



JOHSS

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang



2022
2565

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

Vol. 9 No.2, July - December 2022

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020

Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by O-pas Pramoonsin

ISSN 1906-1919 (Print)

ISSN 2697-6412 (Online)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สฤษดิ์ จุตรสิทธิ์

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

ผอ. วาสนา มั่งคั่ง

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิจัยอิสระ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

รศ.ดร.เดชา ทำดี

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธุรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา

ดร.ธีรรัตน์ บุญคุณะ

ดร.อัจฉรา ลิทธิรักษ์

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์แม่คคอร์ดมิก มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินธร ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอาวี ชาติมนตรี

นางสาวเบญจวรรณ ยศเสนา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์ นักวิชาการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าข่ม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดช

รศ.ดร.เดชา ทำดี

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร. ทศนีย์ นະແສ

ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธุรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.สุวัฒนา คำสุข

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา

ดร.เชษฐา แก้วพรหม

ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง

ดร.สมปรารถนา สุตใจนาค

ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี

ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์

ดร.ธีรารัตน์ บุญฤกษ์

ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์

ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา

ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข

ผศ.ภก.ดร.วินัย สยอวรรณ

ดร. สุตคณิง ฤทธิฤชัย

ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

นพ.สิทธิ ฤคไพบูลย์

ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ

ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย

ดร. อรัญญา นามวงศ์

ดร. จารุณี รัศมีสุข

ดร.พรระณี ไพศาลทักษิณ

ดร.ณัฐฐิฎกรณ์ ปัญจพันธ์

ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ

ดร. บุศรินทร์ ผัดวง

ดร. วันวิสาข์ ชูจิตร

ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง

ดร.วิภา เอี่ยมสำอาดค์ จารามิลโล

ดร.ศรีจันทร์ พลบงัน

ดร. พยอม ถิ่นอ้วน

ดร.ดุจเดือน เขียวเหลื่อง

ดร.ดวงดาว เทพทองคำ

ดร.วรกรรอง นิลเพ็ชร

ดร.จุฑามาศ ผลมาก

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



สารบัญ

- การจัดการความรู้สู่การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุนภายนอก
รุ่งนภา เขียวชะอำ, กฤษณี สุวรรณรัตน์ 1
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล
ตยารัตน์ พุทธิมณี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย 16
- ความชุกการติดเชื้อหนองพวยอักเสบในกลุ่มวัยทำงานจังหวัดอุบลราชธานี
เทพ นันทพลทรัพย์, วันวิสา ภูเข้มโชติ, พิระพงษ์ เตียงสา, ปิยาอร จวนชัยภูมิ, สุตารัตน์ พุทธิเสน, กัญญาณัฐ มะณี 33
- แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019
ปาจริย์ ผลประเสริฐ, กนิษฐา ศรีภิรมย์, วาสนา จรุงศรีโชติกำจร, ณัฐนันท์ คงยิ่งใหญ่ 51
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด
พยอม เพียรคำ, ศิริกาญจน์ จินาวิน 69
- การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของ
ประชากรเขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง
จันทร์จิรา ยานะชัย, ประจักษ์ ชันเวท, ประจวบ แหลมหลัก 81
- ภาวะสุขภาพจิตและความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
กวินทรา คันธรส, ภาณุวัฒน์ เจริญผล, อีรวุฒิ ไหลมี, ปณิดา เสนธรรม 104
- การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน
เขตเมือง
โอภาส ประมูลสิน, พชร วิวุฒิ 119



สารบัญ (ต่อ)

- ปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน 137
สมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 155
กนกวรรณ เอี่ยมชัย, ดลนภา ไชยสมบัติ, แดนชัย ขอบจิตตร
- การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ภาคทดลอง รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 170
วันวิสาข์ ชูจิตตร, สุชาติ เครือชัย, ยงยุทธ แก้วเต็ม
- ปัจจัยพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 195
บุศรินทร์ ผัดวัง, นภัสสร ตัญญู
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน 213
เสาวภา เต็ดขาด, สุดารัตน์ ทองคง, พยอม ถิ่นอ้วน
- ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะกดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ดื้อยาบำบัดประทุษ 231
กฤติยา ไกรสุวรรณ
- ผลของโปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดลำปาง 246
จิตอาวี ชาติมนตรี, จิราพร เป้งราชรอง, ชมพูนุท แสงวิจิตร, พองจันทร์ กาญจนไพฑิษฐ์, เสาวลักษณ์ เวียงทอง
- พัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง 265
เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ, ถาวร ล่อกา, กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ เป็นฉบับส่งท้ายปี 2565 โดยวารสารฉบับนี้ ยังคงประกอบด้วยบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความหลากหลายเช่นเคย อาทิเช่น บทความวิชาการเรื่องการจัดการความรู้สู่การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุนภายนอกเป็นบทความวิชาการที่นิพนธ์มาจากการจัดการความรู้ในพื้นที่ และความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

สำหรับบทความวิจัย ประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังในชุมชน เช่น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม บทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน รวมถึงงานทางระบาดวิทยา ได้แก่ ความชุกการติดเชื้อหนองพวยอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงาน ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะกดเงินที่ดื้อยารับประทาน

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในคลินิกและการบริหาร เช่น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมีย รวมถึงการพัฒนาแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต ปิดท้ายด้วยการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงเรื่องที่มีความหลากหลายทางเพศ เช่น ภาวะสุขภาพจิตและความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งแต่ละเรื่องล้วนมีความน่าสนใจแทบทั้งสิ้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลาย ๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดีรวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการและผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป พบกันใหม่ ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ



Knowledge Management Model through the Development of Guidelines for Writing an Externally Funded Research Proposal

Rungnapha Khiewchaum ^{1*}, Kritsanee Suwannarat ^{**}

(Received: February 24, 2022, Revised: April 11, 2022, Accepted: April 28, 2022)

Abstract

Knowledge management (KM) of an organization is a crucial tool for developing both human resource potentials and organizational job productivities. This paper purposes to provide a guideline for preparing research grant proposals to external funding sources. To develop a guideline, people of the same organization engaged and exchanged tacit and explicit knowledge and comprehension of acquiring external funding. The KM triangle has three dimensions: 1) the body of knowledge, 2) the process of knowledge, and 3) the participation of individuals in the company integrated with the KM process. There are four domains of writing a research proposal to obtain external funding: 1) preparation of developing a research proposal, 2) study of writing a research proposal to obtain external funding, 3) management of a research team and resources, and 4) readiness to submit external research funding depending on the condition of submission. This guideline assists novice researchers in writing research proposals for the purpose of obtaining external funding and developing new knowledge for the benefit of communities and organizations.

Keywords: Research proposal; Funding; Knowledge management; Guideline, Community of practice

* Registered Nurse, Senior Professional level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

** Registered Nurse, Professional level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

¹Corresponding author: kidzy.suwannarat@gmail.com



การจัดการความรู้สู่การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุนภายนอก

รุ่งนภา เขียวชะอ้า^{1*}, ฤทธิณี สุวรรณรัตน์^{**}

(วันที่รับบทความ : 24 มกราคม 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 11 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 28 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ในองค์กรเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และงานองค์กร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยขอรับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกผ่านกระบวนการจัดการความรู้ที่ทุกคนมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวคนและความรู้ที่ได้จากการค้นคว้า ภายใต้กรอบแนวคิดสามเหลี่ยมการจัดการความรู้ 3 มิติ ได้แก่ 1) เนื้อหาองค์ความรู้ 2) กระบวนการของการเรียนรู้ และ 3) การมีส่วนร่วมของคนในองค์กร มาผสมผสานกับกระบวนการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร) โดยขั้นตอนที่สำคัญของการเขียนโครงร่างวิจัยขอทุนภายนอก 1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย 2) การศึกษาการเขียนโครงร่างให้พิชิตทุนภายนอก 3) การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย และ 4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัย (submission) ขอทุนภายนอก แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางให้กับนักวิจัยหน้าใหม่ในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากภายนอก และสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่สำหรับผู้วิจัย เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับชุมชนและองค์กรอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: โครงร่างวิจัย; ทุนวิจัย; การจัดการความรู้; แนวทาง; ชุมชนนักปฏิบัติ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ kidzy.suwannarat@gmail.com



บทนำ

การวิจัยเป็นพันธกิจหนึ่งที่สำคัญของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา แต่มหาวิทยาลัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อประกันคุณภาพการศึกษา โดยพิจารณาจากจำนวนผลงานวิจัย และสัดส่วนแหล่งทุนภายนอกต่อแหล่งทุนภายใน (Sngounsiritham, U., 2014) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจการวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนาองค์ความรู้สำหรับใช้พัฒนาสังคมและประเทศชาติ ยุทธศาสตร์สำคัญคือ “การสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ” เพื่อพัฒนาสุขภาพะทางด้านสังคม ระดับประเทศและภูมิภาคอาเซียน กลยุทธ์ที่สถาบันฯ ได้วางแผนแนวทางเพื่อให้บรรลุตามพันธกิจปี 2563-2567 ได้แก่ การเร่งรัดผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อขอรับการสนับสนุนทุนวิจัยจากภายนอก นอกจากนี้สถาบันอุดมศึกษาต่าง ๆ ยังมีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาอีกด้านหนึ่ง เป็นตัวบ่งชี้ในการกำกับติดตาม ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ด้านการผลิตผลงานวิจัยควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ทางด้านการผลิตผลงานวิจัย (Prapha-inthara, P., & Rasiri, S., 2021) ดังนั้นการส่งเสริมให้อาจารย์มีความสามารถในการผลิตผลงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้ข้อเสนอโครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยทั้งจากแหล่งทุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยกระบวนการการจัดการความรู้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับวิทยาลัยฯ

จากการประชุมอาจารย์ในวิทยาลัย และร่วมวิเคราะห์ผลการดำเนินงานวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกพบว่า การได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกมีจำนวนน้อย โดยสัดส่วนทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายใน: ภายนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 เท่ากับ 100: 0, 96.13: 3.87 และ 86.41: 13.59 ตามลำดับ (Phrapokklao Nursing College, 2020) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสัดส่วนทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การสร้างแนวทางในการเพิ่มทักษะการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยให้กับคณาจารย์ของวิทยาลัยฯ เพื่อให้ได้รับทุนสนับสนุนจากภายนอกมากขึ้นโดยผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management) จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้คณาจารย์ทั้งที่เป็นนักวิจัยอยู่แล้วและสร้างนักวิจัยหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ช่วยให้สัดส่วนทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกเพิ่มขึ้น ตลอดจนผลักดันผลงานวิจัยให้มีคุณภาพสูงขึ้น สามารถตอบโจทย์ความต้องการด้านเทคโนโลยีของสังคมและประเทศชาติได้ และการพัฒนาระบบการจัดการความรู้การวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนการทำผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพ บุคคลสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตัวเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Vichianpanya, J., Natakuaatong, O., & Bungbua, P., 2020)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จึงได้กำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์ในปี 2564 ในมิติของการพัฒนาองค์กร โดยกลยุทธ์หนึ่งคือ วิทยาลัยเป็นสถาบันแห่งการเรียนรู้ โดยฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ งานวิจัยและการ



จัดการความรู้ได้สนับสนุนให้มีการดำเนินการจัดการความรู้ในหัวข้อ “การจัดการความรู้ เพิ่มพูนนักวิจัยหน้าใหม่
คว่าเส้นชัยพิชิตทุนนอก” ดำเนินการจัดการความรู้ตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร)

7 ขั้นตอน ประกอบด้วย การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ
การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเรียนรู้ อีกทั้งการนำ
ความรู้ไปใช้ประโยชน์ ผ่านกระบวนการรวบรวมและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล ออกมาเป็นความรู้ที่
สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้ (Thanissaro, P., Pengtham, C., & Suracitto, W., 2020) การ
จัดการความรู้ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณาจารย์ภายในวิทยาลัย มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์
อักษร และจัดทำเป็นแนวทาง เพื่อให้อาจารย์และผู้สนใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเขียนโครงการ
วิจัยเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากภายนอกได้ โดยมุ่งหวังว่าวิทยาลัยฯ จะมีแนวทางในการเขียนโครงการวิจัยเพื่อ
ขอรับทุนสนับสนุนจากภายนอก เกิดนักวิจัย (หัวหน้าโครงการ) หน้าใหม่ รวมถึงส่งผลให้สัดส่วนของทุนสนับสนุน
การวิจัยภายใน: ภายนอก ในปีงบประมาณ 2564-2566 ของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพิ่มขึ้นด้วย
ภายหลังการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คาดหวังว่าจะเป็น
วิทยาลัยพยาบาลที่เป็นเลิศด้านการได้รับสัดส่วนทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอแนวทางการเขียนโครงการวิจัยขอรับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกผ่านกระบวนการ
จัดการความรู้

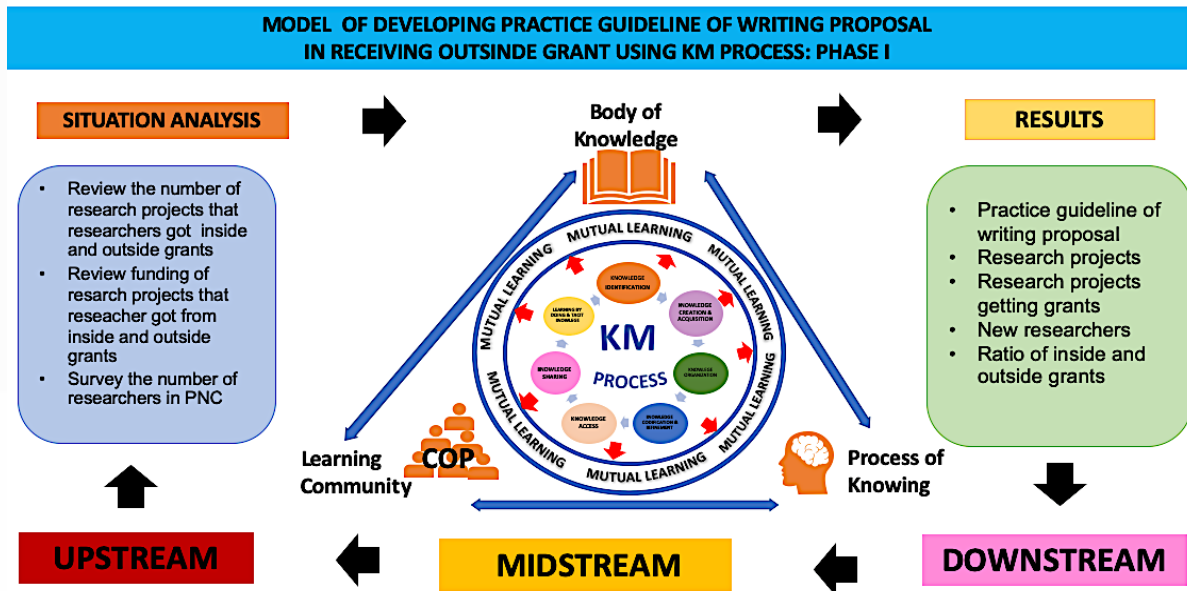
ขอบเขตเนื้อหาของบทความ

ขอบเขตเนื้อหาของบทความประกอบด้วย กรอบแนวคิดในการเขียนโครงการ กระบวนการจัดการความรู้
สู่การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงการวิจัย และการประยุกต์ใช้แนวทางการเขียนโครงการวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุน
ภายนอก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กรอบแนวคิด

โมเดลที่นำมาพัฒนาแนวทางการเขียนโครงการวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก
ประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมการจัดการความรู้ 3 มิติ (The Knowledge Management Institute,
2007) ได้แก่ มิติที่ 1 องค์ความรู้ (Body of Knowledge), มิติที่ 2 กระบวนการที่ทำให้ได้ความรู้ (Process of
Knowledge) และมิติที่ 3 ชุมชนการเรียนรู้ (Learning Community) นอกจากนี้การพัฒนาแนวทางนี้
มีการผสมผสานระหว่างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (Mutual Learning) และกระบวนการจัดการความรู้ของ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร) โดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (Mutual Learning) อยู่บน
พื้นฐานการไว้วางใจกัน (Trust) และให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Mutual respect) และการจัดการความรู้ของ ก.พ.ร
ทั้ง 7 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การบ่งชี้ความรู้, 2) การสร้างและแสวงหาความรู้, 3) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ,

4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้, 5) การเข้าถึงความรู้, 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) การเรียนรู้ ตลอดจนการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Prapha-inthara, P., & Rasiri, S., 2021) จึงนำมาสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยที่มีคุณภาพ ได้โครงร่างวิจัย โครงร่างวิจัยได้รับทุนภายนอก เกิดนักวิจัยหน้าใหม่และสัดส่วนของทุนภายนอก: ทุนภายในเพิ่มขึ้น ดังภาพ



ภาพที่ 1 แสดงโมเดลที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัย เพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก

กระบวนการจัดการความรู้สู่การพัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยฯ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีระบบและกลไกการจัดการความรู้ซึ่งประยุกต์ใช้ตามรูปแบบของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร) 7 ขั้นตอน (Knowledge Management Plan Manual, 2005) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและแสวงหาความรู้ (Knowledge Creation and Acquisition)

1) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กำหนดนโยบายด้านการผลิตงานวิจัยที่สอดคล้องกับนโยบาย และยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ เพื่อตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นและสังคม โดยมีการร่วมวิเคราะห์ ประเมินผลสัมฤทธิ์ภายในองค์กรประเด็นสัดส่วนทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายใน: ภายนอก ระหว่าง คณะกรรมการจัดการความรู้และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าพบว่า จำนวนทุนสนับสนุนจากแหล่งทุน ภายนอกอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุที่สำคัญเกิดจากไม่ประสบความสำเร็จในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนสนับสนุน การวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก อาจารย์น้องใหม่ยังขาดเทคนิคและประสบการณ์ บางท่านไม่กล้าเขียนขอทุน เพราะไม่รู้จะเริ่มต้นการเขียนอย่างไร ดังนั้น คณะกรรมการจัดการความรู้ได้เล็งเห็นความสำคัญการสนับสนุนให้

อาจารย์ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก จึงได้จัดโครงการ “พัฒนาองค์กรโดยใช้การจัดการความรู้” ในแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2564 งานวิจัยและการจัดการความรู้ประชาสัมพันธ์อาจารย์ทุกท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม และจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) กลุ่มการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก ภายใต้หัวข้อ “การจัดการความรู้ เชิดชูนักวิจัยหน้าใหม่ คว่ำเส้นชัยพิชิตทุนนอก” ตามกิจกรรม ดังนี้ 1.1) นัดประชุมสมาชิก CoP เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการจัดการความรู้ของกลุ่ม 1.2) กำหนดแนวทางในการสร้างและแสวงหาความรู้ว่าความมาจากแหล่งใดบ้างทั้งที่เป็น Tacit และ Explicit Knowledge ประเด็นใดบ้าง เช่น ประสบการณ์การเขียนทุนวิจัยภายนอกทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ อะไรคือกลยุทธ์ของความสำเร็จและอะไรคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเขียนขอทุนครั้งนั้นไม่ประสบความสำเร็จ และทบทวนว่าสมาชิกมีความรู้เรื่องการเขียนขอทุนภายนอกหรือไม่ ขั้นตอนและองค์ประกอบที่สำคัญของการเขียนขอทุนภายนอกมีอะไรบ้าง ข้อเสนอที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ นำไปสู่การสร้างและแสวงหาความรู้

2) ประธานและสมาชิกกลุ่มดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามประเด็นและเป้าหมายที่กำหนด รับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับอาจารย์ที่มีประสบการณ์การเขียนขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก ภายในและภายนอกวิทยาลัย เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ความสำเร็จของการเขียนขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกโดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยรูปแบบการเรียนรู้ทั้งในเวทีแบบ on site และแบบ on line ผ่านรูปแบบสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เช่น เว็บบล็อก และ โปรแกรม Zoom เป็นต้น โดยมีการรวบรวมและตรวจสอบองค์ความรู้ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละครั้งโดยประธานกลุ่มที่มีประสบการณ์การขอทุนภายนอกสำเร็จ และผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ (Knowledge Organization)

สมาชิกกลุ่มร่วมกันรวบรวมองค์ความรู้เพื่อจัดการความรู้ให้เป็น ระบบ ตามแบบฟอร์มสรุปองค์ความรู้โดยมีคุณลิขิตเป็นผู้จัดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการค้นหาและการใช้งานสำหรับบุคลากรทั้งภายในและภายนอกที่สนใจกลยุทธ์การเขียนขอทุนภายนอกสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การเตรียมตัว 2) การค้นหาโจทย์ 3) การเลือกทีมวิจัย 4) ขั้นตอนการเขียนโครงร่างวิจัย และ 5) การพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง กลยุทธ์การเขียนขอทุนภายนอกสำเร็จทั้ง 5 ขั้นตอนนี้เป็นแบบตั้งต้นของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกซึ่งพัฒนาทำในรูปของของแผนภาพ (diagram) ในขั้นตอนนี้ควรพัฒนาฐานข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นระบบและเป็นปัจจุบัน เช่น แหล่งทุนวิจัยภายนอก นักวิจัยและผลงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก และฐานข้อมูลเครือข่ายวิจัย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Knowledge Codification and Refinement)

สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปรียบเทียบองค์ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากภายนอกและนำมาจัดทำรูปแบบและภาษาที่เป็นมาตรฐาน โดยพัฒนาเป็นไดอะแกรม (diagram) แสดงกลยุทธ์ความสำเร็จในการเขียนโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากภายนอกเพื่อเรียบเรียงเนื้อหาให้ผู้สนใจ สามารถเข้าใจถึงองค์ความรู้ได้



ขั้นตอนที่ 4 การเข้าถึงความรู้ (Knowledge Access)

กลุ่มได้ดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และประชาสัมพันธ์ให้กับบุคลากรภายในและภายนอกองค์กร โดยอัพโหลด (up load) บนเว็บไซต์ (PNC Website) เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงความรู้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว สามารถดาวน์โหลด (down load) เอกสารได้ตามความต้องการ นอกจากนี้วิทยาลัยจัดทำเว็บไซต์ (KM-PNC Blog) เพื่อให้บุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีถามคำถามและตอบคำถามเกี่ยวกับการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก เช่น ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การเขียนขอทุนภายนอกสำเร็จและแหล่งทุนภายนอกมีที่ใดบ้าง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)

1) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร (Internal knowledge sharing) ภายหลังจากการเผยแพร่องค์ความรู้ บน PNC Website มีผู้สนใจศึกษาและพบว่ายังมีบางประเด็นของกลยุทธ์การเขียนขอทุนภายนอกที่ทำในรูปของของแผนภาพ (diagram) ซึ่งยังยากต่อการทำความเข้าใจและมีความสับสนในการนำไปใช้ สมาชิกกลุ่มร่วมกันปรับปรุงองค์ความรู้เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

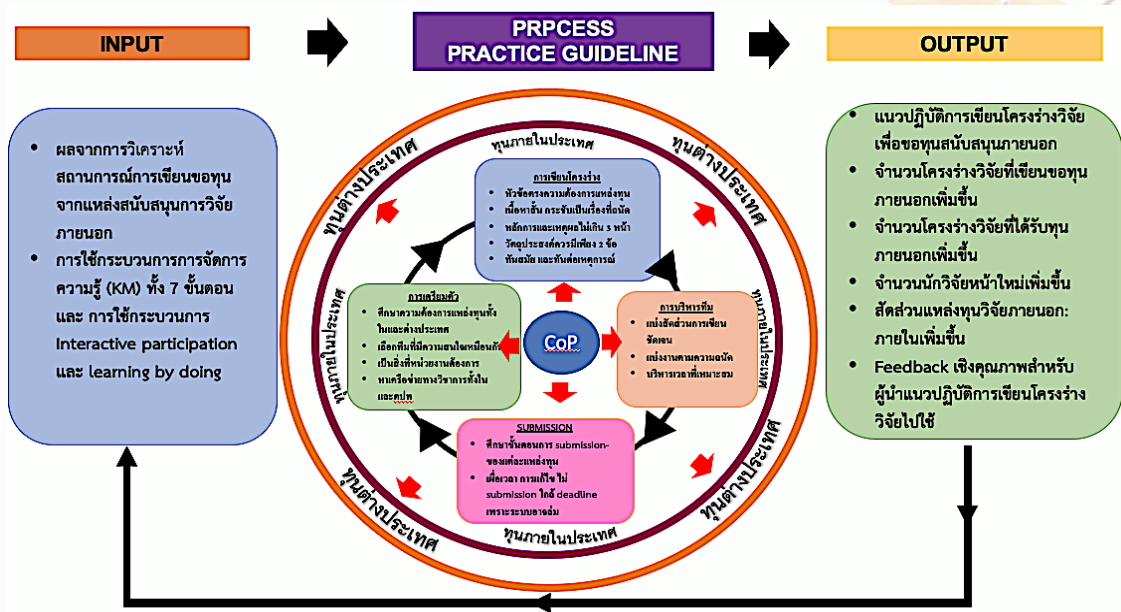
2) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกองค์กร (External knowledge sharing) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกกับคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ครั้งนี้ เช่น ความสำเร็จในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก และเทคนิคการเขียนโครงการวิจัย เป็นต้น สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกองค์กร อีกหนึ่งหน่วยงานที่มีความสำคัญ คือ เจ้าของแหล่งทุนวิจัยซึ่งจะให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ดี

ขั้นตอนที่ 6 การเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Learning by doing and using tacit knowledge) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

การเรียนรู้แบบการเรียนรู้ร่วมกัน (Mutual Learning) สอดแทรกทั้ง 7 ขั้นตอนของการจัดการความรู้ โดยการเรียนรู้ร่วมกัน (Mutual Learning) อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจกัน (Trust) และการให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Mutual respect) เริ่มตั้งแต่การค้นหาค้นหาปัญหาหรือการกำหนดปัญหา การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ ตลอดจนการแบ่งปันความรู้ ยกตัวอย่างของการเรียนรู้ Learning by doing เช่น อาจารย์และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากได้นำแนวทางในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกไปปฏิบัติจริงและนำประสบการณ์ที่ได้จากการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกมาเล่าถึงขั้นตอนและการเตรียมตัวก่อน Submission ทุนภายนอก ในรูปแบบของ “Learning by doing” ในขั้นตอนนี้การสนับสนุนให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการควบคู่ไปกับการจัดการความรู้จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 7 สรุปการดำเนินงาน

องค์กรแห่งการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สามารถพัฒนากลยุทธ์การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกและมีการปรับแนวทางต่อเนื่อง จนกระทั่งได้แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกฉบับปัจจุบัน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกระบวนการการใช้แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก

การประยุกต์ใช้แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการความรู้ (KM)

แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) โดยมีพื้นฐานมาจากการค้นหาคำว่าความรู้ (Body of Knowledge) ของการเขียนโครงร่างวิจัยให้ประสบความสำเร็จอาศัยกระบวนการที่ทำให้เกิดรู้จริง (Process of Knowing) โดยกระบวนการนี้ได้มาจากแหล่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย เช่น การสอบถาม การสืบค้น และประสบการณ์โดยตรงจากบุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอก หลังจากนั้นนำองค์ความรู้การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนภายนอกดังกล่าวมาแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน (Learning Community or Community of Practice) ในองค์กร และมีการปรับปรุง แก้ไขอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ในรูปของแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับทุนภายนอก ดังนั้นนักวิจัยหน้าใหม่ หรือผู้วิจัยที่ต้องการรับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก สามารถนำแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับแหล่งทุนภายนอกข้างต้น ไปประยุกต์ใช้ในการเขียนโครงร่างการวิจัย ตั้งแต่การเตรียมตัวเพื่อพัฒนาโครงร่างวิจัย การเขียนโครงร่างวิจัย การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากร และการเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัย แนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอแหล่งทุนภายนอกโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการความรู้ (KM) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ๆ ได้แก่ 1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย 2) การศึกษา



การเขียนโครงร่างให้พิชิตทุนภายนอก 3) การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย 4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัย (submission) ขออนุมัติทุนภายนอก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเตรียมตัวพัฒนาโครงร่างวิจัย มุมมองของผู้พัฒนาแนวทางการเขียนโครงร่างวิจัยขั้นตอนการเตรียมตัวเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเนื่องจากผู้วิจัยต้องต้องประเมินความเป็นไปได้ของโครงร่างวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการพัฒนาขึ้น หากขั้นตอนนี้ขาดการเตรียมตัวที่ดี อาจทำให้การพัฒนาโครงร่างวิจัยไม่สำเร็จหรือไม่เกิดโครงร่างวิจัยที่ดี โดยขั้นตอนการเตรียมตัวที่ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ คือศึกษาข้อมูลหรือแหล่งทุนที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1.1) ศึกษาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (2566-2570) พลิกโฉมประเทศไทยสู่เศรษฐกิจสร้างคุณค่า สังคมเดินหน้าอย่างยั่งยืน (Transformation to Hi-Value and Sustainable Thailand) นักวิจัยต้องทำการศึกษาว่าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ระบุรายละเอียดที่เกี่ยวข้องประเด็นที่นักวิจัยสนใจหรือไม่ เพราะแหล่งทุนวิจัยภายนอกจะเปิดรับสมัครทุนวิจัยที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยกตัวอย่างเช่น แผนพัฒนาฉบับดังกล่าวได้ระบุถึง การเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย เน้นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิต (National Economic and Social Development Plan No. 13, 2021) และแหล่งทุนวิจัยภายนอกหลายแหล่งทุน เช่น ทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) หรือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นต้น จึงเปิดประเด็นการขอสมัครรับทุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องทำการศึกษาศึกษาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนอื่น ๆ ควบคู่กับแหล่งทุนวิจัยภายนอก และทิศทางการวิจัยในองค์กร

1.2) ศึกษาข้อมูล แนวโน้ม หัวข้อ (Theme) ประเด็น กรอบ/เงื่อนไขของแหล่งทุน เช่น วัตถุประสงค์ หรือความต้องการของแหล่งทุน หัวข้อต้องสอดคล้องกับทิศทางของหน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัย เพราะหากไม่สอดคล้องโอกาสที่แหล่งทุนจะไม่พิจารณามีสูง และศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้ทุนตามแหล่งทุนที่ผู้วิจัยสนใจ

1.3) เตรียมนำเสนอข้อมูลจากการทำ Pilot study หรือการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.4) ควรเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยและทีมสนใจ เป็นศาสตร์ที่ผู้วิจัยเชี่ยวชาญ หรือเป็นโครงการวิจัยแบบสหวิชาการ/ สหวิชาชีพ เพราะจะทำให้ผู้วิจัยเหนื่อยน้อยลงและมีโอกาสในการแบ่งปันความรู้

1.5) ควรเป็นโจทย์ที่นำไปสู่การเรียนรู้และแก้ไขปัญหาที่ท้าทาย

1.6) ควรเป็นเป้าที่นำไปสู่การแก้ไขพัฒนาหรือสร้างองค์ความรู้

1.7) ควรสอดคล้องเป้าหมายของหน่วยให้ทุน



2) การศึกษาการเขียนโครงร่างให้พิตุนภายนอก การเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อให้ได้แหล่งทุนภายนอก ประกอบไปกับการศึกษาส่วนประกอบและเทคนิคการเขียนโครงการวิจัยเพื่อให้ได้ทุนภายนอก ส่วนประกอบและเทคนิคที่สำคัญสำหรับการเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อให้ได้ทุนภายนอก ประกอบด้วยองค์ประกอบการเขียนโครงร่างวิจัย 3 ส่วนหลัก ๆ คือ 1) หัวใจของการเขียนโครงร่างวิจัย 2) ส่วนสำคัญรอง และ 3) เทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัยอื่น ๆ ดังนี้

2.1) หัวใจของการเขียนโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยต้องศึกษารายละเอียดแบบฟอร์มของแหล่งทุน เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเขียนโครงร่างวิจัยได้ตรงกับหัวข้อหรือแบบฟอร์มที่แหล่งทุนต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยพัฒนาส่วนของเนื้อหาโครงร่างที่มีความสำคัญที่สุด ควรใช้เวลาสั้นที่สุดในการเขียน ซึ่งประกอบด้วย

หัวเรื่อง ต้องเขียนให้ตรงตามความต้องการของแหล่งทุน เป็นปัญหาจริง กลุ่มประชากร น่าสนใจ มีมุมมอง มีการผสมผสาน นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง แก้ไขปัญหาได้จริง และใช้เทคนิคการแก้ไขที่น่าสนใจ

หลักการและเหตุผล สำคัญที่สุด เพราะเป็นจุดแรกและจุดสำคัญที่ทำให้เราจะได้ทุนหรือไม่ โดยมีหลักการเขียนที่สำคัญดังนี้ ไม่ต้องเขียนมาก แต่เขียนให้กระชับได้ใจความ ไม่ควรเกิน 3 หน้ากระดาษ, ระบุปัญหาให้ชัดเจน ชี้ประเด็นสำคัญทั้งในส่วนของปัญหาและผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยใช้เทคนิคการเข้าไปสถานที่ที่ต้องการทำวิจัยมาก่อน เพื่อศึกษาข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจริง ก่อนนำมาเขียนในบทนำ เพื่อให้ได้ภาษาจริง (Reality language) และสามารถใช้อ้างอิงได้, สร้างกรอบการเขียนไว้คร่าว ๆ แล้วลงมือเขียน เพื่อลดความซ้ำซ้อน, ควรเขียนในครั้งเดียวให้จบ พยายามไม่แทรกหรือเพิ่มเติม, เน้นเขียนลักษณะ ขนาดปัญหา และความจำเป็น, ภาษาที่ใช้ต้องกระชับ หักมุม เปรียบเทียบ สัมพันธ์ตลอดการเล่าเรื่อง มีการโน้มน้าว คล้อยตาม, วรรคแรกต้องแสดงความสำคัญของปัญหามากที่สุด และวรรคสุดท้ายแสดงให้เห็นว่าเราจะแก้ไขอย่างไร เสนอแนวทางแก้ไขด้วยงานวิจัย และถ้าจะอ้างข่าวสารหรือข้อเท็จจริงที่เฉพาะด้าน ควรมีเอกสารหรือแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ และก่อนวรรคสุดท้าย เขียนแสดงให้เห็นว่าเราเก่งอย่างไร มีความสามารถอย่างไร บรรณาธิบายอย่างไร มีผู้ช่วยหรือเครือข่ายอย่างไร เพื่อให้เจ้าของทุนมั่นใจว่าปัญหาที่เราเขียนมาจะสามารถแก้ไขได้จริง

วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ต้องสอดคล้องกับปัญหาและสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ควรมี 1 ข้อ ดีที่สุด อาจจะมี 2 ข้อในกรณีที่ทำเป็น 2 ระยะ หากมี 3 ข้อ อาจจะมีคำถามว่าเรามีเป้าหมายชัดเจนหรือเปล่า ถ้าชัดเจนจริง แล้วเราสามารถทำตามวัตถุประสงค์ได้ครบทุกข้อหรือไม่ อย่าเขียนรัดตัวเกินไป เพราะเขียนแล้วจะเป็นเหมือนสัญญาที่กระบวนการตรวจสอบหรือประเมินติดตามจะมาดูในส่วนนี้

2.2) ส่วนสำคัญรอง ส่วนสำคัญรอง คือส่วนประกอบที่จะสนับสนุนควรใช้เวลาในการเขียนนานที่สุดประกอบด้วย

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารอ้างอิง โดยลำดับเนื้อหาตามหัวข้อโครงการวิจัย จากใหญ่ ๆ ไปรายละเอียด ครอบคลุม เขียนภาษาและความเข้าใจของตัวเอง เพื่อให้คนอ่านเข้าใจง่าย กระชับ รวบยอด ทันสมัยและครอบคลุม อะไรที่เป็นของใหม่ต้องเขียนขยายความ และมีแหล่งอ้างอิงให้ชัดเจน

ระเบียบวิธีวิจัย มีความสำคัญมาก ต้องทำให้ได้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ เลือกใช้ให้ถูกกับ



การทดสอบสมมุติฐาน หรือการหาคำตอบ ขึ้นกับศาสตร์ความเชี่ยวชาญ และถ้าไม่ใช่ศาสตร์ของตนเองจะต้องมีทีมที่มีความเชี่ยวชาญ เขียนให้เจ้าของแหล่งทุนเห็นภาพชัดเจนว่า กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยตอบโจทย์/ปัญหาวิจัย ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาจริง และสัมพันธ์กับงบประมาณที่เสนอขอ

แผนการดำเนินงาน เขียนให้สามารถดำเนินงานได้ มีรายละเอียดกิจกรรมที่สอดคล้องกับระยะเวลา เพื่อใช้เป็นคู่มือกำกับงาน

งบประมาณ จะต้องเขียนให้ตรงหมวด อิงกับเกณฑ์ที่แหล่งทุนระบุไว้ ตรงตามความเป็นจริง ดีแตกต่างจากระเบียบวิธีวิจัยมีความเหมาะสม สามารถใช้ในการกำกับการดำเนินการวิจัยได้จริง ไม่ควรเขียนเกินจริง เพราะหากทำไม่ได้จะมีปัญหามากเวลาได้รับการตรวจประเมินติดตาม

ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ และผลอื่น ๆ ผลผลิต: ได้ผลวิจัย นวัตกรรม เกี่ยวกับอะไร อยากรู้มีคุณภาพอย่างไร ผลลัพธ์: เขียนให้เห็นว่าหลังจากงานวิจัยจะเกิดอะไรขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายในระยะ 1-3 ปี เช่น ลดค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ลดจำนวนผู้ป่วย ลดจำนวนผู้เสียชีวิต และผลกระทบ: จะเกิดอะไรในวงกว้างและในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตดี อายุขัยเพิ่มสูงขึ้น เพราะส่วนนี้ก็มีความสำคัญมาก แหล่งทุนบางแหล่งจะดูหัวข้อวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย และมาดูส่วนนี้ เพื่อที่จะพิจารณาประเมินว่าผลที่ได้ออกมา 1) คຸ້ມກັບงบประมาณที่ลงทุนไปหรือไม่ และ 2) ได้ผลออกมาสอดคล้องกับ เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์สำคัญ (Objectives and Key Results: OKRs) ของแต่ละแผนหรือไม่ หากไม่คุ้มค่าหรือไม่สอดคล้องกับแผน อาจไม่ได้รับการพิจารณาจากแหล่งทุน

2.3) เทคนิคการเขียนโครงร่างวิจัยอื่น ๆ ก่อนลงมือเขียนต้องมั่นใจว่าเป็นเรื่องที่เราสงสัย หนัก เพราะงานวิจัยเป็นงานหนักที่ใช้เวลาโดยเฉพาะหลักการและเหตุผล ต้องมั่นใจว่า น่าสนใจและจำเป็นจริง ๆ ทั้งของเราและแหล่งทุน, การกลับมาแก้ไขหรือเขียนเพิ่มเติมในส่วนหลักการและเหตุผล จะมีโอกาสทำให้นื้อหาสับสนไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน, ระเบียบวิธีวิจัย รวมทั้งการวัด สถิติต้องสะท้อนความสามารถนักวิจัย, ประวัติทำหลาย ๆ เรื่องตีพิมพ์หลายฉบับ จะช่วยได้, ทีมมีความสำคัญมาก จะต้องใส่เทคนิคที่จำเป็นในการวิจัยให้กับทีม และการมีที่ปรึกษาโครงร่างวิจัย ควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นวิจัย

3) **การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย** การบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากร (ทีม) 2) องค์ความรู้และความเชี่ยวชาญ 3) งบประมาณ 4) ทรัพยากร 5) เวลา และ 6) เงื่อนไขแวดล้อม ดังแสดงในตารางที่ 1 ปัจจัยในการบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย



ตารางที่ 1 ปัจจัย 6 ด้านในการบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย

ปัจจัย 6 ด้าน

รายละเอียด

1) บุคลากร - การรวมทีมวิจัย

(ทีม)

อาจมีที่มาของทีมจาก 1) เริ่มจากการทำคนเดียวหรือเพียงไม่กี่คน เริ่มจากโครงการทุนวิจัยขนาดเล็กไปขนาดใหญ่ 2) รวบรวมจากคนที่มีความสนใจในหัวข้อ/ ปัญหาเดียวกัน 3) การขอเข้าร่วมกับทีมที่มีอยู่แล้ว และ 4) การบริหารจัดการทีมภายใต้เงื่อนไข/ ข้อจำกัดเฉพาะภายในองค์กร

- การบริหารทีมงานที่มีส่วนช่วยสนับสนุนความสำเร็จของโครงร่างวิจัย

จำนวนผู้วิจัยที่ร่วมกันเขียนโครงร่างนั้นอาจจะมีเพียงแค่ 1-2 ท่านก็ได้ ซึ่งไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่สิ่งสำคัญคือ การเห็นคุณค่าซึ่งกันและกันในการทำงาน อาทิเช่น ผู้ช่วยนักวิจัย ลูกศิษย์: ให้ความเคารพทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เคารพในข้อจำกัด ให้โอกาสเขาพัฒนา เช่น ส่งไปเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ เพิ่มเติม ให้เขารู้สึกเป็นงานของเขา กำกับด้วยใจ เชื่อใจและไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าเขาทำได้ และสอนให้เก่งขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้การบริหารทีมงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จอาจประกอบไปด้วย 1) งานที่เชี่ยวชาญหรืองานที่ให้คนอื่นช่วยทำดีกว่า 2) งานปริมาณมากไม่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ เช่น การติดต่อพื้นที่ การนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง สามารถให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยได้ หรืองานที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญสูง 3) งานที่ต้องตัดสินใจทันที หรืองานที่ต้องขอความเห็นผู้เชี่ยวชาญก่อน และ 4) ทุกคนมีสิทธิ ทุกคนเป็นเจ้าของโครงการ สอดคล้องผลการจัดการความรู้เรื่อง อาศรมความคิด พิชิตผลงาน ผสานความร่วมมือ ผักปรีด้วยหัวใจ ที่พบปัจจัยความสำเร็จของการผลิตผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ คือ การบริหารอย่างเป็นระบบ ภายใต้การทำงานเป็นทีม มีบรรยากาศที่เอื้ออำนวย ตลอดจนการยกย่อง สร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจให้กันและกัน (Praboromarajchanok Institute, 2021)

- การได้รับการสนับสนุนและพัฒนาโครงร่างวิจัยจากหน่วยงานผู้วิจัย

2) องค์

- ผู้วิจัยหลัก

ความรู้และ

ความ

เชี่ยวชาญ

ควรเป็นโครงการที่ผู้วิจัยหลักเชี่ยวชาญหรือต้องการความรู้เชี่ยวชาญอื่นมาช่วยทำให้โครงการวิจัยทำให้เกิดผลสำเร็จ แม้ว่าโครงการที่ผู้วิจัยหลักไม่เชี่ยวชาญแต่เราสามารถทำงานร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่มาช่วยเติมเต็มในส่วนที่ทำให้โครงการวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น

- ผู้ช่วยวิจัย

การพัฒนาศักยภาพทีมวิจัย สิ่งที่สำคัญให้โครงการวิจัยประสบความสำเร็จผู้วิจัยต้องคำนึง ผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย 1) ควรสนับสนุนผู้ช่วยวิจัยที่สามารถพัฒนาได้ มีโอกาสได้เรียนรู้เพื่อสร้างนักวิจัยหน้าใหม่ในอนาคต 2) ผู้ช่วยวิจัยมีความสำคัญไม่ใช่



ตารางที่ 1 ปัจจัย 6 ด้านในการบริหารทีมวิจัยและทรัพยากรในการพัฒนาโครงร่างวิจัย (ต่อ)

ปัจจัย 6 ด้าน	รายละเอียด
	แค่การเก็บข้อมูลเพียงอย่างเดียวแต่ผู้วิจัยต้องการผู้ช่วยวิจัยในเชิงวิชาการ เช่น ช่วยดู methodology และสามารถวิเคราะห์และช่วยดูงานได้ว่าถูกต้องหรือไม่ และ 3) ควรพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ช่วยวิจัยให้ใกล้เคียงกับนักวิจัยหลักให้มากที่สุด โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วันแรกที่มาร่วมงานกัน
3) งบประมาณ	- การบริหารจัดการงบประมาณ หนึ่งผู้ช่วยวิจัยเขาควรได้เท่าไร, หนึ่งโครงการ ไม่น่าจะดี แต่มากกว่า 10 โครงการก็ลำบากเกินไป การผันใช้งบประมาณโครงการ ใครเป็นคนสั่งจ่ายเงิน ใครเป็นคนใช้เงินความเข้าใจ ความประหยัด ความถูกต้อง ใบเสร็จยุ่งยากมาก แต่ให้ถูกต้องที่สุด
4) ทรัพยากร	- ความสัมพันธ์กับบุคคล/ หน่วยงาน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ในพื้นที่ที่เราทำวิจัย ถ้าเราสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีได้ เราก็จะออกแรงน้อยลง - หน่วยงานของผู้วิจัยต้องมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าของโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และเมื่อนักวิจัยได้รับทุน หน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้าใจ ให้การสนับสนุน พัฒนาศักยภาพ ให้การดูแล ชมเชยตามโอกาส และให้เกียรติผู้วิจัยเพื่อให้ขวัญและกำลังใจในการทำงาน
5) เวลา	- การบริหาร การจัดการเวลา และตารางเวลา นักวิจัยต้องคุยกับทีมงานสม่ำเสมอ และทุก ๆ วัน ถ้ามีโครงการมาก ใส่อารมณ์กับความสมบูรณ์ให้น้อยที่สุด แต่ใช้เวลาให้คุ้มค่ากับทุกเวลา ประสานงานทั้งทางการและไม่ทางการให้ชัดเจนที่สุดตารางเวลาให้ยึดโยงกับเราน้อยที่สุด แต่เราต้องยึดกับตารางเวลาให้มากที่สุด คนทำงานคือคนที่รู้รายละเอียด นักวิจัยเป็นผู้คุมตารางงานและคุณภาพงาน
6) เงื่อนไขแวดล้อม	- พื้นที่ดำเนินงาน ถ้าผู้วิจัยสามารถทำในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรู้จัก พื้นที่ของผู้วิจัยจะช่วยลดความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของงานวิจัย เช่น ความร่วมมือของชุมชน เป็นต้น อีกทั้งอาจลดงบประมาณที่ดำเนินงานวิจัย



4) การเตรียมตัวเพื่อส่งโครงร่างวิจัย (submission) ขอบทุนภายนอก ภายหลังจากผู้วิจัยพัฒนาโครงร่างวิจัยขั้นตอนสุดท้ายคือ การส่งโครงร่างวิจัยไปยังแหล่งทุน ก่อนถึงขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาเงื่อนไขของการสมัครก่อน เพราะเนื่องจากแหล่งทุนวิจัยบางแหล่งทุน เช่น ทุนวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผู้วิจัยไม่สามารถส่งเอกสารของโครงร่างวิจัยไปยังแหล่งทุนโดยตรง ดังนั้นการเตรียมโครงร่างวิจัยเพื่อส่งสมัครรับทุน ควรเตรียมตัวดังนี้

4.1) การสมัครและลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิกในระบบ การสมัครรับทุนภายนอกของทุนวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยต้องส่งโครงร่างวิจัยและกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้วิจัยผ่านระบบซึ่งเรียกว่า ระบบข้อมูลสารสนเทศวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (National Research and Innovation Information System: NRIIS) ผู้วิจัยจำเป็นต้องสมัครเป็นสมาชิกในระบบ NRIIS จึงจะสามารถกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้วิจัยและส่งโครงร่างวิจัยได้

4.2) ผู้วิจัยควรส่งโครงร่างวิจัยในระบบ NRIIS อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนวันปิดรับสมัครทุน เนื่องจากหากผู้วิจัยทำการส่งโครงร่างวิจัยในวันที่ปิดรับสมัครซึ่งในวันดังกล่าวอาจมีปัญหาของการผิดพลาดของระบบเพราะมีผู้วิจัยจำนวนมากส่งโครงร่างวิจัยในวันเดียวกัน จึงทำให้ผู้วิจัยอาจพลาดโอกาสการส่งโครงร่างวิจัยในระบบ

4.3) บางแหล่งมีเงื่อนไขของการพิจารณาให้ทุนสำหรับผู้วิจัย เช่น นักวิจัยต้องผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อน หากไม่ผ่านการอบรมจะไม่ได้รับ การพิจารณาให้ทุน ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาเงื่อนไขของแต่ละแหล่งทุนว่ามีความต้องการอะไร ก่อนที่จะดำเนินการสมัครทุนนั้น ๆ

บทสรุป

การพัฒนาโครงร่างวิจัยเพื่อขอแหล่งทุนภายนอกจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายส่วน ต้องมีการเตรียมความพร้อมที่ดีทั้งผู้วิจัย ทีมวิจัย และหน่วยงานองค์กร นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าองค์ประกอบของการเขียนโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญเพราะเป็นส่วนที่เจ้าของทุนจะใช้ในการพิจารณาให้ทุน ขั้นตอนการเขียนโครงร่างวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องใช้เวลาเพื่อให้ตอบโจทย์ในสิ่งที่เจ้าของทุนต้องการ การบริหารโครงการวิจัยก็เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนัก เช่น การบริหารคนในทีมที่มีความเชี่ยวชาญในหลากหลายสาขาให้เสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน การบริหารงบประมาณและการบริหารเวลา เป็นต้น ขั้นตอนสุดท้ายคือ การส่งโครงร่างวิจัยเข้าระบบเพื่อสมัครรับทุน ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขการจัดส่งเอกสารต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาข้อผิดพลาดจากผู้วิจัยไม่สามารถส่งโครงร่างวิจัยได้ เพราะไม่ได้ศึกษาขั้นตอนการส่งเอกสาร



เอกสารอ้างอิง

- Praboromarajchanok Institute. (2021). *KM for Learning Organization Academic year 2020: mission of research*. Chiang Mai: Loma Press. (inThai).
- Knowledge Management Plan Manual. (2005). Retrieved (2021, 27 October) from: http://www.203.157.7.7/KM/doc/handbook_2549.pdf
- National Economic and Social Development Plan No. 13. (2021). Retrieved (2021, 27 October) from: <http://www.ddd.go.th/PDF/DevelopmentPlanNo.13.pdf> (2021, 27 October)
- Prapha-inthara, P., & Rasiri, S. (2021). The Ten Good Practices of Seeking Research Funds from External Funding Sources. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(2), 233-237. (inThai).
- Thanissaro, P., Pengtham, C., & Suracitto, W. (2020). Knowledge Management: Men and Work Development Process. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 5(2), 196-203. (inThai).
- The Knowledge Management Institute. (2007). Knowledge Management Triangle Model. Retrieved (2021, 27 October) from: http://203.157.7.7/KM/pics/ModelKM/fs_model18_TriangleKM.pdf
- Sngounsiritham, U. (2014). Writing a Research Proposal for Funding from Agency. *Nursing Journal*, 41(2), 133-141. (inThai).
- Vichianpanya, J., Natakatoong, O., & Bungbua, P. (2020). The Development of knowledge management system for Research Utilization. *Journal of the Association of Researchers*, 25(1), 532-549. (inThai).
- Phrapokklao Nursing College. (2020). *Self Assessment Report: For Obtaining Accreditation Form Thailand Nursing and Midwifery Council*. (inThai).



Health Literacy among Caregiver and Older Adults with Chronic Kidney Disease

Tayarat Phuttimanee ^{1*},Rungnapa Pongkiatchai ^{**}

(Received: April 2, 2022, Revised: July 13, 2022, Accepted: August 12, 2022)

Abstract

In older adults, communicable diseases continued to account for an increasing proportion of mortality. Literature revealed that the majority of older adults possessed a low degree of health literacy, which was connected with ineffective management of health behaviours and these negative consequences. The purpose of this paper is to comprehend the significance of health literacy and clinical practice among elderly patients with chronic renal disease and their caregivers. Chronic kidney disease, health literacy, the significance of health literacy and self-management in chronic kidney disease and their caregivers, use in clinical practice, and a discussion of the outcomes of past studies are discussed. In conclusion, the significance of health literacy is resulting in improved health outcomes.

