70)	14 (48.30)	29		

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองแลกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละระยะของการศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	SS	df	MS	F^r	p-value	η^2
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง						
ภายในบุคคล						
เวลา	565.176	1.122	503.714	276.349	.000**	.807
เวลา x กลุ่ม	632.510	1.122	563.725	309.272	.000**	
ค่าคลาดเคลื่อน	134.980	74.053	1.823			
ระหว่างบุคคล						
กลุ่ม	452.085	1	452.085	5934.251	.000**	.686
ค่าคลาดเคลื่อน	206.634	66	3.131			
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
เวลา	1226.627	1.950	628.993	72.798	.000**	.524
เวลา x กลุ่ม	1187.294	1.950	608.823	70.464	.000**	
ค่าคลาดเคลื่อน	1112.078	128.710	8.640			
ระหว่างบุคคล						
กลุ่ม	805.235	1	805.235	55.938	.000**	
ค่าคลาดเคลื่อน	950.072	66	14.395			

Note. ^{r} = Two-way Repeated Measures ANOVA. *p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ เรื่องการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) และความแปรปรวนของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการวัดซ้ำต้องไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of variances) โดยประเมินจาก Mauchly's test of sphericity ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติและความแปรปรวนของการวัดไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น (p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน (p < .001) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน (p < .001)

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละระยะของการศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง (1)	หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ (2)	หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 4 สัปดาห์ (3)	*p*-value[b]		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	(1) VS (2)	(1) VS (3)	(2) VS (3)
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.09(2.50)	13.82(2.39)	13.94(2.21)	1.000	1.000	1.000
กลุ่มทดลอง	14.26(2.02)	21.47(1.13)	21.59(0.78)	.000**	000**	.546
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	46.53 (.79)	46.41 (.77)	46.79 (.74)	1.000	1.000	1.000
กลุ่มทดลอง	46.59 (.79)	56.71 (.77)	57.09 (.74)	.000**	000**	1.000

Note. b = Bonferroni test, **p<.01

ตารางที่ 3 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทุกระยะพบว่าก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 4 และในกลุ่มเปรียบเทียบทุกระยะไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า โปรแกรมจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุให้ความรู้ตามระดับสีเหลือง ส้ม และแดง ใช้สื่อการสอนในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตามระดับสี ใช้วิดีทัศน์ที่เป็นภาพเคลื่อนไหวกระตุ้นการเรียนรู้ ใช้แอฟพลิเคชันไลน์ สบช. โมเดล คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามระดับสีที่เข้าใจง่ายให้เลือกฟัง 4 ภาษา ได้แก่ ภาษาอีสาน ภาษาใต้ ภาษาเหนือ ภาษากลาง และภาษาเหน่อที่เป็นภาษาถิ่นของจังหวัดสุพรรณบุรี และมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเปิดฟังบ่อยๆ และมีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวตามระดับสีสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ใช้แอฟพลิเคชันไลน์ นอกจากนี้มีการติดตามปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม มีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา นอกจากนี้โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาการเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่1 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีการจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม และจากผลการวิจัยพบว่ามีค่าเฉลี่ยของความรู้เท่าเดิมไม่ลดลงไปจากเดิมสืบเนื่องมาจากโปรแกรมมีประสิทธิผลที่ดี สอดคล้องกับ ปัทมาพร ชนะมาร[28] ที่พบว่าการให้ความรู้โดยผ่านสื่อวิดีทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่อง และสมคิด จูหว้า และคณะ[23] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการจัดโปรแกรมตามสีของปิงปองจราจร 7 สี โดยแบ่งสีตามระดับความรุนแรงของโรค ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น ทัศนะ ร่วมตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆที่ผลต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมจึงทำให้ปฏิบัติตามโปรแกรมที่ร่วมพัฒนาขึ้น