Keywords: Health Literacy: Older Persons: Caregiver CKD

* Independent Scholar

** Nurse Instructor, Practitioner Faculty of Nursing Suan Dusit University

¹Corresponding phutti.tayarat@gmail.com. Tel 061-5952462



ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล

ตยารัตน์ พุทธิมณี^{1*}, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย^{**}

(วันที่รับบทความ : 2 เมษายน 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 13 กรกฎาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 12 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่มีสัดส่วนการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและผลลัพธ์ที่ไม่ดี บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติทางคลินิกในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล โดยกล่าวถึง โรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล การนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งการอภิปรายผลจากการศึกษาครั้งก่อน เพื่อให้เห็นความสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง

* นักวิชาการอิสระ

** อาจารย์พยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹ผู้ประสานธุรกรรมกิจ phutti.tayarat@gmail.com โทร 061-5952462



บทนำ

สถานการณ์สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งให้เห็นถึงภาวะทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกายและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases; NCD) (Duangthipsirikul, 2014) ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย (Kidney Association of Thailand, 2022)

จากการรายงานของโรคไตเรื้อรังทั่วโลก (Bowe et al., 2019) พบความชุกประชากรสูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ร้อยละ 13.40 และจากข้อมูลสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกาพบประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.00 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 45-64 ปี ร้อยละ 14.00 และกลุ่มอายุ 18-44 ปี ร้อยละ 6.00 ตามลำดับ โดยคาดการณ์การเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรัง 37 ล้านคน (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2021)) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบความชุกประชากรสูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 คิดเป็น 5,606.84, 5,469.15, และ 5,021.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Ministry of public health, 2021) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่า อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังของผู้สูงอายุยังคงมีแนวโน้มสูง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวต่อเนื่อง

โรคไตเรื้อรัง (CKD) คือภาวะไตทำงานลดลงหรือผิดปกติ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการกรองของไต ได้แก่ ระยะที่ 1 ไตเริ่มเสื่อมแต่ยังทำงานปกติ การกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 ไตเสื่อมและทำงานลดลง การกรองของไต 60-89 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 3 ไตทำงานลดลงถึงปานกลาง การกรองของไต 30-59 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 4 ไตทำงานลดลงอย่างมาก การกรองของไต 15-29 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และระยะที่ 5 ไตวายระยะสุดท้าย การกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร (Kidney Association of Thailand, 2018) ซึ่งพบผู้สูงอายุมีความชุกไตเรื้อรังในทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเริ่มต้น มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ เป็นเวลานาน จึงไม่พบความผิดปกติหรืออาการแสดงของโรค ดังนั้นจึงทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง ส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคโลหิตจาง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (Ministry of Public Health, 2016) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อวิถีชีวิตและจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเสียโอกาสจากการทำงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจุบันในการรักษาให้ความสนใจในการลดความรุนแรงของโรคโดยมุ่งเน้นที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้วยการจัดการตนเอง รวมถึงกระบวนการตัดสินใจและความเข้าใจคำแนะนำของแพทย์เพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับการดำเนินการของโรคด้วยการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (World Health Organization: WHO, 1998)



เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเพียงอย่างเดียวแต่ต้องอาศัยพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของ บุนสตาร์ และคณะ (Boonstra et al., 2020) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจต่อการ จัดการตนเอง และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ต่ำลง และการทบทวนวรรณกรรมของ เทย์เลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2018) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่ง ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น แสดงว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และสามารถแก้ไขได้ด้วยการเสริมสร้างความรู้ และสอน ทักษะให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการจัดการตนเองสอดคล้องกับวิถีชีวิตอย่าง เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การ ออกกำลังกาย รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีในระยะยาว ซึ่ง สอดคล้องตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) กล่าวว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพคือ ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการทำความเข้าใจข้อมูลทางด้าน สุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความเข้าใจคำแนะนำการ รักษาของแพทย์ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจในการจัดการตนเอง และการสื่อสาร ที่จะสามารถอยู่กับโรค และความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญ และจำเป็นต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลที่จะมีความรู้และความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจ ในแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ สรุปได้ ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพดี

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล
- 2.เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติทางคลินิกในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล

ขอบเขตเนื้อหา

ขอบเขตเนื้อหาในบทความประกอบด้วย โรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสำคัญของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและ ผู้ดูแล การนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติทางคลินิก



โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง โครงสร้างหรือการทำงานของไตมีความผิดปกติ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ ไตอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น (Ministry of Public Health, 2016) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของขนาดและหน่วยไต ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับการกรองของไต หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลต่อแนวโน้มของโรคแย่ลงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา (Jirubapa, 2014; Kidney Association of Thailand, 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต เช่น การทำงาน การรับรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การนอนหลับ และผลกระทบต่อจิตใจ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น (Maepaiboolsuk & Konkanghana, 2020) ดังนั้น การป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดขึ้น เป้าหมายที่สำคัญคือชะลอการเสื่อมของไตช้าลง (Kidney Association of Thailand, 2017) จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และปรับใช้ข้อมูลความรู้ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง

ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในสถานการณ์ที่แตกต่างอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2015) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Nutbeam, 2000) ดังนี้ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) เป็นทักษะพื้นฐานของบุคคลในการแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพและการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยา เป็นต้น 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ (Communicate/Interactive literacy) เป็นขั้นสูงกว่าระดับพื้นฐาน เนื่องด้วยบุคคลสามารถนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาวิเคราะห์และถ่ายทอดแก่บุคคลในสังคม อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นสูงสุด สะท้อนผลการพัฒนาทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และทักษะทางสังคม (social skill) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีเหตุผล ด้วยการเลือกปฏิบัติหรือปฏิเสธข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยทักษะพื้นฐานในการรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) เป็นการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) ทักษะการรู้คิด (cognitive skill) เป็นทักษะความรู้ ความเข้าใจ ในการเลือกใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการอ่าน พูด เขียน รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจ 4) ทักษะการจัดการตนเอง



(self-management skill) เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตน 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เป็นความสามารถในการเลือกหรือไม่เลือกปฏิบัติ ด้วยกระบวนการคิดวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจและเหมาะสม และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) เป็นความสามารถในตรวจสอบแหล่งความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่าง ๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดการเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลที่มีผลต่อสุขภาพ รวมถึงการบอกกล่าวต่อชุมชนและสังคมด้วย (Nutbeam, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อตรวจสอบว่ามีความรู้ความสามารถตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) ของ ปาร์กเกอร์ เบเกอร์ วิลเลียม และเนิร์ส (Parker, Baker, Williams & Nurss, 1995) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่วัดความสามารถการอ่านข้อความและตัวเลขจากการได้รับบริการทางสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของอิชิคาวา และคณะ (Ishikawa, Kiuchi & Yano, 2008) เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลทั่วไปใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 28 ซึ่งสามารถใช้กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง (Division of Health Education, 2018) เพื่อเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ดีแก่บุคคลในทุกกลุ่มวัยและสามารถมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย

ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ ในประเด็นการเลือกใช้อ้างอิง และทักษะพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลตนเองได้อย่างมีวิจารณญาณ ลดการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล เพราะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ สามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการป้องกันความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม โดยแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การเลือกใช้อ้างอิง แบ่งเป็น 3 ระดับ (Kaeodumkoeng, 2019) ดังนี้

1.1 ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional literacy)

เป็นการแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ ซึ่งอาศัยทักษะการอ่าน คัดเลข หรือความเข้าใจเกี่ยวกับค่าตัวเลขต่าง ๆ สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้น สรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นบันไดก้าวแรกที่จะนำไปสู่ความรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป ความรู้ระดับพื้นฐานมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ที่ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับค่าตัวเลขต่าง ๆ เช่น ค่าอัตราการกรองของไต ที่แสดงถึง



ระยะของโรค และจากการศึกษาของ อบัด คาลิเฟห์ คาลิล ดาร์เวด และโมเซอร์ (Abed, Khalifeh, Khalil, Darawad & Moser, 2020) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ตลอดจนเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ระดับสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ (Communicate/Interactive literacy)

เป็นขั้นที่สูงกว่าขั้นพื้นฐานในการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ได้อย่างมีเหตุผลถึงผลลัพธ์ที่ตามมา และบอกกล่าวต่อบุคคลอื่นได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง ซึ่งการใช้ข้อมูลระดับนี้มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแล เมื่อมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หรือค่าของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารดีขึ้น ซึ่งในการศึกษาของ ยู และคณะ (Yu et al., 2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดรู้ระดับปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และการรับประทานอาหาร พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับประทานอาหารสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดรู้ระดับปฏิสัมพันธ์ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแล ถ้ามีความฉลาดรู้ด้านสุขภาพในระดับนี้จะทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น และผู้ดูแลให้การดูแลและจัดอาหารได้ และสามารถที่จะแบ่งปันความรู้ในการดูแลให้กับบุคคลอื่น

1.3 ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy)

เป็นขั้นสูงสุดในการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ที่ดีและไม่ดีทางด้านสุขภาพ ที่จะเลือกหรือไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันของตนเองและเป็นผู้มีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกไตที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณสูง สามารถที่จะจัดการตนเองในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การดูแลเส้นฟอกเลือด การจัดการด้านอารมณ์ ได้ในระดับดี (Mahanupab, Chintanawat & Juntasopeepun, 2022)

สรุป ความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกใช้ข้อมูล ทั้ง 3 ระดับมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลในการจัดการตนเองในการดูแลด้านต่าง ๆ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

2. ทักษะพื้นฐานในการรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทักษะพื้นฐาน	การรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การเข้าถึงข้อมูล (access skill)	ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ เช่น เลือกแหล่งข้อมูลการบริโภคอาหารตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อสร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดี (Ministry of Public Health, 2018) อีกทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรค



2. ทักษะพื้นฐานในการรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ต่อ)

ทักษะพื้นฐาน	การรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การรู้คิด (cognitive skill)	ไต่เรื้อรังเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีความรู้ในการตัดสินใจพฤติกรรมสุขภาพได้ดีเพิ่มขึ้น (Mongkholmafai, Arethwetch & Kankarn, 2020) บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจของข้อมูลทางด้านสุขภาพ อธิบายวิเคราะห์และเปรียบเทียบในการนำไปปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น ปัญหาโรคไต่เรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารเค็ม ซึ่งไต่ไม่สามารถขับโซเดียมออกได้หมด ทำให้สะสมอยู่ในเลือด ไต่ทำงานหนักเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการกรองของไต่จึงลดลง เป็นต้น ดังนั้น การรู้ถึงสาเหตุของปัญหาจะนำไปสู่การวางแผนการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (Ministry of Public Health, 2018)
การสื่อสาร (communication skill)	เป็นความสามารถของบุคคลในการอ่าน พูด เขียน ข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างบุคคลให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติการดูแลตนเองได้ เช่น การชวนเพื่อนเข้ากลุ่มคนรักสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพที่ตีร่วมกัน (Ministry of Public Health, 2018) นอกจากนี้การศึกษาเจน และกรีน (Jain & Green, 2016) พบว่า การสื่อสารที่ชัดเจนทั้งด้านการพูดและการฟัง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะช่วยให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไต่เรื้อรัง ด้วยการชะลอการลุกลามของโรค
การจัดการตนเอง (self-management skill)	บุคคลมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนจัดการตนเองทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น ลดหวาน มัน เค็ม งดสูบบุหรี่ สุรา เป็นต้น (Ministry of Public Health, 2018) โดยผ่านกระบวนการคิดและเข้าใจข้อมูล ซึ่งอาจกระทำในรูปแบบการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต่เรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น (Ounsrimuang, Siriwatanamethanon & Buate, 2013)



2. ทักษะพื้นฐานในการรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ต่อ)

ทักษะพื้นฐาน	การรับมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การตัดสินใจ (decision skill)	เป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกหรือปฏิเสธข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างมีเหตุผล เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ร่างกายมีความแข็งแรง (Ministry of Public Health, 2018) อีกทั้งการได้รับข้อมูลด้านการรักษาที่เพียงพอ ที่มีความน่าเชื่อถือจะนำไปสู่การตัดสินใจด้านการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม (Sangsee, Tanatwanit, Kunsongkeit & Mounkgum, 2020)
การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill)	เป็นความสามารถของบุคคลในการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำมาปฏิบัติและบอกกล่าวต่อผู้อื่น เช่น โฆษณาชวนเชื่อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่าง ๆ เป็นต้น ควรพิจารณาอย่างถี่ถ้วนถึงผลลัพธ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2018) หรือสอนวิธีการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลที่น่าเชื่อถือผู้ป่วย เช่น องค์กรอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (Mongkholfamai et al., 2020)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมแบบทบทวนขอบเขต (Scoping review) สืบค้นงานวิจัย จากฐานข้อมูลทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยใช้คำสืบค้นสำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และ การจัดการตนเอง (self-management) ผู้เขียน 2 คน พิจารณาทบทวนวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษาและกลุ่มประชากรอย่างเป็นอิสระต่อกัน สรุปผลการศึกษาของรายงานการวิจัยและสังเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวม สรุปได้ดังนี้

ผู้แต่ง	การศึกษา	ผลลัพธ์
Boonstra et al. (2020)	How to tackle health literacy problems in chronic kidney disease patients? A systematic review to identify promising intervention targets and strategies.	ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจต่อการจัดการตนเอง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ



ผู้แต่ง	การศึกษา	ผลลัพธ์
Sangkhapong Tulsiri & Lawang. (2019)	Factors influencing the health literacy of caregivers. Patients with chronic diseases	ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ระดับต่ำ ส่งผลต่อการจัดการทางด้านสุขภาพ และการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยลดลง
Sarin, Moolsart & Chailimpamon-tree. (2019)	The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Patients with Type 2 Diabetes Risk to Chronic Kidney Disease.	หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Panyathanachaikhul, Moolsart & Chailimpamon-tree. (2020)	The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in hypertension patients Risk to Chronic Kidney Disease.	หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิต ระดับโซเดียมและอัลบูมินในปัสสาวะมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Wungrath & Mongkol. (2020)	Effectiveness of a health literacy enhancement program for caregivers of dependent older persons in a community of the Northern Part, Thailand.	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



ผู้แต่ง	การศึกษา	ผลลัพธ์
Shah, Ramsbotham, Seib, Muir & Bonner, (2021)	A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management	จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น การใช้ยา การรับประทานอาหาร และน้ำ โดยรวมที่ดี

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ดูแลเมื่อมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จะมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยการสอนให้ความรู้ การแบ่งปันและการเรียนรู้ การฝึกทักษะจะทำให้การจัดการตนเองด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมถึงการป้องกันและควบคุมไม่เกิดพัฒนาการของโรคไปสู่ระยะถัดไป

การนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติทางคลินิก

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดเป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่หลากหลาย ในการปฏิบัติทางคลินิก ผู้ให้บริการสามารถพิจารณาคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประจำ เพื่อระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่อาจต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น ในการศึกษาส่วนใหญ่จนถึงปัจจุบันมีการศึกษาผลกระทบต่อโรคไตเรื้อรัง และการฟอกไต ข้อมูลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีน้อย เป็นที่น่าสนใจที่จะเห็นการศึกษาในอนาคตที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยไตวายนี้ นอกจากนี้การปฏิบัติทางพยาบาลสามารถใช้ มาตรการป้องกันทางคลินิกเพื่อคาดการณ์ว่าผู้ป่วยรายใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด สนับสนุนการใช้หลักการสื่อสารด้านสุขภาพที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยทุกรายและผู้ดูแล เพื่อการชะลอของโรคไตเรื้อรัง และการควบคุมภาวะแทรกซ้อน

ในเชิงนโยบายเพื่อให้การควบคุมโรคร่วมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (Strategy and Planning Division Office) ได้นำแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยพัฒนาทักษะการเพิ่มความรอบรู้ตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม โดยฝึกทักษะการเข้าถึง (Access) คือความสามารถและทักษะในการค้นหาข้อมูล ตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand) คือความสามารถและทักษะการเรียนรู้ และทำความเข้าใจข้อมูล ทักษะการโต้ถาม (Questioning) คือความสามารถและทักษะการใช้คำถาม มีการสื่อสารที่ดี ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) คือความสามารถและทักษะใน



การระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และทักษะการนำไปใช้ (Apply) คือ ความสามารถและทักษะการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (Information) และความรู้ (Knowledge) และพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization : HLO) โดยเน้นให้มีระดับความรอบรู้ได้ทั้งในบุคคล (Health Literacy People : HLP) ครอบครัว (Health Literacy Family : HLF) จนถึงชุมชน (Health Literacy Community : HLC) และเมื่อเกิดทั้งสามส่วนนี้จะสามารถเรียก พื้นที่ของตนได้ว่าเป็น สังคมแห่งความรอบรู้ (Health Literacy Society) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและยกระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน การป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพที่ดีร่วมกัน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018; Ministry of Public Health, 2017) ซึ่งจากกรณีศึกษาสรุปได้ ดังนี้ (Health Systems Research Institute, 2019)

กรณีศึกษา	วิเคราะห์
รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมด้วยทักษะการเรียนรู้ทางปัญญา ทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางสังคม	เป็นการพัฒนาความรอบรู้ในระดับวิจารณ์ญาณ ในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ จัดการกับปัญหา และตัดสินใจทางเลือกด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
กิจกรรมการสอนสุขศึกษาแบบรวบยอด	การเข้าถึงข้อมูล (access skill) เป็นการค้นหาข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมการสอนสุขศึกษาและมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์
การบูรณาการการฝึกทักษะการอ่าน	การตัดสินใจ (decision skill) เป็นการค้นหาปัญหารายบุคคลเพื่อกำหนดและวางแผนทางเลือกด้านสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เป็นความรอบรู้ระดับวิจารณ์ญาณ
การให้คำปรึกษาทางคลินิกเป็นรายบุคคล, การพูดคุยสื่อสาร	การสื่อสาร (communication skill) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางการมีสุขภาพที่ดี เป็นความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์
การรู้จักตัวเลขค่าสำคัญ	การรู้คิด (cognitive skill) บอกกล่าวถึงความรู้ ความเข้าใจของข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์



กรณีศึกษา	วิเคราะห์
การรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลที่ได้รับ	การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) สามารถเลือกวิธีการรับข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมจากทีมบุคลากรสุขภาพ เป็นความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์
การฝึกทักษะการจัดการตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหา เป็นต้น	การจัดการตนเอง (self-management skill) เป็นการตั้งเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่เหมาะสมเป็นความรอบรู้ระดับวิจารณ์ญาณ

จากกรณีศึกษาการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเขตสุขภาพที่ 4 จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้ในรูปแบบการให้สุขศึกษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงผ่านทักษะการเรียนรู้ทางปัญญา ทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางสังคม โดยกิจกรรมประกอบด้วยการสอนสุขศึกษาแบบรวบยอด การให้คำปรึกษาทางคลินิกเป็นรายบุคคล ร่วมกับการบูรณาการการฝึกทักษะการอ่าน การพูดคุยสื่อสาร การรู้จักตัวเลขค่าสำคัญ การรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลที่ได้รับ และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหา เป็นต้น เพื่อใช้ประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค (Health Systems Research Institute, 2019)

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่เอื้อความสะดวกหรือจัดการอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการแก้ไขผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ขั้นสูงพร้อมกับทักษะทางสังคมในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณ์ญาณ สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทั้งนี้จะมีการประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้เองตามสถานการณ์สภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ดังนั้น ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

- Abed, M.A., Khalifeh, A.H., Khalil, A.A., Darawad, M.W. & Moser, D.K. (2020). Functional health literacy and caregivers for patients with end stage renal disease. *Res Nurs Health*, 529-537. doi: 10.1002/nur.22060
- Boonstra, M.D., Reijneveld, S.A., Foitzik, E.M., Westerhuis, R., Navis & Winter, A.F. (2020). How to tackle health literacy problems in chronic kidney disease patients? A systematic review to identify promising intervention targets and strategies. *Nephrol Dial Transplant*, 1207-1221. doi: 10.1093/ndt/gfaa273
- Bowe, B., Xie, Y., Li, T., Yan, Y., Xian, H., Al-Aly, Z. (2019). Estimates of the 2016 global burden of kidney disease attributable to ambient fine particulate matter air pollution. *BMJ Journals*, 9(5):e022450. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022450.
- Centers for Disease Control and Prevention: [CDC]. (2021). Chronic Kidney Disease in the United States, 2021. Retrieved 8 May 2022, from <https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/ckd-national-facts.html>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Handbook The process of building health knowledge in preventing and controlling diseases and health hazards*. Retrieved 9 May 2022, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>
- Division of Health Education. (2018). Department of Health Service Support Ministry of Health. (n.d.). *Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors, 2018 revised edition*. Retrieved 24 April 2022, from <http://www.hed.go.th/linked/file/575>.
- Duangthipsirikul, S. (2014). Aging society and the challenges of health management. *Assessment project Health Technology and Policy*, 2(17), 1-4.
- Health Systems Research Institute. (2019). *Developing policy proposals to promote health literacy to slow kidney deterioration in diabetic and hypertension patients in the 4th public health region*. Retrieved 26 May 2022, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5558?locale-attribute=th>
- Jain, D. and Green, J. A. (2016). Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. *World Journal of Nephrology*, 5(2), 147-151. doi: 10.5527/wjn.v5.i2.147



Kidney Association of Thailand. (2018). *Recommendations for holistic and supportive chronic kidney disease care*. Bangkok: Text and Journal Publication. Retrieved 9 May 2022, from <https://www.nephrothai.org>

Kidney Association of Thailand. (2022). Summary of Update in Thai Clinical Practice Recommendations for CKD 2022. Retrieved 9 May 2022, from <https://cimjournal.com/confer-update/update-ckd-2022/>

Kaeodumkoeng, K. (2019). *Health literacy: functional, interactive, critical*. Bangkok : Amarin Printing and Publishing.

Ishikawa, H., Kiuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.

Jirubapa, (M). (2014). The Slowly Progressive Chronic Kidney Disease from Adult to Elder Persons. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(2). 5-16.

Maepaiboolsuk, R. & Konkanghana, P. (2020). Quality of life chronic kidney disease patients, geneal hospital in 4th region, Ministry of public health. *Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal*, 6(3), 54-67

Mahanupab, P., Chintanawat, R., & Juntasopeepun, P. (2022). Health Literacy and Self-Management in Older Persons Receiving Hemodialysis. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(1). 108-124.

Ministry of Public Health. (2016). Handbook on the practical manual for reducing chronic kidney disease (CKD) in diabetic and hypertension patients. Retrieved 10 May 2022, from <http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/%E0%A1%20910%20nov%2015.pdf>

Ministry of Public Health. (2017). *Handbook on the development of primary health care units to be a well-rounded health organization*. Retrieved 10 May 2022, from https://borc.anamai.moph.go.th/th/manual/download?id=83864&mid=31662&mkey=m_document&lang=th&did=27243

Ministry of Public Health. (2018). *Handbook on the village behavior change reduce cancer, high blood pressure cardiovascular disease, path to... health literacy of Thai people*. Retrieved 25 May 2022, from <http://www.hed.go.th/linkHed/index/315>



Ministry of public health. (2021). Summary of diseased reports. Retrieved 3 December 2022, from <http://dmsic.moph.go.th/index/index>

Mongkolmafai, J., Arethwetch, W., & Kankarn, W. (2020). *The effectiveness of the health literacy promotion model of Village Public Health Volunteer in Prevention of Chronic Kidney Disease in the lower northeastern region. Journal of Nursing and Health Care*, 38(3). 70-79.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(2008), 2072-2078.

Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-456. doi:10.7143/jhep.42_450

Ounsrimuang, Siriwatanamethanon & Buate. (2013). *Knowledge self-management program self-management and health indicators of patients with chronic kidney disease stage 3*. Retrieved 10 May 2022, from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/15405/14098>

Panyathanachaikhul, K., Moolsart, S. & Chailimpamontree, W. (2020). The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in hypertension patients Risk to Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health* 2020, 21(1), 41-54.

Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541. doi: 10.1007/BF02640361

World Health Organization. (1998). Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health promotion glossary. Retrieved 4 May 2022, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sangkhapong, A., Tulsiri, C., & Lawang, W. (2019). Factors influencing the health literacy of caregivers. Patients with chronic diseases. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 55-61.



- Sangsee, P., Tanatwanit, Y., Kunsongkeit, W. & Mounkum, S. (2020). Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage Renal Diseases. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3). 55-65.
- Sarin, S., Moolsart, S. & Chailimpamontree, W. (2019). The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Patients with Type 2 Diabetes Risk to Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health* 2019, 21(1), 86-101.
- Shah, J.M., Ramsbotham, J., Seib, C., Muir, R. & Bonner, A. (2021). A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management. *Journal renal care*, 47(4), 221-233. doi: 10.1111/jorc.12364
- Taylor, D.M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G.C., Tomson, C., Ramanan, R. & Roderick, P. (2018). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 1545-1558. doi: 10.1093/ndt/gfx293
- Wungrath, J. & Mongkol, P. (2020). Effectiveness of a health literacy enhancement program for caregivers of dependent older persons in a community of the Northern Part, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 18(2), 24-36.
- Yu, S. P., Tsai, C. Y., Chiu, Y. W., Hsiao, P. N., Lin, Y. M., Chen, H. T., Wang, L. S., Kung, F. L., Ming-Hsiao, S., Hwang, J. S., & Kuo, C. M. (2021). The Relationship between Subtypes of Health Literacy and Self-Care Behavior in Chronic Kidney Disease. *Journal of personalized medicine*, 11(6):447. doi: 10.3390/jpm11060447.



Prevalence of Helminth Infection in Working Age Groups in Ubon Ratchathani Province

Tep Nantapulsab ^{1*}, Wanwisa Phoochamchote ^{**}, Peerapong Deangsa ^{**}, Piyaon
Juanchaiyaphum ^{**}, Sudarat Phutthasen ^{**}, Kanyanat Manee ^{**}

(Received: July 3, 2022, Revised: August 10, 2022, Accepted: August 18, 2022)

Abstract

This descriptive research aimed to explore the prevalence of helminth infection in non-industrial and industrial working age groups in Ubon Ratchathani province, as well as factors associated with helminth infection in these age groups. 425 participants aged 20 to 60 years' old who worked both inside and outside an industrial factory were divided into two groups: 272 individuals who worked outside the factory and 153 individuals who worked inside the factory. The research instrument collected sociodemographic information and health-related parasite testing, helminth testing, and treatment history, using Kato's thick smear technique to detect helminth eggs. Descriptive statistics were used to analyze personal factors and helminth prevalence, whereas Fisher's Exact test was conducted to study the correlation between helminth infections.

The non-industrial group had a high infection prevalence of 2.64 percent for helminth infection, 1.76 percent for liver fluke, 0.44 percent for tapeworm, and 0.44 percent for whipworm. Whereas the industrial group had a prevalence of 2.38 percent for helminth infection, 1.59 percent for tapeworm, and 0.79 percent for liver fluke. The Ministry of Public Health's 2016-2025 Decade Strategy to Eliminate the Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Problem found that the prevalence of liver fluke infection in both working age groups was greater than the strategy goal. The relationship between personal information and educational level was 2.4 percent of participants who graduated from the primary level, which was statistically significant ($p < .05$).

Keywords: Incidence: helminth infection: Working age groups

* Professor at Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

** Bachelor of Public Health Student (Community Public Health),
Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

¹Corresponding author: TepJoe@gmail.com Tel 080-4514698



ความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิกลุ่มวัยทำงานจังหวัดอุบลราชธานี

เทพ นันทพลทรัพย์^{1*}, วันวิสา ภูแฮมโชติ^{**}, พิระพงษ์ เตียงสา^{**}, ปิยาพร จวนชัยภูมิ^{*},
สุดาร์ตน์ พุทธเสน^{**}, ภัฏญญานัฐ มะณี^{**}

วันที่รับบทความ : 3 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความ: 10 สิงหาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 10 สิงหาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความชุกของหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงาน คือ กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานนอกและในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ทำงานทั้งในและนอกโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 425 คน แบ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 272 คน และในโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ที่ตั้งของที่พักหรือโรงงาน ประวัติการตรวจหาพยาธิ ผลการตรวจหนองพยาธิและประวัติการรักษาโรคหนองพยาธิ การเก็บสิ่งส่งตรวจและการตรวจหาไข่พยาธิ เก็บข้อมูลโดยการเก็บอุจจาระตรวจหาไข่หนองพยาธิด้วยวิธี Kato's thick smear วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและความชุกหนองพยาธิ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Fisher's Exact Test สำหรับหาความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิ

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 2.64 คือ พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1.76 พยาธิตัวตืด (ร้อยละ 0.44) และพยาธิแส้ม้า (ร้อยละ 0.44) ส่วนความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า ความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 2.38 คือ พยาธิตัวตืด ร้อยละ 1.59 และพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.79 เห็นได้ว่ากลุ่มวัยทำงานทั้ง 2 กลุ่ม จะพบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสูงถึง ร้อยละ 2.55 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 – 2568 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในมนุษย์ ไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568 จากการศึกษาวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษากับความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบการติดเชื้อหนองพยาธิในระดับประถมศึกษาเท่านั้น ร้อยละ 2.40 ผลการตรวจวิเคราะห์มีความแตกต่างทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: อุบัติการณ์: การติดเชื้อหนองพยาธิ: กลุ่มวัยทำงาน

* อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน,
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

¹ผู้ประสานับรรณกิจ TepJoe@gmail.com โทร 080-4514698



บทนำ

โรคหนอนพยาธิเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน การติดเชื้อหนอนพยาธิที่ติดต่อทางดินเป็นหนึ่งใน การติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งพยาธิจะติดต่อทางไข่ที่อยู่ในอุจจาระของมนุษย์และปนเปื้อนในดิน สายพันธุ์หลักที่แพร่ระบาดในมนุษย์ ได้แก่ พยาธิตัวกลม (*Ascaris lumbricoides*) พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) และพยาธิปากขอ (*Hookworm* ได้แก่ *Necator americanus* หรือ *Ancylostoma duodenale*) นอกจากนี้ *Strongyloides stercoralis* เป็น หนอนพยาธิในลำไส้ที่มีลักษณะเฉพาะที่การวินิจฉัยที่มีความแตกต่างจากหนอนพยาธิที่ติดต่อทางดินชนิดอื่นๆ ทำให้ไม่ได้รับผลกระทบจากการรณรงค์ป้องกันเช่นเดียวกับหนอนพยาธิที่ติดต่อทางดินอื่นๆ (World Health Organization. Soil-transmitted helminthiasis, 2018) องค์การอนามัยโลกประมาณประชากรมากกว่า 1,500 ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละ 24.00 ของประชากรโลก มีการติดโรคหนอนพยาธิจากดิน โดยพบสูงในประเทศแถบเขตร้อนชื้น โดยพบการระบาดในเด็กก่อนวัยเรียน มากกว่า 267 ล้านคน และวัยเรียน มากกว่า 568 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตร้อนแถบแอฟริกา อเมริกาใต้ จีน และเอเชียตะวันออกเฉียง (World Health Organization. Soil-transmitted helminthiasis, 2018) จากสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในประเทศไทย พบว่าประชากรที่มีภูมิลำเนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบความชุกของการเป็นโรคหนอนพยาธิสูงสุด จากการศึกษาของพลากร พุทธิรักษ์ และคณะ ในวัยผู้ใหญ่จำนวน 6.54 ราย จะพบการติดเชื้อหนอนพยาธิ 3 อันดับแรก ได้แก่ พยาธิสตรองจิลอยด์ (*Strongyloides stercoralis*) พยาธิตัวตืด (*Taenia spp.*) และพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ร้อยละ 1.25, 0.37 และ 0.15 ตามลำดับ (Puttaruk P, Sirisabhabhorn K. 2014). แต่เมื่อพิจารณาโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยและพบได้มากที่สุดของโลก คือ โรคมะเร็งท่อน้ำดี พบอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ประมาณร้อยละ 85.00 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Banales, et al. 2016) และเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งเป็นอันดับต้นๆ ในประเทศไทย

จากการศึกษาของประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 ศึกษาในผู้ป่วย 34,325 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2556 จากจำนวนการขึ้นทะเบียนคนไทยในระบบ สปสช. ประกอบด้วย 47,000,000 คน คือ ประชากรส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 67.60 ของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 69.52 ล้านคน พบอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) 14.60 ต่อประชากรแสนคน ต่อปี (Treeprasertsuk, et al. 2017) สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีที่สำคัญที่สุดในประเทศไทยเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุมาจากวัฒนธรรมการกินปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาวดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ ที่มีพยาธิปนเปื้อนของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน โดยมีรายงานว่า พยาธิใบไม้ตับเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 6-7 เท่าต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Kamsa-Ard, et al. 2018) อีกทั้งประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ กัมพูชาและพม่าที่มีประชากรมากกว่า 10 ล้านคน ยังได้รับความทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเช่นเดียวกัน (Kaewpitoon, et al. 2018) ผู้ป่วยได้รับพยาธิใบไม้ตับโดยการรับประทานอาหารดิบที่มีพยาธิตัวอ่อนระยะที่ 2 ซึ่งอยู่ในปลาน้ำจืดตระกูลปลาตะเพียน



โดยเฉพาะก้อยปลา เช่น ปลาขาว ปลาดุก และปลาแก้มช้ำ เป็นต้น หลังจากนั้นพวยพยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิตัวแก่จะอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีและถุงน้ำดี พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจากพยาธิตัวแก่เกาะติดและเคลื่อนที่ที่ผนังท่อน้ำดี พยาธิบางตัวอาจไปอุดตันท่อน้ำดีส่วนปลาย และพยาธิตัวแก่บางตัวอาจปล่อยสารบางอย่างทำให้ระคายเคืองผนังท่อน้ำดี ทำให้ท่อน้ำดีอักเสบ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบ ตับแข็ง (cirrhosis) ดีซ่านจากท่อน้ำดีอุดตัน (obstructive jaundice) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบ (cholangitis) และมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) (Siriwichayakul, Luareesuwan and Radomyod R. 2006)

มะเร็งท่อน้ำดีจึงถือว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะเริ่มต้น พ.ศ. 2559-2561 โดยขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2568 จึงเกิดแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ขึ้น โดยในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ตั้งเป้าหมาย คือ ทำให้อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทย ไม่เกินร้อยละ 1.00 ในปี พ.ศ. 2568 แต่จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั่วประเทศ จำนวน 16,382 ราย คิดเป็น 25.10 ต่อแสนประชากร มากที่สุดคือ ภาคอีสาน 7,219 ราย (32.90 ต่อแสนประชากร) โดยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด ได้แก่ ศรีสะเกษ 6.20 อุบลราชธานี 5.90 มุกดาหาร 5.50 ยโสธร 3.90 และอำนาจเจริญ 3.50 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 253 ราย โดยพบว่ามีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2560 ประมาณร้อยละ 11.00 ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ค่อนข้างสูงซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านแรงงาน เศรษฐกิจและสังคม (The Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani, OPDC10 Ubon Ratchathani moves forward with strategy Northeastern people join together Against liver fluke. 2019) การที่ปลาน้ำจืดมีไข่พยาธิปนเปื้อน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล โดยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะเพียง 14 แห่ง ในจังหวัดยโสธร 5 แห่ง อำนาจเจริญ 3 แห่ง ส่วนอุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร จังหวัดละ 2 แห่ง (Banmuang. Sisaket Champ died of liver and bile duct cancer. Warning for eating raw, undercooked freshwater fish. Be careful. 2019) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและอาจไม่บรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 - 2568 ตั้งเป้าหมายจะลดความชุกของโรคในคนและในปลาไม่เกิน ร้อยละ 1.00 ลดอัตราตายจากมะเร็งท่อน้ำดีครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2575 (Bureau of Information Office of the Permanent Secretary of MOPH. MOPH moves forward with a decade strategy to eliminate liver fluke and cholangiocarcinoma stage 2,2018) และจังหวัดอุบลราชธานีมี



ผู้เสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดศรีสะเกษ จะเห็นได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานีตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยง อันมีสาเหตุจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่นิยมรับประทานอาหารดิบ การจัดการสิ่งปฏิกูลที่ยังไม่เพียงพอและไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อีกทั้งการสุขาภิบาลในชนบทยังพัฒนาไม่ทั่วถึง ทำให้แหล่งน้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหอยและปลาเป็นโฮสต์ตัวกลาง อีกทั้งแหล่งน้ำเกษตรกรรมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของหอยและปลาซึ่งเป็นโฮสต์ตัวกลาง การจัดการลดการติดเชื้อของหน่วยงานสาธารณสุขมีการดำเนินการประชุมสัมพันธให้ความรู้ การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ทำให้การระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงเป็นลำดับ แต่สถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับกลับไม่ได้มีแนวโน้มลดลงตาม จากการศึกษาของ (Songserm, 2012) การบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มาจากความเชื่อว่าการกินยาพราซิควอนเทลเมื่อติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้อีก และลักษณะของพื้นที่ที่มีแหล่งน้ำธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ พฤติกรรมและความเชื่อการรับประทานปลาดิบในงานประเพณีต่างๆ จึงทำให้ปัจจุบันจังหวัดอุบลราชธานียังคงพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 1.00 ทำให้จังหวัดอุบลราชธานียังคงเป็นจังหวัดที่มีการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ทำให้การดำเนินการจัดการปัญหาสาธารณสุขจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของภาคตะวันออกเฉียงเหนือในกลุ่มวัยทำงานจึงให้ความสำคัญต่อการลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นสำคัญ อันเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานของโรค งบประมาณที่ใช้รักษาและความสูญเสียทางเศรษฐกิจในจังหวัด จากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ เพศ (Puttaruk and Sirisabhabhorn, 2014) และอายุ (Yospanya, Sailugkum, and group, 2013) ทำให้เห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสำคัญต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงควรมีการสำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จึงควรมีการปรับกระบวนการให้ความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมโรคนี้ในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่ม พร้อมทั้งเฝ้าระวัง การวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ ทีมผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ทราบถึงปัจจัยส่วนบุคคลใดในกลุ่มวัยทำงานทั้ง 2 กลุ่ม ที่จะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันกันติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การให้ความรู้ด้านพยาธิใบไม้ตับและตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำและลดผู้ป่วยติดเชื้อใหม่ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินการลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมและลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดอุบลราชธานีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ทีมผู้วิจัยสนใจศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยทำงานทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จึงสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการรับประทานปลาดิบ หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนควบคุมป้องกัน ส่งเสริมการให้

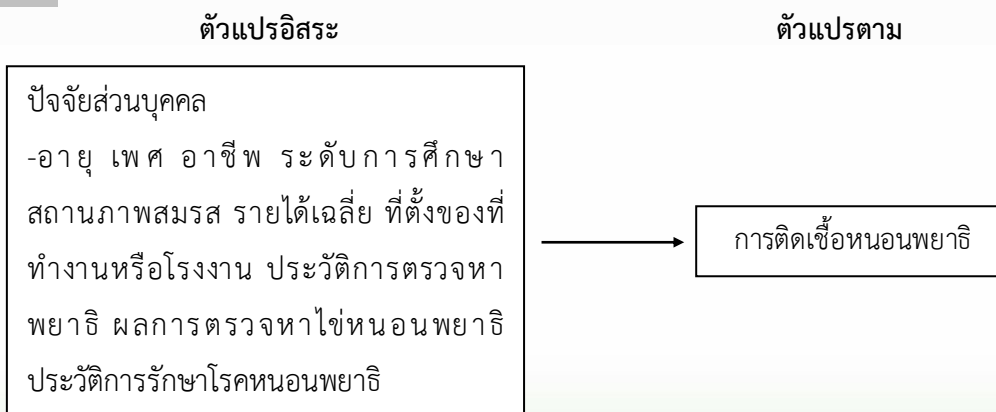


ความรู้ทางสาธารณสุขในเรื่องของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยง และควบคุมให้ประชากรได้มีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิของกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมและกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ที่ตั้งของที่ทำงานหรือโรงงาน ประวัติการตรวจหาพยาธิ ผลการตรวจหาไข่พยาธิ ประวัติการรักษาโรคพยาธิ ที่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อพยาธิในกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมและกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

1. กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม ในพื้นที่อำเภอเดชอุดม อำเภอเมืองใน อำเภอบึงนาราง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ข้อมูลประชากรที่ศึกษาจากฐานข้อมูลออนไลน์ระบบสถิติทางการลงทะเบียน (Official statistics registration systems, 2019) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุระหว่าง 20 – 60 ปี

2. กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในพื้นที่อำเภอเมืองใน และอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ข้อมูลประชากรที่ศึกษาจากฐานข้อมูลออนไลน์กรมโรงงานอุตสาหกรรม (Department of Industrial Works. Factory information, 2019) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ พนักงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อายุระหว่าง 20 – 60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง: การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า: เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจหาไข้พยาธิ

เกณฑ์การคัดออก: ผู้ที่ไม่ส่งตัวอย่างอุจจาระ

1. กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม ในพื้นที่อำเภอเดชอุดม อำเภอเมืองใน อำเภอพิบูลมังสาหาร อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากฐานข้อมูลออนไลน์ระบบสถิติทางการลงทะเบียนที่ได้ นั้น จะไม่ทราบจำนวนของกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมในแต่ละอำเภอ จึงดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จากทั้งหมด 4 อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อำเภอเดชอุดม 16 ตำบล อำเภอเมืองใน 18 ตำบล อำเภอพิบูลมังสาหาร 14 ตำบล อำเภวารินชำราบ 16 ตำบล

2) ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างตำบลอย่างง่าย โดยการจับสลาก อำเภอเดชอุดมได้ตำบลโพธิ์งาม 13 หมู่บ้าน อำเภอเมืองในได้ตำบลหัวดอน 11 หมู่บ้าน อำเภอพิบูลมังสาหารได้ตำบลโพธิ์ศรี 14 หมู่บ้าน อำเภวารินชำราบ ได้ตำบลโพธิ์ใหญ่ 13 หมู่บ้าน

3) ผู้วิจัยทำการสุ่มหมู่บ้านอย่างง่ายโดยการจับสลากและเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระหว่าง 20 – 60 ปี ที่ทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมทุกอาชีพ และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (Jirawatkul, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 294 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)}{(P_1 - P_2)^2}$$

แทนค่าในสูตร

กำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐานซึ่งในที่นี้กำหนดไว้ให้ความเชื่อมั่นที่ 95% จึงได้ $\alpha = 0.05$ (ทั้งนี้จาก $(1-0.05)100\%=95\%$) ซึ่งจะได้คะแนนมาตรฐาน = 1.96 เนื่องจากเป็นการทดสอบสองทาง

Z_{β} = ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับร้อยละ 80 ค่า β error = 20% จะได้ค่า $Z_{\beta} = 0.84$

P_1 = เพศชายมีการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 22

P_2 = เพศหญิงมีการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 10

$P = (P_1 + P_2)/2 = 0.16$

จากการแทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 294 คน

2. กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในพื้นที่อำเภอเมืองใน และอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากฐานข้อมูลออนไลน์กรมโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้ นั้น จะไม่ทราบจำนวนของกลุ่มวัยทำงาน

นอกโรงงานอุตสาหกรรมในแต่ละอำเภอ ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตัวอย่างอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 20–60 ปี เป็นพนักงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งผู้บริหารโรงงานยินดีให้พนักงานโรงงานเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจาก 2 อำเภอเชิงในและอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 P(1 - P)}{(P_1 - P_2)^2}$$

แทนค่าในสูตร
กำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐานซึ่งในที่นี้กำหนดไว้ให้ความเชื่อมั่นที่ 95% จึงได้ $\alpha = 0.05$ (ทั้งนี้จาก $(1-0.05)100\%=95\%$) ซึ่งจะได้คะแนนมาตรฐาน = 1.64 เนื่องจากเป็นการทดสอบหนึ่งทาง

Z_β = ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับร้อยละ 80 ค่า β error = 20% จะได้ค่า $Z_\beta = 0.84$

P_1 = เพศชายมีการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 22

P_2 = เพศหญิงมีการติดเชื้อหนองพยาธิร้อยละ 10

$P = (P_1 + P_2)/2 = 0.16$

จากการแทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 230 คน

สรุปการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 524 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ที่ตั้งของที่ทำงานหรือโรงงาน ประวัติการตรวจหาพยาธิ ผลการตรวจหาไข่หนองพยาธิ ประวัติการรักษาโรคหนองพยาธิ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 การเก็บสิ่งส่งตรวจและการตรวจหาหนองพยาธิ ใช้วิธีการตรวจ Kato's Thick Smear

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การใช้ Kato's thick smear การตรวจด้วยวิธีนี้ต้องใช้ความชำนาญ ให้ผลการตรวจที่แม่นยำเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งหัวหน้าผู้วิจัยเป็นอาจารย์ที่สำเร็จการศึกษาลัทธิศาสตรบัณฑิต (เทคนิคการแพทย์) มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการตรวจหาไข่พยาธิมาแล้ว 24 ปี

การควบคุมคุณภาพและการตรวจวินิจฉัย

ผู้วิจัยหลัก คือ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 ทำการตรวจวินิจฉัยจะมีอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำการตรวจสอบสมรรถนะการวินิจฉัยโรคหนองพยาธิของทีมตรวจ



(Quality Control) โดยมีการทดสอบส่องดูไขพยาธิให้มีความถูกต้องก่อนลงมือปฏิบัติจริง และมีการทำ Double Check

ผลตรวจพยาธิ โดยอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญทางการตรวจหาพยาธิซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในการสร้าง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม จะติดต่อประสานงานกับนายอำเภอและผู้นำชุมชน ส่วนส่วนกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะติดต่อประสานงานกับผู้บริหารโรงงาน เพื่อเข้าไปประชาสัมพันธ์ข้อมูลงานวิจัย ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบสอบถามและการเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อการตรวจหาพยาธิ

1. ผู้วิจัยทำการลงเก็บอุจจาระหลังจากได้รับการยินยอมในใบยินยอมแล้ว 1 วันก่อนเก็บอุจจาระ จะนำตลับอุจจาระและคำอธิบายขั้นตอนการเก็บอุจจาระแจกให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมอธิบายขั้นตอนการเก็บอุจจาระประมาณ 10 นาที โดยจะเก็บตลับอุจจาระในวันถัดไป

2. ผู้วิจัยเก็บตลับอุจจาระมาแล้วทำการตรวจด้วยวิธี Kato' tick smear โดยตรวจทั้งหมดที่เก็บได้ภายใน 24 ชั่วโมง ในการตรวจจะมีการตรวจ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกจะเป็นทีมผู้วิจัยหลักซึ่งได้รับการฝึกตรวจหาพยาธิ การตรวจยืนยันจะตรวจโดยผู้ร่วมวิจัยที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการตรวจหาไขหนองพยาธิ

3. การกำจัดสิ่งส่งตรวจจะดำเนินการแบบการกำจัดขยะติดเชื้อ โดยจะเทน้ำยา Clorox ลงไปสิ่งส่งตรวจแล้วใส่ในถุงแดง

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลการตรวจพบการติดเชื้อหนองพยาธิ ผู้วิจัยได้นำส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบทำการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ที่ตั้งของที่ทำงานหรือโรงงาน ประวัติการตรวจหาพยาธิ ผลการตรวจหาไขหนองพยาธิ ประวัติการรักษา และหาความชุกหนองพยาธิ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติ Fisher's Exact Test ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUBb S019/2562 ลงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2562

มาตรการทางจริยธรรมในการวิจัยสำหรับ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่ และตัวแทนกลุ่มลูกจ้าง มีการอธิบายขั้นตอน การดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความสมัครใจในการร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยส่งใบยินยอมอย่างช้า 1 วันก่อนเก็บอุจจาระ มีการสาธิตขั้นตอนการ



เก็บและรวบรวมตัวอย่างอุจจาระ เพื่อนำส่งแก่ทีมผู้ทำวิจัย ผู้ศึกษาเก็บตัวอย่างอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิด้วยเทคนิค วิธี Kato thick smear

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิในกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจหาพยาธิ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมและกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 294 และ 230 คน ตามลำดับ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดจึงมีผู้เข้าร่วมจำนวน 272 และ 153 คน ตามลำดับ และส่งสิ่งส่งตรวจอุจจาระ จำนวน 227 และ 126 คน ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ Fisher's Exact Test โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมและกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ที่ประกอบไปด้วยเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ที่ตั้งของที่ทำงาน หรือโรงงาน ประวัติการตรวจหาพยาธิ ผลการตรวจหาไข่หนอนพยาธิ ประวัติการรักษาโรคหนอนพยาธิ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม		กลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม	
	จำนวน (คน) (n=272)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=153)	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	111	40.80	104	68.00
- หญิง	161	59.20	49	32.00
อายุ				
- น้อยกว่า 50 ปี	128	47.10	146	96.10
- 50 ปี ขึ้นไป	144	52.90	6	3.90
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	175	64.30	38	25.20
- มัธยมศึกษา/ปวช.	84	30.90	71	47.10
- อนุปริญญา/ปวส.	4	1.50	20	13.20
- ปริญญาตรี	8	2.90	20	13.20
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.40	2	1.30



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดอุบลราชธานี (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม		กลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม	
	จำนวน (คน) (n=272)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=153)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
- โสด	35	12.90	52	34.20
- สมรส	211	77.50	94	61.80
- หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	9.60	6	4.00
อาชีพ				
- พนักงานออฟฟิศในโรงงาน	2	0.70	21	13.70
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ				
- เกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป	4	1.50		
- ค้าขาย	246	90.40	132	86.30
- พนักงานโรงงาน	20	7.40		
รายได้เฉลี่ย				
- ต่ำกว่า 4,000 บาท	187	68.80	47	39.80
- 4,000 บาท ขึ้นไป	85	31.20	71	60.20
- ต่ำกว่า 10,000 บาท				
- 10,000 บาท ขึ้นไป				
ที่ตั้งของที่ทำงานหรือโรงงาน				
- ในเขตเทศบาล	157	57.70	93	60.80
- นอกเขตเทศบาล	115	42.30	60	39.20
ประวัติการตรวจหอนอนพยาธิ				
- เคย	21	7.70	15	9.80
- พบไข่พยาธิ	3	1.10	0	0
- ไม่พบไข่พยาธิ	16	5.90	9	5.90
- ไม่แน่ใจ	2	0.70	6	3.90
- ไม่เคย	251	92.30	138	90.20
ประวัติการรักษาโรค				
หอนอนพยาธิ	4	1.50	3	2.00
- เคยรักษา	17	6.20	12	7.80
- ไม่เคยรักษา				

2. ผลการตรวจหาไข้พยาธิ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการตรวจพบ/ ไม่พบ	กลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม (N=227)		กลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม (N=126)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาธิใบไม้ตับ	4	1.76	1	0.79
พยาธิตัวตืด	1	0.44	2	1.59
พยาธิแส้ม้า	1	0.44	-	-
ไม่พบ	221	97.36	123	97.62
รวม	227	100	126	100

ความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม ตรวจพบพยาธิ 3 ชนิด คือ พบมากที่สุด คือ ไข้พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 1.76 รองลงมา คือ ไข้พยาธิตัวตืด ร้อยละ 0.44 และไข้พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.44 ดังนั้น พบความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิรวมทั้งหมด 6 คน เป็นชาย 4 คน ร้อยละ 1.80 และหญิง 2 คน ร้อยละ 0.90 จากจำนวนผู้ส่งตรวจทั้งหมด 227 คน ส่วนความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ตรวจพบพยาธิ 2 ชนิด คือ พบมากที่สุด คือ ไข้พยาธิตัวตืด ร้อยละ 1.59 รองลงมา คือ ไข้พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.79 ดังนั้น พบความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิรวมทั้งหมด 3 คน ในชายเท่านั้น 3 คน ร้อยละ 2.40 จากจำนวนผู้ส่งตรวจทั้งหมด 126 คน

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงาน ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม

ตัวแปร	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	รวม	p ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
- ชาย	4(1.80)	82(36.10)	86(37.90)	0.203
- หญิง	2(0.90)	139(61.20)	141(62.10)	



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงาน
อุตสาหกรรม (ต่อ)

ตัวแปร	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	รวม	P ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ				
- น้อยกว่า 50 ปี	1(0.40)	101(44.50)	102(44.90)	0.227
- 50 ปี ขึ้นไป	5(2.20)	120(52.90)	125(55.10)	
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	6(2.60)	144(61.70)	150(64.30)	0.098
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	0	77(36.10)	77(36.10)	
สถานภาพสมรส				
- โสดและสมรส	4(1.70)	203(88.70)	207(90.40)	0.089
- หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2(1.00)	18(8.60)	20(9.60)	
อาชีพ				
- ข้าราชการและเกษตรกรรม/รับจ้าง ทั่วไป	6(2.60)	204(89.90)	210(92.50)	1.000
- ค้าขาย	0	17(7.50)	17(7.50)	
รายได้เฉลี่ย				
- ต่ำกว่า 4,000 บาท	5(2.20)	151(66.50)	156(68.70)	0.668
- 4,000 บาท ขึ้นไป	1(0.40)	70(30.90)	71(31.30)	
ที่ตั้ง				
- ในเขตเทศบาล	4(1.80)	121(53.30)	125(55.10)	0.693
- นอกเขตเทศบาล	2(0.90)	100(44.00)	102(44.90)	
ประวัติการตรวจหนองพยาธิ				
- เคยตรวจ	1(0.50)	16(7.20)	17(7.70)	0.376
- ไม่เคยตรวจ	5(2.20)	205(90.10)	210(92.30)	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิ



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

ตัวแปร	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	รวม	p ^a
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
- ชาย	3(2.40)	84(66.60)	87(69.00)	0.552
- หญิง	0	39(31.00)	39(31.00)	
อายุ				1.000
- น้อยกว่า 50 ปี	2(1.60)	117(93.6.00)	119(95.20)	
- 50 ปี ขึ้นไป	1(0.80)	5(4.00)	6(4.8)	
ระดับการศึกษา				0.018
- ประถมศึกษา	3(2.40)	30(24.20)	33(26.60)	
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	0	91(73.40)	91(73.40)	
สถานภาพสมรส				1.000
- โสดและสมรส	3(2.40)	117(93.60)	120(96.00)	
- หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0	5(4.00)	5(4.00)	
อาชีพ				1.000
- พนักงานโรงงาน	3(2.40)	102(81.00)	105(83.40)	
- พนักงานออฟฟิศในโรงงาน	0	21(16.60)	21(16.60)	
รายได้เฉลี่ย				1.000
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	1(0.80)	46(39.0)	47(39.80)	
- 10,000 บาท ขึ้นไป	2(1.70)	69(58.5)	71(60.20)	
ที่ตั้ง				0.365
- ในเขตเทศบาล	1(0.80)	79(62.70)	80(63.50)	
- นอกเขตเทศบาล	2(1.60)	44(34.90)	46(36.50)	
ประวัติการตรวจหนองพยาธิ				1.000
- เคยตรวจ	0	10(8.00)	10(8.00)	
- ไม่เคยตรวจ	3(2.40)	113(89.60)	116(92.00)	



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนองพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.018$) โดยพบการติดเชื้อหนองพยาธิเฉพาะในระดับประถมศึกษาเท่านั้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างที่สำคัญ คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ย ซึ่งจะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.20 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.30 และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 68.80 ส่วนกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 96.10 จบในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และมีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 60.20 ทำให้เห็นได้ว่าช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไปนั้น อาจจะคงมีวัฒนธรรมการบริโภค และความเชื่อที่ยังคงบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ และเนื้อสัตว์ดิบ ทำให้ยังคงพบการติดเชื้อหนองพยาธิในกลุ่มนี้สูงกว่าวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 50 ปี อีกทั้งระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยก็อาจมีผลทำให้สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน ในครอบครัวที่ยากจนอาจต้องหาอาหารในธรรมชาติ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เช่น การจับปลาจากแหล่งน้ำธรรมชาติที่เป็นน้ำนิ่ง ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะพบหอยและปลาที่เป็นโฮสต์ตัวกลางของพยาธิใบไม้ตับได้ง่าย และประเพณีต่างๆ ในท้องถิ่น ที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบและปลาดิบ ทำให้ยังพบพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ของประชากรในท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและไม่ถูกสุขลักษณะ และการสุขาภิบาลที่ไม่ดีพอ โดยเฉพาะในเพศชายมีแนวโน้มในการตรวจพบเชื้อหนองพยาธิสูงกว่าเพศหญิง พบว่ากลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรมที่ติดเชื้อหนองพยาธิ เพศชาย ร้อยละ 1.80 และเพศหญิง ร้อยละ 0.90 ส่วนกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่ติดเชื้อหนองพยาธิ มีเพียงเพศชายเท่านั้น ร้อยละ 2.40 เนื่องมาจากเพศชายมักมีการกินสังสรรค์ในท้องถิ่น และการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง จึงทำให้พื้นที่เสี่ยงที่พบพยาธิใบไม้ตับยังคงไม่ลดลงเท่าที่ควร

ความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม ตรวจพบพยาธิ 3 ชนิด คือ พบมากที่สุด คือ ไช้พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 1.76 รองลงมา คือ ไช้พยาธิตัวตืด ร้อยละ 0.44 และไช้พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 0.44 ดังนั้น พบความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิรวมทั้งหมด 6 คน เป็นชาย 4 คน ร้อยละ 1.80 และหญิง 2 คน ร้อยละ 0.90 ส่วนความชุกของการติดเชื้อหนองพยาธิของกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ตรวจพบพยาธิ 2 ชนิด คือ พบมากที่สุด คือ ไช้พยาธิตัวตืด ร้อยละ 1.59 รองลงมา คือ ไช้พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 0.79 ดังนั้น พบความชุกการติดเชื้อหนองพยาธิรวมทั้งหมด 3 คน ในชายเท่านั้น 3 คน ร้อยละ 2.40 ดังนั้นการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง จะพบว่าความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสูงถึง ร้อยละ 2.55 และพบการติดเชื้อหนองพยาธิในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

จากการศึกษาผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความชุกของการติดเชื้อ หนองพยาธิในกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ หนองพยาธิ ของกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.018$) โดยพบการติดเชื้อ เฉพาะในระดับประถมศึกษาเท่านั้น จากการศึกษาค้นคว้าพบการติดเชื้อหนองพยาธิในระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 2.40 พบว่า ระดับประถมศึกษาการศึกษามีแนวโน้มในการตรวจพบเชื้อหนองพยาธิสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป สอดคล้องกับรายงานวิจัย ซึ่งพบการติดเชื้อหนองพยาธิในระดับประถมศึกษา มากกว่าระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของเกษแก้ว เสี่ยงเพราะและคณะ (Seangpraw K, 2016) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับ มัธยมศึกษาขึ้นไปนั้น จะมีพื้นฐานการเรียนรู้ ความเข้าใจที่ดีกว่าระดับประถมศึกษาและส่งผลต่อการจ้างงาน ทำให้ กลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีค่าจ้างรายวัน/รายเดือนที่มากกว่าทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้มีสถานะทาง การเงินที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียรกิจ (Lausatianragit W, 2019) พบอัตราการติด พยาธิใบไม้ตับน้อย ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล และรายได้ครอบครัวที่สูงขึ้น ทำให้กลุ่ม วัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จะเน้นการใส่ใจต่อความปลอดภัยสุขภาพอนามัย ดีขึ้น อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าเพศชายจะมีความเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ การศึกษาของประเสริฐ ประสมรักษ์ (Prasomrak P, 2019) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายส่วนใหญ่จะทำงานนอก บ้าน ทำให้มีโอกาสรับประทานอาหารนอกบ้านและรับประทานปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ มากกว่าเพศหญิง

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึง ร้อยละ 2.55 ซึ่งสูงกว่าที่ แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ระยะ 5 ปี(2561-2565) ได้ตั้งเป้าหมายทำให้อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในมนุษย์ ไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568 (Bureau of Information Office Of The Permanent Secretary Of MOPH. MOPH moves forward with a decade strategy to eliminate liver fluke and cholangiocarcinoma stage 2, 2018) ซึ่งการบริโภคปลาน้ำจืด ตระกูลปลาตะเพียนดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ยังคงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงานทั้ง 2 กลุ่ม จากการศึกษพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะต่ำกว่ากลุ่มวัยทำงานนอกโรงงานอุตสาหกรรม เนื่องมาจากกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีช่วงอายุที่น้อยกว่า 50 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา/ ปวช. ขึ้นไป และรายได้เฉลี่ยที่สูงกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป ทำให้กลุ่มนี้มีสถานะทางการเงินที่ดีกว่า ทำให้ตัวอย่าง กลุ่มนี้ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสาเหตุสำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ จากวัฒนธรรมและความ เชื่อ หากหน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานศึกษาในพื้นที่ไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำ ดีอย่างเหมาะสมแก่ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ รวมไปถึงการปรับพฤติกรรมจากวัฒนธรรมและความเชื่อใน การบริโภคเนื้อสัตว์ดิบให้ลดลง อาจทำให้มีกลุ่มวัยทำงานบางส่วนเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ในอนาคต ซึ่งจะ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมากสำหรับจังหวัดอุบลราชธานี และกลุ่มเยาวชนบางคนอาจจะมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ จะเห็นได้ว่าการส่งเสริม ป้องกัน



ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลการศึกษาหนอนพยาธิ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและผลวิจัยที่ได้มาปรับปรุงเนื้อหาการสอนวิชาจุลชีววิทยาและปรสิตวิทยา หัวข้อหนอนพยาธิ ของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
2. นำผลวิจัยที่ได้รายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลวิจัยไปใช้ในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในการลดการติดเชื้อหนอนพยาธิของประชากร โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิโดยการตรวจอุจจาระในพื้นที่อื่นๆ เพื่อค้นหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดอุบลราชธานี พร้อมกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความชุกหนอนพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนอนพยาธิ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อหนอนพยาธิ และพฤติกรรมการกินอาหารและพฤติกรรมด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดอุบลราชธานี
3. ควรทำการสำรวจความชุกและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับควรดำเนินการทุกปี โดยเปลี่ยนพื้นที่ในการสำรวจเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิ

เอกสารอ้างอิง

- Banales, J. M. et al. (2016). Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 13, 263.
- Banmuang Sisaket Champ died of liver and bile duct cancer. (2019). Warning for eating raw, undercooked freshwater fish. Be careful. Retrieved January 17, 2019, from: <https://www.banmuang.co.th/news/region/173315>.
- Bureau of Information Office Of The Permanent Secretary Of MOPH. (2018), MOPH moves forward with a decade strategy to eliminate liver fluke and cholangiocarcinoma stage 2. Retrieved January 21, 2019, from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/04/112799/>.
- Department Of Industrial Works. (2019). Factory information. Retrieved February 17, 2019, from: <https://www.diw.go.th/webdiw/search-factory/>.
- Jirawatkul A. (2009). Statistics for health science research. Bangkok: Wittayaput. (in Thai).
- J Kaewpitoon S et al. (2018). Active Screening of Gastrointestinal Helminth Infection in Migrant Workers in Thailand. JIMR, 46 (11). 4561-7.



- Kamsa-Ard S, Kamsa-Ard S, Luvira V, Suwanrungruang K, Vatanasapt P, Wiangnon S. (2018). Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: A systematic review and meta-analysis. *Asian Pacific J Cancer Prev*; 19:607–9.
- Lausatianragit W, Jaroenprasert S, Lausatianragit K, et al. (2019). Factors Related to the Consumption of Raw Fish among the People in Sisaket Province 2016. *JHS*. 28:982(in Thai).
- Prasomrak P. (2019). Comparison of Prevalence of Liver Fluke Infection, Knowledge and Prevention Behavior between Risk Groups of Rural and Urban Community Around Water Reservoir Area. *Srinagarind Medical Journal*. 34(6). 631. (in Thai).
- Puttaruk P, Sirisabhabhorn K. (2014). The Prevalence of Helminths and Protozoan Infections among Patients Attending at Thammasat University Hospital During the Year 2011 to 2013. *Journal of Science and Technology*. 22(6), 861. (in Thai).
- Seangpraw K, Nar-ai W, Pawun V. (2016). Prevalence and factors related to prevention behavior of soil transmitted helminthes among primary school students in border patrol police schools, Mae Hong Son province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 46(1), 26. (in Thai).
- Siriwichayakul C, Luareesuwan S, Radomyod R. (2006). Textbook of clinical parasitology. 2nd edition. London: Greenwich Medical Media Ltd. (in Thai).
- Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P. (2012). Risk factors for cholangiocarcinoma in high risk area of Thailand: Role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisma. *Cancer Epidemiology*, 36:89-94.
- The Office of Disease Prevention and Control, Region 10 Ubon Ratchathani. OPDC10 Ubon Ratchathani moves forward with strategy Northeastern people join together Against liver fluke. Retrieved anuary 17, 2019, from: <https://odpc10.ddc.moph.go.th/?p=3799>.
- Treeprasertsuk S, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Chaiteerakij R, Thanapirom K, Mairiang P, et al. (2017). A significant cancer burden and high mortality of intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand:A nationwide database study.*BMC Gastroenterol*;17, 1–7.
- Yospanya A, Sailugkum S, et al. (2013). Prevalence and risk factors of *Opisthorchis viverrini* infection in Loei Province, 2013. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 22(1), 94.(in Thai).
- World Health Organization. (2018). Soil-transmitted helminthiasis. Retrieved January 17, 2019, from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>.



Approaches to the Elderly School Management under Epidemic Situation of the Coronavirus Disease 2019

Pajaree Polprasert*, Kanittha Sripirom^{1**} Wadsana Charunsrichotikomjorn^{***}
Natthanan Khongyingyai^{****}

(Received April 21, 2021, Revised: June 22, 2022, Accepted: July 19, 2021)

Abstract

This research aims to study the activities implementations, readiness, and approaches of school management for the elderly under coronavirus disease (COVID-19) pandemic. The study was a descriptive research, divided into two steps. Step 1 was associated with the activity implementations and the readiness for school management for the elderly by utilizing a questionnaire with the director/caregivers from 32 elderly schools. The method for selecting the sample was the quota selection method, and data were analyzed by utilizing percentage, Mean and Standard Deviation. Step 2 was associated with presenting school management approaches for the elderly by interviewing 15 people who have knowledge or experience of school management for the elderly. Data were analyzed by content analysis.

The results showed that during pandemic, most elderly schools refrain from organizing activities, selecting the sample by utilizing purposive sampling method. Concerning the readiness to manage schools for the elderly, the overall level of readiness was at a high level. Regarding the management approaches of the elderly schools during the pandemic situation, the school administration committee should continually convene some meetings to plan and modify some of the activities, concentrating on preventive measures both health checks and the readiness of learners. Moreover, they should provide prevention education to the committee and those involved as well as adjust the activities to be in line with the context of the severity of pandemic. Relevant organizations and elderly schools should adopt approaches to facilitate schools for the elderly who can resume learning activities safely in schools under the coronavirus disease 2019 pandemic.

Keywords: Management, Elderly School, Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic

* Associate Professor, Faculty Of Management Science, Kamphaeng Phet Rajabhat University

** Assistant Professor, Faculty Of Management Science, Kamphaeng Phet Rajabhat University

*** Assistant Professor, Faculty Of Management Science, Kamphaeng Phet Rajabhat University Maesot

**** Research Assistant, Kamphaeng Phet Rajabhat University, Kamphaeng Phet Province, 62000, Thailand

¹Corresponding author: kanittha8655@gmail.com. Tel 094-6369142



แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปจรรย์ ผลประเสริฐ*, กนิษฐา ศรีภิรมย์^{1**}, วาสนา จรุงศรีโชติคำจร***,
ณัฐนันท์ คงยิ่งใหญ่****

(วันรับบทความ : 21 เมษายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 22 มิถุนายน 2565, วันตอบรับบทความ : 19 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรม ความพร้อมและแนวทางในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบ่งการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เชิงปริมาณ: การดำเนินกิจกรรมและความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม ผู้อำนวยการ/ผู้ที่ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 32 โรงเรียน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโควตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 เชิงคุณภาพ: นำเสนอแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์การบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 โรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่งดจัดกิจกรรมสำหรับความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก สำหรับแนวทางการบริหารจัดการของโรงเรียนผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดที่สำคัญ คือ คณะกรรมการบริหารโรงเรียนควรมีการประชุมวางแผนและปรับเปลี่ยนกิจกรรมบางส่วนที่สามารถจัดได้อย่างต่อเนื่อง และเน้นมาตรการป้องกัน ทั้งการตรวจสุขภาพ ความพร้อมของผู้เรียนและการให้ความรู้ในการป้องกันฯ กับคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปรับรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และความรุนแรงของการแพร่ระบาดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและโรงเรียนผู้สูงอายุควรนำแนวทางไปปรับใช้เพื่อให้โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถเปิดเรียนได้อย่างปลอดภัยภายใต้การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, โรงเรียนผู้สูงอายุ, ไวรัสโคโรนา 2019

* รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร แม่สอด

**** เจ้าหน้าที่โครงการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ kanittha8655@gmail.com. Tel 094-6369142



บทนำ

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องสำหรับผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยาการจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจากโรงเรียนผู้สูงอายุมีหลากหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยให้มีร่างกายที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและทำให้มีอายุยืนเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น รู้สึกเกิดความภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง ในขณะที่ด้านสังคมจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ที่ดี การปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของกลุ่ม และในด้านจิตปัญญานั้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรู้เท่าทันและเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวเพื่อช่วยในการปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามวัย สุดท้ายในด้านเศรษฐกิจ สามารถเรียนรู้ทักษะอาชีพและนำไปประกอบอาชีพเพื่อสร้างให้เกิดรายได้ต่อครอบครัวต่อไป (Department of Older Persons, 2021)

ทั้งนี้กรมกิจการผู้สูงอายุส่งเสริมให้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ และได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในทุกจังหวัด โดยในปัจจุบันมีโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,196 แห่ง ตั้งอยู่ในภาคเหนือ 811 แห่ง ภาคกลาง 385 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 736 แห่ง ภาคใต้ 264 แห่ง (Department of Older Persons, 2020) ในช่วงสถานการณ์ปกติโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อช่วยส่งเสริมทักษะประสบการณ์ และสมรรถภาพทางร่างกายให้แก่ผู้เรียน อาทิ การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง การบริหารร่างกาย การฝึกจิตนึ่งสมาธิร่วมถึงการสนทนาธรรม และการฝึกทักษะอาชีพเพื่อนำไปสร้างรายได้เสริมให้แก่ครอบครัวซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละที่นั้นอาจเกิดจากปัจจัยความพร้อมที่แตกต่างกัน เช่น เครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานหรือกลุ่มคนที่เข้ามาอาสาในการเข้ามามีส่วนร่วมของกิจกรรมในโรงเรียน เป็นต้น

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เริ่มแพร่ระบาดครั้งแรกในประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และมีการแพร่ระบาดมาโดยตลอดจนกระทั่งในปัจจุบัน ซึ่งการแพร่ระบาดนี้ได้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบอัตราโอกาสในการเสียชีวิตของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิต 2.86% ถ้าอายุ 60-69 มีโอกาสเสียชีวิต 0.62% รองลงมาอายุ 50-59 ปี กลุ่มนี้มีโรคประจำตัวแล้ว และมีโอกาสเสียชีวิต 0.21% ซึ่งสามารถสรุปได้คือ ผู้สูงอายุติดเชื้อน้อยกว่าวัยอื่น แต่เสียชีวิตมากกว่าวัยอื่นหลายเท่า (Thai Health Reform Foundation, 2022) ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจพบว่า ก่อนเกิดวิกฤติโควิด ผู้สูงอายุร้อยละ 47.2 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทยยังทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงชีพ แต่หลังจากการแพร่ระบาดพบว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ต้องประสบปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ถึงร้อยละ 81 ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองประสบปัญหานี้มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2022) และนอกจากนี้ยังส่งผลด้านสังคม ด้านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม การปรับตัวให้เข้ากับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) และได้ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในช่วงสถานการณ์ปกติได้มีการจัดการเรียนการสอนเดือนละ 1 ครั้ง โดยเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ถ่ายทอดภูมิปัญญา และฝึกทักษะอาชีพ อีกทั้งมีการจัดกิจกรรมนันทนาการ และสอนการใช้เทคโนโลยี Facebook/Line เพื่อให้



ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายเมื่อได้อยู่รวมกัน โดยในปี 2563 ที่ผ่านมามีโรงเรียนได้ปิดทำการชั่วคราว เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้เปิดอีกครั้งในปี 2564 ที่ผ่านมา

โดยในการปิดโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคนั้น แม้จะเป็นการช่วยยับยั้งโอกาสในการติดเชื้อสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ในขณะเดียวกันกลับมีผลกระทบในเชิงลบด้วยเช่นกัน เนื่องจากทำให้ผู้เรียนที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุรู้สึกเหงา และหลายๆ แห่งพบว่าผู้สูงอายุต้องการให้โรงเรียนเปิด เพราะรู้สึกว่ามีความว่างในแต่ละวันมากเกินไป เกิดความอ้างว้างและรู้สึกขาดความภาคภูมิใจจากการมองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวการหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือโรงเรียนผู้สูงอายุมีแนวปฏิบัติเพื่อสามารถทำกิจกรรมเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีข้อมูลในการนำเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับประเทศในการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อให้โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนได้ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

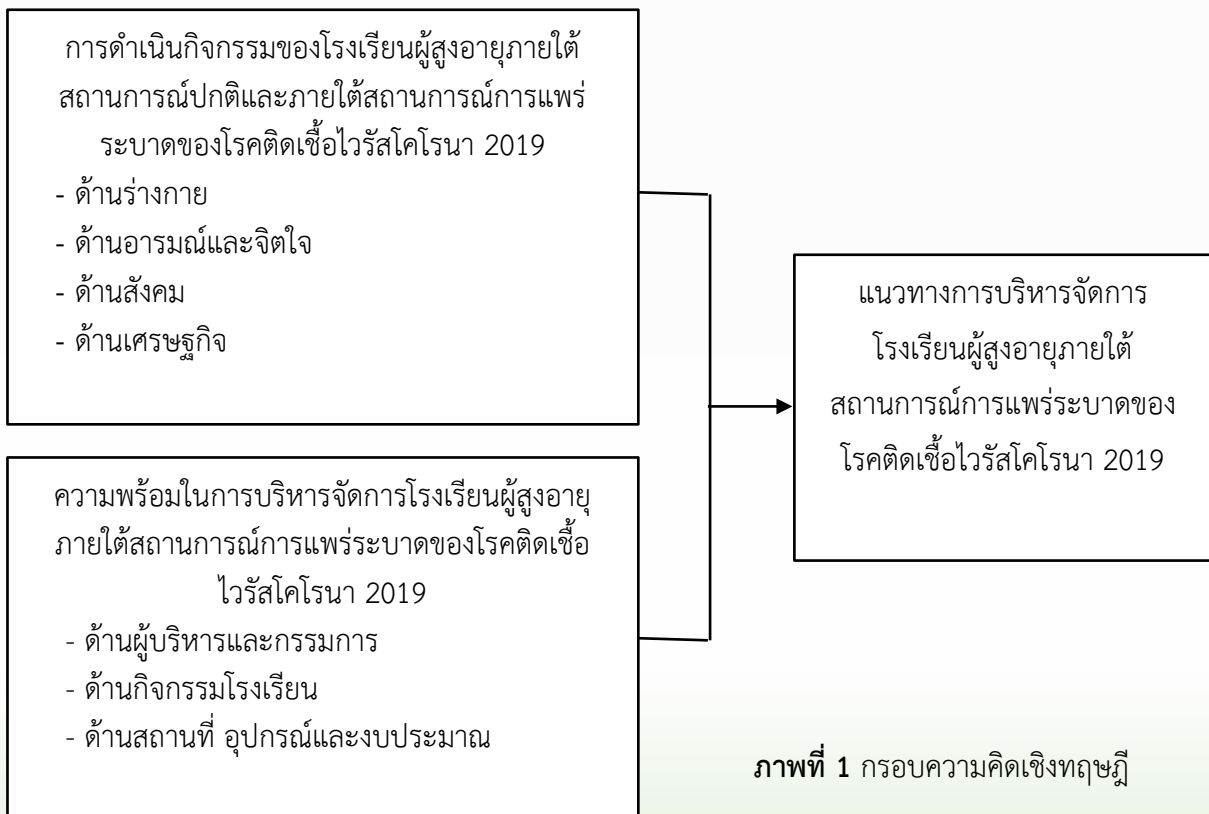
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ปกติและภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อเสนอแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิด

ในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ประเภทกิจกรรมและตัวอย่างกิจกรรมที่มีการดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Department of Older Persons, 2016) แบ่งเป็น 1) กิจกรรมประเภทส่งเสริมสุขภาพร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม ของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมประเภทส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3) กิจกรรมประเภทส่งเสริมสวัสดิการในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและการทำประโยชน์เพื่อชุมชน 4) กิจกรรมประเภทส่งเสริมความสามารถด้านศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุอยู่ และ 5) กิจกรรมประเภทส่งเสริมการมีรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้สังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุทำให้กำหนดกรอบกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ สำหรับความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุได้ศึกษาหลักการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น หลัก 5 ก คือ กลุ่ม กรรมการ กติกาหรือข้อตกลง กิจกรรม และกองทุน (Department of Older Persons, 2016) หลักการบริหารจัดการ 4M ตามแนวคิดการบริหาร ของ Peter (1954) อันประกอบด้วย 1) Man = การบริหารกำลังคนโดยการใช้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานเครือข่ายอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลกับงานให้ได้เกิดประโยชน์มากที่สุด 2) Money = การบริหารเงิน โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารกิจกรรมสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างไรให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประสิทธิผลอย่างสูงสุด 3) Materials = การบริหารวัสดุในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดประโยชน์และ

ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคระบาดให้น้อยที่สุด 4) Management = การจัดการ คือกระบวนการจัดการบริหาร ตลอดจนการควบคุมเพื่อให้การทำงานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลอย่างเต็มที่ภายใต้ทรัพยากรที่มีทั้งหมด และเมื่อนำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ใช้กรอบการบริหารจัดการใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้บริหารและกรรมการ 2) ด้านกิจกรรมโรงเรียน และ 3) ด้านสถานที่ อุปกรณ์และงบประมาณ จากกรอบแนวคิดของตัวแปรดังกล่าว นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปหาแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบความคิดเชิงทฤษฎี

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ปกติและภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนนี้หน่วยที่ทำการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) คือโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประธาน/ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุในประเทศไทย มีโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,196 โรงเรียน (Department of Older Persons, 2020) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโควตา (Quota Selection) โดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและเหนือ



และภาคใต้ จำนวนภาคละ 8 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 32 โรงเรียน และในแต่ละภาคจะถูกจำแนกเป็นประเภทโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และโรงเรียนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรงเรียนต้นแบบ ประเภทละ 4 โรงเรียน ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามสำหรับประธาน/ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุหรือผู้ที่ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลผู้บริหารสูงสุดของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสถานภาพโดยทั่วไปของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ 3 การดำเนินการกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check List) สอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตอนที่ 4 ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ความหมาย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1-5 คะแนนตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ (Srisaard, 2002)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.49 แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.49 แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.49 แสดงว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 แสดงว่ามีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สร้างเครื่องมือโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจนความเหมาะสมของการใช้ภาษา และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) เลือกข้อคำถามให้มีค่ามากกว่า 0.6 ขึ้นไปและบางประเด็นได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวม

ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร และทำการประสานไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย พร้อมกับโทรศัพท์เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้กับผู้ที่ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงเรียนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และจัดส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงาน หรือผู้ประสานงานในแต่ละโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 หาแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสรุปข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณในข้อที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์



ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ผู้บริหาร หัวหน้างาน หัวหน้าโครงการระดับจังหวัด ระดับประเทศที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือรับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้อำนวยการ ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 2 ท่าน
- 3) ผู้อำนวยการ ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 6 ท่าน
- 4) นักวิชาการ หรืออาจารย์ ที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 6 ท่าน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ลักษณะแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ซึ่งกำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และได้ปรับแก้ภาษาเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจตรงกันในบางส่วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังนี้
2. ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ไปถึงผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์
3. ส่งแบบสัมภาษณ์ไปถึงผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนที่จะสัมภาษณ์ประมาณ 1 สัปดาห์เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสดูในการเตรียมการให้สัมภาษณ์ พร้อมกับกำหนดวัน เวลา ในการสัมภาษณ์โดยใช้การสัมภาษณ์แบบออนไลน์ผ่านระบบซูม (Zoom)
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบออนไลน์ผ่านระบบซูม (Zoom)
5. นำผลจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์กลับมาสรุปตามประเด็นต่าง ๆ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงแล้วถอดข้อความมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ แล้วจัดลำดับความสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เอกสารเลขที่ 006/2021 เมื่อได้รับอนุญาตการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเป็นพื้นที่การเก็บข้อมูล และอธิบายวัตถุประสงค์และเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้วหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่ม



ตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

พบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุจัดตั้งระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 มากที่สุด ร้อยละ 71.9 รองลงมา มีการจัดตั้งปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 25.1 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2562-2564 มีการจัดตั้งน้อยมากเพียงร้อยละ 3.1 ทั้งนี้สถานตั้งอยู่ใน เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 37.5 เท่ากัน มีเพียงส่วนน้อยที่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล หรือที่อาคารเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน เท่ากันคือร้อยละ 3.1 สำหรับหน่วยงานหลักที่บริหารจัดการ ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเทศบาลมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 40.6 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีน้อยเพียงร้อยละ 6.3 สำหรับนักเรียนในปัจจุบันนั้นจะมีจำนวน 50-99 คนมากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 50 คน ร้อยละ 22.0 และมีนักเรียน 100-149 คน ร้อยละ 21.8 ในขณะที่มีนักเรียนตั้งแต่ 150 คนส่วนน้อยมีเพียงร้อยละ 15.5 สำหรับในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงเรียนได้มีกิจกรรมหรือการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.4

ในส่วนผู้บริหารสูงสุดของโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 37.5 และมีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 31.3 ซึ่งส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 68.8 โดยครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.0 เป็นข้าราชการเกษียณอายุ รองลงมา คือ นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 25.0 และ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

สำหรับการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ปกติและภายใต้สถานการณ์การแพร่ ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าทุกกิจกรรมที่จัดไม่ว่าด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการงดจัด กิจกรรม ถึงร้อยละ 80 ขึ้นไป มีเพียงบางกิจกรรมที่โรงเรียนยังคงจัดอยู่แต่มีโรงเรียนเพียงส่วนน้อยที่จัดกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่จัดในช่วงการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพและ การป้องกันรักษาโรค ร้อยละ 25.0 การพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยี ต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โลก เฟซบุ๊ก เป็นต้น ร้อยละ 21.9 กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ หรือภูมิปัญญาจากผู้สูงอายุในชุมชนให้แก่ชุมชนท้องถิ่นหรือ สังคม ร้อยละ 18.8 และ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด ร้อยละ 15.6 ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยจัดในช่วงสถานการณ์ปกติจะงดการจัดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ร้อยละ 85.0 ขึ้นไป ในทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมการศึกษาในงานในแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ไม่มีโรงเรียนใดจัดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลย

สำหรับผลการศึกษาความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็นด้านผู้บริหารและ กรรมการ ด้านกิจกรรมในโรงเรียน ด้านสถานที่ และด้านวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ด้านผู้บริหารและกรรมการ			
1. ผู้บริหารและกรรมการมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.88	0.91	มาก
2. โรงเรียนมีบุคลากรที่มีความสามารถในการจัดการสื่อออนไลน์เพื่อใช้ในการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมของโรงเรียน	3.59	1.07	มาก
3. โรงเรียนมีครูหรือผู้สอนที่สามารถใช้เครือข่ายออนไลน์ในการเรียนการสอนหรือการจัดกิจกรรม	3.66	1.04	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.71	0.85	มาก
ด้านกิจกรรมในโรงเรียน			
4. โรงเรียนมีความพร้อมในการสร้างช่องทางออนไลน์ที่ใช้ในการประสานงานระหว่างโรงเรียนกับผู้เรียนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.19	1.2	ปานกลาง
5. โรงเรียนมีความพร้อมในการปรับการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	3.41	1.0	ปานกลาง
6. โรงเรียนมีความพร้อมในการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมได้สอดคล้องกับความสนใจของผู้เรียนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.56	1.0	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.39	0.94	ปานกลาง
ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ			
7. โรงเรียนมีความพร้อมของสถานที่สำหรับการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมตามมาตรการการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.84	1.1	มาก
8. โรงเรียนมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้เชื่อมต่อเพื่อจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมแบบออนไลน์ได้	3.84	1.05	มาก
9. โรงเรียนมีความพร้อมด้านสื่อหรืออุปกรณ์สำหรับการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.56	1.19	มาก



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
10.โรงเรียนมีความพร้อมด้านงบประมาณในการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรมที่ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.53	1.05	มาก
11. โรงเรียนมีเครือข่ายความร่วมมือที่ช่วยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการจัดการเรียนการสอน/กิจกรรม ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.63	1.10	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.68	0.94	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 4 ด้าน	3.61	0.76	มาก

จากตาราง 1 ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบทั้ง 3 รายการด้านของความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียน พบว่า ด้านผู้บริหารและกรรมการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 และ ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 มีความแตกต่างกันไม่มากนัก ในขณะที่ด้านกิจกรรมในโรงเรียน มีความพร้อมน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 และประเด็นที่มีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ผู้บริหารและกรรมการมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ย 3.88 ต่างจากประเด็นที่โรงเรียนมีความพร้อมน้อยที่สุดคือ การสร้างช่องทางออนไลน์ที่ใช้ในการประสานงานระหว่างโรงเรียนกับผู้เรียนภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ย 3.19

2. แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถช่วยแก้ไขและป้องกันปัญหาของผู้สูงอายุได้ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตก็ตาม ดังนั้นควรมีการนำเสนอแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้การดำเนินงานสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุได้ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยใช้หลักบริหารจัดการ 4 M เพื่อเตรียมความพร้อมในการบริหารงานของโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย

ด้านคน (Man) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. คณะกรรมการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินกิจกรรมของโรงเรียน ซึ่งแนวทางในการบริหารจัดการคือ ควรมีการประชุมและวางแผนในการดำเนินกิจกรรมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้แก่คณะกรรมการ เครือข่าย และนักเรียนในการจัดกิจกรรม พร้อมจัดเตรียมและให้คำแนะนำในด้านการเตรียมมาตรการรองรับ และติดตามสถานการณ์ มาตรการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 “คณะกรรมการต้องมาพูดคุยกัน เพื่อวางแผนการเนิกร และชี้แจงการดำเนินงานให้เข้าใจ



กันทุกฝ่ายที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ควรต้องมีการตรวจคัดกรอง ประชุมหารือกับผู้บริหารว่ากิจกรรมที่จะจัดขึ้นนั้นควรมีการจัดในรูปแบบใดต่อไป และที่สำคัญบุคลากร คณะกรรมการต้องได้รับวัคซีนครบ” (นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบล จังหวัดยโสธร)

2. กลุ่มภาคีเครือข่าย หรือกลุ่มคนที่มีส่วนในการสนับสนุนให้กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ โดยเครือข่ายที่เกิดขึ้นอาจได้รับความร่วมมือจากบุคคล หรือหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น รพสต. วัด โรงเรียน กศน. มหาวิทยาลัยและข้าราชการเกษียณ เป็นต้น ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครือข่ายนี้ในการร่วมขับเคลื่อนในการจัดกิจกรรมโดยพิจารณากิจกรรมที่ควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาทิ การประสานกับเครือข่ายด้านการศึกษาเพื่อสอนการใช้เทคโนโลยีสำหรับในการสอนแบบออนไลน์ (on-line) ให้แก่ผู้สูงอายุ “โรงเรียนได้จัดการแบ่งกลุ่มเป็นการปักผ้าญี่ปุ่น เป็นของสำหรับใส่โทรศัพท์มือถือถือ การทำแมสก์ผ้า การสอนเลี้ยงปลาในถัง โดยกลุ่มวิทยาลัยเทคโนโลยีการเกษตร การสอนทำบัญชีครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีการจัดการเรียนการสอนผ่านช่องทางวิทยุชุมชน และทาง YouTube โดยได้ทีมงานจากนักเรียนโรงเรียนวิศุขสรณ์มาช่วยถ่ายทอดสดในการทำตลาดออนไลน์เพื่อขายสินค้าของร้านอัมบุญจากทางวัดซึ่งได้มาจากงานฝีมือของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยในปี 2565 คาดว่าจะมีหลักสูตรอบรมจำนวน 11 หลักสูตรจากความร่วมมือระหว่างโรงเรียนผู้สูงอายุติดกับเกษียณมดี ภายใต้การดูแลของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งจะมีระยะเวลาอบรมตั้งแต่ 3 เดือนไปจนถึง 6 เดือน โดยมีการปล่อยสัญญาณจากทางมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผู้ที่อบรมครบหลักสูตรจะมีการมอบวุฒิบัตรให้ด้วย” (เจ้าอาวาสผู้ก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย)

3. กลุ่มนักเรียน/ผู้เรียน ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เรียนก่อนการเปิดเรียน ทั้งในรูปแบบออนไซต์ (on-site) และออนไลน์ (on-line) หรือการจัดการเรียนแบบผสมผสาน (Hybrid Learning) เพื่อรับมือกับวิกฤตโควิด-19 และเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นโรคระบาดครั้งใหม่ หรือภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ หัวใจสำคัญของการจัดการเรียนแบบผสม คือ การพิจารณาความต้องการ ความพร้อมและสภาพแวดล้อมของทั้งนักเรียนและผู้สอนเพื่อให้ได้แนวทางที่ทั้งสองฝ่ายสามารถทำร่วมกันได้ และเป็นการปรับตัวของทั้งสองฝ่ายและนอกจากนี้ยังอาจจัดเป็นกลุ่มย่อย ๆ ในรูปแบบออนไซต์ (on-site) ประมาณครึ่งวัน จัดเป็นสัปดาห์ละครั้ง และจัดเป็นคลาสเล็ก ๆ จำนวนไม่เกิน 20 คน และอาจมีการกำหนดเงื่อนไข เช่น ต้องได้รับวัคซีนไม่น้อยกว่า 2 เข็มและไม่มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีการตรวจสุขภาพเบื้องต้นเพื่อยืนยัน เป็นต้น “ผู้เรียนต้องฉีดวัคซีนให้ครบ โดยผู้ที่ฉีดวัคซีนแล้วจะต้องมีใบรับรองการได้รับวัคซีนมายืนยันกับทางโรงเรียน และปฏิบัติตามมาตรการของโรงเรียนด้วยการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในการทำกิจกรรม หากผู้ใดยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนจะไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม” (นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ จังหวัดเลย) (ผู้จัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร) ในมาตรการควรเน้นความป้องกัน เช่น การเว้นระยะห่างไม่น้อยกว่า 6 ฟุต การใช้ห้องน้ำส่วนรวม การทำความสะอาดตนเอง และไม่ควรให้มีการรับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งอาจใช้แยกรับประทานของสำหรับตนเองหรือควรให้กลับไปทานที่บ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการเสริมความรู้พื้นฐานทางเทคโนโลยีโดยการสอนใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต (Tablet) ในการเตรียมความพร้อมการเรียนในรูปแบบออนไลน์

ด้านงบประมาณ (Money)

ปัจจัยงบประมาณสำหรับการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุทางคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการวางแผนกิจกรรมและงบประมาณที่จะต้องใช้จ่ายซึ่งอาจจะแตกต่างจากช่วงปกติ เช่น อาจต้องมีการจัดสรรเพื่อให้ได้มาซึ่งระบบเทคโนโลยีที่จะใช้ในการเรียนการสอนหรือการสื่อสารกับผู้เรียน และการจัดกิจกรรมอาจจัดเป็นกลุ่ม



ย่อยๆ และต้องมีวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแหล่งงบประมาณที่สำคัญได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล การสนับสนุนโดยเงินบริจาค จากวัด หรือโรงเรียนผู้สูงอายุบางแห่งใช้การระดมเป็นกองทุนผ้าป่า เจ้าอาวาสจึงจัดสรรงบประมาณให้กับโรงเรียนเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของโรงเรียนอีกที และสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุในสังกัดสถาบันการศึกษา “งบประมาณหลักจะมาจากงานกลยุทธ์ของฝ่ายฯ ที่มีงบประมาณเป็นประจำทุกปี หรือค่าธรรมเนียมแรกเข้าจากนักเรียนผู้สูงอายุในแต่ละรุ่น เงินบริจาคของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งได้จากศิษย์เก่า นักเรียนผู้สูงอายุที่ได้เรียนจบหลักสูตรของโรงเรียนไปแล้ว เพื่อสนับสนุนการจัดทำกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุรุ่นต่อไป หรือบางโรงเรียนอาจเขียนของบประมาณจากจังหวัด หรือกองทุนผู้สูงอายุ” (สถาบันส่งเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ ในสังกัดมหาวิทยาลัย)

ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ (Material)

ปัจจัยด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางโรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดเตรียมหน้ากากอนามัย เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เจลและสเปรย์แอลกอฮอล์สำหรับการทำความสะอาด และสำหรับวัสดุ/อุปกรณ์ ที่ใช้ประกอบในการจัดกิจกรรมต้องเน้นการใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เป็นส่วนตัว โดยจะไม่ใช้ร่วมกันกับผู้อื่น เช่น เครื่องเขียน กรรไกร เป็นต้น “ทางโรงเรียนจะจัดกิจกรรมลอยกระทง ซึ่งได้ประสานไปทางกลุ่มไลน์ของผู้เรียนให้จัดเตรียมอุปกรณ์ส่วนตัวมาร่วมทำกิจกรรม” (นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ จังหวัดฉะเชิงเทรา) และนอกจากนี้ควรเตรียมความพร้อมของครุภัณฑ์ในส่วนและเทคโนโลยี เช่น เครื่องฉายอินเทอร์เนต คอมพิวเตอร์ในการให้บริการและเสริมความรู้ทักษะให้ผู้เรียนสามารถใช้สื่อออนไลน์ได้ การเลือกสถานที่จัดที่มีความเหมาะสมโดยเน้นสถานที่เปิดโล่งแจ้งและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก นอกจากนี้ควรมีการเตรียมทำความสะอาดของสถานที่เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ด้านบริหารจัดการ (Management)

ปัจจัยด้านบริหารจัดการหรือรูปแบบในการดำเนินงานนั้น โรงเรียนผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาเลือกกิจกรรมที่มีความเหมาะสม แบ่งกลุ่มย่อย คัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายแห่งให้ข้อมูลว่า “ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เพราะต้องอยู่แต่บ้านไม่ได้ออกไปข้างนอก หรือไม่ได้มีกิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อคลายเหงา โดยถ้าฐานะไม่ดีจะยิ่งยากลำบากยิ่งขึ้นไปอีก ดังนั้นการมีโรงเรียนผู้สูงอายุอาจจะเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีสังคมและการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมคุณค่าได้ในลักษณะหนึ่ง โดยรูปแบบหรือวิธีการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ย่อมจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแต่ไม่ใช่เป็นการปิดบริการอย่างแน่นนอน ซึ่งในต่างประเทศได้ระบุถึงศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแม้จะปิดตามมาตรการการป้องกันตามนโยบายของภาครัฐ แต่ศูนย์จะไม่มีปิดบริการแต่อย่างใด คือสถานที่ปิด แต่บริการไม่ปิดหมายความว่าผู้สูงอายุสามารถโทรติดต่อหาเจ้าหน้าที่หรือกับทางอาจารย์ได้ กรณีที่อยากจะปรึกษาหารือ หรือบริการบางอย่างสามารถออนไลน์ (on-line) ได้หรือใช้ไลน์ (Line) ได้” (นักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์) โดยกิจกรรมอาจจะปรับเปลี่ยนไปโดยอาศัยเทคโนโลยีมากขึ้น อย่างน้อยควรมีการสื่อสารติดต่อกับผู้เรียนอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทางไลน์ (Line) หรือเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน (ตามบริบทของแต่ละโรงเรียน) เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจที่ไม่ถูกทอดทิ้ง และมีการปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เช่น เน้นการจัดกิจกรรมที่เป็นสถานที่โล่งแจ้ง และไม่ควรเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องใช้แรงมากเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุต้องใส่หน้ากากอนามัยอยู่ตลอดเวลาจะทำให้หายใจได้ไม่สะดวก หรืออาจส่งผลต่อระบบอัตราการเต้นของ



หัวใจที่มีผลต่อโรคประจำตัวยิ่งขึ้น ซึ่งแม้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในสภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นโรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องให้กับผู้เรียนอย่างต่อเนื่องได้ โดยอาจมีการปรับรูปแบบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจแบ่งได้ดังนี้

1) พื้นที่ผ่อนปรน หรือ เขตจังหวัดที่ตั้งของโรงเรียนผู้สูงอายุที่อนุญาตให้มีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มได้ โรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีความใกล้ชิดและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่น “ในบางกิจกรรมที่สามารถจัดได้เราก็ควรพิจารณา เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การฝึกอบรมดูแลสุขภาพ โดยควรมีการปรับรูปแบบกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกันโดยตรง” (ผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา) ซึ่งหน่วยงานโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควรต้องเคร่งครัดในด้านมาตรการคัดกรองความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจัดเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าวัยอื่น โดยมาตรการป้องกัน อาทิ การใช้สถานที่โปร่งโล่งในการจัดกิจกรรม การเว้นระยะห่าง การจัดเตรียมหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ และการทำที่กั้นเพื่อเน้นจุดคัดกรอง

2) พื้นที่คุมเข้ม หรือ เขตจังหวัดที่ตั้งของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการคุมเข้มในทั้งการรวมกลุ่มทำกิจกรรม หรือการเดินทาง “โรงเรียนผู้สูงอายุอาจต้องมีการปรับรูปแบบกิจกรรมที่แตกต่างเพื่อสร้างความใกล้ชิดได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดกิจกรรมแบบออนแฮนด์ (on-hand) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันในญี่ปุ่นและอเมริกา โดยให้การส่งจดหมายไปที่บ้านผู้สูงอายุ และมีแบบฝึกหัดให้ เช่น อาจเป็นการคัดไทย เรียงความ และให้ผู้สูงอายุใช้วิธีการเขียนตอบมาทางจดหมายหรือไปรษณียบัตร และถ้าต้องการเน้นการปฏิบัติจริง อาจใช้วิธีการจัดของใส่เมล็ดพันธุ์ผักเอาไปให้ผู้สูงอายุลองปลูกดู ทำแปลงสวนเกษตรที่บ้าน” (นักวิชาการ/ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์) การใช้สื่อสารผ่านสื่อทางวิทยุกระจายเสียง ทางไลน์ (Line) การถ่ายทอดสดผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook Live) หรือการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบซูม (Zoom) เป็นต้น

อภิปรายผล

การดำเนินกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาพบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรม หรืออาจมีเพียงบางกิจกรรมที่ยังคงมีการจัดอยู่และเป็นเพียงบางโรงเรียนเท่านั้น โดยกิจกรรมที่จัดมากที่สุดคือ การดูแลสุขภาพและการป้องกันรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ และคณะ (Aree-Ue et al, 2021) พบว่า กิจกรรมทางกาย ภาวะเปราะบางทางกายภาพ ภาวะเปราะบางทางสังคม ระยะการเคลื่อนที่ในชีวิตประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และช่วงฐานวิถีชีวิตใหม่ (1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะ ระยะการเคลื่อนที่ในชีวิตประจำวัน และ ความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มคะแนนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มวัย (Rojpaisalkit, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของนักวิชาการว่ากิจกรรมทางกายมีประโยชน์ทางจิตใจทั้งการป้องกันและการรักษา และเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ใช้ในการรักษาและการป้องกันโรคทางกายภาพต่างๆ เช่นเดียวกับการรักษาโรคทางจิตเวชบางอย่าง เช่น ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลผิดปกติ (Walsh, 2011) และพระครูโสภณพุทธิศาสตร์ และคณะ (Phrakkrusophonphutthisat et al, 2019) รูปแบบที่เหมาะสมในเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



การส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมประจำวันและมีกิจกรรมร่วมกันในชุมชน จะเป็นการดำเนินชีวิตที่มี ผลต่อสุขภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยวิญญูทัตญญ บัญทัน และคณะ (Bunthan et al, 2019) ผลการวิจัยได้ ให้ข้อเสนอแนะ การสร้างกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ ผู้สูงอายุควรพิจารณาการเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างการรับรู้ถึง ศักยภาพของตัวผู้สูงอายุเองร่วมกับการแนะนำ ให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุ จากนั้นจึงสอดแทรกความรู้ เกี่ยวกับโคโรนา 2019 และวิธีการป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้เกิด การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเป็นการเริ่มต้นและคงความต่อเนื่องของการปฏิบัติโดยสร้างการมีส่วนร่วม ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุ

ความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ ด้านผู้บริหารและกรรมการอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านกิจกรรมในโรงเรียน มีความพร้อมน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรศักดิ์ ทองปรีชา (Thongpreecha, 2019) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการการเรียนการสอนของโรงเรียนวรธรรมสาธิต เป็นไปตามนโยบายและแนวทางของรัฐบาล ในการเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบ ออนไลน์และมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดในสถานศึกษาเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของนักเรียนและ บุคลากรทางการศึกษา ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมในด้านอาคารสถานที่ อุปกรณ์ทำความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ รวมถึงการคัดกรองโดยการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนจะเข้าสู่โรงเรียน และผลการศึกษาของโรงเรียนหนองบัว แดงวิทยา (Nong Bua Daeng Wittaya School, 2020) สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 10 ที่ได้ กำหนดรูปแบบแนวทางและมาตรการป้องกันเพื่อเตรียมความพร้อมของสถานศึกษา เพื่อให้พร้อมที่จะเปิดภาค เรียนและเป็นผู้มีอในการปฏิบัติงานสำหรับสถานศึกษา ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเน้น ความสอดคล้องกับบริบทของสถานศึกษาและ เอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ นักเรียนและบุคลากรของสถานศึกษาสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ซึ่งแตกต่างจาก โกสินทร์ ชี้ทางดี (Cheethangdee, 2019) ได้ศึกษาแล้วพบว่าปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานโรงเรียน ผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี พบว่า งบประมาณไม่เพียงพอ และสอยฤทัย เกลี้ยงนิล (Kliengnil, 2019) ที่กล่าวว่า มีการปรับ มาตรการให้เข้ากับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการ โควิด-19 มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการได้แก่ ด้านบุคลากร มีการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ผู้มีความรู้ เฉพาะด้าน ด้านงบประมาณ ขาดแคลนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการป้องกันโรค รวมถึงค่าตอบแทน บุคลากรชุดปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์

แนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านมีความเห็นว่ามีปัญหาหรือกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถช่วยแก้ไข และป้องกันปัญหาของผู้สูงอายุได้ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตก็ตาม ทั้งนี้ เชษฐา แก้วพรม และ คณะ (Kaewprom et al, 2020) ทำการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกิดจาก การเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมดังกล่าวจะมีลักษณะช่วยสร้างความสัมพันธ์ สร้างสุขภาพ สร้างการยอมรับ สร้างการเรียนรู้ สร้างความสำเร็จสร้างประโยชน์ และสร้างความสนุก ดังนั้นในการจัดกิจกรรม ในโรงเรียนผู้สูงอายุควรออกแบบกิจกรรมช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริม สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยภูมิศักดิ์ สนามชัยสกุล (Sanamchaisakul et al, 2014) ที่พบว่า กิจกรรมที่ชอบ และต้องการให้โรงเรียนจัดคือ การให้ความรู้การดูแลสุขภาพ รองลงมาคือตรวจสุขภาพ



และ กิจกรรมนันทนาการ สิ่งที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อยากให้โรงเรียนมีสถานที่กว้างขวาง และ รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนสร้างสุข (ผู้สูงวัย) ทั้งนี้โรงเรียนผู้สูงอายุต้องมีการบริหารจัดการ 1) ด้านคน (Man) ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินการของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1.1) กลุ่มบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินกิจกรรม 1.2) กลุ่มภาคีเครือข่าย และ 1.3) กลุ่มนักเรียน/ผู้เรียน ซึ่งต้องมีความรู้ในการปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดตามมาตรการ โดยขวัญสุดา เชิดชูงาม (Cherdchungam, 2019) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน โรงเรียนผู้สูงอายุโดยกรม กิจการผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน กับผลการวิจัยนี้พบว่าโรงเรียนทั้งสองสังกัดมีปัจจัยความสำเร็จ ในการดำเนินงาน ที่มีความคล้ายกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านการ มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ทุ่มเท มีเป้าหมายชัดเจนการจัด กิจกรรมอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมกันภายในองค์กร หรือชุมชน สอดคล้องกับวิญญู ทัศนัย บุญทัน และคณะ (Bunthan et al, 2019) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจาก สถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การสร้างเสริม สุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 61.20 โดยการรับรู้ ความสามารถของตนเองสามารถอธิบายความ แปรปรวนได้มากที่สุด รองลงมา คือ อิทธิพลจากสถานการณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อุปสรรคใน การปฏิบัติ ตามลำดับ และกรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (Department of Health, Ministry of Public Health and the Association of the Elderly Council of Thailand, 2021) ที่ได้วางแผนทางคำแนะนำ สำหรับประธานชมรมผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ แนวทางสำหรับผู้สูงอายุ และมาตรการแผน เฝ้าระวังเหตุสำหรับชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุเมื่อพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทั้งนี้ จากผลการศึกษา ของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (Thanasugarn et al, 2021) พบว่า สถานะความรู้สุขภาพเรื่องการ ป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ และการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโควิด 19 มากกว่าครึ่งหนึ่งจะ สอบถามสมาชิกใน ครอบครัว และ สอบถาม อสม. และช่องทางที่ใช้การสืบค้นหรือซักถามข้อมูลส่วนใหญ่ใช้ เฟซบุ๊ก กับไลน์ แต่การติดตามข้อมูลจะติดตามทางโทรทัศน์ (การแถลงของ สคบ.) การเข้าถึง ยังมีความจำเป็นต้อง เพิ่มช่องทางการเข้าถึง และใช้สื่อดั้งเดิม คือ โทรทัศน์ วิทยุ ตลอดจนขยายช่องทางการใช้เครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายดิจิทัล ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ในเชิงนโยบาย

1.1 โรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 และการป้องกันตนเอง อีกทั้งวิธีการป้องกันตนเองในการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุกับ คณะกรรมการบริหารโรงเรียน นักเรียนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

1.2 จากข้อมูลความพร้อมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเห็นได้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และด้านผู้บริหารและกรรมการ ด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณมีความพร้อมในระดับมาก แต่ด้าน การจัดกิจกรรมในโรงเรียนมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่มี งบประมาณในการส่งเสริมโรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนผู้สูงอายุ และการให้ความรู้กับผู้บริหารโรงเรียนและนักเรียนถึงวิธีการในการป้องกันตนเอง

1.3 โรงเรียนผู้สูงอายุควรพัฒนาความพร้อมช่องทางออนไลน์ที่ใช้ในการประสานงานระหว่าง



โรงเรียนกับผู้เรียน โดยควรอบรมให้ความรู้การใช้งานโปรแกรมและแอปพลิเคชันต่าง ๆ พร้อมฝึกทักษะด้านเทคโนโลยีโดยเฉพาะการติดต่อสื่อสาร หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์ สำหรับโรงเรียนที่มีความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ ผู้สอนและผู้เรียน ส่วนโรงเรียนผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความพร้อมอาจฝึกทักษะการใช้สื่อขั้นพื้นฐาน เช่น ไลน์ (Line) เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้อง หรืออาจเริ่มต้นการจัดการเรียนแบบผสมผสาน (Hybrid Learning) เพื่อรับมือกับวิกฤตโควิด-19 และเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นโรคระบาดครั้งใหม่ หรือภัยพิบัติและภัยคุกคามต่าง ๆ เพื่อเป็นการปรับตัวของทั้งสองฝ่าย

2. ในระดับปฏิบัติ

2.1 ผู้สูงอายุ และเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุควรปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัดและปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่โรงเรียนผู้สูงอายุได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุควรมีการวางแผนในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุให้สามารถเปิดทำการเรียนการสอนได้อย่างต่อเนื่อง แต่อาจจะพิจารณาเฉพาะกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำและมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ พัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวทางการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปทดลองใช้และวิจัยประเมินผลในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบออนไลน์ (on-line) หรือการจัดการเรียนแบบผสมผสาน (Hybrid Learning)

3. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา หากทำการวิจัยเชิงทดลองถึงการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุแบบออนไลน์ หรือการจัดการเรียนแบบผสมผสาน (Hybrid Learning) เนื่องจากการเตรียมความพร้อมกรณีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สถานการณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรืออาจมีสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ที่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุแบบออนไลน์ หรือแบบออนไลน์ร่วมกับออนไซต์

เอกสารอ้างอิง

- Aree-Ue, S., et al. (2021). Monitoring Changes in Health Dimensions among Thai Older Persons Prior to COVID-19 Pandemic, during the Pandemic, and New Normal. Health Systems Research Institute (HSRI). (In Thai)
- Bunthan, W., et al. (2020). Factor influencing to health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (covid-19) prevention of older adults. *Journal of The Police Nurses*, 12(2), 323-337. (In Thai)
- Cheethangdee, K. (2019). The Guidelines for Development of Elderly Schools Performance in Lopburi Province. *Pathumthani University Academic Journal*, 11(2), 324-335. (In Thai)



- Cherdchoongarm, K. (2020). Success Factors of the Senior Schools under the Bangkok Metropolitan Administration and an Educational Institution. *Journal of Health Systems Research*, 14(3). (In Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health and the Association of the Elderly Council of Thailand. (2021). Guidelines on Public Health for the Prevention of the Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Epidemic for the club Seniors/School Elders. Retrieved January 3, 2022, from <https://b5ad11e9f5cc8ca.500097b394916dab8.pdf> (moph.go.th). (In Thai)
- Department of Older Persons. (2016). School Manual for the Elderly. Bangkok: Department of Older Persons. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2020). Registration of elderly schools 2020. Bangkok: Department of Older Persons. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2021). The Action Plan for the Elderly, Phase 2 (2002-2022), Revision 2nd Ed, 2020. Retrieved June 11, 2021, from <https://www.dop.go.th/th/th./laws/1/28>. (In Thai)
- Department of Older Persons. (2021). Establishment of a school for the elderly. Retrieved June 12, 2021, from <https://www.dop.go.th/th/topic/view=54>. (In Thai)
- Peter F. Drucker. (1954). The Practice of Management. New York: Harper & Row, Publishers.
- Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2020). How does Pandemic Endemic Epidemic and Outbreak spread? How are they different? Health Variety Magazine. Issue 38 October 2020. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University (mahidol.ac.th). Retrieved February 13, 2021, from <https://www.rama.mahidol.ac.th/issure038/vocab-rama>. (In Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2022). Open the economic impact that Thai elderly people have to face during the Covid-19 epidemic. Retrieved February 1, 2022, from <https://thaitgri.org/?p=39790>. (In Thai)
- Homsombat, P., et al. (2022). ElderlySchool: Enhancing Potentials of Elderly in Aging Society. *Journal of Educational Innovation and Research*. 6(2), 540-551. (In Thai)
- Kaewprom, C., et al. (2020). Self-esteem among Old Persons Participating in the Elderly School. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 7(1), 76-89. (In Thai)
- Kliengnil, S. (2019). The Disaster Management of COVID-19 between Government and The Community on Khao San Road, Phra Nakhon District, Bangkok. Retrieved February 1, 2022, from http://www3.ru.ac.th/mpaabstract/files/2562_1597741815_6114832006.pdf. (In Thai)
- Nong Bua Daeng Wittaya School. (2020). Instruction Manual and Preventive Measures in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation. Chaiyaphum: Nong Bua Daeng Wittaya School. (In Thai)
- Phrakkru Sophonphutthisat, et al. (2019). Management of elderly health and welfare



- of the elderly school in the northeast. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(2), 960-972. (In Thai)
- Ratana-Ubol, A. (2019). Proposal for Operational Improvement Regarding Senior Citizen's Potential Enhancement. *Silpakorn Education Research Journal*, 11(1), 26-46. (In Thai)
- Rojpaisarnkit, K. (2016). Relationship between Physical Activity, Mental Health, Social Health and Spiritual Health Status among the Three Aged Group Elderly. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 33(4), 300-313. (In Thai)
- Sanamchaisakul, P., et al. (2014). A management Model of Elderly School in Bantew, Lomsak District, Phetchabun. (In Thai)
- Srisaard, B. (2002). Preliminary research (7th ed.). Bangkok: Suweerivasarn. (In Thai)
- Tanasugarn, C., et al. (2021). Covid-19 self-protective behavior and vaccine health literacy survey among diabetes patients, elderly and the blind. *Health Systems Research Institute (HSRI)*. (In Thai)
- Thai Health Reform Foundation. (2022). Open information for the elderly at what age? If infected with COVID-19 High risk of life! Retrieved March 10, 2022, from <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24644>. (In Thai)
- Thongpreecha, J. (2019). Teaching and learning management during COVID - 19 pandemic in Wachirathamsatit School, Phra Khanong district, Bangkok. Retrieved February 1, 2022, from http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597914679_6114832031.pdf. (In Thai)
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579-592.



Effects of Using a Clinical Nursing Practice Guideline for Preparing End-Stage Renal Disease Patients receiving Hemodialysis on Intradialytic Hypotension

Phayom Phaikha^{*}, Sirikan Jinawin^{1**}

(Received: April 2, 2022, Revised: July 13, 2022, Accepted: August 12, 2022)

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to study the effect of applying the guideline on hypotension during hemodialysis at Hemodialysis Center 1, Phare Hospital. The sample was patients with end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis which were divided into an experimental group of 52 subjects and a control group of 52 using a simple random sampling method. The research instruments were 1) CNPG for preparing patients with end-stage chronic kidney disease undergoing hemodialysis consisted of 3 parts: a) knowledge about hemodialysis; b) preparing the patient for hemodialysis and c) nursing during hemodialysis, and 2) dialysis report form. Data were analyzed by descriptive statistics, Fisher's exact test and t-test.

The results showed that the experimental group had number of times of hypotension during hemodialysis significantly less than control group ($p = .01$). The systolic pressure and diastolic pressure were significantly higher than the control group ($p < .001$). Nurse professionals or healthcare teams should apply this nursing practice guideline for preparing patients who receive hemodialysis.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Hemodialysis, End-Stage Renal Disease Patients, Intradialytic Hypotension

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Phare Hospital.

^{**} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phare, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health

¹ Corresponding authorsirikan@bcnph.ac.th. Tel 0617965646.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

พยอม เพียรคำ*, ศิริกาญจน์ จินาวิน^{1**}

(วันที่รับบทความ : 2 เมษายน 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 13 กรกฎาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 12 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ณ ศูนย์ไตเทียม 1 โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มควบคุม 52 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย ก) การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ข) การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ค) การพยาบาลขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 2) แบบบันทึกรายงานการฟอกเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติพีชเชอร์ เอกซแซค และสถิติ ที

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และมีค่าความดันซิสโตลิกและดันไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล: การฟอกเลือด: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย; ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บทความ sirikan@bcnph.ac.th โทร 0617965646



บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มที่จำนวนกลุ่มผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาของ Saran et al. (2019) พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ค.ศ. 2015-2016 จำนวน 2,077 และ 2,161 คนต่อประชากรล้านคนตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 3.00 ต่อปี สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่ประมาณการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเพิ่มจำนวนมากถึง 1,200 คน ต่อประชากรล้านคน (Sangsee et al., 2020) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกหดหู่จากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ นอนไม่หลับ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (intradialytic hypotension) คือภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งเป็นผลมาจากปริมาณของเลือดในระบบไหลเวียนลดลงและกลไกการชดเชยสารน้ำบกพร่อง (Okoye, Slater & Rajora, 2017; Puengchompoo, 2016.; Vongchaiudomchoke, 2019) ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเป็นอันดับสองรองจากการเกิดตะคริวขณะฟอกเลือด โดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ร้อยละ 8-55 (Chou et al., 2018; Okoye, Slater & Rajora, 2017) และมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.50 กรัม/เดซิลิตร การได้รับยาลดความดันโลหิต ภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงในหัวใจ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกไต ความดันซิสโตลิกก่อนฟอกเลือดมีต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ สูงอายุ การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ติดเชื้อในกระแสเลือด การรับประทานอาหารในขณะที่ฟอกไต ตลอดจนจากร่างกายอ่อนเพลียและพักผ่อนไม่เพียงพอ การเลือกใช้ชนิดของน้ำยาที่มี อะซิเตต (acetate) เป็นส่วนผสมส่งผลให้แรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายลดลง การใช้อุณหภูมิ น้ำยาฟอกไต และการตั้งโปรแกรมฟอกเลือดไม่เหมาะสม การปรับน้ำหนักตัวแห้งไม่เหมาะสม การสูญเสียสารน้ำในปริมาณมากระหว่างฟอกเลือด (Flythe et al., 2015; Okoye, Slater & Rajora, 2017; Puengchompoo, 2016.; Vongchaiudomchoke, 2019; Sands et al. 2014)

ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตต่ำที่เกิดในช่วงท้ายของการฟอกเลือดหรือมีความดันโลหิตต่ำตลอดเวลา โดยผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาจจะตรวจพบความดันโลหิตต่ำกว่าปกติเพียงอย่างเดียวหรืออาจเกิดร่วมกับอาการอื่นด้วย เช่น อาเจียน ตะคริว จนถึงมีอาการรุนแรงที่เป็นผลจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เช่น การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง ความเพียงพอในการฟอกเลือดลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตที่เล็กลงสูญเสียไป มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดหรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ หมดสติ ชัก และการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ตั้งแต่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 70.00 (Puengchompoo, 2016; Sands et al. 2014; Sars, M. van der Sande, & Kooman, 2020) ที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้วหากอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วย



เหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับยาปียาลอดเลือดหรือยาเพิ่มการเต้นของหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

จากสถิติของหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลแพร่ ปี 2560 – 2562 มีผู้ป่วยที่รับบริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 3,027 3,125 และ 3,165 ครั้ง ตามลำดับ โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะความดันโลหิตสูงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตะคริว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก โดยในปี 2560-2562 พบได้ร้อยละ 14.78 12.73 และ 14.82 ตามลำดับ (Department of medical record, 2019) จากการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหน่วยไตเทียม 1 ร่วมกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่า สาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องมาจากการประเมินสภาพผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน อีกทั้งยังไม่มีหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยหรือสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้หัตถการ การรักษา กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งได้จากระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ (Jolawong, Munsil, & Taweewanich, 2018) ในปัจจุบันได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างแพร่หลาย เนื่องจากการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์จะส่งผลให้เกิดปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ทันสมัย ปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ตลอดจนเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้ทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Noparit and Promdee (2019) ที่ได้พัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของซูกัพ (Soukup, 2000) ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 91.53 มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ นอกจากนี้จากการศึกษาของบังอร เชื้อนคำ ที่ได้พัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ในกลุ่มผู้ป่วยไตเฉียบพลันจำนวน 64 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 94.44 มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ (Khuenkum, 2020)



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่จำเพาะเจาะจงต่อการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลียและศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่เป็นเลิศอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลมีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของงานวิจัย

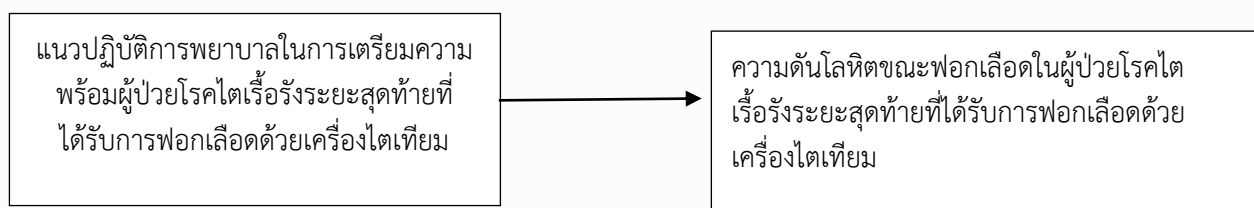
ในการวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา/ตัวแปร ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และภาวะความดันโลหิตต่ำ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 104 คน 3) ด้านพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1,2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1,2, หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลแพร่ 4) ด้านระยะเวลา โดยศึกษาระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ.2563 ถึง กันยายน พ.ศ.2563

กรอบแนวคิด

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) กำหนดทีมบุคลากรทางสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก 5) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) กำหนดกลยุทธ์การเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 8) กำหนด



กลยุทธ์การประเมินและการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 12) ปรัชญาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งแนวปฏิบัติในครั้งนี้มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการพยาบาลขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ ในด้านการเลือกใช้น้ำยาฟอกเลือด การกำหนดอุณหภูมิของน้ำยา และการจัดทำขณะฟอกเลือด ที่จะนำไปสู่การลดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ โดยสรุปดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของสมาชิยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม 1 โรงพยาบาลแพร่ การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ 0.5 อำนาจการทดสอบ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 52 คน กลุ่มละ 52 ได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ความดันโลหิตก่อนฟอกเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 100/60 mmHg.
2. มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
3. งดเว้นการรับประทานยาลดความดันโลหิตก่อนฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคร่วมอยู่ในระยะกำเริบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการพยาบาลขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงทำการจัดประชุมชี้แจงพยาบาล



วิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 และพยาบาลวิชาชีพ เฉพาะทางไตเทียมในหน่วยไตเทียม 1 เพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำความเข้าใจ เครื่องมือที่ใช้และขอความร่วมมือในการศึกษา โดยมีขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1.1.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำเรื่องการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และวิธีการดูแลตนเองก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม และขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการ และภาวะแทรกซ้อน จากการฟอกเลือด หากมีความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อรับการรักษาเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกวัด สัญญาณชีพขณะที่ได้รับการฟอกเลือดและถูกบันทึกลงในรายงานการฟอกเลือด

1.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1.2.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.2.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำในเรื่อง ก) ความจำเป็นและวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีฟอกเลือด ข) การปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยได้จัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนอย่าง ถูกต้อง และมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย ก) การประเมิน ความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยหากพบว่าผู้ป่วยกังวล หรือคับข้องใจเกี่ยวกับการรักษาให้แจ้งพยาบาลศูนย์ไตเทียมเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม ข) การตรวจสอบผล ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยหากตรวจพบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงน้อยกว่า 25% ปริมาณเกร็ดเลือด น้อยกว่า $20,000 \text{ cell/mm}^3$ หรือระดับอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.50 gm/dl ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ให้ พิจารณาแก้ไขก่อนเข้ารับการฟอกเลือด ค) การเตรียมทางร่างกายก่อนฟอกเลือด เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมง ทำการวัดสัญญาณชีพก่อนส่งฟอกเลือด หากตรวจพบความ ดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด น้อยกว่าเท่ากับ $90/60 \text{ mmHg}$ หรือมากกว่า $180/100 \text{ mmHg}$ ให้แจ้งแพทย์ เจ้าของไข้พิจารณาแก้ไขก่อนส่งเข้ารับการฟอกเลือด และการพยาบาลขณะรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม ประกอบด้วย ก) ประเมินอาการและภาวะเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ข) การ กำหนดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดให้ต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกาย ง) จัดท่ายกขาสูงขณะฟอกเลือดหากตรวจวัด ได้ความดันโลหิตน้อยกว่าเท่ากับ $90/60 \text{ mmHg}$ โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกวัดสัญญาณชีพขณะที่ได้รับการ ฟอกเลือดและถูกบันทึกลงในรายงานการฟอกเลือด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทานปัจจุบัน อัตราการกรองของเสีย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ น้ำหนักส่วนเกิน ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม ความถี่ของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2.2) แบบบันทึกรายงานการฟอกเลือด (hemodialysis record) ประกอบด้วย สัญญาณชีพก่อนและหลังรับการฟอกเลือด ระยะเวลาในการฟอกเลือด ชนิดของ น้ำยาที่ใช้ฟอกเลือด อัตราการดื่มน้ำขณะฟอกเลือด อุณหภูมิของน้ำยาที่ใช้ฟอกเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาพันธ์การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 40/2563 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2563 หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 โรงพยาบาลแพร่ เพื่อการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและถูกนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ *พิชเชอร์* เอกซัคต์ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้ Fisher's Exact Test และ t -Test

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ) กลุ่มละ 52 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 26 คน เพศหญิง 26 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 40.38 และมีอายุ (Mean =51.94, S.D.=13.33) กลุ่มทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน ร้อยละ 53.84 มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 46.15 และมีอายุ (Mean =52.79 ,S.D.=13.50) โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวหรือโรคร่วมที่พบได้มากที่สุดทั้งในกลุ่มควบคุม จำนวน 46 คน ร้อยละ 88.00 และ กลุ่มทดลอง จำนวน 48 คน ร้อยละ 92.00 อันดับต่อมา คือ โรคเบาหวาน (กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ร้อยละ 58.00 และ กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน ร้อยละ 62.00 ไชมันในเลือดสูง (กลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน ร้อยละ 60.00 และ กลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน ร้อยละ 56.00 และโรคหัวใจ (กลุ่มควบคุม จำนวน 5 คน ร้อยละ 9.60 และ กลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไยาลดความความดันโลหิตมากกว่ากลุ่มควบคุม และจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับ Blood urea nitrogen, Creatinine, Sodium, Chloride และ CO₂ สูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อายุ โรคประจำตัว การใช้ยาลดความดันโลหิต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ



น้ำหนักส่วนเกิน (Weight gain) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยน้ำหนักแห้ง (Dry weight) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .02$)

2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของดันโลหิตขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิก (Mean = 119.54, S.D. = 14.38) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Mean = 106.96, S.D. = 20.69) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และค่าความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง (Mean = 78.08, S.D. = 9.17) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Mean 69.33, S.D. = 14.91) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของดันโลหิตขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หัวเรื่อง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure)	106.96	20.69	119.54	14.83	-3.90	.000
ค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure)	69.33	14.91	78.08	9.17	-3.879	.000

3 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละช่วงเวลาขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีจำนวนการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือดมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ .01 โดยในชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ของการพอกเลือด พบว่า กลุ่มควบคุมเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 11, 7, 4 ครั้ง ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลองเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ของการพอกเลือด จำนวน 2, 2, 1 ครั้ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หัวข้อ	ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม n (%)				p-value
	0	1	2	3	
กลุ่มควบคุม	-	11 (21.15)	7 (13.46)	4 (7.69)	.01
กลุ่มทดลอง	-	2 (3.84)	2 (3.84)	1 (1.92)	

การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เช่น วัดและติดตามสัญญาณชีพก่อนส่งฟอกเลือด หากตรวจพบความดันโลหิตก่อนฟอกเลือด น้อยกว่าเท่ากับ 90/60mmHg. ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาแก้ไขก่อนส่งเข้ารับการฟอกเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Okoye, Slater, & Nilrajora (2017) พบว่า ค่าความดันโลหิตทั้งค่าความดันซิสโตลิกที่น้อยกว่า 100 mmHg. เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละช่วงเวลาขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีจำนวนการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในช่วงเวลาที่ 1, 2 และ 3 ของการฟอกเลือด กลุ่มทดลองเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2, 2, 1 ครั้ง ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 11, 7, 4 ครั้ง ตามลำดับ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการทดสอบด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และครอบคลุมทุกปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ตัวอย่างเช่น การดูแลให้ได้รับ 20% albumin ในผู้ป่วยที่มีระดับ serum albumin น้อยกว่า 35 กรัม/เดซิลิตร. เพื่อเพิ่มระดับแรงในการดูดน้ำของหลอดเลือด (oncotic pressure) รวมไปถึงการกำหนดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดที่ 35 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการเกิดเส้นเลือดขยายตัวขณะฟอกเลือด การจัดทำฯ สูงขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไหลย้อนกลับเข้าสู่หัวใจ (Chou et al., 2018; Vongchaiudomchoke, 2019) อีกทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลยังทำให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลที่เหมือนกันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนฟอกเลือดจนถึงได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้อง



กับการศึกษาของ วลี กิตติรักษ์ปัญญา และคณะ (2556) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษา พบว่า การกำหนดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดที่ 35 องศาเซลเซียสเป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ (Kittirakpanya, Samartkit, & Masingboon, 2013) จากการศึกษาของ ประภารัตน์ ประยูรพรหมและคณะ (2559) ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 30 คนและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 46 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งพบว่าระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลที่เหมือนกันและครอบคลุมทุกประเด็นที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้นจึงส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยจึงลดลงตามมาในที่สุด (Payoomprom et al. 2016)

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นต่อไป เช่น การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Chou, J. A., Streja, E., Nguyen, D. V., Rhee, C. M., Obi, Y., Inrig, J. K., Amon, A., Kovesdt, C. P., Sim, J. J., & Kalantar-Zadeh, K. (2018). Intradialytic hypotension, blood pressure changes and mortality risk in incident hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 33(1), 149-159.
- Department of medical record. (2019). *Clinical risk report*. Phare Hospital.
- Flythe, J. E., Xue, H., Lynch, K. E., Curhan, G. C., & Brunelli, S. M. (2015). Association of mortality risk with various definitions of intradialytic hypotension. *Journal of the American Society of Nephrology*, 26(3), 724-734.
- Jolawong, O., Munsil, J., & Taweewanich, S. (2018). Application of evidence-based practice in nursing professionals. *Journal of the Thai Army Nurses*, 19(2), 8-14. (In Thai).