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ใช้มีการออกแบบให้เหมาะสมแต่ละบุคคลตามระดับกลุ่มสี โดยบูรณาการวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายทั้งการบรรยาย ร่วมกับสื่อวิดีทัศน์ การสาธิต การแบ่งกลุ่มเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระดับสีที่ผ่านมา การใช้สื่อแอพพลิเคชันไลน์ที่มีความรู้เกี่ยวกับระดับสี ความรุนแรงการปฏิบัติตัวที่มีความเฉพาะตามระดับสีของภาวะสุขภาพ รวมทั้งแจกคู่มือเกี่ยวกับโรคการดูแลตนเองตามระดับสี เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการทบทวนในการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้สื่อที่หลากหลายการได้เห็นสภาพจริง การทบทวนความรู้ด้วยการถามตอบทุกสัปดาห์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[29] นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เป็นเพียงการติดตามเพื่อวัดผลความคงอยู่ของความรู้ และจากผลการวิจัยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ไม่แตกต่าง

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งผู้สูงอายุตามระดับสี และมีคู่มือและแอปพลิเคชั่นที่ปรับพฤติกรรมตามระดับสี ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพบกันทุกสัปดาห์เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเล่าประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติ ได้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติ ช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับ กิลเบอร์ และซอร์เยอร์[30] กล่าวว่า การชักชวนด้วยวาจาจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเชื่อมโยงการกระทำที่ประสบผลสำเร็จ การวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายการปฏิบัติที่ชัดเจน การให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมได้รับการแก้ไข การชื่นชมเป็นการเสริมแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และทุกสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินระดับสี นอกจากนี้การติดตามโทรศัพท์ที่ให้คำปรึกษา แนะนำกรณี มีปัญหา เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมั่นใจ และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ดลพร ตันทะนงศักดิ์กุล และคณะ[31] พบว่าการติดตามทางโทรศัพท์เปิดโอกาสให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมซักถามข้อสงสัย อุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จโดยพบปะและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้[32]

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อธิบายได้ว่า จากโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีความเฉพาะต่อผู้สูงอายุตามระดับสี มีการใช้สื่อที่น่าสนใจ การมีแอพลิเคชันไลน์ และคู่มือการปฏิบัติตัวตามระดับสีที่สามารถทบทวนสิ่งที่ต้องปฏิบัติได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค ความรุนแรงของการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้รู้สึกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากละเลยหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงการส่งเสริม การขจัดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ วลัยนารี พรมลา และจีระวรรณ์ อุคคกิมาพันธุ์[33] ที่พบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสมคิด จูหว้า และคณะ[23] พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำหลังจากได้โปรแกรมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้สื่อสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ซึ่งเป็นสื่อที่ออกแบบบนพื้นฐานความเข้าใจของประชาชนโดยนำสีที่ประชาชนมีความคุ้นเคยมาเป็นตัวแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามกลุ่มสี สามารถนำมาใช้ด้วยตนเอง จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีการจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เป็นเพียงการติดตามเพื่อวัดผลความคงอยู่ของพฤติกรรมและจากผลการวิจัยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมไม่แตกต่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรสนับสนุนผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพใช้แนวคิด สบช. โมเดล ในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านวิชาการ อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางการศึกษาควรพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพตามระดับสีและการออกแบบกิจกรรมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถตรวจสอบผลของการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมในระยะยาว 3 หรือ 6 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และควรวัดระดับสีตามแนวคิด สบช. โมเดล เพื่อทราบผลของโปรแกรมต่อการลดระดับสี และติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนและการดำเนินการวิจัย

References

1. World Stroke Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2022. [cited 2024 Mar 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBDX oc8HO
2. Health Data Center. Ministry of Public Health. The Official. Non- communicable diseases; c2021-2023 [Internet]. 2024. Nonthaburi: [cited 2024 Mar 10]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php (in Thai)
3. Teh WL, Abdin E, Vaingankar JA, Seow E, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Prevalence of stroke, risk factors, disability and care needs in older adults in Singapore: results from the WiSE study. BMJ Open. 2018;8(3):e020285.
4. Van asch CJ, Luitse MJ, Rinkel GJ, van der Tweel I, Algra A, Klijn CJ. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2010;9(2):167-76.
5. National Stroke Association. Colorado: Stroke Risk Scorecard [Internet]. 2016 [cited 2023 Dec 25]. Available from https://www.phoebehealth.com/services/stroke-treatment/neurosciences-stroke-risk-factors
6. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. A guide to assessing the risk of ischemic heart disease and cerebrovascular disease (paralysis) for village health volunteers. 2nded. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage His Majesty the King; 2017. (in Thai)
7. Aekplakorn W. Report of the 4th Thai People's Health Survey 2008- 2009. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).
8. Neurological Institute. Ministry of public Health. Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke. Bangkok: Thana Place; 2015. (in Thai).
9. Namwong T, Arrirak N. Prevalence and factors associated with stroke among the elderly in Yasothon province. Disease Control Journal. 2023;49(1):149-57. (in Thai)

10. Panthong W. Cerebrovascular disease in patients with diabetes and hypertension at Srinarong hospital. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(1):193-208. (in Thai)
11. Soontharak O. A study of risk factors for stroke among people in Nakhon Phanom province. Nakhonpanom Hospital Journal. 2018;5(2):27-38. (in Thai)
12. Wang J, Wen X, Li W, Li X, Wang Y, Lu W. Risk factors for stroke in the chinese population: a systematic review and meta-analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26(3):509-17.
13. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Current situation of cerebrovascular disease [Internet]. 2021. [cited 2024 Mar 10]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1256_1.pdf
14. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Thick think. 2019. (in Thai)
15. Tiamkao S. Diabetes and stroke. Thai Journal of Neurology. 2019;35(4):59-71. (in Thai)
16. Schwartz S. The justice of need and the activation of humanitarian norms. J Soc Issues. 1975;31(3):111-36.
17. Health Education Division, Ministry of Public Health. Changing health behavior by the community. Bangkok: n.p.; 2013. (in Thai)
18. Tienthavorn V. Surveillance, control and prevention system of DM and HT in Thailand: Policy to action. 3th ed. Nonthaburi Province: The Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
19. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health education monographs. 1974;2(4): 409-19
20. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4th ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2008.
21. El-Alti L, Sandman L, Munthe C. Person centered care and personalized medicine: irreconcilable opposites or potential companions. Health Care Anal. 2019;27(1):45-59.
22. Harris KM. An integrative approach to health. Demography. 2010;47(1):1-22.
23. Juwa S, Wongwat R, Manoton A. The effectiveness of the Health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka sub-district, Muang district, Phayao province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(2):127-41. (in Thai)
24. AYoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang district, Phitsanulok province. Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi. 2022;5(2):129–39. (in Thai)
25. Khamngoen R, Phetrot T, Jampairoh N, Liamthon P, Towangjorn R, Paiklai V, et. al. The effectiveness of the health behavior change program based on PBRI's model and 7 colors ball tool on knowledge and health behavior of Nursing Students with overweight. Journal of Health Research and Innovation. 2023;6(2):1-15. (in Thai)
26. Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). Siriraj Hospital Gazette. 1993;45(6): 359-74. (in Thai)

27. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives. Longmans: Green New York; 1964.
28. Chanaman P. Development of stroke patients care model. Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2023;7(14):13-29. (in Thai)
29. Wontaisong N, Surinrach A, Jumpajan J, Wongkureson S, Buranet L, Pholwongsa D, et. al. Effects of stroke risk prevention program among risk patient living in community. Academic Journal of Health and Environment. 2023;1(1):1-13. (in Thai)
30. Gilbert GG, Sawyer RG. Health education creating strategies for school and community health 2nd ed. Maasachusetts: Jones and Bartlett; 2000.
31. Tunthanongsakkul D, Thiangtham W, Pichayapinyo P. The effects of a stroke prevention program among comorbid hypertensive, diabetes mellitus, and hyperlipidemia patients by applying protection motivation theory with telephone follow-up. Journal of Health and Nursing Research. 2022;38(3):91-104. (in Thai)
32. Kittiyawan J, Sae-tia Y. Effect of self-efficacy and social support enhancement program on hypertension preventives among persons at risk hypertension in Kantharalak district, Sisaket province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):373-82. (in Thai)
33. Pommala W, Ukkakimapan J. The effective of a health promotion of elderly in Pathumthani province. Journal of Pacific Institute of Management Science. 2018;4(2):59-67. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2566)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (Meta-synthesis)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้นๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้วและไม่มีการลักลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน (แนบผลการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit- in, Copyleaks, อักขราวิสุทธิ์ เป็นต้น

4. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

5. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned)

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้มีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 12 - 14 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพและตารางและเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบน ล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็มไว้ก่อน แล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ในภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ ปร.ด. (Runglawon Eamkusolkit, Ph.D.)[1] ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)

2. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย
<u>งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์</u>

3. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัย แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

4. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน อีเมล์ของผู้เขียนและทีมทุกคน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบตัวยกกำกับลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีมด้านบน

5. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ

1.2 บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ระบุคำสำคัญไว้ด้านล่างไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)

1.3 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิจารณ์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน

1.4 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (introduction), วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (results) ที่ไม่ต้องระบุค่าตัวเลขทางสถิติ, สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา

2.3 คำสำคัญ (keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)

2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice)

2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่คลอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา

2.6 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา

2.8 วิธีดำเนินการวิจัย (methods) ให้กล่าวถึง

2.8.1 รูปแบบของการวิจัย (research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา

2.8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

2.9 ผลการวิจัย (results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.9.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 3 ตาราง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ โดยใช้เลขในการกำหนดลำดับของตาราง เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้นได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง และให้บรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังตัวอย่างนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)

2.9.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ใต้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.10 การอภิปรายผล (discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.11 สรุปการวิจัย (conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.12 ข้อเสนอแนะ (suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.13 เอกสารอ้างอิง (references) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ อภิมาน (meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรองการประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอและ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouvers' style) ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (in-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆโดยใส่ตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้แต่งในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz[1] ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก จำเป็นต้องอาศัยบุคลการทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารกในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี[8]

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงตัวเลขที่ลำดับต่อกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) ระหว่างตัวเลข แต่หากเป็นการอ้างอิงที่ลำดับตัวเลขไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา[2-4] ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด[7,10,18]

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (reference) เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความ และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอื่น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับในเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขในเอกสารอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit	ใช้คำว่า Eamkusolkit R
Adel F Almutairi, Maliha Nasim	ใช้คำว่า Almutairi AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อทุกคนกรณีไม่เกิน 6 คน หากเกิน 6 คนให้ระบุเพียง 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วยคำว่า "et al" ดังตัวอย่าง

McAnulty GB, Duffy FH. Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H, et al.

2.3 กรณีเป็นหนังสือ หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromasome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. P. 93-113.

2.4 กรณีเป็นวารสาร หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่ของวารสาร):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171–9. (in Thai)
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347(4):284-7.

***หมายเหตุ** วารสารที่เป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม ส่วนวารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อ

2.5 กรณีบทความที่นำเสนอในการประชุม (Conference paper) หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3. Eamkusolkit R, Watcharasin C, Thory SM. Maternal-Preterm Infant Attachment, Nakhon Phanom, Thailand. In: Knafl K, editor. Honoring the Past, Celebrating the Future. Proceedings of the 11th International Family Nursing Conference; 2013 June 19-22; Hyatt Regency. Minneapolis, Minnesota, United State: International Family Nursing Association; 2013. p. 15-24.

2.6 กรณีเป็นการอ้างอิงจากอินเตอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่], เข้าถึงได้จาก: http//.....

4. Ministry of Public Health. Percentage of the elderly population with desirable health behaviors [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 05]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1492.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 095-6194916 E-mail: chantira@sut.ac.th

2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com