- Khuenkum, B. (2020). Development Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Kidney Injury Patients with Continuous Renal Replacement Therapy in Medical Intensive Care Unit Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Nakornping Hospital*, 11(2), 64-86. (in Thai).
- Kittirakpanya,W., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2013). Impacts of the co-application of self-management and clinical management programme on management behaviour, increased weight and intradialytic hypotension in chronic kidney disease patients treated with hemodialysis. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 109-12. (in Thai).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1999). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved (2018, 10 April) from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.p
- Noparit, P., & Promdee, A. (2519). Development of clinical nursing guideline for palliative care in patients with end stage renal disease Mukdahan hospital. *Mahasarakham hospital journal*, 16(3), 96-108. (in Thai).
- Okoye, O. C., Slater, H. H., & Rajora, N. (2017). Prevalence and risk factors of intra-dialytic hypotension: a 5-year retrospective report from a single Nigerian Centre. *The Pan African Medical Journal*. 28(62), 1-6.
- Payoomprom, P., Pirunthong, S., Thorsang, Ch., & Sutthum, A. (2016). Development of Clinical Nursing Practice Guides for Chronic Kidney Disease Patients at Chaiyaphum Hospital. *Journal of Nursing Division*, 43(1), 12-33. (in Thai).
- Puengchompoo, W. (2016). Nursing care of persons with chronic kidney disease receiving hemodialysis. Chiang Mai: Samnakphim Mahawitthayalai Chiang Mai. (in Thai).
- Sars, B., M. van der Sande, F., & Kooman, J., (2020). *Intradialytic hypotension: Mechanisms and outcome*. *Blood Purif*, 49(2), 159-166.
- Sands, J. J., Usvyat, L.A., Sullivan, T., Segal, J. H., Zabetakis, P., Kotanko, P., Maddux, F. W., & Diaz-Buxo, J.A. (2014). Intradialytic hypotension: Frequency, sources of variation and correlation with clinical outcome. *Hemodialysis International*, 18(2), 415-422.
- Sangsee, P., Tanatwanit, Y., Kunsongkiet, W., & Moumgkum, S. (2020). Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage renal diseases. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 53-65. (in Thai).
- Soukup, S. M. (2000). *Evidence-based Practice Model Promoting the Scholarship of Practice*. *Nursing Clinic of North America*. Philadelphia: WB Saunders.
- Vongchaiudomchoke, T. (2019). Risk factors for Intradialytic hypotension during hemodialysis among the end-stage renal disease patients with pre-existing autonomic dysfunction. *Lampang Medicine Journal*, 40(2), 50-59. (In Thai).



Improving Health Literacy for Reducing Risk of Cardiovascular Disease among People living in Amphoe Soem Ngam, Lampang Province

Janjeera Yanachai ^{1*}, Prachuk Khunwate ^{**} Prachuab Lamluk ^{***}

(Received: April 10, 2022, Revised: August 1, 2022, Accepted: September 7, 2022)

Abstract

The quasi-experimental research aims to study a result of improving health literacy for reduce cardiovascular risk. Research design was two groups pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit 80 participants who had low, moderate, and high levels of CVD risk and poor and low health literacy levels. Forty of the experimental group received a health literacy promotion programme in order to reduce risk of cardiovascular disease. Meanwhile, the control group received a regular health literacy promotion programme. Research tools were health literacy and self-care behaviour questionnaires, Thai CV risk score and personal health data. The content validity of all instruments were showed by IOC= 0.67-1.00 and the reliability of health literacy and self-care behaviour questionnaires were showed Cronbach's alpha =0.75. Quantitative data was analysed using descriptive statistics and Independent t-test and Dependent t-test.

The results showed that at post-experiment the experimental group had significant higher mean scores of health literacy and health behaviour ($p<.05$), and CVD risk score had significant lower mean scores than at pre-experimental ($P<.05$). CVD risk score of experimental group were significant decreased more than control group at post-test ($P<.05$). Research suggests that should be used Improving Health Literacy program for Reducing Cardiovascular Risk of all severity of risk and evaluate long term health outcomes.

Keyword: Health literacy: Cardiovascular risk

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Lampang.

** Public Health Academician, Public health official of Amphoe Soem Ngam

*** Assistant Professor, School of Medicine, University of Phayao

¹Corresponding author: janjeera905@gmail.com. Tel 0979644263



การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของประชากรเขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

จันทร์จิรา ยานะชัย^{1*}, ประจักษ์ ชันเวท^{**} ประจวบ แหลมหลัก^{***}

(วันที่รับบทความ : 10 เมษายน 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 1 สิงหาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 7 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 80 คน ได้มาอย่างเจาะจง แบ่งเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คนได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุดได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 1 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent T test และ Dependent T test

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรที่มีความเสี่ยงในทุกระดับ และติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ: ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

** นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

¹ผู้ประสานรับธรรมกิจ janjeera905@gmail.com. โทร 0979644263



บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จูรีพร คงประเสริฐ สมณี วัชรสินธุ์ และ ณัฐจิรพรรณ พันธมุง (Khongprasert,J. & Watcharasin,S. & Phanmung,N., 2015) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2563 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.90 ล้านคน พบแนวโน้มสถานการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประชากรกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา (World Health Organization, 2021) และประเทศไทยก็เผชิญปัญหาดังกล่าวเช่นเดียวกัน สถิติของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่าคนไทยมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559 – 2563 เท่ากับ 31.9, 31.82, 31.78, 31.36 และ 32.57 และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 48.13, 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ตามลำดับ แนวโน้มการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Strategy and Planning Division, 2022)

จากการศึกษาของ ธัญญา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย (Thananuwatsak R., Harnchaipibulkul S., Worakijthamrongchai T., 2019) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะโคเลสเตอรอลสูง และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับยาตามความเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้มีการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และควบคุมผลลัพธ์การรักษาได้ตามเป้าหมาย และจากการศึกษาของ แพรพรรณ ภูริบัญชา บุญทนกร พรหมภักดี และสุปรียา จรทะพา (Phuribancha, P., Phrompakdee, B., Chornthapha,S., 2017) พบว่า การประเมินความต้องการจำเป็น สำหรับการใช้อุปกรณ์ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การสื่อสารนโยบายการใช้อุปกรณ์ประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ให้บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ประเมินโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบที่ง่ายและสะดวก การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ทุกระดับและครอบคลุมถึงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และรูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านการจัดการฐานข้อมูล การประมวลผลข้อมูลและการคืนข้อมูล



ซินดา เตชะวิจิตรจารุ (Tachavijitjaru C., 2018) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า พยาบาลควรปฏิบัติบทบาทด้านการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยการประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพอย่างถูกต้อง เลือกใช้เครื่องมือประเมินอย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาสื่อทางสุขภาพอย่างสร้างสรรค์และง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ นัท บีม (Nutbeem, D., 2008) ได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นสมรรถนะในการอ่าน เขียนและคิดคำนวณเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสถานะสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้ข้อมูล รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน

บุคคลจะสามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้นั้น ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy) จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม วัชรพร เชยสุวรรณ (Choeisuwana V., 2017) กล่าวว่าการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่าบทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ แต่ผู้ให้บริการสุขภาพเองสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น การสื่อสารที่ดีสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไปผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ผลจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (uncontrolled hypertension) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ลดลง (Halladay et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจึงเหมาะสมที่จะ



นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ghisi, Chaves, Britto & Oh, 2018; Nutbeam, 2000, 2008) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาวิธีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรค และสื่อสารแนวทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ด้วยกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิต ตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ (Choeisuwat V, 2017)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

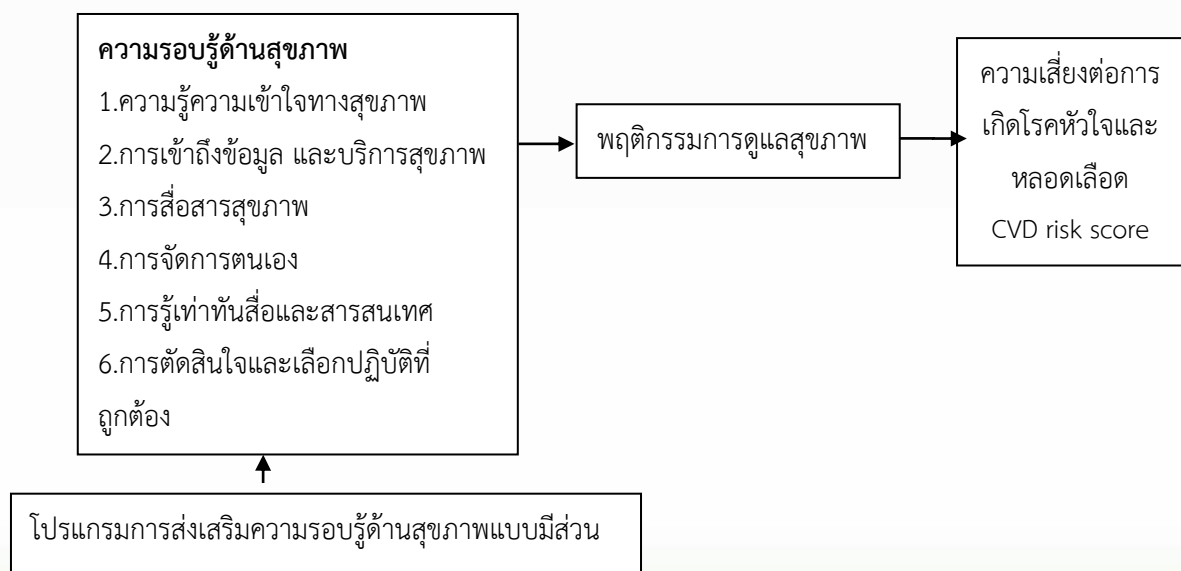
ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษา 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) ด้านประชากร คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีระดับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 483 คนและกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 80 คน 3) ด้านพื้นที่เขตบ้านสันโป่ง ตำบลเสริมกลาง อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564



กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) เป็นการพัฒนาทักษะและศักยภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มาประยุกต์กับกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้มีความสามารถในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี มีการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือประชากร จำนวน 483 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านปางป่าป้อ ตำบลเสริมขวา เขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เครื่องมือ Thai CV risk score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2019) เฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด โดย ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <



10 % ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10 % - <20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20 % - <30% และอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตามการศึกษาของ สมชัย อัสวสุตสาคกร สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และสาวิตรี วิษณุโยธิน (Asawasudsakorn, S., Chitpitaklert, S., Visanuyothin, S., 2019) และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับไม่ดีและระดับพอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support. ,2018)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบบกึ่งทดลองมาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 กลุ่มแตกต่างกัน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าของ input parameters ดังนี้ ค่า Effect size d เท่ากับ 0.8 ค่า α error probability เท่ากับ 0.05 ค่า Power (1- β error probability) เท่ากับ 0.95 และค่า Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองเป็น จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยการดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากคู่มือการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Division of Non Communicable Diseases.,2014)บุคลากรสาธารณสุขร่วมประชุมเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เนื้อหาสาระสำคัญของความรู้ที่จำเป็นสำหรับการอบรมทางวิชาการให้กับกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมการออกกำลังกาย การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ การดำเนินการ 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง กิจกรรมในครั้งนี้ 1 เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการด้วยตนเอง เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การตัดสินใจในการเลือกวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเองและกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และให้ความรู้

1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง ตำบลบ้านปงป่าป้อ ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม



จังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับ สถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิธีการดำเนินการจัดการส่งเสริมสุขภาพของประชากร เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ออกแบบการทดลอง และ การนัดตรวจติดตามสุขภาพหลังการดำเนินการครบ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 การซักประวัติได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจวัดรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากรกลุ่มทดลอง เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีบาสโลบ รำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และการกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยงด้วยตนเองและลงบันทึกข้อมูลของตนเอง

2.การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง และการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง

2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ดังนี้

2.1.1 จัดบริเวณลานสำหรับการออกกำลังกายหมู่บ้านละ 1 แห่ง

2.1.2 ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ เครื่องเสียง สำหรับใช้ในการออกกำลังกาย

2.1.3 จัดตั้งแกนนำออกกำลังกายหมู่บ้านละ 2 คน เป็นผู้นำและสอนประชากรออกกำลังกายในแต่ละประเภท ได้แก่ การเดินบาสโลบ รำไม้พอง และการเต้นแอโรบิก

2.1.4 มอบหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวิธีการทดลอง

2.1.5 แบ่งกลุ่มเสี่ยงให้ดำเนินการออกกำลังกายด้วยวิธีดังนี้ กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในวัยทำงาน ออกกำลังกายโดยการเดินบาสโลบสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในกลุ่มผู้สูงอายุ ออกกำลังกายโดยรำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และกลุ่มปกติหมายถึงกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน

2.2 ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ดังนี้



2.2.1 การคัดแยกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยคัดแยกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยมีการคัดเลือกจากผลการตรวจสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ร่วมกับการคัดกรองด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.2 Buddy (จับคู่เพื่อน) และตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยมอบหมายให้ อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็น Buddy และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อติดตามให้ความรู้ และให้คำปรึกษาสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด

2.2.3 จัดตั้งช่องทางการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มสำหรับเป็นช่องทางการสื่อสารในกลุ่มเป้าหมายและ Buddy ทุกคน พร้อมตั้งนโยบายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม และกระตุ้นการตื่นตัวในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 จัดทำแผนที่หลังคาเรือนกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินลักษณะการกระจายตัวของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ 2 การติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง กิจกรรมในครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการดำเนินงานเมื่อครบ 1 เดือน โดยดำเนินการตรวจสุขภาพครั้งที่ 2 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและแจ้งผลข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล การติดตามและประเมินผล พฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสาธิตวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านทางแอปพลิเคชัน Thai CV risk score สอนวิธีอ่านผลการประเมิน และคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผลการประเมิน เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวิธีการทดลองอย่างต่อเนื่อง และบันทึกข้อมูลและเปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่กำหนดไว้

ครั้งที่ 3 การติดตามและประเมินผล การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย กิจกรรมในครั้งที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงของผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการดำเนินงานเมื่อครบ 2 เดือน โดยดำเนินการตรวจสุขภาพครั้งที่ 3 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย



ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยตนเอง (self-assessment) โดยกลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองผ่านทางแอปพลิเคชัน Thai CV risk score และกลุ่มตัวอย่างอธิบายผลการประเมิน และคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผลการประเมิน ในการลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เสนอผลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง วิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยของตนเองในกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และผลลัพธ์ให้กับบุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นรายบุคคล จัดทำกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กับกลุ่มตัวอย่างคนอื่นๆ และ buddy ดำเนินการค้นหาบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวิธีการทดลองอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย กิจกรรมในครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการดำเนินงานเมื่อครบ 3 เดือน โดยดำเนินการตรวจสุขภาพครั้งที่ 4 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพ และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จัดทำกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประกวดบุคคลต้นแบบที่มีความสำเร็จด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มตัวอย่างร่วมถอดบทเรียนการจัดการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชุมชน เพื่อเผยแพร่และจูงใจบุคคลอื่นให้ร่วมมือให้การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีบุคลากรสาธารณสุขอำนวยการและร่วมสรุปผลการถอดบทเรียนให้เป็นองค์ความรู้ของชุมชน

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Education Division, Department of Health Service Support., 2018) ลักษณะของเครื่องมือ

1.แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อๆ ละ 1 คะแนน เต็ม 6 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การ



สื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ข้อๆละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1 - 6) คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน ใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1.ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0 – 40.79 คะแนน หรือ $<60\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3 อ. 2 ส.

2.ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนน 40.80 – 47.59 คะแนน หรือ $\geq 60 - <70\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3 อ. 2 ส.ได้ถูกต้องบ้าง

3.ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 47.60 – 54.39 คะแนน หรือ $\geq 70 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพดีพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3 อ. 2 ส.ได้ถูกต้อง

4.ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 54.40 – 68 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3 อ. 2 ส.ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

การแปลผลคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน

1.ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0 – 17.99 คะแนน หรือ $<60\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส.ไม่ถูกต้อง

2.ระดับพอใช้หมายถึง ช่วงคะแนน 18.00 – 20.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - <70\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส.ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย

3.ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 21.00 – 23.99 คะแนน หรือ $\geq 70 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส.ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

4.ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 24.00 – 30 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส.ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ของมหาวิทยาลัยมหิดล (Khongprasert & Watcharasin & Phanmung, 2015) การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด โดยใช้ตัวแปรในการคำนวณความเสี่ยงโอกาสเกิด CVD ใน 10 ปีข้างหน้า ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน การวัดรอบเอว และส่วนสูง การแปลผลมีดังนี้ ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มี



ค่าคะแนน < 10 % ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% -<20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20 % -<30% ระดับความเสี่ยงสูงมาก มีค่าคะแนน 30 % -<40% และระดับความเสี่ยงสูงอันตราย มีค่าคะแนน > 40%

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ประเภทของการออกกำลังกาย และ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เครื่องมือชุดที่ 3 คณะผู้วิจัยสร้างเอง เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งชุด (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 และการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ใน เครื่องมือชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.75

วิธีการทดลอง กลุ่มทดลอง มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข

1.1. **ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพ โดยชี้แจงเกี่ยวกับ สถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิธีการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากร เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ออกแบบการทดลอง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ

1.2 **แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน** โดยกำหนดหน้าที่ดังนี้ ดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่ประชากรเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเก็บรวบรวมข้อมูล สืบหาข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ



ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง

ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1.การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	-บุคลากร สาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความ เสี่ยงสำคัญ การ ดูแลรักษาเพื่อ จัดความเสี่ง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1.การค้นหาคความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและ ลดความเสี่ยง และให้ความรู้ โดย 1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง 1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากร 2.การดูแลรักษาเพื่อจัดความเสี่งและการ ปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง 1. ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย 2. ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกลุ่มเสี่ง	สัปดาห์ที่ 1	-บุคลากร สาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำ ครอบครัว(อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 2 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้า การลดเสี่ง	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การ บันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ง การวิเคราะห์ เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจาก การปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือ ปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	ครบ 1 เดือน	-บุคลากร สาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.)
ครั้งที่ 3 การติดตามและ ประเมินผล การบันทึก ความก้าวหน้า การลดเสี่ง และ การสร้าง เครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล การบันทึก ความก้าวหน้าการลดเสี่ง การสร้างเครือข่าย เพื่อ การสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจและการเข้าถึง แหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์ เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจาก การปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือ ปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จของ การเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงผลการปฏิบัติกิจกรรม	ครบ 2 เดือน	-บุคลากร สาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำ ครอบครัว(อ.ส.ค.)



ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเอง และชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น	ครบ 3 เดือน	-บุคลากร สาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำครอบครัว(อ.ส.ค.)

กลุ่มควบคุม

ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1.การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	-บุคลากรสาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลรักษาเพื่อจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และกลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการเหมือนกับกลุ่มทดลอง	สัปดาห์ที่ 1	-บุคลากรสาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำครอบครัว(อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 2 การติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง	1.กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 1 เดือน	-บุคลากรสาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำครอบครัว(อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 3 การติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง	1.กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 2 เดือน	-บุคลากรสาธารณสุข -อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำครอบครัว(อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 4 การติดตามและ	1.กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง	ครบ 3 เดือน	-บุคลากรสาธารณสุข -อาสาสมัคร



ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง		สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) -อาสาสมัครประจำ ครอบครัว(อ.ส.ค.)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่รับรอง E 2564-050 วันที่ 2 มิถุนายน 2564 - 2 มิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยแสดงถึงข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 27 คน (ร้อยละ 67.50) และเพศชายจำนวน 13 คน (ร้อยละ 32.50) อายุเฉลี่ย 55.48 ± 9.41 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.00) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน วิ่ง เต้นบาสโลป และเต้นแอโรบิก (ร้อยละ 72.50, 12.50, 15.00 และ 2.50 ตามลำดับ) และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 32 คน (ร้อยละ 80.00) และเพศชายจำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.00) อายุเฉลี่ย 49.45 ± 9.23 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน วิ่ง เต้นบาสโลป และเต้นแอโรบิก (ร้อยละ 72.50, 2.50, 2.50 และ 30.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกกำลังกายได้มากกว่า 1 วิธี



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ CV Risk Score ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	33.60	13.33	56.18	10.05	-24.23	0.000*
กลุ่มควบคุม	33.53	13.06	40.83	11.76	-9.32	0.000*
1.1ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	3.05	1.63	5.22	0.73	-8.19	0.000*
กลุ่มควบคุม	3.07	1.65	4.32	1.49	-5.54	0.000*
1.2.การเข้าถึงข้อมูล/บริการทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	7.12	4.22	9.00	2.03	-3.06	0.004*
กลุ่มควบคุม	7.13	3.74	7.87	2.50	-2.22	0.32
1.3.การสื่อสารสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	7.75	3.19	11.75	3.85	-10.90	0.000*
กลุ่มควบคุม	7.50	3.20	8.37	2.86	-2.48	0.018*
1.4.การจัดการตนเอง						
กลุ่มทดลอง	7.38	3.58	11.63	3.82	-6.70	0.000*
กลุ่มควบคุม	6.88	3.52	8.88	3.67	-4.00	0.000*
1.5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						
กลุ่มทดลอง	4.50	2.73	7.88	2.50	-9.00	0.000*
กลุ่มควบคุม	4.88	3.57	5.88	3.18	-2.29	0.027
1.6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						
กลุ่มทดลอง	3.80	2.71	10.70	2.29	-17.05	0.000*
กลุ่มควบคุม	4.20	3.38	5.50	3.22	-2.69	0.010*
2.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
2.1 กลุ่มทดลอง	13.95	4.88	24.77	2.81	-12.21	0.000*
2.2 กลุ่มควบคุม	14.40	4.59	17.77	4.80	-6.69	0.000*
3.CV risk score						
3.1 กลุ่มทดลอง	8.98	6.93	6.78	4.55	3.65	0.001*
3.2 กลุ่มควบคุม	4.92	3.75	4.53	3.75	2.37	0.023*

* P-value < 0.05



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ CV Risk Score ก่อน-หลังเข้าร่วม
โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	S_d	t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	33.60	13.33	56.18	10.05	15.35	2.45	6.28	0.000*
กลุ่มควบคุม	33.53	13.06	40.83	11.76				
1.1ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	3.05	1.63	5.22	0.73	0.90	0.26	3.42	0.001*
กลุ่มควบคุม	3.07	1.65	4.32	1.49				
1.2.การเข้าถึงข้อมูล/บริการทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	7.12	4.22	9.00	2.03	1.13	0.51	2.21	0.030*
กลุ่มควบคุม	7.13	3.74	7.87	2.50				
1.3.การสื่อสารสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	7.75	3.19	11.75	3.85	3.37	0.75	5.53	0.000*
กลุ่มควบคุม	7.50	3.20	8.37	2.86				
1.4.การจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง	7.38	3.58	11.63	3.82	2.75	0.84	3.84	0.002*
กลุ่มควบคุม	6.88	3.52	8.88	3.67				
1.5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ								
กลุ่มทดลอง	4.50	2.73	7.88	2.50	2.00	0.64	4.97	0.000*
กลุ่มควบคุม	4.88	3.57	5.88	3.18				
1.6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง								
กลุ่มทดลอง	3.80	2.71	10.70	2.29	5.20	0.63	8.31	0.000*
กลุ่มควบคุม	4.20	3.38	5.50	3.22				
2.พฤติกรรมดูแลสุขภาพ								
2.1 กลุ่มทดลอง	13.95	4.88	24.77	2.81	7.00	0.88	7.96	0.000*
2.2 กลุ่มควบคุม	14.40	4.59	17.77	4.80				
3.CV risk score								
3.1 กลุ่มทดลอง	8.98	6.93	6.78	4.55	2.58	0.93	2.42	0.018*
3.2 กลุ่มควบคุม	4.92	3.75	4.53	3.75				

* P-value < 0.05



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับคะแนน CV Risk Score

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(ร้อยละ)		จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ
ระดับความเสี่ยงต่ำ	25 (62.50)	32 (80.00)	34 (85.00)	34 (85.00)
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	12 (30.00)	8 (20.00)	5 (12.50)	6 (15.00)
ระดับความเสี่ยงสูง	3 (7.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)
ระดับความเสี่ยงสูงมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

2.ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 (ดังตารางที่ 1 และ2)

3.ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 (ดังตารางที่ 1 และ2) และจากตารางที่ 3 แสดงหลักฐานว่าโปรแกรมสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำ 25 ราย ระดับปานกลาง 12 ราย และระดับสูง 3 ราย หลังจากเข้าโปรแกรมแล้วติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงได้ระดับต่ำ 32 ราย ระดับปานกลาง 8 ราย และระดับสูงไม่พบ สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระดับคะแนนเสี่ยงสูงลดลงมาในระดับเสี่ยงต่ำกว่า

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจและเลือก



ปฏิบัติที่ถูกต้อง ของกลุ่มทดลองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพครบทั้ง 4 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ฝึกใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสม ใช้งานง่ายและเข้าถึงง่าย โดยบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้ประเมินสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วยตนเอง รวมถึงการสนับสนุนด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียน การสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนและเอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจนสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ ตระหนักในการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพได้ในระดับดี จนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ (Tachavijitjaru C., 2018) กล่าวว่าความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เชยสุวรรณ (Choeisuwan V, 2017) บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Khuanmoung, K., 2018) กล่าวถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลนั้น บุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ และสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวให้มีสุขภาพดีได้ด้วย และจากการศึกษาของ ภารม ธรณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (Darun, P., & Kirat, P., 2019) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ



ที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ($R^2=0.273$) ดังนั้นควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูงลดลงมาในระดับความเสี่ยงต่ำกว่า อธิบายได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพที่จะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเองโดยใช้สื่อจากแหล่งค้นคว้าที่เชื่อถือได้ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง จนเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ที่มีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกับความต้องการและสภาพร่างกายของตนเอง มองเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของตนเอง จนกระทั่งสามารถเป็นบุคคลต้นแบบและถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชัย อัสวสุตสาคร สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และสาวิตรี วิษณุโยธิน (Asawasudsakorn, S., Chitpitaklert, S., Visanuyothin, S., 2019) ศึกษาเรื่องการบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561 เป็นการวิจัยเพื่อดำเนินการ CVD Risk Management โดยใช้กลยุทธ์ Triple T; Team building โดยการสร้างทีมและทำงาน ในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการควบคุมตนเอง (self-regulation) และ Targeting การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ที่ชัดเจน ส่งผลให้การเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยที่มีความรู้ปานกลางถึงสูง และร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการบริโภคหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด $\geq 30\%$ มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 43.10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์ และนพวรรณ อีระพันธ์เจริญ (Natnapa, S. and Thiraphancharoen, N., 2022) เรื่อง ความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยาที่ศึกษาความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรม ระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ และเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรมระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมต่างจากภายหลังการอบรมระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการอบรมเป็นจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้กลุ่มตัวอย่างโดยบูรณาการให้เหมาะสมกับวัยโดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพทั้งการให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย การแข่งขันตอบคำถาม และมีการใช้สื่อที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมระยะที่ 1 ต่างจากหลังการอบรม



ระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการอบรมได้จัดให้สอดคล้องกับความต้องการ สภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมหลายหลายโดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม

การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยกิจกรรมการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้นมิได้เป็นกิจกรรมที่เกิดจากประชากรกลุ่มเสี่ยงเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นการบูรณาการร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เข้ามามีบทบาทต่อการจัดการสุขภาพและผู้สนับสนุนโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การกำจัดปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรจัดทำนโยบายเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย เลื่อนระยะเวลาออกไป 1 สัปดาห์ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับดำเนินการในทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชน สนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1.ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรที่มีระดับความเสี่ยงครอบคลุมทุกระดับ และวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว
- 2.ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Asawasudsakorn, S., Chitpitaklert, S., Visanuyothin, S. (2019). Abstract: Integration of Service Plans for Screening and Reducing High Risk Groups of Cardiovascular Disease, Nakhon Ratchasima 2017-2018. *Journal of the Department of Medical Services*.44 (5) (in Thai).
- Choeisuwana, V. (2017). Health Literacy: Concept and Application for Nursing Practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*.44(3).183-197. (in Thai).



- Darun, P., & Krirat, P. (2019). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Bueng Kan province. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(3), 71-82. (in Thai).
- Division of Non Communicable Diseases. (2014). Handbook of Cardiovascular risk identification and risk management. Ministry of Public Health. (in Thai).
- Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Thai CV risk score: Mahidol University. Retrieved (2021, 5 June) from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score. (in Thai).
- Halladay, J. et al (2017). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: the heart healthy lenoir trial. *Patient education and counseling*, 100(3), 542-549.
- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2018). *Health literacy and health behaviors 3E 2S 2018.*, Retrieved (2021, 15 April) from: <http://www.hed.go.th/news/3268>. (in Thai).
- Khongprasert, J. & Watcharasin, S. & Phanmung, N. (2015). *Cardiovascular Risk Assessment among Diabetes and Hypertension Patients*. The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd. printing. Bangkok. ISBN 978-616-11-2615-5. (in Thai).
- Khuanmoung, K. (2018). Health literacy accessibility understanding and utilization. Amarin printing. Bangkok: ISBN 978-616-468-098-2. (in Thai).
- Natnapa, S. and Thiraphanchaoen, N. (2022). Behavior in Reducing Cardiovascular Disease Risk Factors among the Elderly at Ban Mai Subdistrict, Phra Nakhon Si Ayutthaya District. *Journal of Safety and Health*: 15(1).10-26. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of Health Literacy*. Social Science & Medicine. 67:2072-2078.
- Phuribancha, P., Phrompakdee, B., Chornthapha, S. (2017). Evaluation need assessment for services development, evaluation cardiovascular risk in DM and Hypertension patients. *Disease Control Journal*, 43(3), 244-254. (in Thai).



- Paibulsiri, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*.8(1).97-107. (in Thai).
- Strategy and Planning Division. (2022). *Public Health statistics 2019*. Ministry of Public Health. ISSN 0857-3093(in Thai).
- Tachavijitjaru C.,(2018). Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.19(1-19). (in Thai).
- Thananuwatsak, R., Harnchaipibulkul, S., Worakijthamrongchai, T. (2019). Primary Prevention of Stroke. *Journal of Thai Stroke Society*. 18(2), 29-39.
- World Health Organization. (2021). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs,sustainable development goals. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Measuring Minority Stress and Mental health among LGBTQ People

Kawintra Khantharot^{*1}, Panuwat Jaroenpon^{**}

Theerawut Laimee^{**}, Panida saenthum^{**}

(Received May 24, 2022, Revised: September 15, 2022, Accepted: October 13, 2022)

Abstract

This is the cross-sectional study that made to assess sexual minority stress and mental health among LGBTQ community and to explore factors associated with it. The survey was conducted in 111 LGBTQ in Lampang. Participants completed self-report surveys that included basic information, stresses experienced by LGBTQ people, and Thai mental health indication (TMHI-15).

According to the information, 32.4% of participants had poor mental health. People with mental health problems were more likely to be lesbian, 20-30 years old, students/Bachelor's degree, and to have income <10,000 baht per month. The participant's characteristics were not related to mental health. There were many experiences of LGBTQ. The most problems were harassment and discrimination, vicarious trauma, vigilance, family of origin, and isolation respectively. The problems which are associated with mental health were experienced in parenting ($p=0.002$), isolation ($p=0.008$), and vigilance ($p=0.028$). In conclusion, about 1/3 of LGBTQ people had poor mental health. The general characteristics were not linked to mental health. Stresses experienced related to poor mental health among LGBTQ people. Although, this study required past experiences of that LGBTQ. It may be causing the bias recalling information. Suggestion in further study, it should be needed larger samples and define experience more clearly.

Keywords: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer (LGBTQ); Harassment and discrimination; Vicarious trauma; Vigilance; Prevalence of mental health in LGBTQ

* *Medicine Doctor, Professional Level, Social Medicine Department, Lampang Hospital*

** *4th year Medical Students of ChiangMai University*

¹Corresponding author: Kawintra.khan@gmail.com Tel 084 330 6322



ภาวะสุขภาพจิตและความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

กวิณตรา คันธรส^{*1}, ภาณุวัฒน์ เจริญผล^{**}

ธีรวัณ ใหลมี^{**}, ปณิดา เสนธรรม^{**}

(วันรับบทความ: 24 พฤษภาคม 2565, วันแก้ไขบทความ: 15 กันยายน 2565, วันตอบรับบทความ: 13 ตุลาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และศึกษาความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์ที่กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศพบเจอ ได้แก่ ประสบการณ์การปกปิดตัวตน การตกเป็นเหยื่อ การแสดงออกทางเพศ ประสบการณ์เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้เป็นแบบการศึกษาภาคตัดขวางในบุคคลทั่วไปโดยคัดผู้ที่มีอาการแสดงถึงความหลากหลายทางเพศ ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามประสบการณ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต

การศึกษานี้พบผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 32.4 ซึ่งเป็นกลุ่มหญิงรักหญิง หรือเลสเบี้ยน อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี และรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท แต่ปัจจัยพื้นฐาน อาทิเช่น เพศ อายุ และรายได้ ไม่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ประสบการณ์ที่พบมากที่สุด คือ การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ การเลือกปฏิบัติ การปกปิดตัวตน ครอบครัว/ชาติกำเนิด และการแยกตัวออกจากสังคม ตามลำดับ และประสบการณ์ที่พบน้อยที่สุด คือ การตกเป็นเหยื่อแต่ความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ได้แก่ การเลี้ยงดูบุตร ($p=0.002$) การแยกตัวจากสังคม ($p=0.008$) และการปกปิดตัวตน ($p=0.028$) กล่าวโดยสรุปคือ ประมาณ 1 ใน 3 ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยภาวะสุขภาพจิตไม่ได้สัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานของอาสาสมัคร และพบว่าการมีความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้มีความหลากหลายทางเพศ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในผู้มีความหลากหลายทางเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อาจทำให้เกิดการอคติที่เกิดจากการลืมในการให้ข้อมูลได้ในอนาคตต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และศึกษาความทุกข์จากประสบการณ์แต่ละด้าน เพื่อลดตัวแปรกวนให้ได้มากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้มีความหลากหลายทางเพศ; การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ; การเลือกปฏิบัติ; การปกปิดตัวตน; ความทุกข์ของสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

** นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ผู้ประสานงานบรรณกิจ Kawintra.khan@gmail.com โทร 084 330 6322



บทนำ

กลุ่มเพศทางเลือก (Lesbian Gay Bisexual, Transgender and Queer; LGBTQ) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) และรสนิยมทางเพศ (Sexual orientation) ซึ่งแตกต่างจากบุคคลทั่วไปและไม่เป็นไปตามเพศสภาพที่มีมาแต่กำเนิด (Sex assigned at birth) ซึ่งไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคม ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลกลุ่มนี้จึงถูกแบ่งแยก กีดกัน และถูกกลั่นแกล้งหรือรังแกอย่างไม่เป็นธรรม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าบุคคลทั่วไป (Rhoades H, Rusow JA, Bond D, Lanteigne A, Fulginiti A, Goldbach JT, 2018) แม้แต่ในหลายๆ ประเทศ การเป็นเลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล ทรานส์เจนเดอร์ หรือควีร์ (LGBTQ) ยังต้องใช้ชีวิตท่ามกลางการแบ่งแยก ไม่ว่าจะเป็นการถูกล้อเลียน การถูกรังแก ไปจนถึงการถูกปฏิเสธไม่รับเข้าทำงาน หรือไม่ได้รับสิทธิในการรักษาสุขภาพที่เหมาะสม การถูกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมมิให้เห็นมากมายและความรุนแรงแตกต่างกันไป จนอาจถึงขั้นเสี่ยงต่อชีวิตได้

ในประเทศไทยเอง แม้ว่ากลุ่มคนเหล่านี้จะสามารถเปิดเผยตัวตนได้อย่างเสรี แต่อีกมุมหนึ่งของสังคมกลับมีการปิดกั้นและไม่ได้เปิดรับอย่างเต็มที่ จากการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ชีวิตของกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) ในประเทศไทยนั้นยังคงถูกจำกัดสิทธิในการแสดงออกทางเพศด้วยการเลือกปฏิบัติ (LMCNEWS Language for Media Creation LMC, 2021) และจากการศึกษาของกลุ่มเพศทางเลือกระดับปริญญาตรีอายุ 18-25 ปี ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าในกลุ่มชายรักชาย หรือเกย์ มีความชุกของความเครียดอยู่ที่ ร้อยละ 21 (Wiratwattanakul N, 2016) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว มีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kim HJ, Fredriksen-Goldsen KI, Bryan AE, Muraco A, 2017) แสดงให้เห็นว่าการไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว การถูกกีดกัน และมีอคติทางสังคมทำให้กลุ่มเพศทางเลือกเกิดความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น (Wilson C, Cariola LA, 2020) (Suen YT, Chan RCH, Wong EMY, 2020) รวมไปถึง มีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Baiocco R, et al, 2014) นอกจากนี้เกย์ที่อยู่ในครอบครัวที่มีลูกคนเดียวมีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiratwattanakul N, 2016) จากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าผู้ที่เปิดเผยสถานะทางเพศของตนเองมีแนวโน้มทางสุขภาพที่จิตดีขึ้น (Sattler FA, Franke GH, Christiansen H, 2017) อย่างไรก็ตามการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเพศทางเลือกส่วนมากเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในขณะที่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในด้านนี้น้อย และมักศึกษาแค่ในระดับมหาวิทยาลัย

นอกจากนี้ผลการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าในสังคมไทยยังมีความเชื่อและทัศนคติในด้านลบต่อกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคอันสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศไม่สามารถแสดงออกถึงตัวตน และพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ ซึ่งปัจจัยของความเชื่อและทัศนคติด้านลบที่กล่าวมานั้นก็มาจากทั้งสถาบันครอบครัว เพื่อน สถาบันการศึกษา และสถานที่ทำงาน (LMCNEWS Language for Media Creation LMC, 2021) ไม่ว่าจะเป็นการถูกเลือกปฏิบัติจากคนในครอบครัวและเพื่อน ทั้งทางคำพูด การถูกครอบครัวกำหนดกฎเกณฑ์ให้แต่งงานกับเพศตรงข้าม และการไม่กล้าเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงต่อครอบครัวในสถาบันการศึกษาเองก็ยังถูกเลือกปฏิบัติให้ระมัดระวังการแสดงออกทางเพศ การโจมตีด้วยคำพูด และการถูก



คุกคามทางเพศ หรือแม้กระทั่งในสถานที่ทำงาน บางครั้งถูกจำกัดโอกาสทางการจ้างงานเพียงเพราะเป็นบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (UNDP, 2019) การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาผลกระทบต่องานสุขภาพจิต อันเกิดจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในกลุ่ม LGBTQ พบเจอ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่องานสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ การศึกษานี้ยังคงมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ละเอียดอ่อน หรือบางส่วนยังคงปกปิดตัวตน ไม่แสดงออกทางเพศตามอัตลักษณ์ของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่องานสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตและงานสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ

ขอบเขตการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่มีความหลากหลายทางเพศ 3) ด้านพื้นที่ คือ จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา คือ ช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2565

นิยามศัพท์

บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือ LGBTQ หรือเพศทางเลือก หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ แตกต่างไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคม ได้แก่ กลุ่มผู้หญิงรักผู้หญิง (Lesbian หรือเลสเบี้ยน), กลุ่มชายรักชาย (Gay หรือเกย์), กลุ่มที่รักได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง (Bisexual หรือไบเซ็กชวล), กลุ่มคนข้ามเพศ จากเพศชายเป็นเพศหญิง หรือเพศหญิงเป็นเพศชาย (Transgender หรือทรานส์เจนเดอร์) และกลุ่มคนที่พึงพอใจต่อเพศใดเพศหนึ่ง โดยไม่ได้จำกัดในเรื่องเพศ และความรัก (Queer หรือควีร์)

ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความยากลำบากทางจิตใจ ความคิดที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนและ/หรือไม่สามารถรับมือกับภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งการศึกษานี้แปลผลจาก แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators (TMHI-15) อ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต

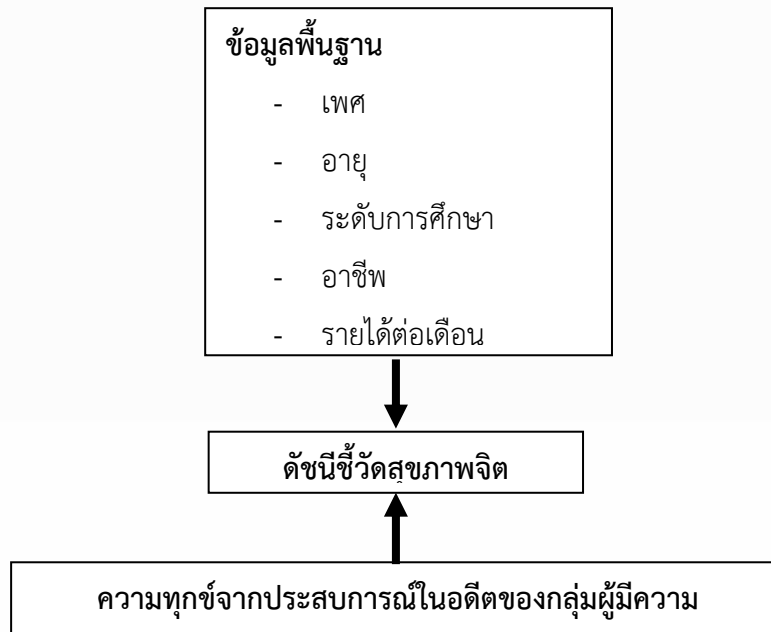
ความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีต หมายถึง การกระทำหรือสิ่งที่ได้พบเจอในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจส่งผลต่อความคิด พฤติกรรมและสภาวะจิตใจในปัจจุบัน การศึกษานี้วัดผลจากแบบสอบถามประสบการณ์ของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ข้อคำถามครอบคลุมเหตุการณ์ที่ผู้มีความหลากหลายทางเพศอาจเคยได้รับ 9 ด้าน ได้แก่ การปกปิดตัวตน การถูกเลือกปฏิบัติ การแสดงออกทางเพศ การเลี้ยงดูบุตร การตกเป็นเหยื่อ ครอบครัหรือชาติกำเนิด การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ การแยกตัวออกจากสังคม ความกังวลติดเชื้อเอชไอวี/Safe sex



โดยให้ตอบว่าเหตุการณ์ดังกล่าวรบกวนจิตใจของผู้ตอบแบบสอบถามระดับใด ตอบเป็นระดับคะแนน 0-5 คะแนน
วิธีการคิดคะแนนจะกล่าวต่อไปในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิด

เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศจังหวัดลำปาง โดยมีกรอบ
แนวความคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศใน
จังหวัดลำปาง โดยผู้ร่วมโครงการวิจัยอ่านและตอบคำถามอย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง การศึกษานี้มีเกณฑ์คัดเข้า
คือ เป็นบุคคลที่แสดงตนในแบบสอบถามว่าเป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
ดี เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ตอบที่แบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือเกินจากที่กำหนดไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยเทียบกับอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าของ Hyemin Lee และคณะ
(Lee H, Operario D, Yi H, Choo S, Kim SS, 2019) พบว่าร้อยละ 49.8 มี depressive symptoms เทียบ
ความแตกต่างของ effect size โดยประมาณความชุกของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ประมาณร้อย
ละ 35 กำหนด Alpha error ที่ 5% และ power ที่ 80% จึงได้กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ต้องการศึกษาอย่างน้อย
85 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (Snowball sampling) คือ มีการส่ง
แบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่างหน่วยแรกอย่างเฉพาะเจาะจง และให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแนะนำหน่วย



ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนๆ กันต่อไป โดยเราจะคัดผู้ตอบแบบสอบถามที่แสดงตนในแบบสอบถามว่าเป็นกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเท่านั้น มาวิเคราะห์ในการศึกษานี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้

2) แบบสอบถามข้อมูลประสบการณ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เคยได้รับในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ (Balsam KF, Beadnell B, Molina Y, 2013) โดยผู้ตอบจะต้องให้คะแนน 0-5 คะแนน ดังนี้ 0=ไม่เคยเกิดขึ้น/ไม่เคยเกี่ยวข้อง, 1=มีเรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นแต่ไม่ได้รับกวน, 2=มีเรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นและทำให้รับกวนนิดหน่อย, 3=มีเรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นและรับกวนปานกลาง, 4=มีเรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นและรับกวนค่อนข้างมาก, 5=มีเรื่องเหล่านี้เกิดขึ้นและทำให้รับกวนอย่างมาก คำถามครอบคลุมเหตุการณ์ในผู้มีความหลากหลายทางเพศ 9 ด้าน แบ่งได้ดังนี้ การปกปิดตัวตน ได้แก่ข้อ 4, 16, 17, 18, 34, 35 การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ข้อ 8, 19, 29, 30, 31, 32 การแสดงออกทางเพศ ได้แก่ข้อ 22, 23, 23, 36, 37, 38 การเลี้ยงดูบุตร ได้แก่ข้อ 13, 14, 39 40, 41, 42 การตกเป็นเหยื่อ ได้แก่ข้อ 43, 44, 45, 46 ครอบครัหรือชาติกำเนิด ได้แก่ข้อ 11, 12, 25, 26, 27, 28 การเลือกปฏิบัติ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 9, 10, 33 การแยกตัวออกจากสังคม ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 15 ความกังวลติดเชื้อเอชไอวี/Safe sex ได้แก่ข้อ 20, 21, 47, 48, 49, 50 ซึ่งในการศึกษานี้ หากตอบ 0-2 คะแนน แปลว่าไม่มีความทุกข์จากประสบการณ์นั้น แต่หากตอบ 3-5 คะแนน แปลว่ามีความทุกข์จากเหตุการณ์ดังกล่าว

3) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Happiness Indicators (TMHI-15) อ้างอิงจากแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นการสอบถามถึงระดับเหตุการณ์ อาการ หรือความคิดเห็นและความรู้สึก แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คือ "ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด" แบ่งการคิดคะแนนเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลยให้ 1 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน มากให้ 3 คะแนน มากที่สุดให้ 4 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลยให้ 4 คะแนน เล็กน้อยให้ 3 คะแนน มากให้ 2 คะแนน มากที่สุดให้ 1 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good) 44-52 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) และ 43 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) ซึ่งในการศึกษานี้จัดให้ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์ good กับ fair คือ Normal (สุขภาพจิตปกติ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ Thai Happiness Indicators (TMHI-15) ตามที่กรมสุขภาพจิตได้ทำการทดสอบความเที่ยง (Mongkol A, et al, 2001) ดังนี้ มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการประเมิน ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และพิจารณาลดข้อคำถามโดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70



การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistical analysis) โดยใช้จำนวนร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistical analysis) และมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล categorical data โดยใช้ Fisher's exact test ในการเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานระหว่างกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศกับสุขภาพจิต วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้มีความหลากหลายทางเพศกับสุขภาพจิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 8/2564 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการมีความยินยอมเข้าร่วมโครงการและได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถามการเก็บข้อมูล และหากมีปัญหาติดขัดในข้อคำถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นคนอธิบายข้อคำถามทุกราย

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 111 คน ในจำนวนนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เลสเบี้ยน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 และเกย์ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ตามลำดับ จากข้อมูลอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 25.3 ± 6.1 ปี มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=111)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
-เลสเบี้ยน	43 (38.8)
-เกย์	35 (31.5)
-ไบเซ็กชวล	21 (18.9)
-ทรานส์เจนเดอร์	3 (2.7)
-ควีรี่	9 (8.1)
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD	25.3 $\pm$ 6.1
ช่วงอายุ	
-ต่ำกว่า 20 ปี	11 (9.9)
-20 – 30 ปี	80 (72.1)
-31 – 40 ปี	18 (16.2)
-41 ปีขึ้นไป	2 (1.8)



ตารางที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=111)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
-ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (2.7)
-มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	33 (29.7)
-อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	5 (4.5)
-ปริญญาตรี	61 (55.0)
-ปริญญาโท / เอก	9 (8.1)
อาชีพ	
-ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11 (9.9)
-พนักงานบริษัทเอกชน / ลูกจ้าง	13 (11.7)
-ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	7 (6.3)
-นักเรียน / นักศึกษา	77 (69.4)
-อื่น ๆ	3 (2.7)
รายได้ต่อเดือน	
-ต่ำกว่า 10,000 บาท	69 (62.2)
-10,000 - 20,000 บาท	18 (16.2)
-20,001 - 30,000 บาท	9 (8.1)
-30,001 - 40,000 บาท	8 (7.2)
-มากกว่า 40,000 บาท	7 (6.3)

ผลจากการศึกษาในตารางที่ 2 พบว่าผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ร้อยละ 32.4 เป็นผู้ที่มีความสุขจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเป็นเลสเบี้ยนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.7 เป็นผู้ที่มียายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 72 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.3 นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มผู้ที่มีความสุขจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าในคนที่มียาได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75 ร้อยละเอ็ดดั่งแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 : ข้อมูลสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ลักษณะ	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตปกติ	P-value
	N = 36 จำนวน (ร้อยละ)	N = 75 จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.389
เลสเบี้ยน	15 (41.7)	28 (37.3)	
เกย์	8 (22.2)	27 (36.0)	
ไบเซ็กชวล	7 (19.4)	14 (18.7)	
ทรานส์เจนเดอร์	2 (5.6)	1 (1.3)	
ควีร์	4 (11.1)	5 (6.7)	
ช่วงอายุ			0.282
ต่ำกว่า 20 ปี	5 (6.7)	6 (16.7)	
20 - 30 ปี	54 (72.0)	26 (72.2)	
30 - 40 ปี	14 (18.7)	4 (11.1)	
41 ปีขึ้นไป	2 (2.6)	0 (0.0)	
ระดับการศึกษา			0.956
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	1 (2.8)	2 (2.7)	
มัธยมปลาย หรือเทียบเท่า	11 (30.6)	22 (29.3)	
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1 (2.8)	4 (5.3)	
ปริญญาตรี	21 (58.3)	40 (53.4)	
ปริญญาโท/เอก	2 (5.5)	7 (9.3)	
อาชีพ			0.416
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3 (8.3)	8 (10.7)	
พนักงานบริษัทเอกชน / ลูกจ้าง	6 (16.7)	7 (9.3)	
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	1 (2.7)	6 (8.0)	
นักเรียน / นักศึกษา	24 (66.7)	53 (70.7)	
อื่น ๆ	2 (5.6)	1 (1.3)	



ตารางที่ 2 : ข้อมูลสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ (ต่อ)

ลักษณะ	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตปกติ	P-value
	N = 36 จำนวน (ร้อยละ)	N = 75 จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้ต่อเดือน			0.353
ต่ำกว่า 10,000 บาท	27 (75.0)	42 (56.0)	
10,000 – 20,000 บาท	3 (8.3)	15 (20.0)	
20,001 – 30,000 บาท	3 (8.3)	6 (8.0)	
30,001 – 40,000 บาท	2 (5.6)	6 (8.0)	
มากกว่า 40,000 บาท	1 (2.8)	6 (8.0)	

ผู้ตอบแบบสอบถาม 111 คน พบว่า กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศมีความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งประสบการณ์ที่พบมากที่สุด คือ การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ การเลือกปฏิบัติ การปกปิดตัวตน ครอบครัว/ชาติกำเนิด และการแยกตัวออกจากสังคม ตามลำดับ และประสบการณ์ที่พบน้อยที่สุด คือ การตกเป็นเหยื่อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 : ข้อมูลความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต (N=111)

ความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีต	จำนวน (ร้อยละ)
การเลี้ยงดูบุตร	36 (32.4)
การแยกตัวออกจากสังคม	53 (47.7)
การปกปิดตัวตน	57 (51.3)
การตกเป็นเหยื่อ	21 (18.9)
การแสดงออกทางเพศ	48 (43.2)
ครอบครัวหรือชาติกำเนิด	55 (49.5)
ความกังวลติดเชื้อ HIV/safe sex	50 (45.0)
การเลือกปฏิบัติ	59 (53.1)
การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ	93 (83.8)



จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา และภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรผู้มีความหลากหลายทางเพศ พบว่า การมีความทุกข์จากประสบการณ์ด้านการปกปิด การแสดงออกทางเพศ การเลี้ยงดูบุตร การตกเป็นเหยื่อ ครอบครัวยุติหรือชาตินิยม และการแยกตัวออกจากสังคม เกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มบุคคลหลากหลายทางเพศมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) ในขณะที่ การมีความทุกข์จากประสบการณ์ด้านการเลือกปฏิบัติ การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ และเอชไอวี/เอดส์ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ประสบการณ์ในอดีต	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	สุขภาพจิตปกติ	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การเลี้ยงดูบุตร			
- มีความทุกข์	19 (52.8)	17 (22.7)	0.002
การแยกตัวออกจากสังคม			
- มีความทุกข์	24 (66.7)	29 (38.7)	0.008
การปกปิดตัวตน			
- มีความทุกข์	24 (66.7)	33 (44.0)	0.028
การตกเป็นเหยื่อ			
- มีความทุกข์	11 (30.6)	10 (13.3)	0.039
การแสดงออกทางเพศ			
- มีความทุกข์	21 (58.3)	27 (36.0)	0.040
ครอบครัวยุติหรือชาตินิยม			
- มีความทุกข์	23 (63.9)	32 (42.7)	0.044
ความกังวลติดเชื้อ HIV/safe sex			
- มีความทุกข์	21 (58.3)	29 (38.7)	0.067
การเลือกปฏิบัติ			
- มีความทุกข์	22 (61.1)	37 (49.3)	0.311
การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ			
- มีความทุกข์	30 (83.3)	63 (84.0)	1.000



อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ความสุขของสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ในประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศ พบได้ร้อยละ 32.4 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Hyemin Lee (Lee H, Operario D, Yi H, Choo S, Kim SS, 2019) ที่พบว่าความสุขของกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศเกาหลีใต้ มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 49.8 ร้อยละที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างทั้งในด้านพื้นที่ที่ทำการศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และการยอมรับการเปิดเผยตัวตนของแต่ละประเทศ ในส่วนของการศึกษาที่ทำในประเทศไทย พบว่าความสุขของปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาชายรักชายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มากกว่าร้อยละ 21 (Wiratwattanukul N, 2016) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากศึกษาแค่ประชากรชายรักชาย แต่การศึกษานี้ ศึกษาประชากรที่เป็นกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งหมด

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้ที่เป็น LGBTQ มักจะประสบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าประชากรทั่วไป กล่าวคือกลุ่ม LGBTQ ที่ทำการศึกษานี้ และมีความสุขจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาที่มีรายได้ต่ำเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้ายังพบว่า การที่มีอายุน้อยกว่าจะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ค่อนข้างสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ คือ ประชากรที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้ที่มีอายุน้อยมักกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของตนต่อครอบครัวและเพื่อนซึ่งอาจสร้างความเครียดให้พวกเขาได้มากกว่ากลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศอายุมากกว่าที่มีประสบการณ์การเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของตน ในระหว่างกระบวนการเปิดเผยตัวตนผู้ที่มีอายุน้อยอาจเผชิญปฏิกิริยาเชิงลบจากผู้อื่น รวมถึงการต่อต้านหรือตกเป็นเหยื่อ (Baams L, Grossman AH, Russell ST, 2015) และเช่นกันปัญหาสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไปดังกล่าว อาจเกิดจากการที่พวกเขาอยู่ในช่วงวัยก่อร่างสร้างตัว เป็นวัยที่ต้องหารายได้เพื่อครอบครัว เป็นความหวังของครอบครัว จึงต้องยังพบกับปัญหาการปกปิดตัวตน การแสดงออกทางเพศ พวกเขาอาจมีโอกาสน้อยกว่าในการวางแผนหรือความคิดที่ช่วยจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่ากลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศที่อายุมากกว่า หรือมีความเป็นผู้ใหญ่กว่า (Pachankis JE, Cochran SD, Mays VM, 2015) จากการศึกษาของ Hyemin Lee (Lee H, Operario D, Yi H, Choo S, Kim SS, 2019) ที่พบว่า เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่อายุน้อย คืออายุในช่วง 19-29 ปี อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไปในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่าประสบการณ์ที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ประสบการณ์การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ การเลือกปฏิบัติ และด้านการปกปิดตัวตน ตามลำดับ คล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ประสบการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การเลือกปฏิบัติ การถูกละเมิดทั้งร่างกายและจิตใจ และครอบครัว/ชาติกำเนิด ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าประสบการณ์ด้านการตกเป็นเหยื่อพบได้น้อยที่สุดในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ส่วนหนึ่งอาจสืบเนื่องมาจากค่านิยม และทัศนคติโดยทั่วไปของสังคมไทย ต่อวิถีและอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลาย มีการยอมรับมากกว่าในอดีตเมื่อเปรียบเทียบกับคนในยุคก่อน LGBTQ รุ่นใหม่โดยมากยอมรับประสบการณ์ความหลากหลายทางเพศได้ และรู้สึกพึงพอใจกับวิถีทางเพศของตนมากกว่าคนรุ่นก่อน กลุ่ม LGBTQ ในปัจจุบันมีพื้นที่ทางสังคมมากกว่าคนในรุ่นก่อนๆ เช่น เห็นคู่หูรักรักหญิง รักรุ่นและคนข้ามเพศได้ทั่วไปในประเทศไทย และชายเกย์ที่อายุน้อยก็กล้าเปิดเผยตัวตนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ชาย



รักษาย และหญิงรักหญิงหลายคน ยังรู้สึกที่ต้องปกปิดวิถีทางเพศที่แท้จริงเมื่ออยู่ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน (International Labour Organization Gender identity and sexual orientation in Thailand, 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

แม้ว่าในปัจจุบันในสังคมจะมีการยอมรับ LGBTQ มากขึ้น แต่ในทางกฎหมาย ยังไม่ได้มีการยอมรับอย่างสากล ทำให้กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศบางส่วนที่ยังต้องปกปิดตัวเองจากสังคม หรือครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ มักจะมีความทุกข์จากประสบการณ์ในอดีตในเรื่องของการปกปิด การแสดงตัวตน ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพจิตเป็นวงกว้าง จึงควรหาแนวทางป้องกันเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้และลดผลกระทบและส่งเสริมผู้มีความหลากหลายทางเพศในระยะยาว (Juntrasook A, Freeman C, Ojanen T, Supawantanakul N, Sopitarchasak S, Tokthong S, 2020) คือ

1. สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง: เครือข่ายของพ่อแม่ สมาชิกครอบครัวที่มีสมาชิกเป็น LGBTQ, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายพร้อมพัฒนาศักยภาพของเยาวชนเพื่อลดความรุนแรง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์นำไปสู่การเรียนรู้และเข้าใจในตัวเอง

2. สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนการสื่อสารในพ่อแม่ สมาชิกครอบครัว คู่สมรส เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นความหลากหลายทางเพศ สร้างความตระหนักว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของ LGBTQ

3. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่ม LGBTQ สนับสนุนการให้คำปรึกษาและบริการสุขภาพจิต เพื่อให้ความช่วยเหลือเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลักดันให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ และการให้บริการสุขภาพที่ละเอียดอ่อน สนับสนุนการผลักดันให้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐ ครอบคลุมบริการสุขภาพที่มีความสำคัญต่อกลุ่มหลากหลายทางเพศ เช่น คลินิกสุขภาพทางเพศ บริการสุขภาพจิต หรือบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการข้ามเพศ

4. สนับสนุนการพัฒนาระบบการศึกษา บทเรียน เนื้อหาการเรียนรู้เรื่องเพศ เรื่องเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจในเรื่องความหลากหลายทางเพศ การเคารพสิทธิ ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มีความหลากหลายทางเพศ

5. ส่งเสริมมีความเข้าใจประเด็นความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนให้ความรู้ในหน่วยงานรัฐต่างๆ

6. ส่งเสริมและผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประชากร LGBTQ สนับสนุนผลักดันกฎหมายสมรสเท่าเทียม สนับสนุนการผลักดันกฎหมายรับรองเพศตามอัตลักษณ์สำหรับคนข้ามเพศ การแต่งกายตามเพศสภาวะตามความสมัครใจ

การศึกษานี้อาจเป็นส่วนช่วยในการส่งเสริม หรือผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือแม้กระทั่งขนบธรรมเนียมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการแต่งตัวตามเพศสภาพ การรับรอง เพศตามอัตลักษณ์ รวมไปถึงกฎหมายสมรสเท่าเทียม เพราะเมื่อมีกฎหมายรองรับแล้ว จะเป็นเหมือนสัญลักษณ์ที่ว่า



สังคมให้การยอมรับอย่างแท้จริง และเมื่อนั้นกลุ่มบุคคลเหล่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องปกปิด หรือพบกับปัญหาการ
แสดงออกถึงตัวตนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสุขของสุขภาพจิตในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้ง 9 ด้าน รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตในผู้มีความหลากหลายทางเพศ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ที่สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในผู้มีความหลากหลายทางเพศที่ไม่ได้จำกัดอายุ และเป็นการถามความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์ดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อาจเกิดการ recall bias ในการให้ข้อมูลได้ เนื่องจากประสบการณ์บางข้ออาจเกิดขึ้นนานกว่านั้น แต่ยังมีผลต่อความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม หรืออาจลืมเหตุการณ์บางข้อไป ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และศึกษาความทุกข์จากประสบการณ์แต่ละด้าน เพื่อลดตัวแปรกวนให้ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ธานินทร์ โลเกศกระวี นายแพทย์เชี่ยวชาญกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Baams L, Grossman AH, Russell ST. (2015). Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Developmental psychology*. 51(5):688.
- Baiocco R, Ioverno S, Cerutti R, Santamaria F, Fontanesi L, Lingardi V, et al.(2014).Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: the role of internalized sexual stigma. *Psicothema*. 26(4):490-6.
- Balsam KF, Beadnell B, Molina Y.(2013).The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire: Measuring Minority Stress Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *Meas Eval Couns Dev*. 46(1):3-25.
- Flood J, McLaughlin C, Prentice G.(2013).Minority stress, homonegativity, alcohol use and mental health among college gay males. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 17(4):367-86.
- International Labour Organization. (2014). *Gender identity and sexual orientation in Thailand 2014*. Retrieved (2021, 5 June) from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---robangkok/---sro-bangkok/documents/publication/wcms_356948.pdf.



Juntrasook A, Freeman C, Ojanen T, Supawantanakul N, Sopitarchasak S, Tokthong S. (2020).

LGBTI+ and 4P Support Models Education Report: Recommendations Development Program for the Development of Support Models and Systems for Family Members, Friends, Partners and Healthcare Providers to Promote the Well-being of the LGBTI Population. Faculty of Learning Sciences & Education: Thammasat University.

Kim HJ, Fredriksen-Goldsen KI, Bryan AE, Muraco A. (2017). Social Network Types and Mental Health Among LGBT Older Adults. *Gerontologist*. 57(suppl 1): S84-s94.

Lee H, Operario D, Yi H, Choo S, Kim SS. (2019). Internalized Homophobia, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in South Korea: An Age-Stratified Analysis. *LGBT Health*. 6(8):393-9.

LMCNEWS Language for Media Creation LMC, MSU. (2021). *Acceptance of LGBTQ in Thai society*. Retrieved (2022, 5 February) from: http://human.msu.ac.th/lmcnews/slide_m_details.php?slide

Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. (2001). The Study to Develop Thai Mental Health Indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 46(3): 209-225

Pachankis JE, Cochran SD, Mays VM. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *Journal of consulting and clinical psychology*; 83(5):890.

Rhoades H, Rusow JA, Bond D, Lanteigne A, Fulginiti A, Goldbach JT. (2018). Homelessness, mental health and suicidality among LGBTQ youth accessing crisis services. *Child Psychiatry & Human Development*. 49(4):643-51.

Sattler FA, Franke GH, Christiansen H. (2017). Mental health differences between German gay and bisexual men and population-based controls. *BMC Psychiatry*. 17(1):267.

Suen YT, Chan RCH, Wong EMY. (2020). Effects of general and sexual minority-specific COVID-19-related stressors on the mental health of lesbian, gay, and bisexual people in Hong Kong. *Psychiatry Res.*; 292:113365.

UNDP (2019). *Tolerance but not Inclusion: A national survey on experiences of discrimination and social attitudes towards LGBT people in Thailand*. Bangkok: UNDP

Wilson C, Cariola LA. (2020). LGBTQI+ youth and mental health: a systematic review of qualitative research. *Adolescent Research Review*. 5(2):187-211.

Wiratwattanakul N. (2016). *Associations of sexual minority stress, sexual satisfaction, and Conflict-resolution communication on relationship satisfaction of gay men* CUIR at Chulalongkorn University: Chulalongkorn University.



Discriminant Analysis of Factors Affecting to Controlling Blood Pressure among people with Hypertension Dwell Urban Area

O-pas Pramoonsin^{1*} Pachara Wiwut^{*}

(Received June 22, 2022, Revised: August 1, 2022, Accepted: August 22, 2022)

Abstract

The objectives of this research were to conduct a discriminate analysis of factors and to develop a predictive equation that could classify controlling blood pressure control among people with Hypertension Dwell Urban Area. The sample group used in this research was 396 hypertensive patients with controllable and uncontrolled blood pressure levels in urban area. The research instruments consisted of 2 parts: 1) personal data; 2) factors classified controlling blood pressure among people with Hypertension Dwell Urban Area. The tool has been inspected by 3 experts. The data were analyzed by descriptive statistics and discriminant by Wilk's Lambda method to explain the differences within the group and construct an equation to classify factors influencing controlling blood pressure in hypertensive patients.

The results showed that independent variables that can classify patients with controlled and uncontrolled hypertension were 8 variables with statistical significance ($<.05$) were health provider support, health service access, age, gender, education, nutrition, stress management and communication between patients and staff respectively. A standard equation for group classification can be created as follows: $Z = -.534 (X1) + .425(X2) + .404(X3) + .289(X4) + .286(X5) - .275(X6) + .247(X7) - .209(X8)$ Health provider should focus on supporting the practice of controlling the patient's blood pressure level as well as making it easier for patients to access services. In addition, the results of the study were used as data in a research study to develop guidelines for the care of patients with uncontrolled hypertension in urban area.

Keywords: Discriminant Analysis; Controlling Blood Pressure; Urban Area

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Lampang Faculty of Nursing, Prabromarajanok Institute

¹Corresponding author: opaspramoonsin@gmail.com. Tel 0956750511



การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในเขตเมือง

โอภาส ประมูลสิน^{1*}, พชร วิวุฒิ*

(วันรับบทความ : 22 มิถุนายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 1 สิงหาคม 2565, วันตอบรับบทความ: 22 สิงหาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและสร้างสมการที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 396 คน เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยจำแนกการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน, ร้อยละ และ วิเคราะห์ปัจจัยจำแนก โดยวิธี Wilk's Lambda เพื่ออธิบายความแตกต่างภายในกลุ่ม และสร้างสมการการจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีทั้งหมด 8 ตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ เพศ การศึกษา โภชนาการ การจัดการความเครียด และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และสามารถสร้างสมการมาตรฐานของการจำแนกกลุ่ม ดังนี้ $Z = -.534 (X1) + .425(X2) + .404(X3) + .289(X4) + .286(X5) - .275(X6) + .247(X7) - .209(X8)$ ข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเน้นเรื่องการสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยร่วมกับทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายมากขึ้น นอกจากนี้ นำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลในการศึกษา วิจัย ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตอำเภอเมือง

คำสำคัญ: การวิเคราะห์จำแนกปัจจัย; การควบคุมความดันโลหิต; เขตเมือง

* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ opaspramoonsin@gmail.com. Tel 0956750511



บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) , 2018 พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคที่ทำให้เสียชีวิตตามมา สถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ เช่นเดียวกับกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็ง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น (Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health, 2019) ในจังหวัดลำปาง จาก Health Data Center: HDC ของกระทรวงสาธารณสุข (2563) พบว่า สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 3 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2563 อันดับ 1 โรคความดันโลหิตสูง 373,155 คน อันดับ 2 โรคเบาหวาน 217,137 และ อันดับ 3 เนื้อเยื่อผิดปกติ 111,776 คน จะเห็นได้ว่าในจังหวัดลำปางเอง แนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงนั้นสอดคล้องกับแนวโน้มของระดับประเทศหรือโลก

เมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่าเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ปีพ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย หากพิจารณาตามกลุ่มอายุระหว่างปีพ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป (Srivanichakorn S., 2560) ในจังหวัดลำปางเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.26 รองลงมาช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.96 และ ในเขตอำเภอเมืองพบถึงร้อยละ 46.35 ผู้สูงอายุ และ ร้อยละ 22.89 ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จะเห็นได้ว่าในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายนั้นมีความสำคัญที่ต้องหาสาเหตุ ปัจจัยและวิธีป้องกันเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย เมื่อพิจารณาอัตราการเพิ่มพบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราเพิ่มสูงที่สุด คือ 3.00 เท่า จาก 4.54 ต่อแสนประชากร ปี 2552 เป็น 13.64 ต่อแสนประชากร ในปี 2557 ตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.76 เท่า จาก 25.49 ต่อแสน ประชากรเป็น 44.84 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.53 เท่า จาก 14.26 ต่อแสนประชากร เป็น 21.94 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 1.32 เท่า จาก 24.07 ต่อแสนประชากร เป็น 31.84 ต่อแสนประชากร ซึ่งปัญหาโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชนไทยในช่วง 10 ปี แม้ว่าแนวโน้มของความชุก



จะไม่เพิ่มขึ้นมาก แต่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มมีภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นทั้งภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และ ทางไต โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเป็นปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบ เช่น ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ponchimart, C., & Saengoen, S. (2019) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ เพศ โรคประจำตัวอื่น และอาชีพ และพบว่า เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาในการรักษา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} \leq .05$) (Senatham, et.al., 2020) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ โภชนาการ การจัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiopraditkul S.(2020) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) และ Tudsri, P., & Nakklung, Y. (2018) พบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด และมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ได้แก่, ด้านกิจกรรมทางกาย, ด้านโภชนาการ เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคร่วมแต่ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยระบุว่าไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตนเองแข็งแรงดี จึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง พบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและแผลเรื้อรังที่เท้า แต่มีผู้ป่วยบางรายที่เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบันและตั้งเป้าหมายไม่อยากจะเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงรับประทานยาสม่ำเสมอ (Khantamoon, R., & Daenseekaew, S., 2017) และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและการรับประทานยาอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Neelasri A., 2016) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Mitra, M., & Wulandari, W. (2018) พบว่า ปัจจัยที่มีผลในการควบคุมความดันโลหิตมากที่สุดคือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน และการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ยังมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ Panthonglang, W., Namphonkrang, P., & Duangsarnjan, W. (2019) พบว่า อายุ รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 ($\text{Adjusted } R^2 = .281, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ($\beta = .458, t = 8.061, p < .01$) และพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีส่วนในการควบคุมความดันโลหิตเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษา Taengsakha, Maneesriwongul, & Putawatana, (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค



ความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคร่วมและอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อย และอาการไอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .23, p = .01$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = .17, p = .04$) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .17, p = .04$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Khatthamat, P., Sanaha, C., Puwarawuttipanit, W., 2020) และ ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ($r = 0.382, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิต ($r = -0.239, p < .002$) ปัจจัยอื่น พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.323, p < .001$) ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.300, p < .001$) (Jenjob, J., & Chomson, S., 2016) นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง (Beta = .605) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 36.60 ($R^2 = .366$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Hudsadin, L., 2020) อีกด้วยจะสังเกตเห็นได้ว่าปัจจัยในการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นมีหลากหลายปัจจัย ทั้งทางลบและทางบวก ใน การศึกษานั้นจำเป็นที่จะต้องรับรู้ถึงองค์ประกอบของปัจจัยให้ครบถ้วนและครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นมีการศึกษาจากนักวิชาการพอสมควรแต่การศึกษาในรูปแบบของการควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยนั้นยังพบว่าไม่ครอบคลุม และมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญว่าการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตควรศึกษาทั้งสองกลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความไม่ได้ เพื่อจะได้รับรู้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุม ทั้งทางลบและทางบวก และสามารถนำเป็นความรู้พื้นฐานในการทำโปรแกรมหรือโครงการในการควบคุมความดันโลหิตที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้องตามหลักวิชาการและตามบริบทปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่จำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง
2. เพื่อสร้างสมการจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง

สมมติฐาน

มีปัจจัยอย่างน้อยหนึ่งปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง



ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 30-59 ปี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ เขตอำเภอเมืองลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.2564 – เมษายน พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ด้านข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และ โรคร่วมด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เช่น กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการสูบบุหรี่ ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. อาชีพ
4. ระดับการศึกษา
5. โรคร่วม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ

1. กิจกรรมทางกาย
2. โภชนาการ
3. การจัดการความเครียด
4. การรับประทานยา
5. การสูบบุหรี่

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

1. การสนับสนุนจากครอบครัว
2. การสนับสนุนจากเพื่อน
3. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ

ความรู้ทางสุขภาพ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามคำศัพท์

การวิเคราะห์จำแนกปัจจัย หมายถึง วิธีการทางสถิติ ที่ใช้วิเคราะห์จำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ 4 ด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ ความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมทั้งหมด 16 ตัวแปร

การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน ค่าบน 140 ค่าล่าง 90 มิลลิเมตรปรอท

เขตเมือง หมายถึง เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง อายุ 30-59 ปี จำนวน 10,216 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วน 1: 3 โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากจำนวน 19 ตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำปาง ได้จำนวนทั้งหมด 6 ตำบล คือ ต.เวียงเหนือ ต.ชมพู ต.กล้วยแพะ ต.สบตุ๋ย ต.พิชัย และ ต.ต้นธงชัย และ ขั้นที่ 2 ใช้การเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามแต่ละตำบลที่ถูกเลือกในอำเภอเมืองลำปาง จำนวน 6 คนต่อหนึ่งตำบล โดยใน 6 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 33 คน และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 33 คน รวมทั้งหมด 6 ตำบลจำนวน 396 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 30-59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ติดต่อกัน 3 ครั้ง
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามปัจจัยจำแนกที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา และ โรคร่วม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยจำแนกการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จำนวน 47 ข้อ เป็นคำถามแบบ Likert scale แบบ 5 ตัวเลือก แบ่งเป็น 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา โรคร่วม 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ



การจัดการความเครียด การรับประทานยาการสูบบุหรี่ 3) การสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา และการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามปัจจัยจำแนกที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index :CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98

การหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามปัจจัยจำแนกที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร และทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยแก่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองลำปาง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอพบอาสาสมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตามจำนวนที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ส่วนผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ถ้ามีข้อสงสัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) โดยวิธี Wilk's Lambda เพื่ออธิบายความแตกต่างภายในกลุ่ม และสร้างสมการการจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน



โลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง ซึ่งอธิบายถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลในการจำแนกประเภทกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเสนอขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เมื่อคณะกรรมการรับรองแล้ว ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ E 2564-049 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านการศึกษาเท่านั้น และชี้แจงว่าข้อมูลของอาสาสมัคร ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่ระบุชื่อ ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ จะนำแบบสอบถามทั้งหมดไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจ การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองสรุปผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.72 และส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 53-59 ปี ร้อยละ 35.13 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 47-53 ปี ร้อยละ 34.35 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.92 รองลงมา อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.13 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.56 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 12.42 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.74 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.92

การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมือง กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 198 คน และ กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 198 คน ตัวแปรทั้งหมด 16 ตัวแปร โดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท แบบมีขั้นตอน พบว่า 8 ตัวแปรที่มีความสามารถในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้



ตารางที่ 1 ตารางจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ตัวแปร	Wik's Lamda	P-Value
1.การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ	.810	<.001
2.การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.780	<.001
3.อายุ	.754	<.001
4.เพศ	.737	<.001
5.การศึกษา	.729	<.001
6.โภชนาการ	.718	<.001
7.การจัดการความเครียด	.711	<.001
8.การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่	.705	<.001

จากตารางที่ 1 ผลของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรอิสระในการจำแนกกลุ่มซึ่งจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ตัวแปรจำแนกกลุ่มมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งหมด 8 ตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($<.05$) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ เพศ การศึกษา โภชนาการ การจัดการความเครียด และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ในรูปคะแนนมาตรฐานและคะแนนดิบ

ตารางที่ 2 ตารางค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ในรูปคะแนนมาตรฐานและคะแนนดิบ

ตัวแปรจำแนกกลุ่ม	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนก	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
1.การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (X1)	-.534	-1.209
2.การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X2)	.425	.916
3.อายุ (X3)	.404	.373
4.เพศ (X4)	.289	.625



ตารางที่ 2 ตารางค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ในรูปคะแนนมาตรฐานและคะแนนดิบ (ต่อ)

ตัวแปรจำแนกกลุ่ม	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนก	
	คะแนนมาตรฐาน	คะแนนดิบ
5.การศึกษา (X5)	.286	.181
6.โภชนาการ (X6)	-.275	-.557
7.การจัดการความเครียด (X7)	.247	.458
8.การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (X8)	-.209	-.551
ค่าคงที่		8.090

จากตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์คานอนิคอล (Canonical Discriminant Function Coefficients) และค่าสัมประสิทธิ์คานอนิคอลมาตรฐาน (Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients) ของตัวแปรจำแนกกลุ่ม ตัวแปรอิสระที่มีความสามารถในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และ กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีทั้งหมด 8 ตัวแปร ดังนี้ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (X1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X2) อายุ (X3) เพศ (X4) การศึกษา (X5) โภชนาการ (X6) การจัดการความเครียด (X7) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (X8) โดยมีค่า ค่าสัมประสิทธิ์คานอนิคอล (Canonical Discriminant Function Coefficients) เท่ากับ -1.209, .916, .373, .625, .181, -.557, .458, -.551 ตามลำดับ และค่าคงที่ เท่ากับ 8.090

สมการจำแนกกลุ่มในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 8.090 - 1.209(X1) + .916(X2) + .373(X3) + .625(X4) + .181(X5) - .557(X6) + .458(X7) - .551(X8)$$

ค่าสัมประสิทธิ์ที่อยู่ในรูปคะแนนดิบ (Unstandardized Canonical Discriminant Function Coefficients) ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าตัวแปรอิสระตัวใดที่มีผลต่อการแบ่งกลุ่มมากกว่า กัน หรือเป็นตัวแปรที่ทำให้กลุ่มแตกต่างกันมากน้อยไปกว่ากัน เนื่องจากตัวแปรอิสระมีหน่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องปรับให้อยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์คานอนิคอลมาตรฐาน (Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients) ของตัวแปรจำแนกกลุ่ม มีลักษณะเหมือนกับค่า สัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (β) ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แสดงถึงความสำคัญของตัวแปรอิสระในการจำแนกกลุ่ม ซึ่งสามารถเทียบได้โดยตรง เนื่องจากปรับให้อยู่ในรูปไม่มีหน่วย (ไม่พิจารณาเครื่องหมาย) ผลวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือควบคุมไม่ได้ได้ดีที่สุด คือ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (X1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X2) อายุ (X3) เพศ (X4) การศึกษา (X5) โภชนาการ (X6) การ



จัดการความเครียด (X7) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้น้อยที่สุด คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (X8) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ค่านอนิคอลมาตรฐานเท่ากับ -.534, .425, .404, .289, .286, -.275, .247, -.209 ตามลำดับ

สมการจำแนกรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -.534 (X1) + .425(X2) + .404(X3) + .289(X4) + .286(X5) - .275(X6) + .247(X7) - .209(X8)$$

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ค่านอนิคอลมาตรฐาน (Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือควบคุมไม่ได้ ได้ดีที่สุด คือ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (X1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (X2) อายุ (X3) เพศ (X4) การศึกษา (X5) โภชนาการ (X6) การจัดการความเครียด (X7) และตัวแปรที่สามารถทำนายได้น้อยที่สุด คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (X8) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ค่านอนิคอลมาตรฐานเท่ากับ -.534, .425, .404, .289, .286, -.275, .247, -.209 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองได้มากที่สุด อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว นอกจากตัวผู้ป่วยเองที่ต้องดูแลตนเอง ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพล้วนมีบทบาทในการช่วยเหลือ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sittisart, V., Meethip, N., & InJeen, J. (2019) กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตที่ลดลง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการ ควบคุมความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างลดลง (Khantason, A., Thongthawee, B., & Pairojkitrakul, S., 2022) และเป็นไปแนวทางเดียวกับ Jandeekaewsakul, P., & Watthayu, N. (2018) พบว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองลำดับที่ 2 ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงการทำงานของบุคลากร ระบบข้อมูลสารสนเทศ การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การเยี่ยมบ้าน การติดตามประเมินผล และการให้การศึกษา ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นผลทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanjaroenpipat P. (2020) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรัตน จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ($P\text{-Value}=0.001$) การติดตามประเมินผล ($P\text{-Value}=0.005$) และการให้สุขศึกษา ($P\text{-Value}=0.004$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukolpuk, M. Thanirat, S. Radabutr, M. Dechpoonyachit, P., & Muntraporn, A. (2018) เรื่อง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า กลยุทธ์ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อการป้องกัน และควบคุมความดันโลหิตสูง (Develop Health care systems) เป็นกลยุทธ์ด้านหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพในทุกภาคส่วนให้มีระบบการติดตามผู้ป่วย การคัดกรองความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว การใช้อย่างเหมาะสมเพื่อการควบคุมความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้าน อายุ เพศ การศึกษา

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลใกล้เคียงกันและเป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองลำด้างที่ 3 4 และ 5 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมความดันโลหิตเนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างที่อยู่ในวัย สูงอายุ และป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาระยะเวลาหนึ่ง ย่อมได้รับประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารที่ถ่ายทอดจาก แพทย์ และ พยาบาลเมื่อไปตรวจตามนัดทำให้มีประสบการณ์ ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งการเลือก รับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกาย (Nunyapruk, C., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Imamee, N., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Reamrimmadun Y., 2020) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมี พฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดีกว่า ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์และความรู้ในการรับประทานอาหาร จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มาก่อนทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

เพศเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละเพศไม่เหมือนกัน จากการศึกษาของ Nunyapruk, C., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Imamee, N. (2019) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย ($P\text{-Value} = 0.018$) โดยส่วน ใหญ่ผู้ชายจะออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิงและออกกำลังกายเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อให้แข็งแรง แตกต่างจากเพศหญิง ที่จะออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและให้รูปร่างดี นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองโดยเพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมต่างกัน เช่น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตทำให้มีผลต่อการควบคุมความ ดันโลหิต โดยพบว่าเพศหญิงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าเพศชาย (Kiteerawutiwong et al, 2017)

ระดับการศึกษา เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การศึกษา เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การเรียนในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลต่อการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น ส่งผลต่อ การดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nunyapruk, Therawiwat, Kaeodumkoeng, & Imamee (2019) พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดย ผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูง มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การค้นหา ความรู้ และเข้าถึงแหล่ง ประโยชน์ในการเพิ่มทักษะ และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทำให้มีพฤติกรรม



การดูแลสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P-Value=.001) ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าจะสามารถรับประทานยาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจาก ระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้และเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยาเพื่อรักษาความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่า (Reamrimmadun, 2020)

ปัจจัยด้านโภชนาการ เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง ลำดับที่ 6 อธิบายได้ว่า อาหารหรือโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ ซึ่งการลดระดับโซเดียมเป็นหนึ่งในวิธีที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากในการควบคุมระดับความดันโลหิตรวมไปถึง WHO ยังนำมาเป็นวิธีในการป้องกันโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง (Campbell et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Santiwong C. (2022) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงและทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เช่น น้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้หลังฮอร์โมนแอดรีนาลีน ซึ่งมีผลเพิ่มแรงตึงตัวของหลอดเลือดที่เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มปริมาณของเลือดในร่างกาย ที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Jantima, P., & Tripiboon, D. (2019) การจัดอาหารที่มีภาวะโซเดียมต่ำ การตรวจโซเดียม ในการปรุงอาหาร ฝึกปฏิบัติ สาธิตย้อนกลับ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่ค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิก serum creatinine และ eGFR อยู่ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และเป็นไปในแนวทางเดียวกับ การศึกษาของ Lerdmongkhonterakool, C., Bunyaphatkun, P., & Chitsomkasem, A.(2021) พบว่า โปรแกรมให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในการควบคุมระดับความดันโลหิต

ปัจจัยด้านการจัดการความเครียด เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง ลำดับที่ 7 อธิบายได้ว่า สภาวะทางด้านจิตใจโดยเฉพาะ ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีสภาวะด้านจิตใจไม่ปกติ มีความเครียด ไม่สามารถจัดการความเครียดได้จะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย (Lu, Geng, Wang, Bai, Cheng, Cui, & Liu, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sittisart, V., Meethip, N., & InJeen, J.(2016) พบว่า ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Srilatham T. (2021) พบว่าเมื่อผู้ป่วยให้ความสำคัญใส่ใจกับสุขภาพตนเองหมั่นดูแลสุขภาพตนเองและเชื่อฟังเจ้าหน้าที่ ที่ให้คำแนะนำให้ระมัดระวังคอยดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดการตนเองด้านลดความเครียด พุดคุยร่วมกับพี่น้อง กับเพื่อนบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Nam-oy Pakdevong & Binhosen (2014) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม



และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่P-Value <.01

ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง ลำดับที่ 8 อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตและเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นหนึ่งในความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าใจและใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongma P. (2020) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนและยาที่ต้องรับประทาน ส่งผลให้ สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jandeeakaewsakul, P., & Watthayu, (2018) พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพเป็นการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูล เมื่อการสื่อสารดี แนวโน้มของการดูแลตัวเองดีตามไปด้วย (Hongkrakoj, H., Pathumarak, N., & Masingboon, K, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.จากข้อมูลที่พบว่าการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่จำแนกผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 2 ลำดับแรก ดังนั้น การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเน้นเรื่องการสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยร่วมกับทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายมากขึ้น การดูแลแบบเชิงรุก

2.นำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอ้างอิงได้กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ลักษณะส่วนบุคคล วิถีชีวิต และ พฤติกรรมการดูแลตนเองอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ และควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรแทรกซ้อนที่มีอิทธิพลต่อความดันโลหิตสูงในเขตนอกอำเภอเมือง

เอกสารอ้างอิง

Campbell et al.(2022). 2022 World Hypertension League, Resolve to Save Lives and International Society of Hypertension dietary sodium (salt) global call to action. Journal of Human Hypertension, 1-10.



- Hanjaroenpipat, P. (2020). Factor Effecting to Blood Pressure Level Controlling among Hypertension Patient at Sirattana Hospital, Sisaket Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(3), 651-662.
- Health Data Center of Ministry of Public Health. (2563). Mortality rate of hypertension per population. <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Hongkrajok, H., Pathumarak, N., & Masingboon, K. (2016). Influences of Health Literacy, Perceived Self-efficacy, and Patient-health Care Provider Communication on Self-care Behaviors among Patients with Hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 43(2), 39-54.
- Hudsadin, L.(2022). Factors Predicting With Self – Care Behaviors in Hypertensive Agings in Out – Patient Department Ranode Hospital. *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(7), 373-386.
- Jandeekaewsakul, P., & Watthayu, N. (2018). Factors Predicting Self-Management Behavior among Patients with Uncontrolled Essential Hypertension. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 31-43.
- Jantima, P., & Tripiboon, D. (2019). Effects of Low Sodium Dietary Education in Hypertensive Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease in Mae Sai District, Chiang Rai, Thailand. *Lampang Med J*, 40(1), 25-31.
- Jenjob, J., & Chomson, S. (2559). Factors related to Blood pressure control behaviors of Patients with essential Hypertension of Ban Keskasorn Sub-district health promotion Hospital Lankrabue District, Kamphaeng Phet Province, The 12th of Research and innovation with National Development (N.721). Phisanulok: Narasaun University.
- Jioprakitkul S. (2020). Self – Care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Essential Hypertension Patients, Muang Potawas Primary Care Unit. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 15–30.
- Khantamoon, R., & Daenseekaew, S. (2560). Self-Management among people with uncontrolled hypertension. *Journal of Nursing and Health care*, 35(2), 89-97.
- Khantason, A., Thongthawee, B., & Pairojkittrakul, S. (2022). The Effects of a Social Support Program on Adherence to Hypertension Control Behaviors and Clinical Outcomes Among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis. *Nursing Journal*, 49(1), 225-237.
- Khatthamat, P., Saneha, C., Puwarawuttipanit, W. (2563). Factors influencing preventive behaviors for coronary heart disease among patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 62-77.



- Kitreeawutwong et al, (2017). Factors related to blood pressure control among hypertensive patients in Nongphra sub-district health promoting hospital, Wangthong district, Phitsanulok Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 7(2), 25-35.
- Lerdmongkhonterakool, C., Bunyaphatkun, P., & Chitsomkasem, A. (2021). The Effects of Low Sodium, DASH Dietary Pattern Education and Applying Theory of Planned Behavior on Blood Pressure Reduction in Hypertension Patients. *Vajira Nursing Journal*, 23(1), 31-45.
- Lu, L., Geng, Q., Wang, J. A., Bai, C., Cheng, G., Cui, Y., & Liu, M. (2022). Expert consensus on diagnosis and treatment of adult mental stress induced hypertension in China (2022 revision): Part A. *Heart and Mind*, 6(2), 45.
- Mitra, M., & Wulandari, W. (2019). Factors affecting uncontrolled blood pressure among elderly hypertensive patients in Pekanbaru City, Indonesia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(7), 1209.
- Nam-oy Pakdevong, N., & Binhosen, V. (2014). Factor Predicted Blood Pressure Control in Persons with Hypertension in One Community Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(1), 23-30.
- Neelasri, A. (2016). Factors Affecting Blood Pressure Control in Patients with Hypertension Health Promoting Hospital Tambon Wang Nam Khieo, Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom Province. *Region 4-5 Medical Journal*, 35(2), 77-88.
- Nunyapruk, C., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Imamee, N. (2019). Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors among Hypertensive Patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. *Journal of Health Education*, 42(1), 190-203.
- Panthonglang, W., Namphonkrang, P., & Duangsarnjan, W. (2019). Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152-165.
- Ponchimart, C., & Saengoen, S. (2019). The Factors Related to Self-care Behaviors of Hypertension Patients in The Elderly Club in Bang Nok Khwaek Sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhram. *Interdisciplinary Management Journal, Faculty of Management Science, Buriram Rajabhat University*, 3(1), 65-70.
- Reamrimmadun, Y. (2020). Factors related to drug compliance behaviors of hypertension patients in the community, Ban Pho District, Chachoengsao Province. *Nursing Public health and Education Journal*, 19(1), 132-144.



- Santiwong, C. (2022). DASH Diet for the Control and Reduction of Hypertension. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* , 16(1), 101-111.
- Senatham, T, et.al. (2563). Factors associated with health behaviors among hypertensive m. patients at Phrae hospital, Phrae province. *Public Health Policy and Laws Journal* , 6(additional), 1-14.
- Sittisart, V., Meethip, N., & InJeen, J. (2019). The Effectiveness of a Health Promoting Behavior Program for Elderly with High Blood Pressure at Banklong Sub District Health Promoting Hospital, Phitsanulok. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(1), 153-165.
- Srilatham, T. (2021). Causal Factors Affecting the Hypertension Prevention Behaviors of Risk People in the Health Region 4 Ministry of Pulbic Health. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 6(12), 425-438.
- Srivanichakorn, S. (2017). Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. *Disease Control Journal*, 43(3), 379-390.
- Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health. (2019). Public Health Statistics A.D. (http://bps.moph.go.th/new_bps/node/232)
- Sukolpuk, M. Thanirat, S. Radabutr, M. Dechpoonyachit, P., & Muntraporn, A. (2018). Health Promotion Strategies to Prevent and Control high blood pressure. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 54-61.
- Taengsakha, K, Maneesriwongul, W., & Putawatana, P. (2018). Factors Related to Adherence to Treatment in Essential Hypertensive Patients with Early Renal Insufficiency. *Rama Nurse J*, 25(1), 87-101.
- Tudsri, P. , & Nakkling, Y. (2561). Health promotion behaviors of persons with hypertension: comparison between controlled and uncontrolled blood pressure, *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 25(2), 157-169.
- Thongma, P. (2020). Health Literacy and Health Outcomes in Hypertensive Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62.



Factors in the Roles of Nurse Affecting that Sustainable Service for Chronic Disease Patients in the Primary Health Care Center

Somkiat Sritaratikun ^{1*}

(Received: June 29, 2022, Revised: July 27, 2022, Accepted: September 12, 2022)

Abstract

The descriptive research aimed to examine nursing roles within the chronic care service to promote sustainability as well as service aspects affecting nursing duties for patients with chronic illnesses. In a primary healthcare center, 289 participants, including healthcare professionals, health volunteers, and patients with chronic illness, were recruited using a purposive sampling approach. The seven service providers consisted of doctor, pharmacist, registered nurse, medical technologist, public health technical officer, physiotherapist and nutritionist and 43 public health volunteers in the primary health care center, including 239 chronic disease patients at primary health care center. Using content validity and Cronbach's alpha coefficients of 0.94 and 0.93, respectively, three experts evaluated the survey's sustainable services and nursing role questions for chronic care services.

The result showed that the overall nursing role and the sustainable service of chronic care was at high level. Six aspects including healthcare organization, delivery system, decision support, self-management support, clinical information system, and community of nursing responsibilities showed a positive correlation with chronic care patients' service sustainability. The sustainable services including delivery system, clinical information, health care organization, and self-management support was statistically significant ($p < .05$). The service of chronic care at a primary healthcare center should be supported and managed by a nurse in accordance with their responsibility to conduct their activity continuously and sustainably.

Keywords: Nurse role, Chronic Disease, Primary Health Care Center, Sustainable

* Primary and Holistic care Department Maesai Hospital

¹Corresponding Sritaratikun@gmail.com Tel (053)731300-1 : 2139



ปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน

สมเกียรติ ศรีธาราธิคุณ^{1*}

(วันที่รับบทความ : 29 มิถุนายน 2565 , วันแก้ไขบทความ: 27 กรกฎาคม 2565, วันตอบรับบทความ: 12 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน และปัจจัยด้านบทบาทพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 289 คนประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ จำนวน 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 43 คน และผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 239 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและแบบสอบถามการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.94 และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการการสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน และบทบาทการจัดระบบบริการ การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การกำหนดทิศทางและนโยบาย และการสนับสนุนการจัดการตนเองกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านการจัดระบบบริการ การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การกำหนดทิศทางและนโยบาย และการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆใน ศสมช. เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล, โรคเรื้อรัง, ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.), ยั่งยืน

* กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่สาย

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Sritaratikun@gmail.com โทร (053)731300-1 ต่อ 2139



บทนำ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิต และมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจาก โรคเรื้อรังจำนวน 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 44 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือ เรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 36.5 (Non-Communicable Disease Control Division, 2020) สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2561 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 12.1, 13.1, 13.1 และ 22.3, 22, 21.9 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ไม่แตกต่างกับการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่สรุปผลการดำเนินงานประจำปี พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานยังคงเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเสียชีวิต 20 อันดับแรกของจังหวัดเชียงราย (Chiangrai Provincial Public Health Office, 2018) โดยมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นอัตรา 20.7 และ 11.1 ต่อแสนประชากร ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลแม่สาย ที่สรุปรายงานสาเหตุของการเสียชีวิต พบว่า ประชากรอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 14.9 และ 11.4 ต่อแสนประชากร (Maesai Hospital, 2022) โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญของอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากการใช้ชีวิตของคนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต (Non-Communicable Disease Control Division, 2020)ปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตมากขึ้น ทำให้การทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งคนไทย ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เช่น รับประทานอาหารรส หวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูงซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะอ้วน และนำไปสู่โรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในที่สุด

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากต้องเข้ามารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ทำให้สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดความแออัด ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลารอคอยยาวนาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังมาปรับใช้กับชุมชน โดยเฉพาะการจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบย่อยส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถกลับไปใช้บริการ ยังหน่วยบริการใกล้บ้าน (Kittheerawutwong, 2016) ซึ่งปัจจุบันมีชุมชนหลายๆ แห่งมีการจัดกิจกรรมให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของชุมชน พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งปราชญ์ แก่งกระโทก และคณะ ได้พัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ วากเนอร์ และคณะ และเสนอรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การเพิ่ม



คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ (Thangkratok & et al., 2020) สอดคล้องกับปัทยา สุพรรณกุล ที่ได้ศึกษา การจัดการโรคเบาหวานในชุมชนด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ (Suphunnakul & et al., 2014) แต่จากการดำเนินการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ผ่านมา ชุมชนหลายๆ แห่งประสบปัญหา คือ การขาดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งบริษัทไมเนอร์ อินเตอร์ เนชั่นแนล ได้เสนอรูปแบบ หรือองค์ประกอบในการพัฒนาสู่ความอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 4 ประการ คือ การมุ่งมั่นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสร้างประสบการณ์ที่กับลูกค้า การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตร และการลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยเสริมอีก 2 ประการ คือ การกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กร และการส่งเสริมการทำให้เกิดจิตสำนึก (Minor International, 2022) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน เพื่อที่จะได้ทราบว่าพยาบาลควรมีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญด้านใดบ้าง การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนควรดำเนินการอย่างไร และปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลด้านใดบ้างที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

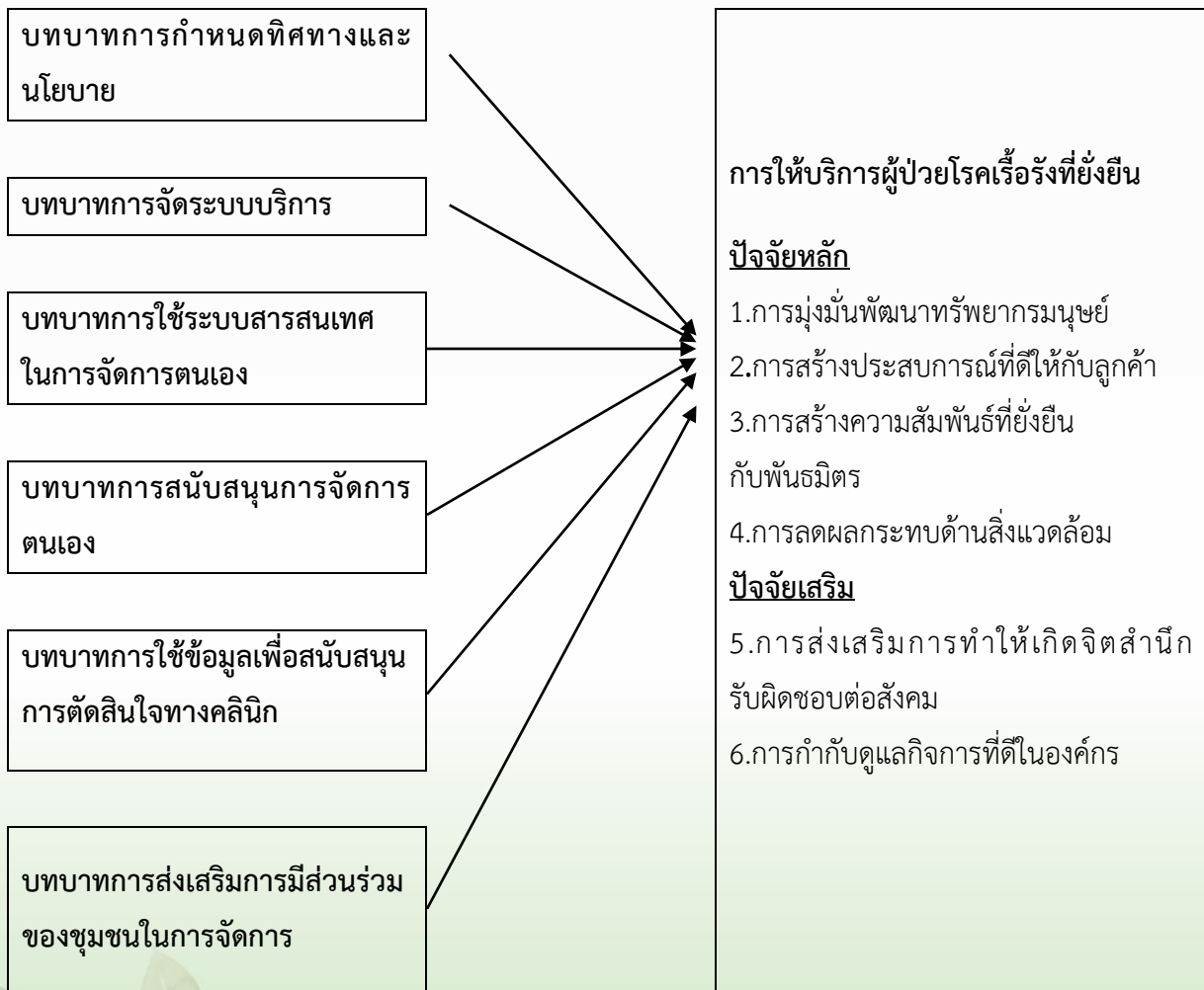
ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตงานวิจัย ดังนี้ 1) ด้านตัวแปร ตัวแปรต้น คือปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุน การตัดสินใจทางคลินิก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ ตัวแปรตาม คือ การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนประกอบด้วยปัจจัยหลัก 4 ประการ คือ การมุ่งมั่นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสร้างประสบการณ์ที่กับลูกค้า การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตร และการลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยเสริมอีก 2 ประการ คือ การกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กรและการส่งเสริมการทำให้เกิดจิตสำนึก 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ผู้ให้และผู้รับบริการคลินิก



โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้และผู้รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ 9 บ้านป่าเหมือดสุขสำราญ ตำบล เวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 3) ด้านพื้นที่ บ้านป่าเหมือดสุขสำราญ หมู่ 9 ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 4)ด้านระยะเวลา ระหว่างวันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ให้และผู้รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สายจำนวน 3,248 คน ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และโภชนากร จำนวน 10 คน และ อาสาสมัคร



สาธารณสุขตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 310 คน ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สายจำนวน 2,928 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คลินิก โรคเรื้อรัง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ 9 บ้านป่าเหมือดสุขสำราญ ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายทั้งหมดในช่วงระยะเวลา 3 เดือน วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 289 คนประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ จำนวน 7 คนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 43 คน และผู้รับบริการ ได้แก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนจำนวน 239 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิการรักษาพยาบาล ตอนที่ 2 แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อและ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนจำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนได้ค่า Index of Congruence : IOCเท่ากับ 1 แล้วนำไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try Out) กับผู้ให้และผู้รับบริการคลินิก โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .942 และ .934 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้



1.ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากโรงพยาบาลแม่สาย เพื่อขอความร่วมมือไปยังประธานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หมู่ 9 บ้านป่าเหมือดสุขสำราญ ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนและระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ คือ 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

3.ผู้วิจัยแจกจ่ายและเก็บรวบรวมแบบสอบถามปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืนด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากผู้ให้บริการประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จำนวน 289 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ สถิติค่าความถี่และร้อยละสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlations) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ CRPPHO No. 30/2565

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หัวเรื่อง	จำนวน (n=289)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	34.6
หญิง	189	65.4
อายุ		
21-30 ปี	5	1.8
31-40 ปี	15	5.2



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

หัวข้อเรื่อง	จำนวน (n=289)	ร้อยละ
41-50 ปี	37	12.80
51-60 ปี	79	27.40
61-70 ปี	108	37.30
71-80 ปี	34	11.70
81-90 ปี	10	3.50
มากกว่า 90 ปี	1	0.40
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	67	23.20
ประถมศึกษา	145	50.20
มัธยมศึกษา/ปวช.	44	15.20
อนุปริญญา/ปวส.	11	3.80
ปริญญาตรี	15	5.20
สูงกว่าปริญญาตรี	7	2.40

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.40 อายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.20

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หัวข้อเรื่อง	$\bar{X}$	SD.	ระดับความคิดเห็น
การกำหนดนโยบายและทิศทาง	4.09	0.61	มาก
การจัดระบบบริการ	4.20	0.58	มาก
การใช้ระบบสนเทศในการจัดการ	4.05	0.67	มาก
การสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.09	0.71	มาก
การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	4.10	.65	มาก
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ	4.12	.63	มาก
รวม	4.10	.64	มาก



จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความคิดเห็นของบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, $SD. = .64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดระบบบริการ ($\bar{X} = 4.20$, $SD. = .58$) รองลงมา คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ ($\bar{X} = 4.12$, $SD. = .63$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

หัวข้อเรื่อง	$\bar{X}$	SD.	ระดับความคิดเห็น
การมุ่งมั่นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	4.17	.58	มาก
การสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า	4.30	.72	มาก
การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตร	4.18	.56	มาก
การลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม	4.10	.60	มาก
การส่งเสริมการทำให้เกิดจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม	4.24	.51	มาก
การกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กร	4.35	.57	มาก
รวม	4.22	.59	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความคิดเห็นของการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.22$, $SD. = .59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้งปัจจัยหลัก 4 ด้าน และปัจจัยเสริม 2 ด้าน ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กร ($\bar{X} = 4.35$, $SD. = .57$) รองลงมา คือ การสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า ($\bar{X} = 4.30$, $SD. = .72$)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ และการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

	การกำหนดนโยบาย/ทิศทาง	การจัดระบบบริการ	การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ	การสนับสนุนการจัดการตนเอง	การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ	การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน
การกำหนดนโยบาย/ทิศทาง	1						
การจัดระบบบริการ	.797**	1					
การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ	.799**	.787**	1				
การสนับสนุนการจัดการตนเอง	.658**	.641**	.686**	1			
การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	.766**	.725**	.774**	.727**	1		
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ	.764**	.698**	.720**	.704**	.791**	1	
การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน	.699**	.686**	.646**	.626**	.698**	.669**	1

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 4 พบว่า บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดทิศทางและนโยบาย การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุน การจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized		t	Sig.
	Coefficients		Coefficients			
	B	Std. Error	Beta			
1 (Constant)	1.458	.135	-		10.798	.000
การกำหนดนโยบายและทิศทาง	.156	.059	.206		2.650	.009*
การจัดระบบบริการ	.187	.056	.236		3.353	.001*
การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ	-.029	.052	-.042		-.563	.574
การสนับสนุนการจัดการตนเอง	.087	.039	.133		2.228	.027*
การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก	.155	.054	.218		2.860	.005*
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ	.080	.052	.109		1.531	.127

*P<.05

จากตาราง 5 พบว่า บทบาทการจัดระบบบริการ การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การกำหนดทิศทางและนโยบาย และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.767 และสามารถอธิบายความแปรผันของการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้ร้อยละ 58.8 (R^2 = 0.588)

อภิปรายผล

บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อบทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย และ ทิศทาง การจัดระบบบริการ การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ ทุกด้านอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้าน ล้วนมีความสำคัญต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะบทบาทการจัดระบบบริการ ซึ่งการจัดระบบบริการที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับความสะดวกและรวดเร็ว และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ จะทำให้ชุมชนทราบถึงบทบาทของตนเองทำให้สามารถบริหารจัดการ หรือใช้ทรัพยากรของชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ ศึกษาแบบการจัดการดูแลสำหรับสูงอายุที่มี โรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การใช้ระบบสารสนเทศในการ



จัดการ การจัดระบบบริการและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ ตั้งแต่ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดเลือก ผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อที่จะได้วางแผนและ จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการ การใช้เทคนิคโค้ชมาช่วยการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการดูแลผู้ป่วย (Thangkratok & et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาของนางนุช โอปะ ที่พบว่าพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิเป็นทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยมีบทบาทด้านการขับเคลื่อนนโยบาย การจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการ และในชุมชน การสร้างเสริมการดูแลตนเองกับผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้การดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังมีความครอบคลุม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้รับบริการ (Aoba, 2019) และสอดคล้องกับปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจและนพวรรณ เปียชื่อ ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลใน การจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย กำหนดนโยบายและทิศทางโดยการ วางแผนงาน การปฏิบัติการพยาบาลและการประสานงาน โดยสร้างความร่วมมือและเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งการบริการวิชาการ การอบรมและการเป็นที่เลี้ยงงานวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และเผยแพร่สู่ประชาชน จะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Narasri, Chladthanyakit, & Piasue, 2017)

การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้งปัจจัยหลัก 4 ด้าน คือ การมุ่งมั่นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การสร้างประสบการณ์ให้กับลูกค้า การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตร และการลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม กับปัจจัยเสริมอีก 2 ประการ คือ การกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กรและการส่งเสริมการทำให้เกิดจิตสำนึก ทุกด้านอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนทั้ง 6 ด้าน ล้วนมีความสำคัญต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กรจะให้องค์กรทราบผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรค ของการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้บริหารและปฏิบัติงานสามารถแก้ไข ปัญหาได้ตรงประเด็น และการสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับลูกค้า จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่นและศรัทธาในการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และ ปณิดดา ปริยทฤณ ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ต้องอาศัยการมุ่งมั่นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การส่งเสริมการทำให้เกิดจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคมและการกำกับดูแลกิจการที่ดีในองค์กร กล่าวคือ คนต้องมีจิตอาสาในการทำงาน จึงจะทำให้มีการใช้ศักยภาพ และประสบการณ์ได้อย่างเต็มกำลังความรู้ความสามารถ และการกำกับติดตามโดยใช้กระบวนการดูแลตาม ธรรมชาติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพในพื้นที่ได้ (Sitthiprichachan & Pariyatharukha, 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของนางนุช โอปะ ศึกษาแนวคิดภาวะผู้นำเชิงนวัตกรรม



ด้านสุขภาพในวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการดูแล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย โดยการให้การดูแลแบบใกล้ชิด ดังนั้นผู้นำทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรให้เอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรม ลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้องค์การเกิดการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Aoba, 2019) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของกิริตวิรรณ กัลยาณมิตร ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุขและการพัฒนาสู่ความยั่งยืน พบว่า การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตรและปลูกจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม ด้วยการอาศัยการมีส่วนร่วมของพันธมิตรและเครือข่ายผลงานงานกับงานพัฒนาสังคม มีส่วนทำให้การดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประสบความสำเร็จและยั่งยืน (Kalayanamit, 2019) ใกล้เคียงกับการศึกษาของสังคม สุภรัตน์กุล และ ดุษฎี आयुวัฒน์ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงสุขภาพของครอบครัวชนบท พบว่า การสร้างความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนกับพันธมิตรระหว่างครอบครัวกับเครือข่ายในชุมชน และเครือข่ายนอกชุมชน เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป (Suparatanakul & Ayuwat, 2009)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบทบาทของพยาบาลที่มีผลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน

1.ด้านบทบาทการจัดระบบบริการ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนมากกว่าตัวแปรอื่นๆ บทบาทการจัดระบบบริการเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนเป็นอันดับแรก ที่ผลการพยากรณ์เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า หากมีระบบการจัดบริการ ที่ชัดเจน ย่อมจะทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการทราบว่าตนเองจะต้องมีขั้นตอนในการให้บริการ หรือรับบริการอย่างไรบ้าง จึงจะเกิดสะดวกและรวดเร็ว ไม่เกิดข้อขัดข้องหรือยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช โอปะ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกตามบทบาทของพยาบาล ในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า พยาบาลเป็นทีมการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังให้บรรลุตามเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพและชุมชนจะเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Aoba, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรายุทธ คชพงศ์ และ ธนัสภา โรจนตระกูล ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทการจัดระบบบริการอยู่ ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ (Kotchapong & Rojanatrakul, 2021)

2.ด้านบทบาทด้านการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก พบว่า ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกจะต้องอาศัยข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่ ทำให้การดูแลรักษาครอบคลุมทุกมิติ ตรงกับพยาธิสภาพของโรคและความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ ศึกษารูปแบบการ



จัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ ได้แก่ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่เหมาะสมเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จของการจัดการดูแล (Thangkratok & et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาของกริฟฟินที่ศึกษาแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังในระบบปฐมภูมิ พบว่า แม้ว่าในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบปฐมภูมิจะมีความชัดเจน แต่สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลสามารถดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การนำเทคโนโลยีมาช่วยอำนวยความสะดวก ในการประสานและส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา เป็นต้น (Griffin, 2017)

3.ด้านบทบาทการกำหนดทิศทางและนโยบาย การกำหนดทิศทางและนโยบายที่ชัดเจนจะทำให้ผู้บริหารสามารถกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ทำให้สามารถวางแผนการทำงานที่สอดคล้องนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ อีกทั้งนโยบายยังเป็นสิ่งที่สามารถดึงดูดความสนใจและมีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนในชุมชนว่า จะเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช โอชะ ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์กรอนามัยโลกตามบทบาทของพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า พยาบาลเป็นทีมการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังให้บรรลุตามเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการขับเคลื่อนนโยบายจะเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Aoba, 2019) ใกล้เคียงกับการศึกษาของนครินทร์ สุวรรณแสงและ ภราดร ยิ่งยวด ศึกษาแนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาล พบว่า บทบาทด้านการกำหนดทิศทางและนโยบาย โดยการเป็นที่ปรึกษาและประสานงานกับท้องถิ่น เป็นบทบาทที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Suwansaeng & Yingyuad, 2020)

4.ด้านบทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเอง หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และนำความรู้ที่ได้รับมาจัดการตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และนพวรรณ เปียชื่อ ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พบว่า พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้ทางวิชาการ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านเครือข่ายในชุมชน (Narasri, Chladthanyakit, & Piasue, 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาของแก้วกาญจน์ บัวมาก, เรวดี เพชรศิราสันต์และ นัยนา หนูนิล ศึกษาบทบาทพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นบทบาทที่พยาบาลปฏิบัติมากที่สุด ส่วนด้านการสนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ด้านการติดตามการกินยาและให้ได้รับยาต่อเนื่อง เป็นบทบาทที่



พยาบาลปฏิบัติรองลงมา เพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Buamak, Petsirasana & Noonil, 2021)

5.ด้านการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการ พบว่า ชุมชนในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นชุมชนชายแดน ทำให้มีความหลากหลายทางด้านชาติพันธุ์ กล่าวคือ เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ซึ่งมีปัญหา ด้านภาษาและการสื่อสาร และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีสารสนเทศ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาด้านความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะสายตาและความทรงจำ อีกทั้งยังไม่คุ้นเคยกับการใช้ภาษาอังกฤษ เนื่องจากไม่ได้รับการศึกษาหรือถึงแม้ว่าจะได้รับการศึกษามากก็จะได้รับมา เพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของนวล แก้วสุวรรณ ศึกษาการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี พบว่า สังคมพหุวัฒนธรรมผู้สูงอายุมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน (Kaewsuan, 2022) เช่นเดียวกับพนม คลีฉายา ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุไทยในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านสายตา การหลงลืม ภาษาอังกฤษ ความกังวลเรื่องความเสี่ยงและอันตรายจากการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้งาน (Kleechaya, 2021)

6.ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานส่วนมากจะตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งจะมีขนาดเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน และการปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลัก การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ โดยเฉพาะเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลัก จึงทำให้ไม่ต้องพึ่งพิงงบประมาณจากชุมชน การดำเนินงานก็ยังสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่นเป็นปกติ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาลย์ น้อยวังขันธ์ ศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน พบว่า การก่อตั้งและการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานส่วนใหญ่ ไม่มีลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนเลยเกือบทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม แต่เป็นลักษณะของการให้ความร่วมมือของประชาชน โดยรัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและการดำเนินงานทั้งหมด รัฐสั่งการให้ชุมชนดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้มีส่วนร่วมมากที่สุดและเกือบทุกขั้นตอน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข สาเหตุที่เกิดปรากฏการณ์อย่างนี้ เพราะรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบและเป้าหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินงานให้เสร็จตามเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนด อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม อีกทั้งถ้ามองจากฝ่ายชุมชน ชุมชนไม่พร้อมที่จะรับรู้งานสาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนคิดว่างานสาธารณสุขมูลฐาน คือ งานบริการแก่ผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญ และเหตุผลอีกประการหนึ่งของชุมชนที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม คือ วัฒนธรรมของคนไทยคือความเกรงใจ ดังนั้นประชาชนจึงเกรงใจเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้นำชุมชน ทำให้รับ



ดำเนินการ เพียงเพื่อให้ผ่านพ้นไป ส่วนขั้นตอนที่ประชาชนพอมีส่วนร่วมบ้าง คือ การรับผลประโยชน์จากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คือ การไปซื้อยาสามัญประจำบ้าน การไปตรวจวัดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในปัสสาวะ (Noiwangkhang, 2020) เช่นเดียวกับศุภกัญญา ภูวังก์ะรัต ศึกษาความสามารถของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการหลักและมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน (Phawangkharat, 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้บริหาร ผู้นำทางการพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องควรทราบว่า การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยั่งยืน ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในดำเนินการด้านการจัดระบบบริการ การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การกำหนดทิศทางและนโยบาย และการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในศสมช. เกิดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีผลอย่างไรต่อการดำเนินกิจกรรมใน ศสมช. เนื่องจาก อสม. คือ ผู้ดำเนินการหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และดำเนินงานทั้งหมดใน ศสมช. และผู้นำชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เครือข่ายชุมชนมีบทบาทอย่างไรใน การสนับสนุนและส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงานในชุมชน และ ศสมช.

เอกสารอ้างอิง

- Aoba, N. (2019). Implementation of WHO's innovative chronic disease care program based on the role of professional nurses in the primary care system. *Journal of Nursing and Health*, 13(2), 1-10. (in Thai)
- Buamak, K., Petsiras R., and Noonil, N. (2021). Nurse roles and care outcomes patients with chronic diseases in primary care, health area 11. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(3), 241-253. (in Thai)
- Chiangrai Provincial Public Health Office. (2018). *Annual Report 2018*. Chiangrai: N.p. (in Thai)



- Griffin, C. D. (2017). A primary care nursing perspective on chronic disease prevention and management. *Dela J Public Health*, 3(1), 78-83.
- Homniam, N. (2020). The concept of innovative leadership in health in the nursing profession. *Medical Journal Udonthani Hospital*, 28(2), 224-253. (in Thai)
- Maesai Hospital. (2022). *Report the cause of death*. Chiangrai: N.p. (in Thai)
- Minor International. (2022). *Sustainability framework, strategy and roadmap*.
Retrived 2022, 14 june from <https://www.minor.com/th/sustainability/framework-strategy-and-roadmap>
- Narasri, P., Chladthanyakit, K. and Piasue N. (2017). The role of nurses in managing care primary chronic non-communicable disease group according to the sustainable development goals concept. *Ramathibodi Journal*, 23(1), 27-43. (in Thai)
- Noiwangkhang, C. (2020). *A study of service situation of community primary health care centers*. Nonthaburi: N.P. (in Thai)
- Non-Communicable Disease Control. (2020). *Situation report on diabetes NCDs blood pressure and related risk factors*. Graphic and design publishing house. (in Thai)
- Kaewsuwan, N. (2022). The use of technology to assist convenience of health care to prevention diabetes in the elderly in pattani province. *Journal of information science*, 40(2), 42-66. (in Thai)
- Kalayanamit, K. (2019). Study the appropriate form of health volunteers and them development towards sustainability. *Journal of Peace Studies Perspective*, 7(6), 1,620-1633. (in Thai)
- Kittheerawutwong, N. (2016). Caring for chronically ill patients in primary care services. *Journal of Public Health Nurses*, 30(1), 113-126. (in Thai)
- Kleechaya P. (2021). Problems and obstacles of thai elderly in the use of information technology. *Journal of Communication Arts*, 39(2), 56-78. (in Thai)
- Kotchapong, S. and Rojanatrakul, T. (2021). Performance According to the role of village health volunteers in bangkrathum district, phitsanulok province. *Journal of MCU Buddhapanya Review*, 6(2), 107-119. (in Thai)
- Phawangkharat S. (2019). A study of the capability of village health volunteer leaders. *Journal of Human Society Nakhonsithammarat Rajabhat University*, 1(1), 1-20. (in Thai)



- Sitthiprichachan, P. and Pariyatharukha, P. (2014). Community health care system development process: 14 case studies of communities in the central region. *Journal of Public Health*, 28(1), 1-15. (in Thai)
- Suparatanakul S. and Ayuwat, D. (2009). Factors influencing family health security countryside. *Research Journal*, 9(4), 83-89. (in Thai)
- Suphunnakul, P. & et al. (2014). Type 2 diabetes management in the community with Expanded chronic care model. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 8(3). 48-55. (in Thai)
- Suwansaeng, N. and Yingyuad, P. (2020). Family doctor clinic: concepts and role-based management professional nurse. *Nursing Council Journal*, 35(1), 5-17. (in Thai)
- Thangkratok, P., & et al. (2020). A model of care management for the elderly with chronic disease in the community. *Navy Medical Journal*, 47(1), 234-248. (in Thai).



The Relationship between Health Literacy and Behaviors Regarding Rabies Prevention and Control of People in Mueang District, Phayao Province

Kanokwan Aiemchai^{1*}, Donnapa Chaisombut*, Danchai Chopchit*

(Received July 19, 2022, Revised: September 7, 2022, Accepted: November 7, 2022)

Abstract

This research aims to assess the level of health literacy and behaviors regarding rabies prevention and control as well as to test the relationship between health literacy about rabies and behaviors regarding rabies prevention and control behaviors of people. This descriptive research was implemented in Mueang District, Phayao Province. 393 participants aged over 15 years were recruit using stratified random sampling. The research tool was a questionnaire in the form for asking frequency of practice at 3 levels. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square was used to test the hypothesis.

The research findings revealed as followed: 1) People's health literacy about rabies was at a moderate level and behaviors regarding rabies prevention and control were at a moderate level with sometimes practiced. 2) One factor: the district where they lived was related to health literacy with statistically significance at the 0.05 level; whereas, gender, age, family income, education level, occupation, animal husbandry were no statistically significant correlate with health literacy. 3) Factors: the district where they lived, Gender, age, family income, education level, occupation, animal husbandry were no statistically significant correlate with behaviors regarding rabies prevention and control. 4) Media literacy in rabies prevention and control was related to behaviors regarding rabies prevention and control with statistically significance at the 0.05 level.

Keywords: Health literacy; Behaviors; Disease prevention and control, Rabies

* Nurse Instructor, Boromarajajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: k_aiemchai@hotmail.com Tel. 0869215288



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กนกวรรณ เอี่ยมชัย*, ดลนภา ไชยสมบัติ, แดนชัย ขอบจิตร์

(วันรับบทความ : 19 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 7 กันยายน 2565, วันตอบรับบทความ : 7 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา พื้นที่วิจัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 393 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะถามความถี่ในการปฏิบัติ 3 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้ค่าไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลางคือปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง 2) ปัจจัยด้านตำบลที่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ การเลี้ยงสัตว์ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ปัจจัยด้านตำบล เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ การเลี้ยงสัตว์ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรม; การป้องกันและควบคุมโรค; โรคพิษสุนัขบ้า

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: k_aiemchai@hotmail.com Tel. 0869215288



บทนำ

ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระน้องนางเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ทรงมีพระปณิธานเจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาทของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตรและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ในการดูแลทุกข์สุขของพสกนิกรชาวไทย รวมถึงสรรพชีวิตภายใต้ร่มพระบารมีให้ได้รับความผาสุก ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการ เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรม โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการจากสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกรมกอง ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่อนุกรรมการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามแผนบูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยฯ ในปี 2563-2568 โรคพิษสุนัขบ้า หรือที่ชาวบ้านทั่ว ๆ ไปนิยมเรียกว่าเรียก "โรคกลัวน้ำ" ภาษาอีสานและภาษาเหนือเรียก "โรคหมาว้อ" การติดต่อของโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่สำคัญ เป็นโรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง ที่มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต พบเกิดในสัตว์เลือดอุ่นทุกชนิด ทั้งสัตว์เลี้ยงและสัตว์ป่า พาหะนำโรคสำคัญที่ติดต่อมาสู่มนุษย์และสัตว์อื่น ๆ คือ สุนัข รองลงมาคือแมว การติดเชื้อที่สำคัญคือการถูกสัตว์เป็นบักกัด เชื้อพิษสุนัขบ้าที่อยู่ในน้ำลายจะเข้าสู่บาดแผล และผ่านเข้าสู่เส้นประสาทส่วนปลาย ไชสันหลัง และเข้าสู่สมองมีการแบ่งตัวในสมองและปล่อยเชื้อไวรัสไปตามแขนงประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย รวมทั้งต่อมน้ำลาย เชื้ออาจติดต่อจากการกินได้ถ้ามีบาดแผลภายในช่องปากและหลอดอาหาร ซึ่งจะพบกรณีสัตว์กินเนื้อสัตว์ป่วย หรือที่ตายใหม่ๆ เข้าไป คนหรือสัตว์ที่เป็นโรคนี้อาจต้องเสียชีวิตทุกราย (Thonghem J. 2020) ส่วนใหญ่ในทวีปเอเชียเป็นสุนัข ผู้เสียชีวิตมักอยู่ในพื้นที่ที่ยากจนและด้อยพัฒนา องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้ให้ความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015)

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ยังพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ปี พ.ศ.2561 จำนวน 18 ราย จำแนกเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 ราย ภาคใต้ 5 ราย ภาคตะวันออก 3 ราย ภาคกลาง และภาคเหนือภาคละ 1 ราย โดยผู้ตายรับเชื้อจากสุนัข 17 ราย จากแมว 1 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 ผู้เสียชีวิตลดลงเหลือปีละ 3 คน ผู้เสียชีวิตทั้ง 3 คนในพื้นที่จังหวัดหนองคาย สระแก้ว และศรีสะเกษ จังหวัดละ 1 ราย สาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือ ไม่ได้รับวัคซีนหลังการสัมผัสโรค (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022, Department of Livestock Development, 2021) จังหวัดพะเยา เป็นหนึ่งใน 25 จังหวัด ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าและไม่พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเป็นเวลามากกว่า 2 ปี นับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 หลังจากพบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในปี พ.ศ.2560 ที่มีผลยืนยันพบสัตว์หัวบว 3 ตัว ในพื้นที่ตำบลขุนควร อ.ปง ตำบลภูซาง อ.ภูซาง และตำบลจุน อ.จุน (Phayao Provincial Livestock Office, 2020) จากผลสรุปการตรวจราชการ



แบบบูรณาการกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รอบที่ 2/2561 โครงการกรณีพิเศษสัตว์
ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระนางเจ้าฟ้า
จุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี ที่ยังพบปัญหาและอุปสรรคด้าน
คนหลายประการ เช่น ผู้สัมผัสโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าค่าเฉลี่ยปีที่ผ่านมา 1.60 เท่า และอัตราการใช้วัคซีน
ป้องกันพิษสุนัขบ้าเพิ่มสูงขึ้น 1.60 – 3 เท่า แสดงถึงประชาชนยังขาดความตระหนักต่อการป้องกันการถูกกัด
และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังไม่ครอบคลุม รวมทั้งผู้สัมผัสรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัข
บ้า ไม่ครบชุดตามแนวทางเวชปฏิบัติ บริบทของพื้นที่ยากต่อการเข้าถึงบริการเพื่อรับวัคซีนเพราะเป็นพื้นที่สูง
ป่าเขา เกาะ มีการเลี้ยงแบบปล่อย ไม่มีรั้วรอบขอบชิด การใช้ภาษาในการสื่อสารและวัฒนธรรมประเพณีและ
แต่ละพื้นที่ใช้ภาษาชาติพันธุ์ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อหากไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังการ
สัมผัสโรค (Inspection Division, Ministry of Public Health, 2018) สถิติการได้รับวัคซีนของผู้สัมผัสโรค
พิษสุนัขบ้า จังหวัดพะเยา ปี 2564 ได้รับครบร้อยละ 89.89 โดยที่ อ.เชียงม่วน อ.เชียงคำ และอ.เมืองพะเยา
ได้รับครบถ้วนร้อยละ 50.00, 66.67 และ 70.00 ตามลำดับ Communicable Disease Control Group,
Phayao Provincial Public Health Office.(2022). เห็นได้ว่าประเด็นหลักคือระดับบุคคลที่ยังขาดความ
ตระหนักต่อการป้องกันโรค การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเกิด
ความตระหนักต่อปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน
และสังคม (Inspection Division, Ministry of Public Health, 2018)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หรือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หรือความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดนี้ได้ถูกนำเสนอโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยใช้เป็นเครื่องมือในการสะท้อน
ถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
สารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่ง
ที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ เพราะมีความรู้
เกี่ยวกับโรคต่ำ ทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทำให้มีค่าใช้จ่ายในการ
รักษาพยาบาลของประเทศที่สูงขึ้น ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้เสนอกรอบแนวคิดความรู้ด้าน
สุขภาพเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะ
การตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข ได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ
ซักถาม ประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยน และบอกต่อได้ ส่วนกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เสนอ
คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึง
ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การ
รู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง (Kaewdamkereng, 2018) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่
ต้องพัฒนาตลอดเวลา เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้าน
สุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จะมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจาก



โรคพิษสุนัขบ้าได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่จะต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวชุมชน และสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

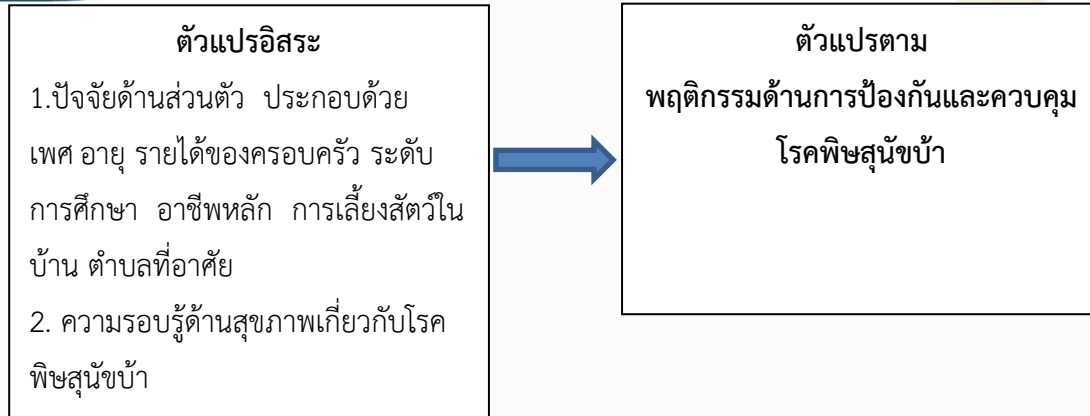
จากสภาพปัญหาและการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสู่การศึกษาวิจัยในการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ร่วมกันดำเนินการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของประชาชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของประชาชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิด

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หรือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดนี้ได้ถูกนำเสนอโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยใช้เป็นเครื่องมือในการสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ เพราะมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่ำ ทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่สูงขึ้น ดอน นัทบีม (Nutbeam) ได้เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual model) ของความรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก “conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้นิยามและกรอบแนวคิดที่กรมอนามัยใช้อ้างอิงว่าเป็นความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบ ชักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ โดยนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เสนอ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐานการวิจัย

ประชาชนในเขตอำเภอเมืองพะเยา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในอาศัยอยู่เขตพื้นที่ตำบลท่าจำปี ตำบลบ้านต้า ตำบลบ้านต๋อม ตำบลบ้านสางและตำบลบ้านต๋น ซึ่งเป็นพื้นที่ในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลชุมชน1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2564 จำนวนครัวเรือน 14,635 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำนวน 393 คน มีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้ 1) สืบหาข้อมูลหน่วยสมาชิกของประชากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา แล้วกำหนดกรอบการสุ่ม (Sampling Frame) 2) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยมีตำบลเป็นชั้น (Strata) และตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในแต่ละชั้นภูมิเป็นหน่วยการสุ่ม (Sampling Unit) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) (Srichai, 1996: 49) 3) เมื่อความแปรปรวนของแต่ละขนาดไม่เท่ากัน ต้องกำหนดสัดส่วนแต่ละชั้นของประชากรคือระดับตำบล 4) คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane. 1973: 727, Cochran WG. 1977 : 79) 5) นำขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คูณกับสัดส่วนของแต่ละขนาดของตำบล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 390 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ปรับใช้แบบสอบถามการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพิษของประชาชน ของสำนักงานควบคุมโรคที่ 9 อุตรธานี และนำมาปรับให้สอดคล้องกับปัญหาการวิจัยและบริบทของพื้นที่ เป็นแบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

จำนวน 48 ข้อ

2.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 8 ข้อ

2.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 12 ข้อ

2.3 ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 8 ข้อ

2.4 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 8 ข้อ

2.5 ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 6 ข้อ

2.6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

จำนวน 8 ข้อ

การแปลค่าความหมายของข้อมูล แบบสอบถามส่วนที่ 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 ส่วนที่ 3 และเป็นลักษณะการถามความถี่ในการปฏิบัติ โดยให้ค่าความหมายคะแนน คือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน โดยมีการแปลผล การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ (11 – 16 คะแนน)

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (6 – 10 คะแนน)

ปฏิบัตินานๆครั้ง (0 – 5 คะแนน)

สำหรับการแปลผล ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้

ระดับมาก/ปฏิบัติเป็นประจำ (9 - 12 คะแนน)

ระดับปานกลาง/ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (5 – 8 คะแนน)

ระดับต่ำ/ปฏิบัตินานๆครั้ง (0 – 4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพและการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน แบบสอบถามวัดความรู้ มีค่าคะแนน 0 และ 1 คะแนน ใช้วิธีหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.55 แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพและ



พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าคะแนน คือ 0 ถึง 0 คะแนน ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการไปพร้อมกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลชุมชน1 ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน พ.ศ.2564 โดยมีนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ที่คณะผู้วิจัยได้ทบทวน ฝึกซ้อมการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจตรงกันในแต่ละด้านและแต่ละข้อคำถามจนครบ กรณีผู้สูงอายุที่สายตาไม่ดี อ่านหนังสือไม่คล่อง ใช้วิธีการถามเป็นรายข้อจนครบถ้วนทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา หนังสือรับรองรหัส REC13/63 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 คณะผู้วิจัยขออนุญาตและทำหนังสือชี้แจงก่อนการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถตอบข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ

ผลการศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า คุณลักษณะของประชาชนประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 33.30 เพศชาย ร้อยละ 66.70 ร้อยละของสถานภาพสมรส คู่ เป็นหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และไม่เปิดเผยสถานะ ดังนี้ 85.0, 7.40, 5.90 และ 1.80 ตามลำดับ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 41.20 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.40 สูงกว่าปริญญาตรีน้อยที่สุด ร้อยละ 3.80 การประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ทำสวนมากที่สุด ร้อยละ 42.50 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่รับเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.40 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวน้อยที่สุด ร้อยละ 1.00 ร้อยละของการเลี้ยงสัตว์ในบ้าน 52.10 เป็นสุนัข 39.40 แมว 27.20 เลี้ยงทั้งสุนัขและแมว 47.80 สัตว์เลี้ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีนครบทุกตัว โดยมีเจ้าหน้าที่มาฉีดให้ ร้อยละ 13.20 ได้ฉีดแต่ไม่ครบทุกตัว ร้อยละ 9.20 ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเนื่องจากจับสัตว์ไม่ได้ เดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 20.90 คนในครอบครัวเคยถูกสัตว์กัดหรือข่วน ร้อยละ 18.10 ได้รับการฉีดวัคซีนทุกคน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน มีความถี่การปฏิบัติเป็นบางครั้ง ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า	จำนวน (n=393)	ร้อยละ
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ปฏิบัติเป็นประจำ (11 – 16 คะแนน)	3	0.80
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (6 – 10 คะแนน)	291	74.00
ปฏิบัตินานๆครั้ง (0 – 5 คะแนน)	99	25.20



ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า		จำนวน (n=393)	ร้อยละ
2.ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า			
ระดับมาก	(9 - 12 คะแนน)	64	16.30
ระดับปานกลาง	(5 - 8 คะแนน)	303	77.10
ระดับต่ำ	(0 - 4 คะแนน)	26	6.60
3.ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			
ปฏิบัติเป็นประจำ	(11 - 16 คะแนน)	18	4.60
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	(6 - 10 คะแนน)	286	72.80
ปฏิบัตินานๆครั้ง	(0 - 5 คะแนน)	89	22.60
4.ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			
ปฏิบัติเป็นประจำ	(11 - 16 คะแนน)	65	16.50
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	(6 - 10 คะแนน)	310	48.90
ปฏิบัตินานๆครั้ง	(0 - 5 คะแนน)	18	4.60
5.ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า			
ปฏิบัติเป็นประจำ	(9 - 12 คะแนน)	8	2.00
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	(5 - 8 คะแนน)	330	84.00
ปฏิบัตินานๆครั้ง	(0 - 4 คะแนน)	55	14.00
6.การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			
ปฏิบัติเป็นประจำ	(9 - 12 คะแนน)	10	2.50
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	(5 - 8 คะแนน)	226	57.50
ปฏิบัตินานๆครั้ง	(0 - 4 คะแนน)	157	39.90
พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			
ปฏิบัติเป็นประจำ	(11 - 16 คะแนน)	69	17.60
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	(6 - 10 คะแนน)	292	74.30
ปฏิบัตินานๆครั้ง	(0 - 5 คะแนน)	32	8.10

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนทุกด้านมีความถี่ในการปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ผลการวิจัยด้านความความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีเพียงปัจจัยด้านตำบลที่ประชาชนอาศัยอยู่มี



ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพหลัก การเลี้ยงสัตว์ในบ้าน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตำบลที่อาศัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

ตำบล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(ความถี่)			df	χ^2
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย		
ตำบลที่1	3	31	2	8	16.12*
ตำบลที่2	0	77	4		
ตำบลที่3	10	169	1		
ตำบลที่4	6	44	1		
ตำบลที่5	4	39	2		

*p value $\leq$ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน	พฤติกรรม(ความถี่)			df	χ^2
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย		
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ					
ปฏิบัติเป็นประจำ	0	3	0	4	2.01
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	50	219	22		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	19	70	10		
ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า					
ระดับมาก	23	108	10	4	8.87
ระดับปานกลาง	39	142	12		
ระดับต่ำ	7	42	10		
ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า					
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	15	0	4	5.72
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	50	216	20		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	16	15	12		



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพด้าน	พฤติกรรม(ความถี่)			df	χ^2
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย		
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า					
ปฏิบัติเป็นประจำ	7	51	7	4	4.97
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	59	229	22		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	3	12	3		
ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า					
ปฏิบัติเป็นประจำ	1	5	2	4	5.43
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	60	247	23		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	8	40	7		
การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า					
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	6	2	4	10.73*
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	40	176	10		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	27	110	20		
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า					
ปฏิบัติเป็นประจำ	0	9	1	4	12.91*
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	65	270	25		
ปฏิบัตินานๆครั้ง	4	13	6		

*p value $\leq$ 0.05

จากตาราง 3 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. พื้นที่ที่ประชาชนอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงพื้นที่ที่อยู่อาศัยมีความเกี่ยวข้องกันกับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทแต่ละพื้นที่ของอำเภอเมืองพะเยามีความหลากหลายตามลักษณะของพื้นที่ ที่มีทั้งพื้นที่เมือง พื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท พื้นที่ชนบท การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร



ของประชาชนมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลายช่องทาง โดยที่ประชาชนใน 4 ตำบลยังมีการปฏิบัติเป็นประจำในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้หลายมากขึ้น อีกทั้งในพื้นที่จังหวัดพะเยาไม่พบโรคพิษสุนัขบ้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน(11 กุมภาพันธ์ 2565) มีเพียงการพบโรคในสัตว์ ในปี พ.ศ.2559-2561 ซึ่งอุบัติการณ์เกิดในเขตพื้นที่อำเภอท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์และในเขตพื้นที่สูงในกลุ่มชาติพันธุ์เท่านั้น ในปี พ.ศ.2562 เป็นต้นมายังไม่พบโรคในสัตว์ (Communicable Disease Control Group, Phayao Provincial Public Health Office, 2022) สอดคล้องกับผลการวิจัยของอภิมย์ พวงหัตถ์และคณะ (Puanghat, Theerawitthayalert & Thanacharoenrat, 2010) เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในแต่ละภาคของประเทศไทยมีความแตกต่างกันคือประชาชนในภาคเหนือมีความรู้ด้านนี้น้อยกว่าภาคอื่นๆ

2.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการรู้เท่าทันสื่อ นั้น ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งสำหรับผู้รับสารที่ต้องป้องกันตนเองจากการเปิดรับข่าวสารที่ไม่เป็นจริง โดยการรู้เท่าทันสื่อเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้ และมีความจำเป็นต้องถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบในเนื้อหาที่ถูกนำเสนอผ่านสื่อรวมทั้งเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Potter, 2010: p. 681 cited in Euamornvanich, 2018) แต่ทั้งนี้ทักษะในการรู้เท่าทันสื่อของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ การศึกษา ทักษะสติ สถานภาพทางเศรษฐกิจ รวมถึงสังคมแวดล้อม และสภาพของครอบครัวที่ตนเองอาศัยอยู่ (Euamornvanich, 2018; Kaewdamkereng, 2018) เป็นสิ่งที่มีมากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้นโดยการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงบ่งชี้ชัดถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ(Literate) นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจและความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จึงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการแสดงออกของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จะเห็นได้ว่าประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพด้วยการปฏิบัติเป็นบางครั้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสดงออกด้วยการปฏิบัติเป็นบางครั้งเช่นเดียวกันกับที่เพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 66-73) ในส่วนของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีมีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายการสนใจความรู้ด้านสุขภาพ และรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนขอคำปรึกษาหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพในที่นี้คือข้อสงสัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่ Cokerham (Cokerham, 2010) ได้ให้ไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นอยู่ทั้งที่เป็นพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในตัวบุคคล ทั้งอยู่ในรูปของการกระทำและละเว้น



การกระทำ และทั้งที่ส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคมของบุคคล กลุ่มและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ การรักษาชีวิต และการเสริมสร้างร่างกายให้มีรูปลักษณะร่างกายที่สวยงามตามต้องการ และจะเป็นไปตามวิถีชีวิตสุขภาพ (Health Lifestyle) ที่แสดงถึงการตัดสินใจ การแสดงออก หรือแบบแผนพฤติกรรมของประชาชนในการดำเนินชีวิตประจำวันในการป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง วิถีชีวิตสุขภาพจะผันแปรไปตามสถานะทางสุขภาพ สถานภาพทางสังคม บริบทของชุมชน รวมถึงผันแปรไปตามคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อนุรัตน์ (Valaisathien & Unrat, 2020) ที่พบว่าแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าระดับปานกลาง จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่แกนนำชุมชนให้มีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น จึงจะทำให้ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองจะมีความสัมพันธ์กัน ดังเช่น งานวิจัยของสุริยา ฟองเกิดและคณะ ที่ศึกษาระดับของความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Suriya Fongkerd S. et al. 2021) และผลงานวิจัยของจิตติยา ใจคำ,จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์และอักษร ทอประชุม ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกองค์ประกอบ (Jittiya Jaikham, Jukkrit Wungrath, Aksara Thongprachum, 2021)



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการส่งเสริมประชาชนในพื้นที่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าไปสร้างเป็นกิจกรรมหรือแนวทางปฏิบัติในชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้ชุมชนมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Cochran WG. (1977). Sampling techniques. 3rd New York : John Wiley & Son.
- Cockerham, G. B. (2010). Institutional design of ASEAN and regional integration. *East Asia*, 27, 165-185.
- Communicable Disease Control Group, Phayao Provincial Public Health Office. (2022). *Summary the results of the integrated civil service inspection of the disease-free animals project, people are safe from rabies, round 1 of the year 2022*. Phayao: Phayao Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Guide to creating a rabies-free area*. 2nd edition, Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Department of Livestock Development, (2022). Ministry of Agriculture and Cooperatives. Rabies situation report 2022 Retrieved 2022, 15 Dec. from <https://dld.go.th/th/index.php/th/325-hot-issue/rabies/rabies-cat>. (in Thai)
- Euamornvanich P. (2018). Media Literacy in Social Media. *The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal (GTHJ.)*, 24(S), 22-30. (in Thai)
- Fongkerd S. et al. (2021). Health Literacy and Self-Care Behavior Among Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(1).207-222. (in Thai)
- Inspection Division, Ministry of Public Health. (2018). *Summary of government inspection Results, Ministry of Public Health, Round 2/2018, Groups 1-4*. Nonthaburi: Inspection Division Ministry of Public Health. (in Thai)



- Jaikham J, Wungrath J, Thongprachum A. (2021). Health Literacy and Health Promoting Behaviors Regarding to 3E.2S. Among Village Health Volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(2).1-24. (in Thai)
- Kaewdamkereng K. (2018). *Health literacy: access, understanding, and application*. 2nd ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3) :259-67.
- Pender, N. (1996) *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Appleton & Lange: Stamford.
- Phayao Provincial Livestock Office. (2020). *Rabies situation report in Phayao province*. Phayao: Phayao Provincial Livestock Office. (in Thai)
- Puanghat, A., Theerawitthayalert, R. & Thanacharoenrat, N. (2010). Knowledge, attitude and practice of Thai people in prevention and control of rabies. *Disease Control Journal*, 36(1), 50-59. (in Thai)
- Srichai, M. (1996). *Sampling Techniques*. 2nd ed. Bangkok: VJ. Printing.
- Thonghem J. (2020). Rabies in animals. Retrieved 15 Dec. 2020. From <https://healthserv.net/Rabies-3160> (in Thai)
- Valaisathien J. & Unrat B. (2020). *Health Literacy of prevention and control of rabies, community leaders in Srinarong district, Surin Province*. *Journal of Disease Prevention and Control* 7 Khonkan, 27(1), 86-95.
- Yamane T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications.



Evaluation of Lab-Based Teaching, Course Specification: Primary Medical Care in the Situation of the Epidemic of the Coronavirus Disease 2019

Wanwisa Chujit^{1*}, Suchart Kreuangchai*, Yongyuth Kaewtem*

(Received May 23, 2022, Revised: October 18, 2022, Accepted: November 3, 2022)

Abstract

This research aims to evaluate lab-based teaching (LBT) in the primary medical care course in the situation of the COVID-19 epidemic according to the evaluation of the CIPP model. There were 4 aspects: context, input factor, process, and outcome evaluations. A total of 158 nursing students were chosen, with 20 recruited using simple random sampling. The measurement tool was included evaluation of adapted LBT course research questionnaires and focused group interviews. The statistics were used in the data analysis: Descriptive statistics and in-depth interviews and Thematic analysis

The results were shown that the input-factor of LBT course during pandemic COVID-19 was moderate and high level, 43.04% and 42.41% respectively. The overall of teaching of educators which included the empowerment, respect, and equality was at high level ($\mu = 4.61$, $\sigma = 0.46$), and learning outcomes such as knowledge and intellectual skills of nursing students passed specified criteria at a good level 93.04%. Additionally, the in-depth interview showed that nursing students were satisfy and enthusiastic in analyzing a new situation promptly, being positive thinking, being challenging, and having knowledge in searching for information. These effectively reflected positive outcomes and values from nursing students' teaching and learning that related to the learning of the century 21 and learning outcomes of the course characteristics during the Covid-19 pandemic in planning further effective course schedule.

Keywords: Lab-based teaching evaluation, Educator, Lab-based teaching,
Coronavirus 2019 (COVID-19)

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabromarajchanok

¹Corresponding author: wanwisachujit@gmail.com Tel. 0819612330



การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ภาคทดลอง รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันวิสาข์ ชูจิตร^{1*}, สุชาติ เครื่องชัย*, ยงยุทธ แก้วเต็ม*

(วันรับบทความ: 23 พฤษภาคม 2565, วันแก้ไขบทความ: 18 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ: 3 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามการประเมินรูปแบบซิปป์ ในประเด็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชากรซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 158 คน และเชิงคุณภาพโดยเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และแนวประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจัดกลุ่มประเด็นร่วม

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้านปัจจัยนำเข้าของนักศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และ มาก ร้อยละ 43.04 และ 42.41 ตามลำดับ ส่วนภาพรวมของอาจารย์ผู้สอนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.61$, $\sigma = 0.46$) ส่วนผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านความรู้ และทักษะทางปัญญา ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดและระดับผลการเรียนระดับดีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 93.04 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ประเด็นร่วมพบว่า ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข มีความกระตือรือร้นในวิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างรวดเร็ว มีการคิดในเชิงบวกและมองปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายและเกิดความรู้ในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ รวมถึงการสะท้อนการเรียนรู้ ของผู้เรียนได้รับคุณค่าจากการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และผลลัพธ์การเรียนรู้ของลักษณะรายวิชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน, อาจารย์ผู้สอน, การจัดการเรียนการสอนภาคทดลอง, ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครแพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานธุรกรรมกิจ: wanwisachujit@gmail.com. Tel. 0819612330



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากไวรัสโคโรนาในกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) (Mayo Clinic, 2020) ผู้ป่วยจะมีอาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก อาการอื่น ๆ อาจรวมถึงอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง เจ็บคอ ภาวะเสียการรู้กลิ่น และภาวะเสียการร่ำรส (CDC, 2021; WHO, 2020) แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่หากมีอาการรุนแรงจะเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) อวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ ช็อกจากการติดเชื้อ และลิ้มเลือด (Murthy, Gomersall & Fowle, 2020; Cascella, Rainik & Cuomo, 2020). เวลาตั้งแต่การสัมผัสจนถึงเริ่มแสดงอาการ อยู่ที่ 5 วัน แต่อาจมีได้ตั้งแต่ 2-14 วัน (CDC, 2021; Velavan & Meyer, 2021;) มีการระบุโรคครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 ในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และได้กระจายไปทั่วโลกนับแต่นั้น (Thai Wikipedia, 2020) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 องค์การอนามัยโลก ได้มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทั่วโลก (World Health Organization: WHO, 2020) เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก.ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ Covid-19 ซึ่งให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป (ราชกิจจานุเบกษา ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร, 2563). เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 โดยกำหนดแนวทางการป้องกันโรค ด้วยการงดการเดินทางไปที่ชุมชน การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยทางเดินหายใจ เพื่อช่วยป้องกันและลดการเกิดโรคระบาดดังกล่าวในประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อหลายภาคส่วนโดยเฉพาะภาคการศึกษา เพื่อให้การเรียนการสอนมีความต่อเนื่อง หากมีการหยุดชะงักจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน (UNESCO, 2020) เพื่อเป็นการปฏิบัติตามมาตรการของการเฝ้าระวังโรค covid-19 กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม จึงได้ประกาศให้สถานศึกษาในสังกัดหลีกเลี่ยงกิจกรรมการเรียนการสอน การประชุม การสัมมนาใด ๆ รวมทั้งให้ใช้ระบบการเรียนการสอนออนไลน์ และการประชุมออนไลน์แทน (ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม เรื่องมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

การศึกษาวิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติกับชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ทุกวัย ทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในทุกภาวะสุขภาพโดยบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์จากศาสตร์ทางการพยาบาลศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องงานวิจัย จริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ ศิลปะการพยาบาล และประสบการณ์บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่เอื้ออาทร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย ดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย พื้นฟูสุขภาพและความพิการ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) สถาบันอุดมศึกษาที่ได้ผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ใน



สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคทดลองในวิชาการ
รักษาพยาบาลเบื้องต้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนมี
คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขา
พยาบาลศาสตร์ นอกจากนี้ยังได้ตระหนักถึงความสำคัญของมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการ
ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย การป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นในขณะการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้เรียนมี
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองตามความต้องการและคาดหวังของสังคมไทยในปัจจุบันการ
เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) (Panich, 2015) เป็นกระบวนการหนึ่งในการเรียนรู้และ
การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สามารถทำให้ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อการ
ปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ผ่านการ
เรียนรู้จากประสบการณ์ปฏิบัติงานจากกิจกรรมที่หลากหลาย ที่มีการสื่อสารร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ทำให้
ผู้เรียนเปิดใจยอมรับเข้าใจคุณค่าและความเชื่อมโยงกับสิ่งที่ได้เรียนรู้กับการฝึกปฏิบัติภาคทดลองที่สอดคล้อง
กับสถานการณ์ปัจจุบัน

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังกล่าวข้างต้น เป็นช่วง
ระยะเวลาที่ต้องมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 2 หน่วยกิตให้กับ
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าว ทำให้
ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเกิดโรคระบาดที่
เกิดขึ้นในปัจจุบันและอยู่ในระยะเวลาที่มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์
ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ราชกิจจานุเบกษา ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร, 2563)
และต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคเพื่อตนเองและแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม และช่วยให้นักศึกษา
สามารถเรียนจบตามแผนการศึกษาที่ได้วางไว้ ทางคณะผู้วิจัยจึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ/วิธีการจัดการ
เรียนการสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ให้กับผู้เรียนสามารถ
เรียนได้ตามปกติภายใต้สถานการณ์ที่เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบัน

ผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชา
การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับ
นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ภาคเรียนที่ 2 ปี
การศึกษา 2563 ขึ้น โดยใช้ CIPP Model (Stufflebeam, 2008; Stufflebeam, 2014; Wattanasoontorn,
2008; Chintapanyakul, et al., 2017) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอน
ให้สอดคล้องกับผู้เรียนตรงตามสภาพจริงของนักศึกษาพยาบาลและสามารถจัดการเรียนการสอนที่มี
ประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันที่ยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ใน
อนาคตต่อไป ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความพร้อม ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และความพึง
พอใจของการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ วิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การ
แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทางสถาบันต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการจัดการเรียนการสอน



โดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ให้กับผู้เรียนว่าถ้าหากมีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์แล้ว ผู้เรียนจะมีความพร้อม มีความพึงพอใจและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่สอดคล้องกับลักษณะรายวิชาได้หรือไม่และจะได้นำไปสู่การพัฒนาและการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

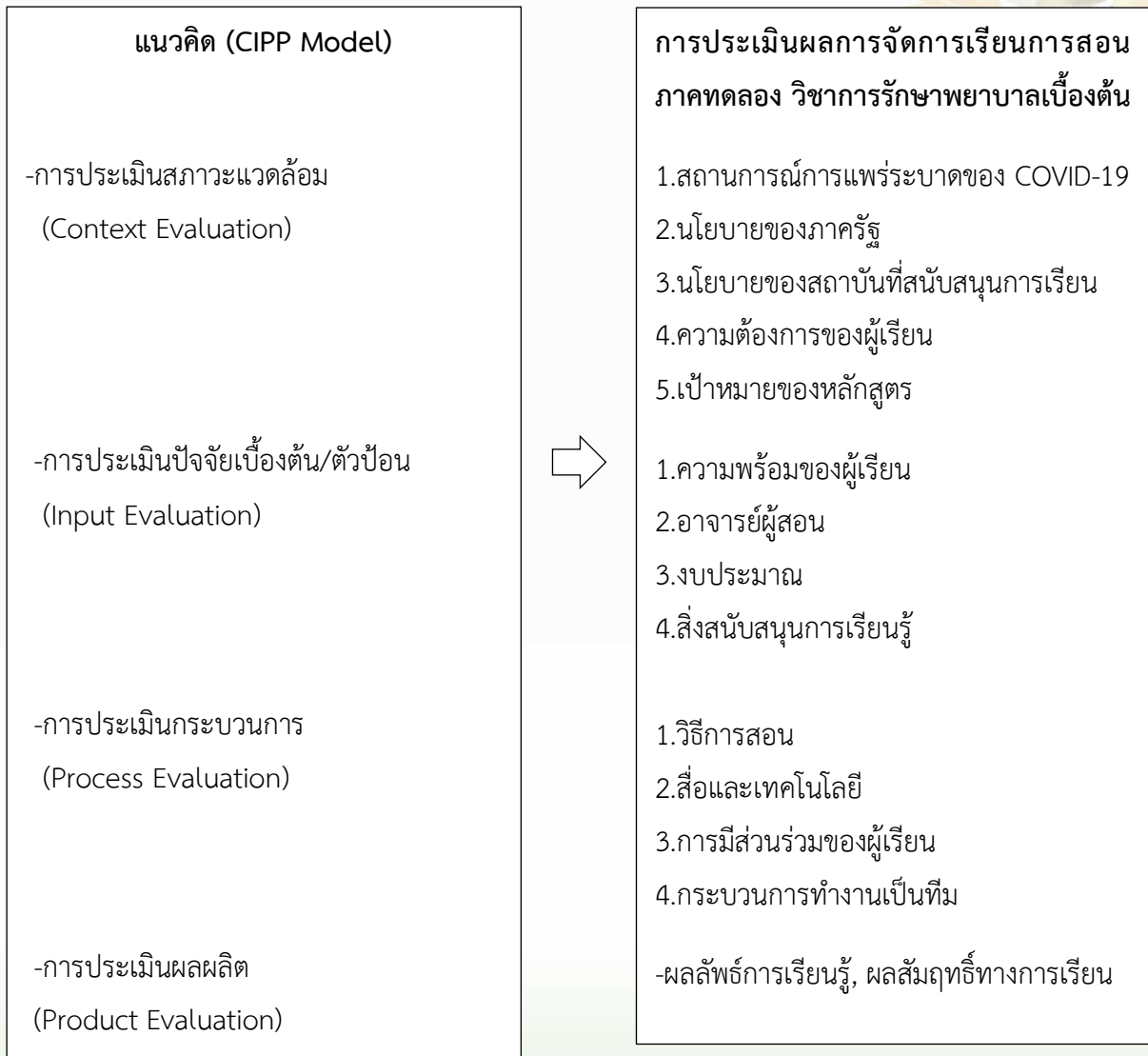
เพื่อประเมินผล ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ตามหลักการประเมินผลของ CIPP Model

คำถามการวิจัย

- 1.ด้านบริบทของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 นโยบายของภาครัฐ นโยบายของสถาบันที่สนับสนุนการเรียน ความต้องการของผู้เรียนเป้าหมายของหลักสูตร เป็นอย่างไร
- 2.ด้านปัจจัยนำเข้าของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน นักศึกษา เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบออนไลน์ งบประมาณ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เป็นอย่างไร
- 3.ด้านกระบวนการของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลอง รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ วิธีการสอน สื่อ และเทคโนโลยี การมีส่วนร่วมของผู้เรียน กระบวนการทำงานเป็นทีม เป็นอย่างไร
- 4.ด้านผลผลิตของการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในเรื่องการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานความคิดรองรับการวิจัย โดยจัดการเรียนการสอน(ภาคทดลอง) ในรายวิชา การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ช่วยส่งเสริม/พัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) (รูปแบบการดำเนินชีวิตปกติใหม่ที่แตกต่างจากอดีต) โดยใช้รูปแบบการประเมินผล ซิปป์โมเดล (CIPP Model) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Stufflebeam, 2008; Stufflebeam, 2014; Buosonte, 2013; Wattanasoontorn, 2008; Chintapanyakul, et al., 2017) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

ความพร้อมของนักศึกษา หมายถึง สภาพความพร้อม ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม รวมถึง สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ สิ่งสนับสนุน/อุปกรณ์เครื่องมือการสื่อสาร ของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน(ภาคทดลอง) ในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

อาจารย์ผู้สอน หมายถึง อาจารย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน หรือ สาขาการรักษารอคเบื้องต้น และมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์นิเทศนักศึกษาในภาคปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น



การจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) หมายถึง การแจ้งให้ข้อมูลแก่นักศึกษา จากอาจารย์ผู้สอน เกี่ยวกับลักษณะวิชา การจัดการเรียนการสอน การประเมินการวัดและประเมินผล ความเหมาะสมของ ลักษณะเนื้อหาของหัวข้อที่เรียนมีระบบและขั้นตอนชัดเจน การใช้สื่อ/อุปกรณ์ เอกสารประกอบการสอน/ VDO มีเนื้อหาสาระสำคัญ เข้าใจง่าย ประกอบหัวข้อที่เรียนมีความเหมาะสม มีการสอดแทรกเรื่องคุณธรรม จริยธรรมให้กับผู้เรียนและการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในระหว่างการเรียนรู้ในห้องทดลอง สามารถศึกษาค้นคว้าหัวข้อที่เรียนด้วยตนเองได้ มีอิสระในการเรียนและส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียน

การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ภาคทดลอง รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเด็นต่อไปนี้

- 1.ด้านบริบท ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 นโยบายของภาครัฐ นโยบายของสถาบันที่สนับสนุนการเรียน ความต้องการของผู้เรียนเป้าหมายของหลักสูตร
- 2.ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน นักศึกษา เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบออนไลน์ งบประมาณ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
- 3.ด้านกระบวนการ ได้แก่ วิธีการสอน สื่อ และเทคโนโลยี การมีส่วนร่วมของผู้เรียน กระบวนการทำงานเป็นทีม
- 4.ด้านผลผลิต ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยใช้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา และระดับผลการเรียน

สถานที่สำหรับการจัดการเรียนการสอน หมายถึง สถานที่เรียนมีสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก สนับสนุนให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ฝึกทักษะร่วมกับอาจารย์ผู้สอนและเพื่อนในกลุ่ม สามารถใช้ฝึกทักษะเสริมด้วยตนเอง ตามระยะเวลาที่กำหนด มีจำนวนห้องและพื้นที่ฝึกทักษะที่สะดวกสบาย เพียงพอกับจำนวนกลุ่มของผู้เรียน บรรยากาศ/ สิ่งแวดล้อมของห้องเรียนเหมาะสำหรับใช้ฝึกปฏิบัติ และภายในห้องเรียนมีวัสดุ อุปกรณ์ /หุ่นฝึก/ เทคโนโลยี สำหรับการเรียนรู้ที่ทันสมัย

ชีวิตปกติวิถีใหม่ (New Normal) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตปกติใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ที่ไม่คุ้นเคย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในช่วงที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน (การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ภาคทดลอง) ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็น จำนวนทั้งหมด 158 ฉบับ อีก 2 สัปดาห์ ได้มีการสนทนา



กลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วจึงใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในภายหลัง และนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เสริมและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory)

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและใช้รูปแบบวิจัยประเมินผลโครงการ เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบจำลองชิปโมเดลของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2008; Stufflebeam, 2014) โดยมีการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและ ผลผลิต โดยเก็บข้อมูลจากรายงานผลเรียน แบบสอบถาม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ประเด็นร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ศึกษาจากประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวนทั้งหมด 158 คน

เกณฑ์คัดเข้า เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่เรียนวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ชั้นปีที่ 4 ซึ่งมีเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่านักศึกษาต้องผ่านการเรียนรู้ในวิชาพื้นฐานวิชาชีพพยาบาลด้านอื่นๆ ก่อน จึงจะมีสิทธิที่จะเรียนในรายวิชานี้

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่ม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากมาจากนักศึกษาในแต่ละกลุ่มที่ฝึกภาคทดลองทั้งหมด จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เชิงปริมาณ: แบบสอบถามความคิดเห็น การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนภาคทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ และอายุ สถานที่เรียนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ

2.1. ด้านปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวกับความพร้อมของนักศึกษา ต่อการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลองรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีข้อ คำถามจำนวน 6 ข้อ

2.2. ด้านปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

2.3. กระบวนการจัดการเรียนการสอน(ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ

2.4. ผลผลิตจัดการเรียนการสอน(ภาคทดลอง) การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ



โดยส่วนที่ 2 ตั้งแต่ 2.1 -2.3 มีระดับการประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert, 1970) ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 เห็นด้วยในระดับมากที่สุด 4 เห็นด้วยในระดับมาก 3 เห็นด้วยในระดับปานกลาง 2 เห็นด้วยในระดับน้อย 1 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

(ผลผลิต) ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ; (LO2) ด้านความรู้ (LO3) ด้านทักษะทางปัญญา
วิเคราะห์การประเมินผลจากคะแนน โดยใช้ระดับผลการเรียนแบบอิง 5 ระดับ A, B, B+,C+ และ C

คะแนน	สัญลักษณ์	ระดับ	ความหมายคะแนน
80.00 – 100	A	4.0	ดีเยี่ยม (Excellent)
75.00 – 79.99	B+	3.5	ดีมาก (Very Good)
70.00 – 74.99	B	3.0	ดี (Good)
65.00 – 69.99	C+	2.5	ดีพอใช้ (Fairly Good)
60.00 – 64.99	C	2.0	พอใช้ (Fairly)

(ผลผลิต)ระดับผลการเรียน วิเคราะห์โดยใช้ประเมินผลจากคะแนนมาตรฐานที่ (T-Score) นำมาประยุกต์ใช้สอดคล้องกับระดับผลการเรียนแบบอิงเกณฑ์ แบบ 8 ระดับเพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนในกลุ่มที่จัดการเรียนการสอน (Wannarat, 2017)

ค่าคะแนนที่	สัญลักษณ์	ระดับ	ความหมายคะแนน
71.02 - 59.68	A	4.0	ดีเยี่ยม (Excellent)
59.67 - 48.35	B+	3.5	ดีมาก (Very Good)
48.34 - 37.01	B	3.0	ดี (Good)
37.00 - 25.66	C+	2.5	ดีพอใช้ (Fairly Good)

เชิงคุณภาพ: 1) ประเด็นคำถาม 5 ข้อในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้เรียนจำนวน 20 คน เกี่ยวกับการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนภาคทดลองรายวิชา การรักษาพยาบาลเบื้องต้นรายวิชา การรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ 1). แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสะท้อนการเรียนรู้ (Reflect learning) เกี่ยวกับการเรียนภาคทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการจัดการศึกษาพยาบาลและผู้ประสานสาขาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างพบว่าทุกข้อมีค่า Index of Item-Objective Congruence : IOC อยู่ระหว่าง 0.87 - 1 สำหรับแนวประเด็นคำถามได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบในเรื่องข้อคำถามที่ตรงกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมและความถูกต้องในด้านภาษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน ที่เรียนออนไลน์ในสถานการณ์โควิด เช่นเดียวกับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา(α -Coefficient) ของครอนบาค(Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.968



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถามความคิดเห็น จำนวนทั้งหมด 158 ฉบับ
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ กลุ่มประชากร ตอบแบบสอบถามความคิดเห็น จำนวนทั้งหมด 158 ฉบับ ที่ได้เรียนในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอน ภายใน 1 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 158 ฉบับ
3. การสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้
4. รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Frequency and Percentage) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ระดับความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ; (LO2) ด้านความรู้ (LO3) ด้านทักษะทางปัญญา วิเคราะห์การประเมินผลจากคะแนน โดยใช้ระดับผลการเรียนแบบอิงตามเกณฑ์

ระดับผลการเรียน วิเคราะห์โดยใช้ประเมินผลจากคะแนนมาตรฐานที่ (T-Score) นำมาประยุกต์ใช้สอดคล้องกับระดับผลการเรียนแบบอิงเกณฑ์ แบบ 8 ระดับ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนในกลุ่มที่จัดการเรียนการสอน

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ; วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระหรือประเด็นร่วม (thematic analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยและคณะได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยได้ผ่านการรับรองให้ทำการวิจัยได้ตามหนังสือเลขที่ E 2564-30 หลังจากโครงการได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยและคณะจึงดำเนินการวิจัย โดยเชิญชวนนักศึกษาเข้าร่วมวิจัย ด้วยความสมัครใจ ไม่มีผลต่อการให้คะแนนในการเรียนการสอน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์กับประชากรที่ศึกษา ข้อมูลได้ถูกจัดเก็บเป็นความลับ



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำแนกตามเพศ อายุ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (N=158 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	10.13
หญิง	142	89.87
อายุ		
19-21 ปี	110	69.62
22-24 ปี	42	26.58
25-27 ปี	2	1.27
28 ปี ขึ้นไป	4	2.53

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาจำนวน 158 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.87 และมีอายุระหว่าง 19 - 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.62

ตารางที่ 2 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้านปัจจัยนำเข้า ของนักศึกษา

การประเมินการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) (ด้านปัจจัยนำเข้า)	จำนวน (N=158 คน)	ร้อยละ
1. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้ในการเรียนการสอน (ภาคทดลอง)		
1.1 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook)	24	15.19
1.2 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน (Smart Phone)	32	20.25
1.3 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน (Smart Phone)	67	42.41
1.4 ใช้อุปกรณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ (PC), คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน (Smart Phone) เป็นต้น	35	22.15



ตารางที่ 2 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้าน
ปัจจัยนำเข้า ของนักศึกษา (ต่อ)

การประเมินการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) (ด้านปัจจัยนำเข้า)	จำนวน (N=158 คน)	ร้อยละ
1. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้ ในการเรียนการสอน (ภาคทดลอง)		
1.1 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook)	24	15.19
1.2 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน (Smart Phone)	32	20.25
1.3 คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน (Smart Phone)	67	42.41
1.4 ใช้อุปกรณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ (PC), คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook), แท็บเล็ต (Tablet), สมาร์ทโฟน	35	22.15
2. ห้องเรียน/ สถานที่ ขณะที่นักศึกษาเรียน(ภาคทดลอง)		
2.1 บ้าน	35	22.15
3. สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่นักศึกษาใช้เรียน(ภาคทดลอง) ที่บ้าน/ สถานที่ ที่นักศึกษาใช้ขณะเรียน มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับ		
น้อยที่สุด	7	4.43
น้อย	10	6.33
ปานกลาง	88	55.70
ดี	53	33.54
4. นักศึกษามี Face book / Gmail/ Hotmail/ line สำหรับติดต่อสื่อสาร ข้อมูลขณะที่เรียนในห้อง	158	100
5. นักศึกษาเคยใช้ระบบ Google classroom/ Google meet ในการ เรียนผ่านระบบออนไลน์หรือไม่	158	100
6. ภาพรวมความพร้อมของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน (ภาค ทดลอง)ระดับ		
น้อย	5	3.16
ปานกลาง	68	43.04
มาก	67	42.41
มากที่สุด	18	11.39



จากตารางที่ 2 พบว่าการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ภาพรวมความพร้อมของนักศึกษา ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และ มาก ขึ้นไป ร้อยละ 43.04 และ 42.41 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) อาจารย์ผู้สอนรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

การประเมินการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) (ด้านปัจจัยนำเข้า)	ความคิดเห็น (จำนวน (คน) / ร้อยละ)					μ	σ	ระดับ
	น้อย	น้อย	ปาน	มาก	มาก			
	มาก		กลาง		ที่สุด			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
1. วิธีการถ่ายทอดความรู้ของ อาจารย์ผู้สอนเริ่มจากง่ายไปหายาก ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ เข้าใจ เนื้อหา นำสู่การฝึกทักษะได้	0 (0.00)	1 (0.63)	1 (0.63)	68 (43.04)	88 (55.70)	4.54	0.55	มาก ที่สุด
2. อาจารย์ผู้สอนแจ้งวัตถุประสงค์ ของการเรียน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจ เป้าหมายของการเรียน	0 (0.00)	1 (0.63)	3 (1.90)	52 (32.91)	102 (64.56)	4.61	0.56	มาก ที่สุด
3. อาจารย์ผู้สอนให้ข้อมูล ชี้แนะ แหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (3.16)	52 (32.91)	101 (63.92)	4.60	0.55	มาก ที่สุด
4. บรรยากาศสิ่งแวดล้อมการเรียน สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการ คิดเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (5.70)	46 (29.11)	103 (65.19)	4.59	0.60	มาก ที่สุด
5. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าและ เชื่อมั่นในตนเอง	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (3.16)	49 (31.01)	104 (65.83)	4.63	0.55	มาก ที่สุด
6. ดูแลและช่วยเหลือตามความ แตกต่างของผู้เรียน	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (2.53)	45 (28.48)	109 (68.99)	4.66	0.52	มาก ที่สุด
7. สนใจรับฟังปัญหาและความ ต้องการของผู้เรียน	0 (0.00)	1 (0.63)	2 (1.27)	53 (33.54)	102 (64.56)	4.62	0.55	มาก ที่สุด
8. คอยให้กำลังใจ ให้เกียรติและดูแล ผู้เรียนทุกคนอย่างเสมอภาค	0 (0.00)	1 (0.63)	3 (1.90)	39 (24.68)	115 (72.79)	4.70	0.54	มาก ที่สุด
ภาพรวม						4.61	0.46	มาก ที่สุด



จากตารางที่ 3 พบว่าการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ด้านปัจจัยนำเข้า อาจารย์ผู้สอน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ อาจารย์ผู้สอนคอยให้กำลังใจ ให้เกียรติและดูแลผู้เรียนทุกคนอย่างเสมอภาค

ตารางที่ 4 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ห้องเรียน/สถานที่

การประเมินการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ห้องเรียน/สถานที่ (ปัจจัยนำเข้า)	ความคิดเห็น (จำนวน (คน) / ร้อยละ)					μ	σ	ระดับ
	น้อย	น้อย	ปาน	มาก	มาก			
	มาก		กลาง		ที่สุด			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
1. มีสิ่งอำนวยความสะดวก สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ฝึก ทักษะร่วมกับ ผู้สอนและเพื่อนในกลุ่ม	1 (0.63)	2 (1.26)	8 (5.06)	75 (47.47)	72 (45.58)	4.36	0.70	มาก
2. ผู้เรียนมีจำนวนห้องเรียนเพียงพอ ที่สามารถใช้ฝึกทักษะเสริมด้วย ตนเอง	1 (0.63)	1 (0.63)	10 (6.33)	64 (40.51)	82 (51.90)	4.42	0.70	มาก
3. มีห้องเรียน กว้างขวาง เพียงพอ กับจำนวนกลุ่มของผู้เรียน	1 (0.63)	3 (1.90)	18 (11.39)	71 (44.94)	65 (41.14)	4.24	0.77	มาก
4. สภาพสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ห้องเรียนเหมาะสำหรับใช้ฝึกทดลอง	1 (0.63)	0 (0.00)	12 (7.60)	68 (43.04)	77 (48.73)	4.39	0.69	มาก
5. ห้องเรียนสะอาด โต๊ะ เก้าอี้ จัดเป็นระเบียบเรียบร้อย ก่อนเข้าใช้ เรียนฝึกทดลอง	1 (0.63)	0 (0.00)	6 (3.80)	64 (40.51)	87 (55.06)	4.49	0.64	มาก
6. ห้องเรียนที่จัดให้ผู้เรียนมีสิ่ง อำนวยความสะดวกเพียงพอกับ จำนวนกลุ่มของผู้เรียน	1 (0.63)	1 (0.63)	11 (7.00)	63 (39.87)	82 (51.90)	4.42	0.70	มาก
7. ห้องเรียนมีวัสดุอุปกรณ์ / หุ่นฝึก/ เทคโนโลยีสำหรับการเรียนที่ทันสมัย	1 (0.63)	2 (1.26)	12 (7.60)	64 (40.51)	79 (50.00)	4.36	0.79	มาก
ภาพรวม						4.39	0.61	มาก



จากตารางที่ 4 พบว่า การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน(ภาคทดลอง)ห้องเรียน/สถานที่ (ปัจจัยนำเข้า) ภาพรวมทุกหัวข้อ อยู่ในระดับมาก โดยหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ ห้องเรียนสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ก่อนเข้าใช้เรียนฝึกทักษะ

ตารางที่ 5 การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) รายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

การประเมินการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ด้านกระบวนการ	ความคิดเห็น (จำนวน (คน) / ร้อยละ)					μ	σ	ระดับ
	น้อย	น้อย	ปาน	มาก	มาก			
	มาก		กลาง		ที่สุด			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
1. ผู้เรียนได้รับแจ้งข้อมูลลักษณะวิชา	0	1	5	56	96	4.56	0.59	มาก
ตารางเรียนวิธีการวัดประเมินผล	(0.00)	(0.63)	(3.16)	(35.45)	(60.76)			ที่สุด
2. ลักษณะเนื้อหาที่เรียนมีความ	1	1	7	61	88	4.48	0.67	มาก
เหมาะสมกับระยะเวลาที่ฝึกทักษะ	(0.63)	(0.63)	(4.43)	(38.61)	(55.70)			
3. สื่อการสอนสอดคล้องกับเนื้อหาที่	0	1	4	47	106	4.63	0.57	มาก
สอน	(0.00)	(0.63)	(2.53)	(29.75)	(67.09)			ที่สุด
4. เอกสารประกอบการสอน/ สื่อ	0	1	6	58	93	4.54	0.60	มาก
VDO มีเนื้อหาสาระสำคัญ เข้าใจง่าย	(0.00)	(0.63)	(3.80)	(36.71)	(58.86)			ที่สุด
5. การใช้สื่อ/อุปกรณ์ ประกอบ	0	3	4	58	93	4.52	0.65	มาก
หัวข้อที่เรียนมีความเหมาะสม	(0.00)	(1.90)	(2.53)	(36.71)	(58.86)			ที่สุด
6. การจัดลำดับเนื้อหาเป็นไปอย่างมี	0	1	3	56	98	4.59	0.57	มาก
ระบบและจากง่ายไปหายาก	(0.00)	(0.63)	(1.90)	(35.44)	(62.03)			ที่สุด
7. มีการสอดแทรกเรื่องคุณธรรม	0	1	6	53	98	4.57	0.60	มาก
จริยธรรมระหว่างเรียนในห้องทดลอง	(0.00)	(0.63)	(3.80)	(33.54)	(62.03)			ที่สุด
8. ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น	0	1	5	53	99	4.58	0.59	มาก
และการมีส่วนร่วมในการเรียน	(0.00)	(0.63)	(3.17)	(33.54)	(62.66)			ที่สุด
9. สามารถศึกษาค้นคว้าหัวข้อที่	0	2	3	61	92	4.54	0.58	มาก
เรียนด้วยตนเองได้โดยง่าย	(0.00)	(1.26)	(1.90)	(38.61)	(58.23)			ที่สุด
10. มีอิสระในการเรียนและส่งเสริม	0	1	4	56	97	4.58	0.58	มาก
ความคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียน	(0.00)	(0.63)	(2.53)	(35.44)	(61.40)			ที่สุด



ภาพรวม

4.56 .51 มาก
ที่สุด

จากตารางที่ 5 พบว่า การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน (ภาคทดลอง) ด้านกระบวนการ ภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ สื่อการสอนสอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน ยกเว้นหัวข้อลักษณะเนื้อหาที่เรียนมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ฝึกทักษะ อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา และระดับผลการเรียน (ปัจจัยด้านผลผลิต)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ ของนักศึกษา (LO)	คะแนนและสัญลักษณ์			
Learning Outcome	คะแนน	สัญลักษณ์	ความหมายคะแนน	จำนวน 158 คน
ด้านความรู้ (LO2)	80.00 – 100	A	ดีเยี่ยม (Excellent)	139
	75.00 – 79.99	B+	ดีมาก (Very Good)	12
	70.00 – 74.99	B	ดี (Good)	6
	65.00 – 69.99	C+	ดีพอใช้ (Fairly Good)	1
	60.00 – 64.99	C	พอใช้ (Fairly)	0
ด้านทักษะทางปัญญา (LO3)	80.00 – 100	A	ดีเยี่ยม (Excellent)	72
	75.00 – 79.99	B+	ดีมาก (Very Good)	66
	70.00 – 74.99	B	ดี (Good)	17
	65.00 – 69.99	C+	ดีพอใช้ (Fairly Good)	3
	60.00 – 64.99	C	พอใช้ (Fairly)	0

สรุป ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ด้านความรู้ และ ด้านทักษะทางปัญญา นักศึกษาทั้งหมด สามารถสอบผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป

ระดับผลการเรียน (Wannarat, 2017)

การกำหนดประเมินคะแนนมาตรฐานที่ (T-Score) นำมาประยุกต์ใช้สอดคล้องกับระบบการให้เกรด

ค่าคะแนนที่	สัญลักษณ์	ความหมายคะแนน	จำนวนนักศึกษา	คิดเป็นร้อยละ
71.02 - 59.68	A	ดีเยี่ยม (Excellent)	31	19.62
59.67 - 48.35	B+	ดีมาก (Very Good)	71	44.94
48.34 - 37.01	B	ดี (Good)	45	28.48
37.00 - 25.66	C+	ดีพอใช้ (Fairly Good)	11	6.96



ระดับผลการเรียน โดยภาพรวม นักศึกษามีระดับผลการเรียนระดับดีขึ้นไป จำนวน 147 คนคิดเป็น ร้อยละ 93.04

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก	ประเด็นร่วม
1. ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข “การเรียนออนไลน์ทำให้รู้สึกว่ายเรียนอย่างมีความสุข เพราะทำให้เราได้คิดตลอดเวลา” “ได้ใกล้ชิดกับครอบครัว สามารถเรียนออนไลน์ไปพร้อมๆ กับการอยู่กับครอบครัวที่บ้าน มีความสุขมาก” “มีความสุข เพราะอาจารย์เข้าใจพวกเราในเรื่องการเรียนแบบออนไลน์ ไม่ดูไม่ว่า แม้สัญญาณจะขาดหาย เลยไม่เครียดและมีความสุขที่จะเรียนรู้” “อาจารย์ใจดี เข้าใจถึงข้อจำกัดของนักศึกษา มีการวางแผนการสอนที่ดีให้กับผู้เรียน รู้สึกดีมาก” “การเรียนออนไลน์ในวิชานี้มีความสุข อาจารย์จะถามเป็นระยะตลอดว่าไม่เข้าใจตรงไหนอยากให้อธิบายเพิ่มเติมไหมตลอด ตรงไหนมีข้อสงสัย” “รู้สึกมีความสุขที่ได้เรียนอยู่ที่บ้าน ใกล้คนรู้จัก ญาติ พ่อ แม่ พี่ น้อง ได้รับประทานอาหารที่ชอบทุกมื้อ (ประหยัดค่าใช้จ่ายได้เยอะ)” “มีความสุข ได้เรียนไปด้วยในขณะเดียวกันก็มีปฏิสัมพันธ์กับคนที่บ้าน มีคนคอยรับฟังปัญหา เข้าใจปัญหาและช่วยแก้ไขปัญหา” “การเรียนวิชานี้ผ่านระบบออนไลน์ รู้สึกสนุก อาจารย์เป็นกันเอง เข้าใจนักศึกษา มีความสุข และสนุกทุกครั้งที่ได้เรียน” “บรรยากาศการเรียนค่อนข้างสนุก เนื่องจากผู้สอนมีการปรับการเรียนการสอนให้หน้าเรียน ทำให้อยากเรียน และอาจารย์เข้าใจนักศึกษา คอยตกลงในการเรียนกันได้”	ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (Happiness Learning)
2. ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในวิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างรวดเร็ว “การวินิจฉัยแยกโรคจากวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้เรียน ต้องใช้ความรู้ที่หลากหลายมาช่วยในการวิเคราะห์” “การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วย มีความยากมาก ทำให้เกิดการสับสนเป็นบางครั้ง แต่เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการวิเคราะห์ ผึกการคิดได้เป็นอย่างดี”	มีความกระตือรือร้นในวิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างรวดเร็ว (Learning Agility)



ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ต่อ)

การสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเด็นร่วม

“การเรียนแบบนี้ ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนในภาคทฤษฎีมาใช้ในภาคทดลอง และสามารถทำข้อสอบสมการพยาบาล ทำให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องได้”

“การเรียนการสอนแบบนี้ ทำให้เราเกิดความมั่นใจและสามารถนำไปใช้ตอนฝึกปฏิบัติและการสอบสมการพยาบาล”

“มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทำให้เข้าใจกระบวนการทำงานเป็นทีมเพิ่มมากขึ้นเรียนรู้ร่วมกัน”

“เกิดการทำงานเป็นทีมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เรามีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้ดีผ่านเทคโนโลยี”

“การเรียนการสอนแบบนี้เป็นการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการเรียน ทำให้นักศึกษาเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีการได้มาซึ่งคำตอบในสิ่งที่อาจารย์ถาม”

“การใช้เนื้อเทียมแทนเนื้อจริง สำหรับการฝึกเย็บแผลทำให้ผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์เสมือนจริง บางครั้งไม่เข้าใจก็สามารถสอบถามอาจารย์และเพื่อนๆ ในกลุ่มได้เลย เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน”

“การสอนแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาต้องใส่ใจในการเรียนมากยิ่งขึ้น ทำให้ต้องบังคับตนเองให้มากขึ้น เนื่องจากต้องพยายามทำความเข้าใจกับเนื้อหาด้วยตนเอง ทบทวนเนื้อหาด้วยตนเอง”

2. ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในวิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างรวดเร็ว

มีความกระตือรือร้นใน

“การวินิจฉัยแยกโรคจากวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้เรียน ต้องใช้ความรู้ที่หลากหลายมาช่วยในการวิเคราะห์”

วิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่าง

“การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วย มีความยากมาก ทำให้เกิดการสับสนเป็นบางครั้ง แต่เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการวิเคราะห์ ฝึกการคิดได้เป็นอย่างดี”

รวดเร็ว

(Learning Agility)

“การเรียนแบบนี้ ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนในภาคทฤษฎีมาใช้ในภาคทดลอง และสามารถทำข้อสอบสมการพยาบาล ทำให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องได้”

“การเรียนการสอนแบบนี้ ทำให้เราเกิดความมั่นใจและสามารถนำไปใช้ตอนฝึกปฏิบัติและการสอบสมการพยาบาล”

“มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทำให้เข้าใจกระบวนการทำงานเป็นทีมเพิ่มมากขึ้นเรียนรู้ร่วมกัน”



การสัมภาษณ์เชิงลึก	ประเด็นร่วม
“เกิดการทำงานเป็นทีมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เรามีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้ดีผ่านเทคโนโลยี” “การเรียนการสอนแบบนี้เป็นการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการเรียน ทำให้นักศึกษาเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีการได้มาซึ่งคำตอบในสิ่งที่อาจารย์ถาม” “การใช้เนื้อเทียมแทนเนื้อจริง สำหรับการฝึกเย็บแผลทำให้ผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์เสมือนจริง บางครั้งไม่เข้าใจก็สามารถสอบถามอาจารย์และเพื่อนในกลุ่มได้เลย เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน” “การสอนแบบออนไลน์ ทำให้นักศึกษาต้องใส่ใจในการเรียนมากยิ่งขึ้น ทำให้ต้องบังคับตนเองให้มากขึ้น เนื่องจากต้องพยายามทำความเข้าใจกับเนื้อหาด้วยตนเอง ทบทวนเนื้อหาด้วยตนเอง”	
3. ผู้เรียนเกิดการคิดในเชิงบวก มองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย “การเรียนออนไลน์รู้สึกว่าเป็นการเรียนที่สะดวก ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง” “หากมีคำถามสามารถถามอาจารย์ได้เลย บางครั้งเรียนที่หอพักก็สะดวกดี” “บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมก็ดี เอื้อต่อการเรียนออนไลน์” “ขณะที่เรียน สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี หลุดบ่อย บางครั้งทำให้พลาดการได้รับความรู้จากอาจารย์ในตอนที่สำคัญจนเน็ตหลุดไป แต่ก็ไม่เป็นไร เราก็กลับมาทบทวนภายหลังได้ เพราะมีการบันทึกไว้” “ปัญหาที่พบคือสัญญาณอินเทอร์เน็ตหลุด แต่ไม่เป็นไร เราก็พยายามหาวิธีการเชื่อมต่อด้วยเครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้การเรียนไม่สะดุด” “ต้องให้คนในครอบครัวเข้าใจ ระบบการเรียนแบบออนไลน์ กระบวนการเรียนการสอน จึงจะสามารถมีเวลาส่วนตัวในการเรียนการสอนได้” “รู้สึกกังวลใจในช่วงแรก เพราะไม่แน่ใจว่าสถานการณ์ระบาดครั้งนี้จะส่งผลต่อการฝึกภาคปฏิบัติไหม แต่ก็เรามั่นใจว่าทางอาจารย์จะต้องวางแผนการฝึกให้เราอย่างดี ซึ่งก็เป็นแบบนั้นจริงๆ” “ห้องแล็บอาจจะดูแคบไปหน่อยไม่เหมาะกับสถานการณ์โควิด แต่อย่างไรก็ตามเราก็มีการรักษาระยะห่าง ทำตามมาตรการเพื่อให้การฝึกผ่านไปได้อย่างดี” “ช่วงแรกของการฝึกแล็บก็กังวลว่าจะออกมาในรูปแบบใด แต่เราก็คิดว่ามันเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย ไม่ว่าอย่างไรก็ต้องผ่านไปให้ได้ และพวกเราก็สามารถผ่านการฝึกในสถานการณ์โควิดนี้มาได้”	การคิดในเชิงบวกและมองปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย (Positive thinking and Challenging situation)



ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ต่อ)

การสัมภาษณ์เชิงลึก	ประเด็นร่วม
4. ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ “สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี หลุดบ่อย บางครั้งทำให้สาระสำคัญที่ควรรู้ขาดหายไป แต่ก็ทำให้เราต้องมีการค้นคว้า หรือนำประเด็นที่ไม่ชัดเจนไปสืบค้นจากข้อมูลต่างๆ และมาทบทวนกับการสอนที่บันทึกไว้ได้” “เมื่อหาวิชานี้ต้องตั้งใจ ทำความเข้าใจด้วยตนเองเป็นอย่างมาก ต้องศึกษาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เลือกรอ่าน Web-site ที่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากไม่สามารถยืมหนังสือมาอ่านได้” “การเรียนแบบออนไลน์ในรายวิชานี้ อาจารย์สอนเข้าใจ มีรูปแบบอธิบายที่ง่าย ถ้าไม่เข้าใจสามารถซักถามข้อสงสัยได้ มีการยกตัวอย่างทำให้นักศึกษาเข้าใจมากขึ้น รวมถึงบอกช่องทางที่จะให้พวกเราได้สืบค้นข้อมูลได้จากหลายๆ แหล่ง”	มีความรอบรู้ในการสืบค้นข้อมูล (Inquiry literacy)

โดยสรุป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการศึกษา พบว่ามี 4 ประเด็น สามารถนำมาสนับสนุนผลการศึกษาในเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (Happiness Learning), ความสำเร็จหรือรู้ในวิเคราะห์ปัญหาใหม่ในสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างรวดเร็ว (Learning Agility), การคิดในเชิงบวก และมองปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ท้าทาย (Positive thinking and Challenging situation) และผู้เรียนเกิดความรู้ในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ (Inquiry Literacy)

อภิปรายผล

การประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ภาคทดลอง ในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้ CIPP Model มีดังนี้

(1) **ด้านบริบท (Context)** มีการดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามนโยบายของรัฐในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และ พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ บรรลุตามเป้าหมายของหลักสูตรที่วางไว้ ซึ่งอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตรของวิทยาลัยได้ร่วมกันวางแผนการจัดการศึกษาให้นักศึกษาสามารถเรียนภาคทดลอง ในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามระยะเวลาหลักสูตรที่กำหนดไว้ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 สอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการในการวางแผน ซึ่ง (Ratchasakulchai, 2004) ได้กล่าวไว้ว่า การวางแผน เป็นการหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการปฏิบัติงาน โดยใช้ปัจจัยต่างๆ อย่างมีเหตุผลเพื่อให้สามารถดำเนินงานในอนาคตให้เป็นไปได้ด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพและเกี่ยวข้องกับการคิดและการตัดสินใจที่ละเอียดอ่อน และต้องกระทำให้เสร็จสิ้นก่อนจะมีการดำเนินกิจกรรม และ ธรรมยุต นก ศรีทิพย์รัตน์ (Sritipratana, 2014) ได้ทำการศึกษาภาวะผู้นำ กระบวนการใน



การวางแผน การประสานงานและการดำเนินงาน ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานในองค์กร กรณีศึกษา: พนักงาน บริษัท เทเลคอม ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การวางแผนมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานในองค์กร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี วิริยะโกวินท์ (Wiriyakowin, 2005). ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน คุณภาพชีวิตการทำงาน กับการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานของพยาบาลวิชาชีพ ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพสังกัดฝ่ายการพยาบาล พบว่า ระดับการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ด้านการวางแผน การจัดการ การนำและการควบคุม

(2) **ปัจจัยนำเข้า** ด้านความพร้อมของนักศึกษาโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 53.80 ด้านอาจารย์ผู้สอน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ อาจารย์ผู้สอนคอยให้กำลังใจ ให้เกียรติและดูแลผู้เรียนทุกคนอย่างเสมอภาค ส่วนสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ภาพรวมทุกหัวข้ออยู่ในระดับมาก ซึ่งความพร้อมของนักศึกษาและ อาจารย์ผู้สอน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การจัดการเรียนการสอนบรรลุความสำเร็จตามที่วางไว้ สอดคล้องกับ นิชกานต์ แก้วจันทร์ และ ธนินท์รัฐ รัตนพงศ์ปัญญา (Kaewchan & Rattanapongpinyo, 2564). ได้ศึกษาความพร้อมในการจัดการเรียนการสอน และความคาดหวังประสิทธิภาพการศึกษาในระบบการเรียนการสอนออนไลน์ในทัศนะของนักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร พบว่าความพร้อมด้านผู้เรียน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้ความสำคัญด้านอุปกรณ์การเรียนมากที่สุด ($\bar{x} = 3.81, SD = 0.48$) เช่นเดียวกับ ธรรมรัตน์ แซ่ตันและคณะ (Saeton, 2018) ได้ศึกษาความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ของนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การระบาดไวรัส COVID-19 : กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต พบว่า นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมต่อการเรียนแบบออนไลน์ในระดับ ปานกลาง และมีความต้องการการสนับสนุนต่าง ๆ จากคณะหรือมหาวิทยาลัยใน ระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาพร้อมที่จะปรับตัวเข้าสู่การเรียนรู้แบบออนไลน์ หากอยู่ในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการเรียนการสอนแบบออนไลน์ดังเช่นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ที่พบอยู่ในปัจจุบัน และความพร้อมของอุปกรณ์สนับสนุนการเรียนและระบบเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ (อินเทอร์เน็ตและสัญญาณเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wi-Fi)) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเรียนแบบออนไลน์ สอดคล้องกับ กานต์มณี บุญศรีธา (Boonsatha, 2016) ได้ศึกษาความพร้อมของสถานศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการเป็นภาษาอังกฤษในโรงเรียนสังกัดเมืองพัทยา พบว่า ความพร้อมของสถานศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงจากค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้านกระบวนการ ด้านผลกระทบ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านบริบท และด้านผลผลิต ตามการปรับเปลี่ยนระบบการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เพิ่มประสิทธิภาพการศึกษา พัฒนาผู้เรียนตามศักยภาพ ความถนัด และพัฒนาระบบการเรียนรู้ตลอดช่วงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ (Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage of His Majesty the King, 2010). การจัดระบบการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ได้สรุป



ประเด็นที่นักศึกษาต้องปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ โดยควรมีการคิดวิเคราะห์ ตั้งคำถาม แสวงหาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง อ่านเป็น รักการอ่าน ใช้ภาษาและเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และการสื่อสาร มีวินัยและมีความรับผิดชอบ และอาจารย์ผู้สอน มีการเปลี่ยนแปลงการสอนโดยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์โดยใช้คำถามและกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้เรียนปฏิบัติจริง เน้นกระบวนการ ใช้แหล่งการเรียนรู้และวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จัดบรรยากาศเอื้อต่อการเรียนรู้ พัฒนาตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น (Boonsatha, 2016)

(3) ด้านกระบวนการ ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุดคือ สื่อการสอนสอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินการจัดการเรียนการสอนมีลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการเรียน ทำให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับ การศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ (Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage of His Majesty the King ,2010). พบว่า หากผู้สอนมีการจัดการเรียนรู้ที่ดีและรู้จักเลือกใช้วิธีการจัดการเรียนรู้ที่ดีและเหมาะสม ย่อมจะมีผลดีต่อการเรียนของผู้เรียน การจัดการเรียนรู้เปรียบเสมือนเครื่องมือที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรักการเรียน ตั้งใจเรียนและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะนำผู้เรียนไปสู่จุดหมายปลายทาง

(4) ด้านผลผลิต ประกอบด้วย ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาทั้ง 2 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา นักศึกษาทั้งหมดสามารถสอบผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 60 ขึ้นไป และระดับผลการเรียนระดับดีขึ้นไป จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 93.04 จากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นล้วนมีส่วนสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษา สอดคล้องกับ พัชสุดา กัลป์ยาณวุฒ (Kanyanawut, 2015) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาระดับ ปวช.และ ระดับปวส. ของวิทยาลัยเทคโนโลยีพาณิชยการและบริหารธุรกิจ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาทั้ง 4 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัย ปัจจัยด้านครูและปัจจัยด้านผู้เรียน ตามลำดับ เช่นเดียวกับนวรรตน์ ศึกษากิจ (Suksakit, 2018) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามความคิดเห็นของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สาขาพาณิชยกรรมของโรงเรียนอาชีวศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอาชีวศึกษา อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะบุคคล ($\bar{x} = 4.27$) ด้านครอบครัวและเพื่อน ($\bar{x} = 4.20$) และ ด้านการจัดการศึกษา ($\bar{x} = 4.18$) สอดคล้องกับ สุวัฒน์ บันลือ (Banlue, 2017) ศึกษา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ที่เหมาะสมสำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า นักศึกษากลุ่มที่เรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ และกลุ่มที่เรียนในชั้นเรียนแบบปกติ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการเรียนการสอนออนไลน์สามารถก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้เท่ากับการเรียนในชั้นเรียนแบบปกติ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาและส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนได้ทันต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน เช่น สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ส่งเสริม/ สนับสนุน ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และการสร้างเครือข่ายทางการศึกษาและการทำงาน เป็นทีมร่วมกับหน่วยงานวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
3. สถานศึกษาควรมีการวางแผนเตรียมพร้อมให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ที่ยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็น สื่อการเรียนรู้ การจัดการเรียนการสอน อุปกรณ์ และระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ตต่างๆ รวมถึงข้อจำกัดในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- Banlue, S. (2017). The Suitable Model of Online Learning and Teaching for Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of Roi Et Rajabhat University*. 11(2), 250-260. (in Thai)
- Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E et al. (April 2020). COVID-19 and Thrombolytic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up. *Journal of the American College of Cardiology*
- Boonsatha, K. (2016). *School Rediness Toward Instruction by English Curriculum of Ministry of Schools under Education of Schools under Education of Pattaya City*. Master's thesis, Burapha University. (in Thai)
- Buosonte, R. (2013). CIPP and CIPPIEST evaluation models: Mistaken and precise concepts of application. *Silpakorn Educational Research Journal*, 5(2), 7-24. (in Thai)
- Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R (2020). Fetures, Evaluation and Treatmrnt Coronavirus (COVID 19) Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing. PMID 32150360. Retrieved (18 March 2020) from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). "Symptoms of Coronavirus". U.S. Retrieved (2021, 4 March) from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.



- Chintapanyakul, T., Ruaengsri,S., Laksana, K., & Lhongsap ,P. (2017). Cippiest the New Curriculum Evaluation: Cippiest Model. *Journal of the Police nurse*. 9(2), 203 – 212. (in Thai)
- Kaewchan, N. & Rattanapongpinyo, T. (2021). The preparation of online learning and student's expectation for educational effectiveness at Faculty of Management Science, Silpakorn University. Rajabhat National Academic Conference. Research No. 9. Rajabhat University March 1, 2021. 138-148. (in Thai)
- Kanyanawut, P. (2015). *Factors affecting the academic achievement of students at the Vocational Certificate and Vocational Certificate of Payap College of Technology and Business Administration*. Educational integration intellectual culture Education for life. (in Thai)
- Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA (March 2020). Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA*. 323 (15): 1499
- Panich, W. (2015). *Transformative Learning*. Bangkok: S.R. Printing Mass Products Co., Ltd. (in Thai)
- Ratchasakulchai, S. (2004). *Management Planning and Control*. 4th Edition. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sae - ton, T., Haoboorn, P., Junthip, P., Suteerasak, T.& Limsakul ,W. (2021). Readiness for undergraduate online learning during the COVID-19 pandemic: A case study of the Prince of Songkla University Phuket campus. *Journal of Social Research and Development*. 3(1), 23 – 37. (in Thai)
- Sritipratana, T. (2014). *Leadership, Planning Process, Coordination and Operation Affecting the Quality of Work Life in Organization Case Study of Employees of Telecom Company in Bangkok*. Master's Thesis, Bangkok University. (in Thai)
- Stufflebeam, D. L. (2008). *The CIPP model for evaluation in national conference on educational research 17-18 January 2008*. Phitsanulok, Thailand: Faculty of Education Naresuan University.
- Stufflebeam, D. L., & Coryn, C. L. S. (2014). *Evaluation: Theory, models and applications* (2nd eds.). San Francisco: Jossey-Bass
- Sueksakit, N. (2018). *Factors Affecting Learning Achievement of Student at Vocational Education Certificative Level in the Commercial of School Vocational Educational*. Master's thesis, Siam University. (in Thai)
- Thai government gazette (2020). Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand, 2020. Retrieved (2021, 2 January).from https://www.tosh.or.th/covid-19/images/file/2020/T_1.PDF?t=1590561657.



Thailand Nursing and Midwifery Council (2018). Announcement of the Nursing Council.

Core competencies of graduates with a bachelor's degree. Retrieve (2021,12 March)

From <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>. (in Thai)

The Communicable Disease Act. (2015). Retrieved (2021,2 January) from

https://tmc.or.th/pdf/covid-19_02-110363.PDF.

Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage of His Majesty the King (2010).

Manual of teaching and learning system Learners are the learning center. Phra

Nakhon Si Ayutthaya: Thien Wattana Printing. (in Thai)

UNESCO. (2020). Education in a Post-COVID World. Nine Ideas for Public Action

Unya Plodpluang.(2022).The Role of Nurses in the Provision of Vaccine Servicesto Prevent

Coronavirus 19. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 9(1),39-51.

Wannarat, W. (2017). Test Score and Grading. *Journal of Humanities and Social Sciences*,

Ratchaphruek University. 2(3), 1-11. (in Thai)

Wattanasoontorn, K. (2008). Application of Stufflebeam's CIPP Model for Educational Project

Evaluation. *Suranaree J. Soc.Sci*. 2(1) June, 67 – 83. (in Thai)

Wiriakowin, S. (2005). *The relationship between personal factors, job characteristics,*

quality of life, work on participatory decision-making in the administrative process of

registered nurses. Case studies: Rama 9 Hospital. Master's Thesis, Burapha University.

(in Thai)

World Health Organization (WHO) (2020). "Q&A on coronaviruses (COVID-19)".

Retrieved (2020, 14 May). from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>.



Predictive Factors of Self-Esteem in the Elderly with Chronic Diseases in Mueang District, Lampang Province

Budsarin Padwang^{1*}, Napatson Tanyo*

(Received: May 24 2022, Revised: July 21 2022., Accepted: November 17 2022)

Abstract

The objective of the research was to study the level of self-esteem and predictive factors in the elderly with chronic diseases in Mueang district, Lampang province. Three hundred and four older with chronic diseases were selected using multistage random sampling technique. Data were collected between May 2021 and July 2021. The research tools were the psychosocial status and self-esteem in the elderly with chronic disease questionnaires with Cronbach's alpha coefficient values of .75 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and binary logistic regression.

The results showed that the mean self-esteem score was at a higher level ($\bar{x}$ = 3.26, SD = 0.684). Disease (β = -.617), autonomy (β = .197), roles and duties (β = .129), and relationship (β = .184) could predict self-esteem in the elderly with chronic diseases for 41.7% of the variance (adj. R² = .645, p < .001). Per the findings of the study, nurses and healthcare providers must consider these significant factors to develop self-esteem enhancement program for the elderly with chronic diseases who live in the community settings.

Keywords: Predictive factors, Self-esteem, Elderly people with chronic diseases

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabromarajchank

¹Corresponding author: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel.0818839717



ปัจจัยพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

บุศรินทร์ ผัดวัง*, นภัสสร ตัญญู*

(วันรับบทความ : 24 พฤษภาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 21 กรกฎาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 17 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง จำนวน 304 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 ถึง กรกฎาคม 2564 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะจิตสังคมและการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมองเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $S.D=0.684$) ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ ด้านโรคประจำตัว ($\beta = -.617$) ด้านอัตมโนทัศน์ ($\beta = .197$) ด้านบทบาทหน้าที่ ($\beta = .129$) ด้านสัมพันธภาพ ($\beta = .184$) โดยสามารถร่วมพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 41.7 ($R^2 = .645^a$, $p < .001$) ผลจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำปัจจัยดังกล่าวไปพัฒนาโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: ปัจจัยพยากรณ์, การมองเห็นคุณค่าในตนเอง, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: Budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel.0818839717



บทนำ

ปัจจุบันวิทยาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ประชากรทั่วโลกมี ชีวิตที่ยืนยาว ร่วมกับมีอัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น (The United Nations Population Fund : UNFPA., 2015) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1,402 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของ ประชากรโลกทั้งหมด (National Statistical Office., 2019) และสถานการณ์ปัจจุบันโลกกำลังก้าวสู่ ผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ (Completed Aging) จากการสำรวจยังพบข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศ ไทยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (The United Nations Population Fund : UNFPA., 2015) ซึ่งพบว่าเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายก็เพิ่มขึ้นตาม ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ คือ โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน เป็นต้น โรคความ ดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสู่ปกติ ใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน (Sikhao O., 2015)

ผลกระทบจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุส่งผลในหลายด้าน ทั้งทางกายที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสีย หน้าที่การทำงานของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความไม่สุขสบาย ความ เจ็บปวดทุกข์ทรมาน สูญเสียภาพลักษณ์ (Pragodpol P., Suwannaka Y., Chairit A., Ginseng B., Seethan S., Soisrisawad M. & Chaphong S., 2015) ส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจตามมา มีความวิตก กังวล เครียดทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและต้องมีการปรับตัวทางด้านสังคม ปรับตัวกับสังคมสิ่งแวดล้อม รอบตัว ปรับตัวกับการอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวและผู้อื่น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้แยกตัวจาก สังคม มีบทบาททางสังคมลดลง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตอย่างปกติ (Department of Mental Health, 2018) อีกทั้งการเกิดโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอ อวัยวะส่วนปลาย หรือแม้กระทั่งการติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (Phaengsuk P., Sukpool E. and Pinyo P., 2020) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องพึ่งพิงและได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือ การดูแลจากบุคคลอื่น ทำให้บทบาทในด้านครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงด้านอาชีพที่ส่งผลต่อบทบาทใน ด้านสังคม ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ส่งผลให้เกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้นและการเจ็บป่วยทั้งทางด้าน ร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม ในระยะยาวอาจกระทบต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในด้าน เศรษฐกิจครอบครัว รัฐบาลต้องจัดสรรสวัสดิการและลงทุนในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Phaengsuk P., Sukpool E. and Pinyo P., 2020) โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนสูงถึง 3,128 บาท นอกจากนี้ยังส่งผลต่อ ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้จากการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวไม่มีรายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ วิตกกังวลและความเครียดตามมา จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาในด้านจิตสังคมที่มี



ความสัมพันธ์กันทางจิต กาย และการมีปฏิสัมพันธ์ของตัวบุคคลกับครอบครัวหรือชุมชนซึ่งจะแสดงออกมาทางพฤติกรรม (Eewsuwan K., Rattanachodpanich T., Tisayaticom K., Patcharanarumol W., Limwattananon S. & Limwattananon C., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโดยธรรมชาติของผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจระดับต่างกันไป ซึ่งจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจซึ่งเป็นการปรับตัวเชิงลบ และพบว่ามักมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกายจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม มีการสูญเสียสภาพลักษณะ ทำให้สูญเสียโอกาสในชีวิต สูญเสียสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม และการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสะท้อนลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตเห็น เช่น ซึมเศร้า มีความท้อแท้ มีปมด้อยในตนเอง หวาดระแวง รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย หดก้ำลึงใจ ขาดการนับถือตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง (Department of Mental Health, 2018) ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ท้อแท้ วิตกกังวล แยกตัว ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง สังคม สิ่งแวดล้อมลดลง ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก หรือพฤติกรรมปฏิกิริยาสัมพันธ์ลดลง (Department of Mental Health, 2018)กระทบต่อทั้งตัวบุคคลและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้าง (Santhornchaiya R., 2019) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะการเจ็บป่วยทางกายนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่สำคัญคือการมองเห็นคุณค่าในตนเอง (Phongaram I., 2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับนับถือ ส่งผลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Kampechdee K., Sabaiying W. & Sansa N., 2013)

จากข้อมูลจังหวัดลำปางในปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวนสูงขึ้นเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของภาคเหนือ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในหลายๆประเด็น และจากการศึกษาเชิงลึกพบว่า มี 3 ประเด็นหลักเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสังคมเมือง ประกอบด้วย 1) ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 2) สิ่งใกล้ตัวใกล้ใจและ 3) ตัวช่วยเสริมคุณค่าให้แข็งแรง (Baljay Y., Srangthaisong D. & Kerdmakmee C., 2020) ซึ่งตามทฤษฎีของการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) (Roy, 1999) ที่กล่าวให้มีความสำคัญกับการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์และ จิตสังคมของมนุษย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก จะเกิดกระบวนการเผชิญปัญหา โดยมีกลไกการควบคุม (Regulator subsystem) และรู้คิด (Cognition subsystem) ทำงานร่วมกัน สุดท้ายแสดงออกมาทางพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งหากพบว่าพฤติกรรมปรับตัว มีปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองด้านอัตมโนทัศน์ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะส่งผลต่อการสนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

จากความสำคัญของปัจจัยด้านจิตสังคมและการมองเห็นคุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาใด ที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยด้านจิตสังคมกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง



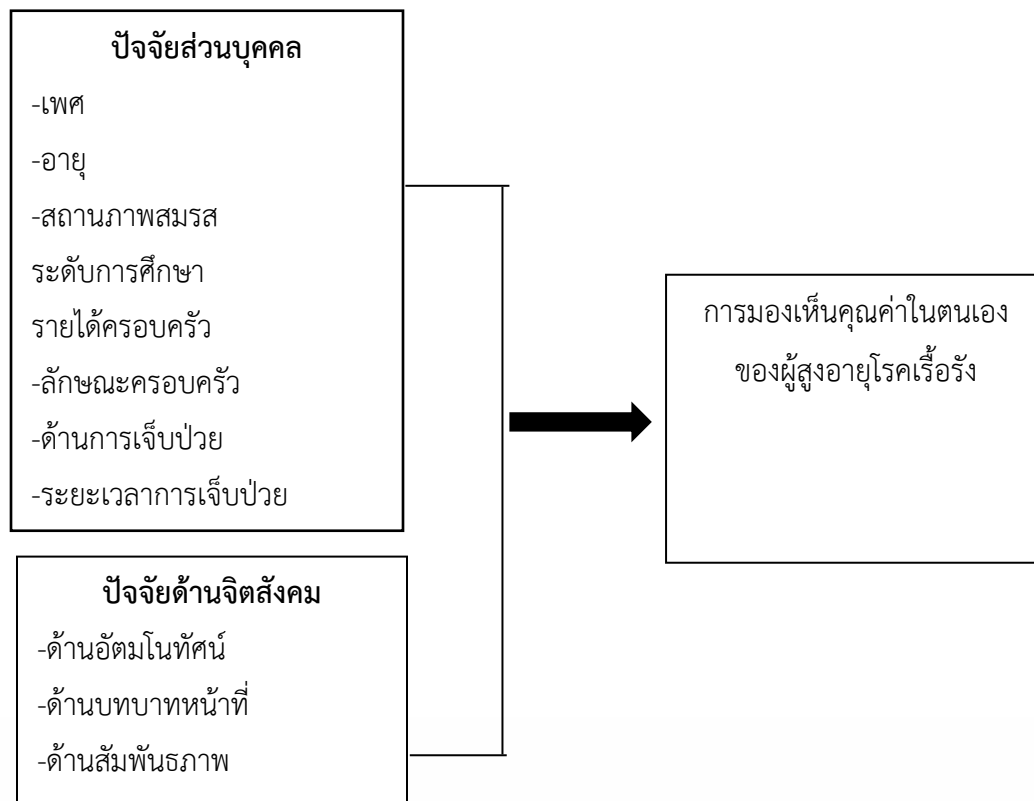
เป็นอย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็น ความสำคัญของปัจจัยด้านจิตสังคมกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง จึงสนใจศึกษา ปัจจัยพยากรณ์ด้านจิตสังคมกับ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อมูล ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องและใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานแนวทางการศึกษาวิจัยหรือสร้างนวัตกรรมในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านจิตสังคม และการมองเห็นคุณค่าในตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการนำข้อมูลเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Bekhet et al. (2008) และ (Roy, 1999) ได้แก่ปัจจัยด้านจิตสังคม ในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านสัมพันธภาพ ร่วมกับแนวคิดของ Lyubomirsky et al. (2005) ได้แก่ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลสูงต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมมีอิทธิพลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 3,977 คน (Lampang Provincial Public Health Office., 2018)

กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตร Taro Yamane ที่มีความคลาดเคลื่อน 0.5 คือ $n = \frac{N}{1 + Ne^2}$ ได้จำนวน 364 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งหลายชั้น (Multistage Random Sampling) ในพื้นที่ 4 ตำบลในเขตเทศบาลอำเภอเมืองลำปาง ได้แก่ ตำบลเวียงเหนือ ตำบลสบตุ๋ย ตำบลหัวเวียง และตำบลพิชัย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การคำนวณจากสูตร Taro Yamane ดังนี้



สูตร $n = N/(1+Ne^2)$ เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e^2 = เลขนัยสำคัญ คือ 0.05

ประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอเมืองจำนวน 3,977 คน ที่นัยสำคัญ 0.05

$$n = 3977 / 1 + (3,977) (0.5) (0.5) \\ = 363.44$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ = 364 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานเกิน 3 เดือน
2. ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนา อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาเขตเทศบาลเมืองตำบลพิชัย ตำบลเวียงเหนือ ตำบลสบตุ๋ยและตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการสื่อสาร และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุมีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้อย่างต่อเนื่องจนเสร็จสิ้น
3. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้มีปัญหาด้านการมองเห็นและการสื่อสาร

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการปรับตัว ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านสัมพันธภาพ โดยพัฒนาจากแบบประเมินภาวะจิตสังคม ของ (Chotikpong P., 2004) และแบบประเมินคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale : RSE) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย (Atsaran P., 2012) โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล (personal Demographics) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะจิตสังคม ของ (Chotikpong P., 2004) โดยประยุกต์เข้ากับทฤษฎีการปรับตัวของ รอยด์ (Roy model) 4 ด้าน และพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์จำนวน 5 ข้อด้านบทบาทหน้าที่จำนวน 5 ข้อและด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกันจำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย



และไม่มีเลย เกณฑ์การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1 – 2.27 หมายถึง ภาวะจิตสังคมในตนเองต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.33 – 3.6 หมายถึง ภาวะจิตสังคมในตนเองปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.73 – 5 หมายถึง ความรู้สึกต่อตนเองสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบประเมินคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale : RSE) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย (Atsaran P., 2012) เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองประกอบด้วย เจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเองข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามข้อที่ 1 2 4 6 และ 7 เป็นข้อคำถามทางบวกส่วนข้อคำถามที่ 3 5 8 9 และ 10 เป็นข้อคำถามทางลบ เกณฑ์การแปลผลเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1 – 2 หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.1 – 3 หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางและค่าคะแนนเฉลี่ย 3.1 – 4 หมายถึง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากแบบวัดการปรับตัวด้านจิตสังคม (Chotikpong P., 2004) และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ถูกต้อง ครบคลุมและความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัย นำมาปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องด้านภาษา ความครอบคลุมและความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง จากสูตรดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) เมื่อพิจารณาแล้วค่า IOC ของเครื่องมืออยู่ที่ 0.50 แสดงว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้.

การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะจิตสังคม ที่แก้ไขข้อคำถามที่บกพร่องแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 คน (Try Out) แล้วนำมาคำนวณความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.75

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale : RSE) แปลเป็นภาษาไทยโดย (Atsaran P., 2012) ซึ่งได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 ถึง กรกฎาคม 2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ถึงนายกเทศมนตรีอำเภอเมืองลำปาง และกลุ่มตัวอย่าง



2. ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือให้การเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยโดยแจ้งให้แก่กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ได้ โดยการระบุในเอกสารหน้าแบบสอบถามและแจ้งให้ทราบ ว่าในการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเต็มใจและสมัครใจคำตอบที่ได้จะเป็นความลับและนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ E 2563-174 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2563 จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ถึงนายกเทศมนตรีอำเภอเมืองลำปาง และกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากนายกเทศมนตรีอำเภอเมืองลำปางและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับใช้ในการทำวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมตามวัตถุประสงค์งานวิจัยที่นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเท่านั้นและ อธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเลือกเวลา และสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และอย่างเซ็นยินยอมก่อนตอบแบบสอบถามทุกราย

3. ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ไปวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษารายได้ครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ความถี่ (Nominal Scale)

2. การวิเคราะห์ระดับภาวะจิตสังคมวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายระดับภาวะจิตสังคมของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากข้อมูลเป็นข้อมูลระดับ (Interval Scale)



3. การวิเคราะห์ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากข้อมูลเป็นข้อมูลระดับ (Interval Scale)

4. ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Binary Logistic Regression) ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05) และได้แปลงตัวแปรระดับการวัดนามบัญญัติ (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยพิจารณาตัวแปรพยากรณ์ประกอบด้วย ด้านโรคประจำตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านสัมพันธภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=304)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	102	33.5
หญิง	202	66.5
อายุ		
60-69 ปี	159	52.3
70-79 ปี	107	35.2
80 ปีขึ้นไป	38	12.5
ศาสนา		
พุทธ	304	100
สถานภาพ		
โสด	36	11.8
สมรส/คู่	189	62.2
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	3.6
หม้าย	68	22.4
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	40	13.2



ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=304) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	42	13.8
ประถมศึกษา	136	44.7
อาชีวฯ / ปวช. / ปวส.	25	8.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	61	20.1
อาชีพ		
เกษตรกร	40	13.2
ข้าราชการบำนาญ	40	13.2
ธุรกิจส่วนตัว	36	11.8
รับจ้างทั่วไป	67	22.0
แม่บ้าน / พ่อบ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	110	36.2
อื่นๆ	11	3.6
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	28	9.2
อยู่กับครอบครัว / ญาติ	276	90.8
โรคประจำตัว		
มี 1 โรค	141	46.4
โรคเบาหวานและความดัน	163	53.6
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
3-11 เดือน	31	10.2
1-5 ปี	103	33.9
6-10 ปี	63	20.7
> 10 ปี	107	35.2

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (n = 202, 66.4%) มีช่วงอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ร้อยละ 52.3 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส/คู่ร้อยละ 62.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.2 รายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 41.8 ร้อยละ 70.7



อาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.6 มีโรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง และร้อยละ 35.2 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง > 10 ปี

ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ตาราง 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (N=304)

การเห็นคุณค่าในตนเอง	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับ
1.ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	304	3.22	0.582	ปานกลาง
2.ฉันรู้สึกว่ามีคุณสมบัติที่ดีอยู่บ้าง	304	3.32	0.551	ปานกลาง
3.ฉันรู้สึกว่ามีประสบการณ์แต่ความล้มเหลว	304	2.78	1.108	ปานกลาง
4.ฉันรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะ ทำงานต่างๆได้ดีเท่ากับผู้อื่น	304	3.13	0.660	ปานกลาง
5.ฉันรู้สึกไม่ค่อยภูมิใจในตนเอง	304	2.65	0.984	ปานกลาง
6.ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนดี	304	3.17	0.596	ปานกลาง
7.ฉันพอใจในตนเอง	304	3.22	0.610	ปานกลาง
8.ฉันรู้สึกว่าควรจะนับถือตนเองได้ มากกว่านี้	304	2.58	0.762	ปานกลาง
9.ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์	304	2.73	1.080	ปานกลาง
10.ในบางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดี เลย	304	2.45	1.061	ปานกลาง
การมองเห็นคุณค่าตนเองโดยรวม	304	3.26	0.684	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 304 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.26, S.D=0.684) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย การเห็นคุณค่าในตนเองรายด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านฉันรู้สึกว่ามีคุณสมบัติที่ดีอยู่บ้าง ($\bar{x}$ = 3.32, S.D=0.551) ด้านฉันพอใจในตนเอง ($\bar{x}$ = 3.22, S.D=0.610) และด้านฉันรู้สึกว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น



($\bar{X}$ = 3.22, S.D = 0.582) สำหรับค่าเฉลี่ยของ การเห็นคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายด้าน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านในบางครั้งฉันรู้สึกว่ามีอะไรดีเลย ($\bar{X}$ = 2.45, S.D = 1.061)

ปัจจัยทำนาย การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ตาราง 3 ปัจจัยทำนาย การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	b	Std(b)	Beta	t	p
ด้านโรคประจำตัว	-1.146	.115	-.617	-9.962	< .001
ด้านอัตมโนทัศน์	.420	.104	.197	4.032	< .001
ด้านบทบาทหน้าที่	.131	.053	.129	2.495	.013
ด้านสัมพันธภาพ	.220	.060	.184	3.630	< .001
ค่าคงที่ = 20.168		1.742		11.577	< .001

(adj. R^2 = .645, p < .001)

ตาราง 3 พบว่าปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้แก่ ด้านโรคประจำตัว (β = -.617) ด้านอัตมโนทัศน์ (β = .197) ด้านบทบาทหน้าที่ (β = .129) ด้านสัมพันธภาพ (β = .184) โดยสามารถร่วมพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 41.7 (adj. R^2 = .645, p < .001) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง = 20.168 - 1.146 (ด้านโรคประจำตัว) + 0.42 (ด้านอัตมโนทัศน์) + 0.131 (ด้านบทบาทหน้าที่) + 0.220 (ด้านสัมพันธภาพ)

อภิปรายผล

1. ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, S.D = 0.684) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมองเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านบวกค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ฉันรู้สึกว่ามีคุณสมบัติที่ดีอยู่บ้าง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D = 0.551) ฉันพอใจในตนเอง ($\bar{X}$ = 3.22, S.D = 0.610) ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น ($\bar{X}$ = 3.22, S.D = 0.582) อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก เนื่องจากการเจ็บป่วยยังอยู่ในระยะไม่รุนแรง ซึ่งถึงแม้ว่าร้อยละ 53.6 ของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ



โรคอื่น ๆ แต่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ ดังแนวความคิดการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) ที่พูดถึงกลไกการปรับตัว เมื่อมีสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหาที่มีกลไกการควบคุม การคิดรู้ ที่จะแสดงออกมาทางพฤติกรรม การปรับตัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถปรับตัวต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร กิจกรรม การนอน เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ สามารถปรับตัวจากการรับรู้ของตนเองและการรับรู้จากบุคคลอื่นซึ่งจะแสดงออกมาทางพฤติกรรม ทำให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Roy, 1999) นอกจากนี้ Nangphet P., Muensri B. & Manasurakarn J., (2017) ยังกล่าวว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเปราะบางของสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่หากบุคคลนั้นปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆได้ จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองตอบต่อการดำรงชีวิตจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในจิตใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในตนเอง แม้ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ถึงร้อยละ 35.2 ก็ตาม

2. ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ มีดังนี้

2.1 ด้านโรคประจำตัว สามารถร่วมทำนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ และเป็น ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($\beta = -.617$) สามารถอธิบายได้ว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นได้ เมื่อลดปัจจัยด้านโรคประจำตัวไม่ว่าจะมีโรคประจำตัว 1 โรคหรือมีโรคร่วมก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ Thongcharoen W., (2011) ที่พบว่า โรคทางหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง และเกิดภาวะพึ่งพาสูงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตสังคมที่มีการถดถอยตามโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกในคุณค่าของผู้สูงอายุเอง เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย แยกตัวออกจากสังคมได้ (Thanaphum S., 2014) เป็นต้น

2.2 ด้านอัตมโนทัศน์ สามารถร่วมทำนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ และเป็น ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($\beta = .197$) จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนด้านอัตมโนทัศน์ เฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.01 (SD = 0.917) โดยมีระดับความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มีความสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ และรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นได้ ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมในการเพิ่มปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มากขึ้น สอดคล้องกับ (Roy, 1999) ที่กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติค่านิยม ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อันเป็นผลมาจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งความรู้สึกนึกคิด ทศนคติค่านิยม และความเชื่อต่างๆเหล่านี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกพฤติกรรม ของบุคคล และอัตมโนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมในการเพิ่มปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีความสอดคล้องกับทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อของผู้สูงอายุให้มากขึ้น จะส่งผลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ



2.3 ด้านบทบาทหน้าที่ สามารถร่วมทำนายนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ($\beta = .129$) จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนด้านบทบาทหน้าที่เฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.38 (SD = 1.255) โดยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ท่านสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมในครอบครัวและสังคม เช่น อบรมดูแลบุตรหลาน ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว ท่านมีส่วนร่วมในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในครอบครัว และท่านมีวิธีจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดของตนเองเป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายได้สอดคล้องกับทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ซึ่ง Roy (1999) และ Thongcharoen W., (2011) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการปรับบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์แบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่สามารถร่วมทำนายนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ จึงควรมีการส่งเสริมกิจกรรม ในการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงได้ดี จึงทำให้ เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในการดูแลตนเอง และจัดการปัญหาของตนเองได้มากขึ้น (Sujamnon S., Thirawiwat M., & Imami N., 2013)

2.4 ด้านสัมพันธภาพ สามารถร่วมทำนายนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ($\beta = .184$) จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนด้านสัมพันธภาพเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.19 (SD = 1.172) อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ, งานประเพณี, ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว ท่านมักจะมีเพื่อนบ้านมาพูดคุย ขอคำแนะนำปรึกษาหรือช่วยเหลือ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมชนบท ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวอยู่กับครอบครัว/ญาติ ร้อยละ 70.7 มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ให้ความเคารพนับถือ เชื่อฟัง ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวในยามเจ็บป่วย มีความสนใจใฝ่ถามความทุกข์ สุข รับฟังปัญหาและคอย.ให้กำลังใจ. ปลอดภัยทุกครั้งเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหามีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว มีเพื่อนบ้านมาพูดคุย ขอคำแนะนำปรึกษาหรือช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaikaew, T., and Worawutbuddhapong, P. (2015) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพกับเพื่อนสามารถร่วมกันทำนาย ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมได้ ดังนั้นจะสะท้อนได้ว่า ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมด้านสัมพันธภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้สูงขึ้นต่อไป

3.เสนอตัวแบบปัจจัยพยากรณ์ตัวแปร การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้ 41.7% ดังสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้

การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง = $20.168 - 1.146$ (ด้านโรคประจำตัว) + 0.42 (ด้านอัตมโนทัศน์) + 0.131 (ด้านบทบาทหน้าที่) + 0.220 (ด้านสัมพันธภาพ)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบ/โปรแกรม การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การสร้างเสริมสัมพันธภาพ สื่อ นวัตกรรมที่มีความ



หลากหลาย ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเหมาะสมกับบริบท สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะจิตสังคมกับการมองเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างผู้สูงอายุและวัยก่อนผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบการมองเห็นคุณค่าของคนในช่วงวัยอื่นและควรศึกษาภาวะจิตสังคมในกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น บุคคลวัยทำงาน หรือวัยก่อนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการวางแผนส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองและการพัฒนารูปแบบการมีคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมด้านจิตสังคมกับการมองเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

- Atsaran, P. (2012). *Relationships among self-esteem, self-compassion, body mass index, self-objectification, and body image satisfaction in female adolescents*. Master's dissertation, Chulalongkorn University.
- Baljay, Y., Srangthaisong, D. & Kerdmakmee, C. (2020). *Self-Esteem Experiences of Older Adults with Chronic Illness in Urban Area*. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 9(3), 350–364.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. E. (2008). Happiness: Theoretical and empirical considerations. *Nursing Forum*. 43(1), 12-23.
- Chaikaew, T., and Worawutbuddhapong, P. (2015). *Psychosocial factors predicting social adjustment among mattayomsuksa 1 students in Mueang District, Chiang Mai Province*. Graduate School, Chiang Mai University.
- Chotikpong, P. (2004). *Strength in worldview and psychosocial adjustment of adolescents in Muang District Chiang Mai Province = Sense of coherence and psychosocial adaptation among adolescents in Muang District, Chiang Mai Province*. Academic dissertation nursing, Chiang Mai University.
- Department of Mental Health. (2018). *The Department of Mental Health found the second highest suicide rate among the elderly, begging to speed up correction*. Retrieved 2020, 14 May from <http://www.prdmh.com>



- Eewsuwan, K., Rattanachodpanich, T., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S. & Limwattananon, C. (2017). Situation of Hospitalization and Having Carers during Recovery Period at Home among Elderly People in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(2), 248-256
- Kaewprom C., In-Sricheun S., Pongpumma L. (2020). Self-esteem among Old Persons Participating in the Elderly School. *Journal of Health Sciences Scholarship*.7(1),76-89.
- Kampechdee, K., Sabaiying, W. & Sansa, N. (2013). *The Factors Affecting Self-Esteem of Elderly People in Ubon Ratchathani Province*, Paper presentation. The 4th STOU Graduate Research Conference. Nonthaburi.
- Lampang Provincial Public Health Office. (2018). *Official Statistics Registration System. Population by age* Lampang: Lampang Provincial Public Health Office.
- Lyubomirsky, S. (2001). *Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being*. *American Psychologist*. 56, 239–249.
- Nangphet, P., Muensri, B. & Manasurakarn, J. (2017). *Adaptational Behaviors of Patients with Systemic Lupus Erythematosus*, Paper presentation. The 8th National and International Hat Yai Academic Conference 22 June 2017 Hat Yai University, Hat Yai
- National Statistical Office, (2019). The 2019 survey of the older persons in Thailand. Ministry of Information and Communication Technology. Social Statistics Bureau. Bangkok: Text and Journal Publication.
- Phaengsuk, P., Sukpool, E. and Pinyo, P., (2020). Factors predicting preventive behaviors of diabetes and hypertension among people in the community. community. *Songkla Nakarin Journal of Nursing*. 40 (1), 71-83.
- Phongaram, I. (2015). *The effect of self-help group on self-esteem in elderly with leprosy* Master's thesis, Burapha University.
- Pragodpol, P., Suwannaka, Y., Chairit, A., Ginseng, B., Seethan, S., Soisrisawad, M. & Chaphong, S., (2015). *Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill patients*. Retrieved 2020, 14 May from <http://hdl.handle.net/11228/4371>.
- Roy, C. (1999). *Heather, AA. The roy daptatoin model*. Stamford: Appletion & Lange.
- Santhornchaiya, R. (2019). *Psychosocial Therapy for the Elderly* . Pathum Thani : Thammasat University Press.



- Sikhao, O. (2015). *Diabetes Management: Disease Dimensions and Nurse Roles*. Huachiew Chalermprakiet University. Bangkok : M&M Laser Print.
- Sujamnong, S., Thirawiwat, M., & Imami, N. (2013). Factors related to self-management of hypertensive patients. Talat Khwan Health Promoting Hospital Nonthaburi Province. *Journal of Health and Nursing Research*. 29 (2), 20–30.
- Thanaphum, S. (2014). *Psychosocial aspect of illness*. RamaMental.mahidol.ac.th. Retrieved 2020, 14 May from <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/05302015-1735>
- The United Nations Population Fund Thailand and the Office of the National Economic and Social Development Board. (2015). *The state of Thailand's population 2015. Features of Thai Families in the Era of Low Fertility and Longevity*. Bangkok: United Nations Population Fund (UNFPA).
- Thongcharoen, W. (2011). *Science and Art of Nursing for the Elderly*. Bangkok : Textbook Project of Faculty of Nursing, Mahidol University.



The Effects of Self – Efficacy Promoting Program on Falls Prevention among Older Community Dwellers in Phrae Province

Saowapa Dedkhard^{1*} Sudarat Thongkong* Payom Thinaun**

(Received July 6, 2022, Revised: December 2, 2022, Accepted: December 13, 2022)

Abstract

The objective of this research was to examine the effects of the self-efficacy promoting program on falls prevention among older persons in communities. This study employed the Quasi-Equivalent Control Group Design. The samples consisted of 56 older persons who met with the study criteria. There were an experimental group of 28 subjects and a control group of 28 subjects. The experimental group received the self-efficacy promoting program on falls prevention, while the control group received the routine program. Instruments included 1) the Thai-Frat for screening of fall risks 2) the self-efficacy promoting program on falls prevention. Instruments used to measure outcomes included the perceived self – efficacy questionnaire and the knowledge on falls prevention among the elderly with the reliability of 0.86 and 0.81, respectively. Descriptive statistics, the paired t-test, and the independent t-test were used for data analysis.

Results showed that in the experimental group, perceived self-efficacy and knowledge on falls prevention after the training were higher than before the training. ($t = 8.002, p < .01$). In addition, as compared to the control group, the experimental group had significantly higher scores of perceived self-efficacy and knowledge on fall prevention ($t = 9.982, p < .01$). Findings from this study suggest that health care personnel should apply the self-efficacy promoting program to prevent falls among the elderly group in community, as well as continue to apply falls prevention program (s) to promote their long-term quality of life.

Keywords: Self-efficacy, Falls prevention, The elderly

* Nurse Instructor, Boromarajajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Nurse Instructor, Boromarajajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

¹ Corresponding author: saowapa@bcnph.ac.th Tel. 08 1733 4195



ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

เสาวภา เต็ดชาต^{1*} สุรัตน์ ทองคง* พยอม ถิ่นอ่อน**

(วันรับบทความ : 6 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 2 ธันวาคม 2565, วันตอบรับบทความ: 13 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (Thai-Frat) 2) โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.86 และ 2) แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ The Paired t-Test และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ The Independent t-Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.002$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 9.982$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรด้านสุขภาพควรนำแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไปใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างจริงจัง และควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้มและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: saowapa@bcnph.ac.th โทร 08 1733 4195



บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปีพ.ศ. 2578 ภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.87 และในจำนวนนี้จังหวัดแพร่มีร้อยละผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศไทย (ร้อยละ 23.99) (Department of Elderly Affairs, 2020; Phrae Hospital Data Center, 2020) การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาที่มากับความชรา (Geriatric syndrome) ได้แก่ สมอเสื่อม ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และ การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยเฉพาะปัญหาพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อย และพบเป็นลำดับที่ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในผู้สูงอายุทั่วโลก ในแต่ละปีผู้สูงอายุประมาณ 684,000 คน เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม และมากกว่าร้อยละ 80 ในจำนวนดังกล่าวอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization, 2021; Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2020) ในประเทศไทย การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งกรมควบคุมโรคระบุว่าผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมากกว่า 1,000 รายต่อปี โดยผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 30 หรือกว่า 3 ล้านคน หกล้มทุกปี และร้อยละ 20.00 หรือกว่า 6 แสนคน ของผู้ที่หกล้มนั้นได้รับบาดเจ็บ ซึ่งสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากหลายปัจจัย โดยประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ เช่น เพศหญิง อายุ 70 - 79 ปี ความบกพร่องทางสายตา ความผิดปกติของการทรงตัว โรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป การวางของภายในบ้าน ทางต่างระดับ พื้นบ้านลื่น ไม่มีราวจับ และ3) ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ยาที่มีผลต่อระบบประสาท การมองเห็นและการทรงตัว เป็นต้น (Center for Disease Control, 2020) ข้อมูลจากสถิติของโรงพยาบาลแพร่ พบว่า ในปี 2558 มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการหกล้ม จำนวน 1,333 ราย ในปี 2559 มีจำนวน 1,382 ราย และใน ปี 2560 มีจำนวน 1,447 ราย เมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่าอำเภอเมือง และอำเภอสูงเม่นมีอัตราการหกล้ม และกระดูกสะโพกหักมากที่สุดตามลำดับ โดยสองอำเภอรวมกัน มีอัตราการเกิดสะโพกหัก ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยทั้งหมดของจังหวัด นอกจากนี้ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ พบว่าอำเภอสูงเม่นพบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงสูง มากที่สุด คือ ร้อยละ 12.69 และมีภาวะเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 66.16 (Phrae Hospital Data Center, 2020)

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มย่อมส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายพบว่าการพลัดตกหกล้มส่งผลให้ได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงบาดเจ็บรุนแรง ลักษณะของการบาดเจ็บที่พบ ได้แก่ ฟกช้ำเคล็ดขัดยอก ข้อเคลื่อน กระดูกหัก กระดูกหักที่เอ็นข้อและมีการเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตลงได้ ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ การกลัวการพลัดตกหกล้ม (Fear of falling) ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการสำรวจโดยเฉลี่ย



19,419-25,728 บาทต่อคน นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียเวลาทำงานของญาติที่จะต้องดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น (Sermisinsiri, et al., 2019; Chaisawat, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบรวมถึงผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบว่าเป็นการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เน้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีการผสมผสานหลายๆ รูปแบบกิจกรรมรวมกันเป็นรูปแบบสหปัจจัย ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม การทบทวนการใช้ยา การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและการออกกำลังกาย (Piboon, 2019; Harntecha, 2018; Kittipimpanon & Kraithaworn, 2017) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษาและพัฒนาูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุก็ยังคงมีปัญหการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มก็ยังคงเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นที่อาจจะเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นผลจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีการศึกษาที่ระบุว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นการพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธรปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและมุ่งเน้นการเรียนรู้ หรือทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธรปัญญา มีองค์ประกอบหลักอยู่ 2 องค์ประกอบ ได้แก่องค์ประกอบด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Efficacy-Expectation) และองค์ประกอบด้านความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) โดยแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ โดยบุคคลเป็นผู้ตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Bandura (1977) หากผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนย่อมนำไปสู่การปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุดังกล่าวมาข้างต้น ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน พบว่าผลของโปรแกรมส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและมีการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suebsoontorn, et al., 2019) นอกจากนี้การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tedniyom, et al., 2019) โดยการศึกษาข้างต้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดในภาคกลางของประเทศไทย ซึ่งมีบริบทที่มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่น เช่น จังหวัดแพร่ซึ่งเป็นพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่มีทั้งวิถีชีวิต และความเป็นอยู่แตกต่างจากภาคอื่นๆ การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการอพยพย้ายถิ่นของวัยแรงงาน โดยทั้งภาระการเลี้ยงดูเด็กให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Nanthamongkolchai, et al., 2011) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จากการ



ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าวต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในจังหวัดแพร่อย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างมาก และมีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาและความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตลอดจนความสำคัญของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการระบุถึงความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เป็นผลมาจากโปรแกรม คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อความรู้ การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นอย่างถาวร สามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษา 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุ



จำนวน 56 คน เป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และ กลุ่มควบคุม 28 คน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา พื้นที่เขตรับผิดชอบ รพ.สต. เวียงทอง และ รพ.สต.ผาสุก อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ คือ ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2564

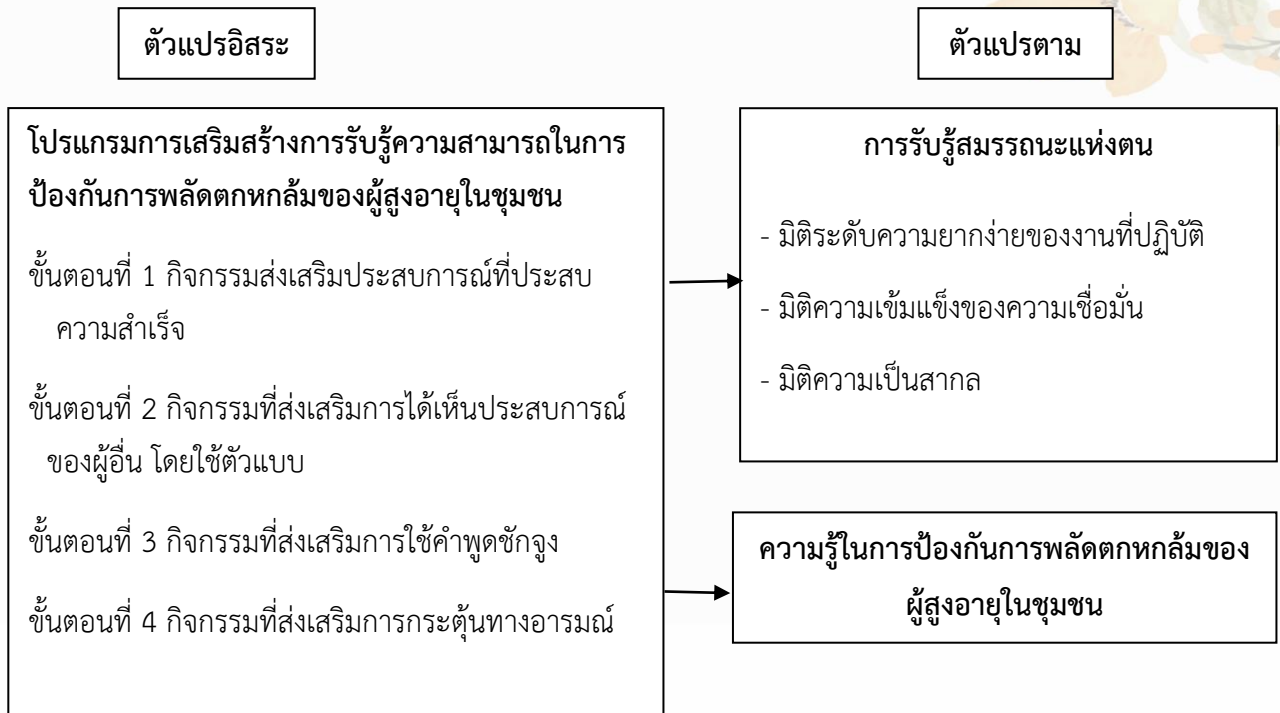
นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) หมายถึง ความเชื่อในทักษะความสามารถของผู้สูงอายุที่จะตัดสินใจกระทำ ควบคุมตนเอง จัดระเบียบพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีแรงจูงใจทุ่มเทยืนหยัดในการกระทำนั้นสำเร็จ แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ ก็จะหลีกเลี่ยงการประกอบกิจกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 มิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977) ดังนี้ 1) มิติตามระดับความยากง่ายของงานที่ปฏิบัติ (Level of dimension) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) มิติความเข้มของเชื่อมั่น (Strength of confidence) หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุที่มีต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มว่ามีความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะปฏิบัติมากน้อยเพียงใด 3) มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการถ่ายโอนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาสู่สถานการณ์ปัจจุบันที่ใกล้เคียงกัน จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการการปฏิบัติตัว คือ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ กรอบแนวคิดของ Bandura (1977) และแนวคิดการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishments) หมายถึง กิจกรรมให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการให้ความรู้ 2) การสังเกตประสบการณ์ของ ผู้อื่น (Vicarious experiences) หมายถึง การเรียนรู้จากตัวแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มได้สำเร็จ นำเสนอผ่านสื่อวิทัศน์ (Symbolic model) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การให้คำแนะนำและให้กำลังใจโดยการพูดโน้มน้าวหรือชักจูงให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ถูกต้อง และประสบผลสำเร็จ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) หมายถึง การใช้สถานการณ์ โดยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์วิกฤต หลังจากนั้นมีการสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้ผู้สูงอายุให้มีความสนใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดย ชมเชยและให้กำลังใจ และรับฟังผู้สูงอายุตลอดจนแนะนำและให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (The two-group pretest-posttest design) (Polit, & Hungler, 1999)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยผู้วิจัยเลือกอำเภอโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และดำเนินการสุ่มตำบลเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ตำบล โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ได้แก่ ตำบลเวียงทอง และผาสุก เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Jacob Cohen Version 3.0.10 ที่ค่า effect size 0.5 ค่า statistic Power 0.8 และค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 26 คน (Cohen, 1992) ทั้งนี้เพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างอาจถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 28 คนการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน รวมทั้งหมด 56 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ได้แก่

- 1.สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบโครงการ
- 2.มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยินและสื่อสารได้เข้าใจ
- 3.เป็นผู้ที่มีเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 4–11 คะแนน (Thiamwong, et al., 2004)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ดังนี้

- 1.กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ถอนตัวออกจากวิจัยมีการย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา
- 2.เกิดภาวะโรค การเจ็บป่วย หรือปัญหาอุปสรรคใด ที่ส่งผลต่อการศึกษาริวิจัย สามารถออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ กิจกรรมส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น กิจกรรมส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง และกิจกรรมที่ส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย ลัดดา เกียมวงศ์และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ เพศ การมองเห็น บกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การไ้ยา ประวัติการพลัดตกหกล้ม และการอาศัยอยู่ในบ้านแบบไทยยกพื้นบ้านสูง เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-3 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม คะแนน 4-11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม ได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้ซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 (Thiamwong, L., Jitapunkul, S., & Panyacheewin, J., 2004)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยพัฒนามาจาก จารูวรรณ ประดา และคณะ ประกอบด้วย ด้านมิติความเชื่อมั่น จำนวน 6 ข้อ ด้านมิติความยากง่าย จำนวน 6 ข้อ ด้านมิติความเป็นสากล จำนวน 5 ข้อ (Prada, et al., 2011) แบ่งระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คือ มีการรับรู้สมรรถนะระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 คือ มีการรับรู้สมรรถนะระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คือ มีการรับรู้สมรรถนะระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการสร้างและตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละฉบับดังนี้ รายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยจำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด 1 คน เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อคำถาม ของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม คณะผู้วิจัยนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 นำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยทำการหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้วิธี Kuder-Richardson 20: KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและขอใช้สถานที่ และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เพื่อขออนุญาตดำเนินการทำวิจัยในชุมชน ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มาจากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาสุก อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนในการทำการวิจัย จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการฝึกอบรมตามโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ ตัวแปรที่ต้องเก็บข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

4. ดำเนินการฝึกอบรมกลุ่มทดลองตามโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 28 คน โดยแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 3 กลุ่มย่อยและคณะผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ระยะเวลาทั้งหมด 6 ชั่วโมง โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 2 วัน วันละ 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (จำนวน 1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการให้ความรู้ เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม



บริเวณบ้านให้ปลอดภัย และการให้ความรู้และสาธิตวิธีทำบริหารกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทรงตัว

กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบ (จำนวน 1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมตัวแบบสัญลักษณ์ (symbol model) การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ต้นแบบจากสื่อการสอนที่ส่งเสริมแนวความคิดทางบวก ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิดีโอแนวความคิดของผู้ประสบผลสำเร็จในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการเรียนรู้ การได้เรียนรู้จากต้นแบบทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ จดจำและเลียนแบบ ทำตามแบบเกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง (จำนวน 1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมการพูดชักจูงโดยการให้กำลังใจ เปิดโอกาสแสดงออกความรู้สึกรายกลุ่มเพื่อช่วยสร้างสถานการณ์เชิงบวก กล่าวชมเชยให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้ประสบความสำเร็จได้ เน้นให้เห็นความสำคัญของการป้องกัน และจัดการปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และได้รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ (จำนวน 1 ชั่วโมง 30 นาที)

กิจกรรมการใช้สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มที่รุนแรง และให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทสมมติในการเผชิญสถานการณ์วิกฤติดังกล่าว หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม กล่าวชมเชยผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ตอบคำถาม และให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆต่อไป

ภายหลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามหลังการทดลองทันที และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์เดียวกับกลุ่มทดลอง คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired *t*-Test) และ 3) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ระหว่างการวัดผลหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-Test



การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH. เลขที่ 010/2564 ในขั้นตอนการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยทำหนังสืออธิบายและขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย แนะนำกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ร่วมวิจัยยินยอมจึงดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลต่อการบริการสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการระมัดระวังในการเกิดอุบัติเหตุตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยและงานวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
N = 56 (กลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
1. ชาย	4	14.28	6	21.43
2. หญิง	24	85.72	22	78.57
อายุ (ปี)				
1. 60-65 ปี	17	60.70	20	71.43
2. 66-70 ปี	11	39.30	8	28.57
สถานภาพ				
1. สมรส	17	60.72	20	71.43
2. โสด	3	10.71	2	7.14
3. หม้าย	7	25	5	17.86
4. หย่า/แยก	1	3.57	1	3.57



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
N = 56 (กลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
1. ประถมศึกษา	27	96.43	25	89.29
2. มัธยมศึกษา	0	0	1	3.57
3. อนุปริญญา	0	0	0	0
4. ปริญญาตรี	1	3.57	2	7.14
5. สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0
อาชีพ				
1. ไม่ได้ทำงาน	3	10.71	5	17.86
2. แม่บ้าน	3	10.71	3	10.71
3. เกษตรกรรม	9	32.15	8	28.58
4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	9	32.15	7	25.00
5. รับจ้าง	3	10.71	3	10.71
6. รับราชการบำนาญ	1	3.57	2	7.14

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 56 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 85.72 และ ร้อยละ 78.57 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-65 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.70 โดยมีอายุมากที่สุด คือ 70 ปีอายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 65.04 (S.D 2.44) และอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 64.39 (S.D. 2.66) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 อยู่ในสถานภาพสมรสในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.72 และร้อยละ 71.43 ตามลำดับ ระดับการศึกษามากที่สุด คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.42 และร้อยละ 89.29 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมและธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 32.15 ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 28.58



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		Mean	S.D.	t	p-value
ด้านมิติความเชื่อมั่น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.52	0.64	5.196	.000*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.52	0.64		
ด้านมิติความยากง่าย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.67	0.55	8.266	.000*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.74	0.45		
ด้านมิติความเป็นสากล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.78	0.75	5.409	.000*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.63	0.56		
ภาพรวม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	3.65	0.42	8.002	.000*
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.63	0.61		

* $p < .01$

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.002$, $p < .01$) โดยพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้านมิติความเชื่อมั่น ($t = 5.196$, $p < .01$) ด้านมิติความยากง่าย ($t = 8.266$, $p < .01$) และ ด้านมิติความเป็นสากล ($t = 5.409$, $p < .01$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		Mean	S.D.	t	p-value
ด้านมิติความเชื่อมั่น	กลุ่มทดลอง	4.52	0.64	4.174	.000*
	กลุ่มควบคุม	3.56	0.97		
ด้านมิติความยากง่าย	กลุ่มทดลอง	4.74	.45	5.312	.000*
	กลุ่มควบคุม	3.70	.91		
ด้านมิติความเป็นสากล	กลุ่มทดลอง	4.63	.56	5.751	.000*
	กลุ่มควบคุม	3.59	.74		
ภาพรวม	กลุ่มทดลอง	4.63	.42	6.243	.000*
	กลุ่มควบคุม	3.62	.73		

* $p < .01$



จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 6.243, p < .01$) โดยพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านมิติความเชื่อมั่น ด้านมิติความยากง่าย และด้านมิติความเป็นสากล ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 4.174, 5.312, 5.751, p < .01$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง

ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.41	1.59	14.5	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.63	1.24		

* $p < .01$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุม

ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	12.63	1.24	9.982	.000*
กลุ่มควบคุม	8.59	1.67		

* $p < .01$

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 15.051, p < .01$) จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 9.982, p < .01$)

อภิปรายผล

ผลวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.65, S.D. = 0.42) และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะ



แห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.63, S.D. = 0.61) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.002$, $p = .000$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.243$, $p = .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 จากผลวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยภายในโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ กิจกรรมส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น กิจกรรมส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง และกิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะ และมีความเชื่อมั่นในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ดีขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งได้ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำให้สิ่งหนึ่งด้วยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นแบนดูรา เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกัน ซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ แบนดูราได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองรวม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ ซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) บุคคลจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดก่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และแบนดูราได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมหรือ ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องเพื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา ที่ได้ศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง และยังพบว่าหลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน และได้กล่าวไว้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา 4 ประการ คือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและ



การกระตุ้นอารมณ์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมใด ๆ ที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยมีความคาดหวังต่อที่จะเกิดขึ้นตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Sirites, & Thamseeha, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ อริสา หาญเตชะ ที่มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้าน สำหรับผู้สูงอายุตำบลบ้านร้อง อำเภोगาว จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง มาเป็นแนวคิด ในการดำเนินการ พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมและอัตราการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ในบริเวณบ้านในกลุ่มศึกษาลดลง (Harntecha, 2018) และสอดคล้องกับวิราพร และคณะ ที่ได้การศึกษาลงของ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ ที่มี ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน พบว่าผลของโปรแกรมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและมีการทรงตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suebsoontorn, 2019) นอกจากนี้การศึกษาลงของโปรแกรมการ ส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ของธนพงษ์ เทศนิยม และคณะ ที่ผล การศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความ คาดหวังในผลลัพธ์ และการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Tedniyom, et al., 2019)

ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t = 14.5, p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองสูง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t = 9.982, p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 จาก ผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่าจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จให้ผู้สูงอายุได้มี ประสบการณ์หรือทักษะที่จะนำสู่ความสำเร็จในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ เกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุด้วยการบริหารร่างกาย และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัด ตกหกล้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ ได้ศึกษาลงของโปรแกรมการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนางและอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Tasuwanin & Tappakit, 2017) และ กาญจนา พิบูลย์ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยใน ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการ หกล้มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (Piboon, 2019) และการศึกษาของอริสา หาญเตชะ ที่ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านสำหรับผู้สูงอายุตำบลบ้านร้อง อำเภोगาว จังหวัด ลำปาง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) มาเป็นแนวคิดในการดำเนินการพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าบุคลากรด้านสุขภาพควรนำแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไปใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างจริงจัง และควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะพลัดตกหกล้มและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ศึกษาความคงทนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยศึกษาติดตามเป็นระยะต่อเนื่อง ตลอดจนวัดผลลัพธ์อื่น เช่น อัตราอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม และอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาผลของรูปแบบภายใต้กรอบแนวคิดอื่น ที่อาจมีผลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และความสะดวกใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Center for Disease Control. (2020). *Falls in Elderly: Causes and Prevention*. Retrieved 2022, 4 June from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf> (in Thai)
- Chaisawat, P. (2020). *The Elderly Health*. Retrieved 2020, 31 December from http://data.ptho.moph.go.th/inspects/2563/inspec63_2/tripamide/. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Department of Elderly Affairs. (2020). *Statistics of Thai Elderly*. Retrieved 2022, 24 June from <http://www.dop.go.th/error404.pop> (in Thai)
- Harntecha, A. (2018). *The Effectiveness of Fall Prevention Program in Elderly, Tumon Banjong, Mahoe NGO, Lampang Province*. [Unpublished Master's Thesis]. Hayao University. (in Thai)
- Kittipimpanon, K., & Kraithaworn, P. (2017). The Effectiveness of Community-Based Fall Prevention Model to Physical Performance and Fall among Older Adults in an Urban Community, Bangkok: The Follow up Study. *Journal of Public Health Nursing*, 29 (1), 98-113. (in Thai)



Nanthamongkolchai, S., Taechaboonsermsak, P., Munsawaengsub, C. & Powwattana, A.

(2011). The Way of Life of the Elderly Female Who Take Care of Grandchild in Rural Area of the Northern Thailand. *Journal of Public Health*. 41 (1). 29-38. (in Thai)

Phrae Hospital Data Center. (2020, December 9). *Falls Statistics among Older People in Phrae Province*. The Falls Prevention Committee Meeting. Phrae Hospital. (in Thai)

Piboon, K. (2019). *Effectiveness of multifactorial program for prevention falls among community-dwelling older adults*. The Faculty of Public Health. Burapha University. (in Thai)

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research. Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Prada, J., Kulawong, N., Promwang, P., & Poochan, B. (2011). *Effect of Family Program on the Parent Perceived Self-Efficacy, Family Caring Behaviors and Development of Intellectual and Developmental Disabilities Persons*. Nontburi: Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)

Semsinsiri, K., Semsri, S., & Nontakarawatin, S. (2019). The Effect of Square-Stepping Exercise on Balance of Elderly Adults at Risk of Falls. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 20(1), 359-370. (in Thai)

Sirites, P., & Thamseeha, N. (2019). Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 58-65. (in Thai)

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2020). *Falls mortality rate among the elderly in Thailand*. Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health.

Suebsoontorn, W., Nimit-arnun, N., & Chatdokmaipria, K. (2019). The Effects of Self – Efficacy Enhancement Program on Fall Prevention Behaviors and Physical Capabilities of Elderly Persons in Community. *Chonburi Hospital Journal*, 44(1), 119-128. (in Thai)

Tasuwanin, T., & Tappakit, K. (2017). Effects of a Falling Prevention Program for Elderly. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(1), 186-195. (in Thai)

Tedniyom, T., Maharachpong, N., Kijpreedarborisuthi, B., & Sakulkim, S. (2019). Effects of the Self-Efficacy Enhancement Program on Fall Prevention among the Elderly in Autong District, Suphanburi Province. *Journal of the Department of Medical Services*, 44(1), 90-95. (in Thai)

Thiamwong, L., Jitapunkul, S., & Panyacheewin, J. (2004). Evaluation of the Thai fall-risk assessment tool (Thai FRAT) for predicting falls in the Thai community-dwelling elderly. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 5(2), 14-24. (in Thai)

World Health Organization. (2021). *Falls Factsheet*. Retrieved 2022, 4 June from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>



Poor Prognostic Factor with Recalcitrant Conventional Therapy in Moderate to Severe Psoriasis

Krittiya Kraisuwan*

(Received: November 1, 2022, Revised: ...November 29., 2022, Accepted: December 6, 2022)

Abstract

The Objective of observational prospective study was to identify the poor prognostic factor with recalcitrant conventional therapy in moderate to severe psoriasis. Population was conducted all patients with moderate to severe psoriasis who were started systemic treatment and/or phototherapy for psoriasis, they had never previously received before and regular follow-up at the dermatologic clinic of Sawanpracharak hospital, Nakhonsawan between January 2018 and November 2022. This included 152 patients, 87 were non-responder patients, and 65 were responder ones under definition achieving PASI 75. The purposive information was collected data from interviewing of dermatologist. Questionnaires obtains personal information, baseline disease and treatment characteristics. The STATA 16.0 for Windows computer software was used for data processing and statistical analysis. This study was provided risk factors with recalcitrant conventional therapy, Student's T-test was used for comparison of continuous variables, and categorical variables were analyzed using the Fisher exact test and chi-square. Multivariate analysis by Poisson regression was defined in risk ratio. All statistical tests were conducted at a significance level of 0.05.

The results found that: BMI (risk ratio 3.58, 95% CI 1.01–1.05, $p < 0.001$) and Psoriatic arthritis (risk ratio 2.04, 95% CI 1.01-1.72, $p 0.041$) had a significant effect on poor prognostic factors of moderate to severe psoriasis with recalcitrant conventional therapy. Conclusions: BMI and psoriatic arthritis are the poor prognostic factors in recalcitrant conventional therapy in moderate to severe psoriasis which will be considered by selecting other systemic therapy.

Keywords: Psoriasis, Prognostic factor, Conventional therapy.

* Medicine Doctor, Senior Professional Level, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan

¹Corresponding author: krittiyakraisuwan@gmail.com Tel...056-219-888



ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ดื้อยาารับประทาน

กฤติยา ไกรสุวรรณ*

(วันรับบทความ : 1 พฤศจิกายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 29 พฤศจิกายน 2565, วันตอบรับบทความ : 6 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าเชิงสังเกตในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปที่ต้องต่อการรักษาด้วยยาารับประทานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมด 321 คนได้รับการวินิจฉัยระดับความรุนแรงปานกลางขึ้นจากค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติ จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามโดยแพทย์คลินิกโรคผิวหนัง ทำแบบสอบถามจากการซักประวัติข้อมูลส่วนบุคคล ชนิดและความรุนแรงของโรคและข้อมูลการรักษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงทั้งหมดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 87 คน และตอบสนองต่อการรักษาโดยยาารับประทาน 65 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ STATA 16.0 วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ต้องต่อการรักษาด้วยยาารับประทาน โดยใช้สถิติ t-test ในข้อมูลต่อเนื่อง และใช้สถิติ exact test ในข้อมูลแจกแจงนับ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยสมการถดถอยโดยการใช้ Poisson regression แสดง risk ratio (RR) และ 95% Confidence Interval (CI) โดยระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

ผลการรักษา ดัชนีมวลกาย (risk ratio 3.58, 95% CI 1.01–1.05, $p < 0.001$) และภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (risk ratio 2.04, 95% CI 1.01-1.72, $p 0.041$) เป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ดื้อยาารับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งดัชนีมวลกายและภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงที่ดื้อยาารับประทานซึ่งอาจทำให้พิจารณาผู้ป่วยในกลุ่มนี้เปลี่ยนพฤติกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงหรือเปลี่ยนการรักษาด้วยยาในกลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจากยาารับประทาน

คำสำคัญ: สะเก็ดเงิน, ปัจจัยเสี่ยง, การรักษาโดยยาารับประทาน

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

¹ผู้ประพันธ์บทความ: krittiyakraisuwan@gmail.com Tel ...056-219-888



บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังโรคหนึ่งที่พบบ่อยในโลกประมาณ 3-10% (Damiani et al., 2021) โดยสามารถพบด้วยในทุกอายุ โดยพบมากในสองช่วงอายุได้แก่ อายุ 20-30 ปี และช่วงอายุ 50-70 ปี (Armstrong, 2017; Borsky et al., 2021) โรคนี้ไม่ได้เพียงแต่มีอาการทางผิวหนังเท่านั้น ยังพบว่ามีส่วนต่อข้ออักเสบและสัมพันธ์การเกิด ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) (Gisondi, Fostini, Fossà, Girolomoni, & Targher, 2018) ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด (Aurangabadkar, 2013) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าคนที่ไม่มีโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคสะเก็ดเงินมีหลายชนิดได้แก่ ชนิดผื่นหนา (plaque) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยมากที่สุด ชนิดผื่นแดงลอกทั้งตัว (erythroderma) ชนิดตุ่มหนอง (pustular) ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic arthritis) สำหรับการรักษาโรคสะเก็ดเงินจะประเมินตามความรุนแรงโดยการใช้ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area Severity Index ;PASI score) โดยความรุนแรงปานกลางและรุนแรงเริ่มที่ PASI score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 เพื่อให้การรักษาออกเหนือจากการทายาภายนอก คือการรักษาโดยการให้ยารับประทานเพื่อรักษาโรค (conventional therapy) ซึ่งได้แก่ ยา อาซิเทรติน (Acitretin) ไซโคลสปอริน (Ciclosporin) และยาเมโธเทรกเซท (methotrexate) ซึ่งใช้กันทั่วโลก การฉายแสงอาทิตย์เทียม (phototherapy) ถึงแม้ว่าปัจจุบันนี้มีการใช้ยาในกลุ่มชีววัตถุ (biological agents) ซึ่งได้ผลดีกว่าในกลุ่มยารับประทาน แต่เนื่องจากยาในกลุ่มดังกล่าวมีราคาสูงมาก จึงจำกัดเฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น (Edson-Heredia et al., 2014; Nast et al., 2020, 2021) จากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้พบว่าการศึกษามากมายเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสะเก็ดเงิน (Kamiya, Kishimoto, Sugai, Komine, & Ohtsuki, 2019) ได้แก่ การสูบบุหรี่ (Naldi, 2016) ดัชนีมวลกาย (Kunz, Simon, & Saalbach, 2019) ภาวะเครียด (Rousset & Haloua, 2018) และพื้นที่ในการเป็นผื่นสะเก็ดเงิน (Ogdie, Shin, Love, & Gelfand, 2022) และการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Jindal & Jindal, 2018) ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการตอบสนองต่อการรักษา ยังมีน้อยอยู่มาก โดยการศึกษา Luigi Naldi et al เรื่องปัจจัยเสี่ยงของสะเก็ดเงินที่ต่อการรักษา ทำเฉพาะในกลุ่มที่เป็นชนิดผื่นหนาเท่านั้นและศึกษาในผู้ป่วยสะเก็ดเงินตั้งแต่ความรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรง และระยะเวลาในการศึกษา เพียง 16 สัปดาห์ (Naldi et al., 2008) ส่วนการศึกษาของ Rie Sakai et al เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการรักษาโรคสะเก็ดเงินยาวนานถึง 11.8 ปี แต่ไม่ได้แยกรายละเอียดของชนิดสะเก็ดเงิน และไม่ได้จำแนกความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Sakai et al., 2005) จากข้อมูลสถิติย้อนหลังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน แผนกอายุรกรรม ได้รับการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่คลินิกโรคผิวหนังอย่างต่อเนื่อง จำนวน 321 คนแต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลในเรื่องความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน ปัญหาในการดูแลรักษา โรคร่วมที่พบในผู้ป่วย จากการประเมินความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปเพื่อให้การรักษาโดยการให้ยารับประทาน มีผู้ป่วยสะเก็ดเงินซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยารับประทานมาก่อน 174 คน พบว่าผลการรักษาแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้ง ๆ ที่ใช้ตัวเดียวกัน บางคนตอบสนองดีมาก บางคนไม่ตอบสนองต่อการรักษาเลยจนต้องใช้การรักษาด้วยยารับประทานหลายชนิด และยังไม่เคยมีใครศึกษาหาสาเหตุมาก่อนในโรงพยาบาล โครงการวิจัยนี้ต้องการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของ



โรคสะเก็ดเงินทุกชนิดที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไปที่ต้องการรักษาด้วยยารับประทานโดยศึกษาในระยะยาวอย่างน้อย 52 สัปดาห์ เพื่อเลือกการรักษาที่เหมาะสม มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด หรือการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด(Al-Mutairi & Nour, 2014)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไปที่ต้องการรักษาด้วยยารับประทานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

คำถามการวิจัย

- 1.ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัวและประวัติครอบครัวของโรคสะเก็ดเงิน มีผลต่อการต้องการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปหรือไม่
- 2.ปัจจัยภายในผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า อาการคันมีผลต่อการต้องการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปหรือไม่
3. ปัจจัยของโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการต้องการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปหรือไม่

นิยามศัพท์

ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินโดยอาศัย ลักษณะความแดงของผื่น (erythema) ความหนาของผื่น (Induration) และขุย (Scaling) โดยมาคำนวณกับจำนวนพื้นที่ที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน (Body surface area) โดยค่าประเมินระดับความรุนแรงปานกลางขึ้นไปคือคะแนนประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10

กลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (non-responder) หมายถึง ไม่สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75 (Non achieve PASI 75)

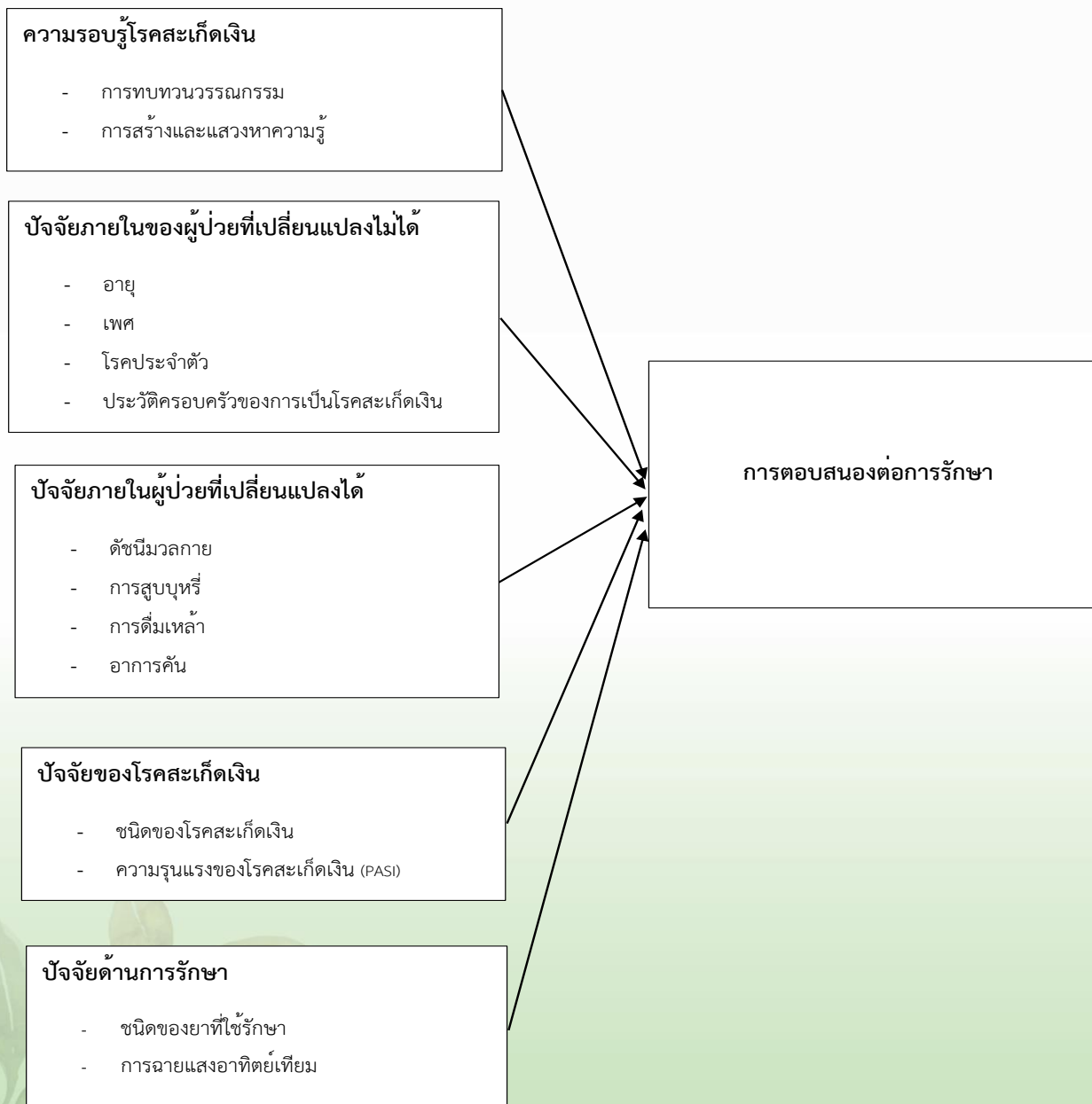
กลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) หมายถึง สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75 (Achieve PASI 75) ในระยะเวลา 52 สัปดาห์ 65 คน ข้อมูลประชากร เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด อาการคัน ประวัติคนในครอบครัวเป็นสะเก็ดเงิน การดื่มเหล้า สูบบุหรี่และค่าดัชนีมวลกาย

ลักษณะของโรคสะเก็ดเงิน หมายถึง ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน ตำแหน่งผื่นที่พิเศษ เช่นที่หนังศีรษะ เล็บฝ่ามือ ฝ่าเท้า ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน เป็นต้น ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) แรกรับข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ยารับประทานที่ใช้รักษา อาซิเทรติน (Acitretin) ไซโคลสปอริน(Ciclosporin) และยาเมโธเทรกเซท (methotrexate)การฉายแสงอาทิตย์เทียม (phototherapy)



กรอบแนวคิด

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปที่ต้องการรักษาด้วยยารับประทาน โดยจากการรวบรวมแนวความคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาจัดกลุ่มเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยทั้งหมด โดยแบ่งเป็นปัจจัยภายในที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และปัจจัยภายในที่เปลี่ยนแปลงได้ รวมถึงลักษณะโรคการรักษาที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน นำมาซึ่งผลการตอบสนองต่อการรักษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าในเชิงสังเกต (observational prospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโดยแพทย์อย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคผิวหนังแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 321 คนตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 152 คน โดยมีระดับปานกลางถึงรุนแรงโดยการใช้ค่าประเมินความรุนแรงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 จำนวน 174 คน โดย 22 คนถูกคัดออกเนื่องจากติดตามการรักษาไม่ครบ 1 ปี ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงไม่เคยได้รับการรักษาโดยยารับประทานหรือฉายแสงมาก่อน และได้รับการรักษาด้วยยารักษาสะเก็ดเงินรับประทาน (conventional therapy) และหรือการฉายแสงอาทิตย์เทียม (phototherapy) ต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 52 สัปดาห์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 152 คน ต่อมาแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการรับประทานยาโดยการใช้ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) หลังการรักษาลดร้อยละ 75 (PASI75) ของค่าประเมินระดับความรุนแรงแรกรับในระยะเวลา 52 สัปดาห์ 87 คน กลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (non-responder) คือกลุ่มที่ไม่สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75 (Non achieve PASI 75) และกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษา (responder) คือ กลุ่มที่สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75 (Achieve PASI 75) ในระยะเวลา 52 สัปดาห์ 65 คน ดังภาพที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัว โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย อาการคัน วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสะเก็ดเงิน การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า เป็นต้น การประเมินการรักษา 4 ข้อ ได้แก่ ชนิดและตำแหน่งของโรคสะเก็ดเงิน ค่าประเมินความรุนแรงก่อนการรักษาหลังการรักษาและยาที่ใช้ในการรักษา โดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางเวชระเบียน เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด อาการคัน ประวัติคนในครอบครัวเป็นสะเก็ดเงิน การดื่มเหล้า สูบบุหรี่และค่าดัชนีมวลกาย ลักษณะของโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน ตำแหน่งผื่นที่พิเศษ เช่น ที่หนังศีรษะ เล็บ ฟามือ ฟาเท้า ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน เป็นต้น ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) แรกรับ ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ยารับประทานที่ใช้รักษา อาซิเทรติน (Acitretin) ไซโคลสปอริน (Cyclosporin) และยาเมโธเทรกเซท (methotrexate) การฉายแสงอาทิตย์เทียม (phototherapy)

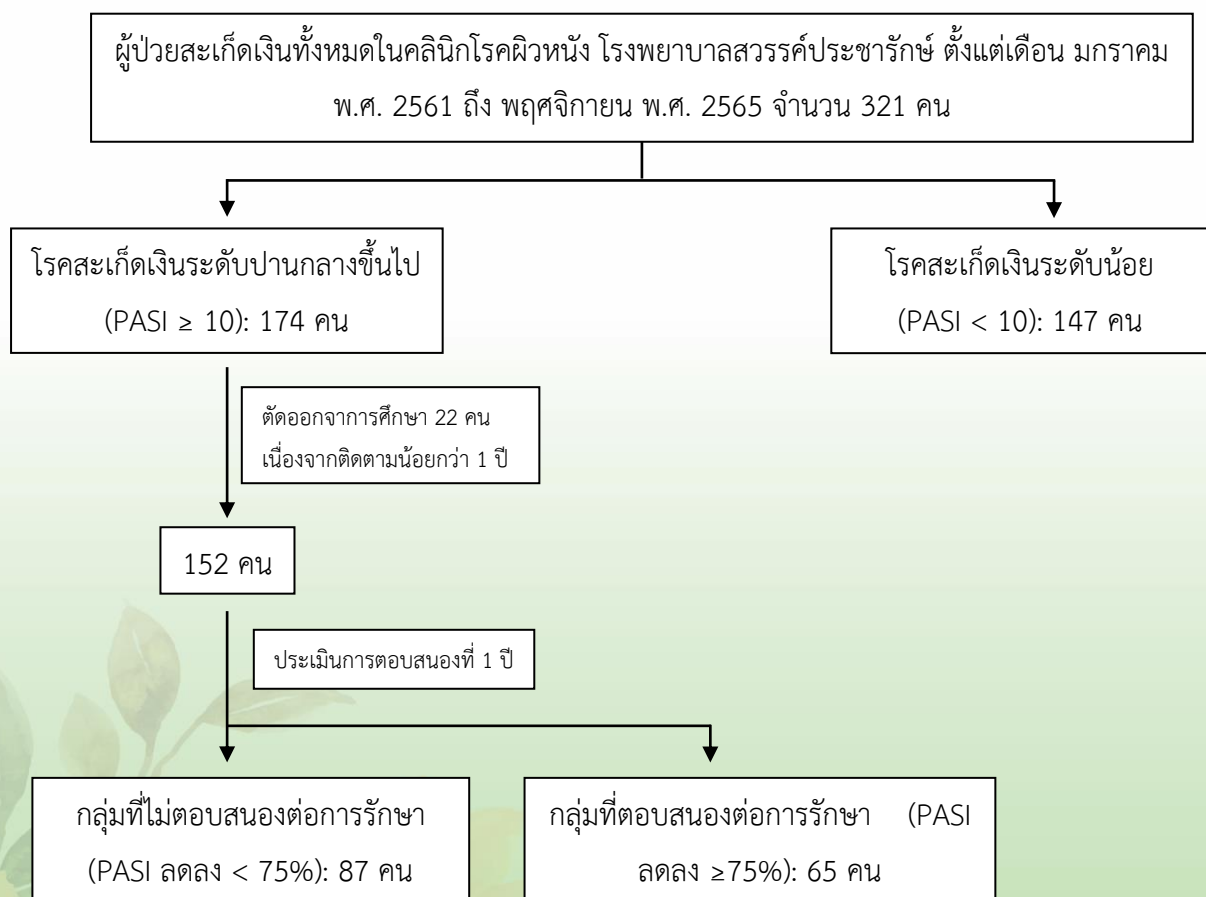
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยกำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และได้ผ่านความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านว่ามีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

2.แบบสอบถามจากการสัมภาษณ์โดยแพทย์คลินิกผิวหนัง แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 2 ท่านและแพทย์ผิวหนัง 1 ท่าน หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity) ทำการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ index of item objective : IOC = 0.5-1.0 และนำแบบสอบถามทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR) โดยใช้ Kuder-Richardson (KR-20) :ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลทั่วไป ชนิดและการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมดในช่วงเวลา มกราคม 2561-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จากแบบสอบถามและเวชระเบียน และเลือกผู้ป่วยจากการประเมินความรุนแรง(PASI score) เพื่อเลือกผู้ป่วยที่ความรุนแรงปานกลางขึ้นไป เพื่อรับการรักษาโดยยารับประทาน และสามารถติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 52 สัปดาห์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ COA.36/2565 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับผู้ป่วย ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้วหากผู้ป่วยต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้งานวิจัยนี้เป็นการหาปัจจัยเสี่ยงโดยไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากงานวิจัยจากหน่วยงานต้นสังกัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นหัวหน้าหน่วยงานที่เก็บรักษาข้อมูลผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ต่อการรักษาด้วยยาต้านปรอท โดยใช้สถิติ student t-test ในข้อมูลต่อเนื่องและใช้สถิติ Fisher exact test และ chi-square ในข้อมูลแจกแจงนับ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้วยสมการถดถอยลอจิสติกทวิภาค โดยการใช้ Poisson regression แสดง risk ratio (RR) และ 95% Confidence Interval (CI) โดยระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ขนาดตัวอย่างใช้เป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจต่อตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกทวิภาค (10 เหตุการณ์ต่อ 1 ตัวแปร)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง ในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองโดยยาต้านปรอทเป็นผู้ชายร้อยละ 62 อายุเฉลี่ย 43.5 ± 17.2 ปี โรคประจำตัวในสองกลุ่มได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ค่าดัชนีมวลกายของสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่1) โรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงพบว่า ชนิดผื่นหนา (plaque) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยมากที่สุด โดยตำแหน่งพิเศษต่างๆเช่น ที่หนังศีรษะ เล็บ ฟามือฝ่าเท้าคล้ายกันในสองกลุ่มยกเว้น ข้ออักเสบสะเก็ดเงินที่พบมากกว่าในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 23(26.4) VS 8 (12.3) $P=0.032$. ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) เริ่มต้นที่ 19.51 ± 10.48 และ $19.27 (9.17)$ ตามลำดับ การรักษาโดยยาต้านปรอทส่วนใหญ่เป็นยากุ่มยาเมโทเทรกเซท 72(82.8) Vs 57(87.7) ($P=0.401$) ในขณะที่ยากุ่มอะซิเทรติน (Acitretin) ไซโคลสปอริน(Ciclosporin) จะใช้มากกว่าในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ตารางที่2) เมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาด้านสมการถดถอยลอจิสติกทวิภาคในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านปรอทพบว่า ดัชนีมวลกาย (risk ratio 1.03 95% confidence interval (CI) 1.01-1.05, $p = 0.000$)และภาวะข้อ



อีกเสบสเกิดเงิน (risk ratio 2.04 95%CI 1.01-1.72, P= 0.041) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการรักษาด้วยยารับประทาน
ในกลุ่มโรคสเกิดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสเกิดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ไม่ตอบสนองและกลุ่มที่
ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารับประทาน

ข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ตอบสนองการรักษา* (N=87)	กลุ่มตอบสนองต่อการรักษา** (N=65)	P- value
เพศ: ชาย (คน)	55 (63.2)	42 (64.6)	0.859
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (S.D.)	43.51 ± 17.2	47.11 ± 18.8	0.223
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	14 (16.1)	11 (16.9)	0.891
ความดันโลหิตสูง	32 (36.8)	24 (36.9)	0.986
ไขมันในเลือดสูง	26 (29.9)	21 (32.3)	0.749
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4 (2.3)	6 (7.7)	0.117
อาการคัน	79 (90.8)	61 (95.3)	0.292
ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นสเกิดเงิน	13 (14.9)	7 (10.8)	0.451
สูบบุหรี่ ≥ 10 packed years	36 (41.1)	24 (36.9)	0.578
ดื่มเหล้า ≥ 10 กรัม/วัน	38 (44.2)	23 (35.4)	0.275
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร), ค่าเฉลี่ย (S.D.)	28.09 ± 7.2	24.76 ± 4.6	0.001
ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	56 (64.4)	28 (43.1)	0.009

* p<.05

*กลุ่มไม่สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75 จากการประเมินค่าความรุนแรงของโรคสเกิดเงินเริ่มต้น (Non achieve PASI 75)

**กลุ่มที่สามารถลดความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 75จากค่าประเมินความรุนแรงโรคสเกิดเงินโดยเปรียบเทียบกับค่าประเมินเริ่มต้น
(Achieve PASI 75)



ตารางที่ 2. ข้อมูลของโรคสะเก็ดเงินและการรักษาด้วยยารับประทานในกลุ่มที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

	กลุ่มไม่ตอบสนองการรักษา (N=87)	กลุ่มตอบสนองต่อการ รักษา (N=65)	P-value
ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน			
ชนิดผื่นหนา	67 (77.0)	52 (80.0)	0.658
ชนิดผื่นแดงทั่วตัว	24 (27.6)	12 (18.5)	0.19
ชนิดตุ่มหนอง	3 (3.4)	3 (4.6)	1
สะเก็ดเงินลงเล็บ	42 (48.3)	28 (43.1)	0.525
สะเก็ดเงินที่หนังศีรษะ	46 (52.9)	33 (50.8)	0.797
ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน	23 (26.4)	8 (12.3)	0.032*
สะเก็ดเงินฝ่ามือฝ่าเท้า	8 (9.2)	1 (1.5)	0.079
ค่าประเมินความรุนแรง (PASI score)*			
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	19.5 ± 10.5	19.3 ± 9.1	0.881
การรักษาด้วยยารับประทาน **			
เมโทเทรกเซท	72 (82.8)	57 (87.7)	0.401
อาซิเทรติน	30 (34.5)	12 (18.5)	0.029*
ไซโคลสปอริน	20 (23.0)	3 (4.6)	0.002*
การฉายแสงอาทิตย์เทียม	8 (9.2)	3 (4.6)	0.354

* p<.05

*ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area Severity Index) เป็นการบอกความรุนแรงของโรค โดยอาศัยลักษณะต่างๆ คือ ความแดงของผื่น ความหนาของผื่น และปริมาณของขุย ของพื้นที่ในส่วนต่างๆของร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ ช่วงหน้าอกลำตัว หลังและแขนขา โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 72

**conventional therapy



ตารางที่ 3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการดื้อยารับประทานในผู้ป่วยสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรง

ปัจจัยเสี่ยง	Risk ratio	95% CI	P-value
เพศชาย	0.93	0.66-1.30	0.654
อายุเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นสะเก็ดเงิน	1.00	0.99-1.00	0.651
ดัชนีมวลกาย	1.03	1.01-1.05	<0.001*
ค่าประเมินความรุนแรง (PASI score)	0.99	0.97-1.01	0.260
ระดับปานกลางถึงรุนแรงก่อนให้การรักษาด้วยยารับประทาน			
โรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นแดงทั้งตัว	1.45	0.99-2.13	0.056
ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน	1.32	1.01-1.72	0.041*
การสูบบุหรี่มากกว่า 10 ซอง-ปี	1.25	0.89-1.77	0.201
โรคเบาหวาน	0.91	0.63-1.31	0.613

* p<.05

อภิปรายผล

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบบ่อยทั่วโลก เครื่องมือในการประเมินความรุนแรงที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางคือการใช้ค่าประเมินระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Area Severity Index; PASI score) การรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางถึงรุนแรงด้วยการรักษาโดยการใช้อยารับประทาน (conventional therapy) หรือชีววัตถุ (Al-Janabi & Yiu, 2022; Brownstone et al., 2021; Curmin et al., 2022; Pirro et al., 2021) พิจารณาจากค่าประเมินความรุนแรงที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 พบว่า มีผู้ป่วยบางกลุ่มไม่ตอบสนองหรือดื้อต่อการรักษาด้วยยารับประทาน การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปที่ต้องต่อการรักษาด้วยยารับประทานที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารับประทาน มีปัจจัยภายในที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงหรือภาวะหัวใจและหลอดเลือด ประวัติคนในครอบครัวเป็นสะเก็ดเงิน ปัจจัยภายในที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ อาการคัน ไม่แตกต่างกันในสองกลุ่ม ในขณะที่ดัชนีมวลกาย โดยเฉพาะดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 พบในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มากกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rie Sakai และคณะที่พบว่า ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 เป็นปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่ต้องต่อการรักษาในกลุ่มชนิดผื่นหนา (Sakai et al., 2005) และยังพบการศึกษาที่สนับสนุนว่า ดัชนีมวลกายและน้ำหนัก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื้อการรักษาในกลุ่มยารับประทานและกลุ่มชีววัตถุในกลุ่มผื่นหนาเช่นเดียวกัน (Anghel, Nitusca, & Cristodor, 2021; Wu, Yu, Yang, & Chi, 2020)



แต่ยังมีการศึกษาที่พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีผลต่อการรักษาสะเก็ดเงินระดับปานกลางหรือรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานยาหรือชีววัตถุ (Pirro et al., 2021; Salah, Gillstedt, & Osmanovic, 2016)

การศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยของตัวโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงินพบในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะข้ออักเสบ ซึ่งมีการศึกษาว่า ภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงินพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีสะเก็ดเงินระดับรุนแรงปานกลางขึ้นไป แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยชีววัตถุ (Menter, Gordon, Leonardi, Gu, & Goldblum, 2010) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงิน แม้ไม่มีผื่นสะเก็ดเงินจะได้รับการรักษาโดยการให้ยากลุ่มรับประทานตั้งแต่เริ่มต้นซึ่งการตอบสนองต่อยาจะขึ้นกับตำแหน่งของภาวะสะเก็ดเงินลงข้อ ได้แก่ การมีนิ้วอักเสบ บวมมากกว่า/หรือเท่ากับหนึ่งนิ้วขึ้นไป (dactylitis) และ ตำแหน่งข้อกลางตัว (Axial involvement) (Mekhail, Chouk, Prati, Wendling, & Verhoeven, 2020) โดยการรักษาภาวะสะเก็ดเงินลงข้อ จะมีการรักษาที่แตกต่างจากการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ผิวหนังซึ่งต้องส่งการรักษาไปยังแพทย์เชี่ยวชาญสาขาโรคข้อและรูมาติซึม (Rheumatologist) เพื่อประเมินภาวะความรุนแรงของข้อและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาต่อไป

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์พบว่า ดัชนีมวลกายและภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงิน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื้อการรักษาในกลุ่มรับประทาน ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการลดดัชนีมวลกายอาจช่วยให้ตอบสนองต่อการรักษามากขึ้นหรือเลือกไปใช้การรักษาแบบอื่นให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้แพทย์คลินิกโรคผิวหนังยังมีความจำเป็นในการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด มิใช่เพียงแต่อาการทางผิวหนังอย่างเดียวเท่านั้น ยังรวมถึงการส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแพทย์สาขาโรคข้อและรูมาติซึม (Rheumatologist) เมื่อเกิดภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงิน เป็นการรักษาแบบสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัวและประวัติครอบครัวของโรคสะเก็ดเงิน ไม่มีผลต่อการดื้อต่อการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปโดยสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องกังวลว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรักษา

2. ปัจจัยภายในผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้พบว่า มีเพียงดัชนีมวลกายที่มีผลต่อการดื้อต่อการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำไปซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพต่อการรักษารวมถึงภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูงได้อีกด้วย

3. ปัจจัยของโรคสะเก็ดเงินโดยเฉพาะภาวะข้ออักเสบสะเก็ดเงินมีผลต่อการดื้อต่อการรักษาโรคสะเก็ดเงินระดับปานกลางขึ้นไป มีผลต่อการรักษาในอนาคตคือการพิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษาจากการให้รับประทานสู่การใช้ชีววัตถุได้เร็วขึ้น



ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ปัจจุบันนี้มียาใหม่ๆ แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของราคา โดยขณะนี้กรมบัญชีกลางได้มีระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology disease Prior Authorization: DPPA) ได้เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยากกลุ่มชีววัตถุ (biologic agents) ในการรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินในกลุ่มที่มีความรุนแรงขึ้นไป ซึ่งอาจทำให้เราได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ดัชนีมวลกาย ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการดื้อยา เช่นเดียวกับการรับประทานหรือไม่ นอกจากนี้ถ้าเราสามารถลดดัชนีมวลกายผู้ป่วยได้อย่างจริงจัง สามารถทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการดื้อยาลดลงหรือไม่ โดยการศึกษาปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ดัชนีมวลกายและภาวะสะเก็ดเงินลงข้อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มชีววัตถุที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดนการใช้ค่าประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จารุกิตต์ มงคลชัยอรัญญา สำหรับคำแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Al-Janabi, A., & Yiu, Z. Z. N. (2022). Biologics in Psoriasis: Updated Perspectives on Long-Term Safety and Risk Management. *Psoriasis (Auckl)*, 12, 1-14. doi:10.2147/ptt.S328575
- Al-Mutairi, N., & Nour, T. (2014). The effect of weight reduction on treatment outcomes in obese patients with psoriasis on biologic therapy: a randomized controlled prospective trial. *Expert Opin Biol Ther*, 14(6), 749-756. doi:10.1517/14712598.2014.900541
- Anghel, F., Nitusca, D., & Cristodor, P. (2021). Body Mass Index Influence for the Personalization of the Monoclonal Antibodies Therapy for Psoriasis. *Life*, 11(12), 1316. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2075-1729/11/12/1316>
- Armstrong, A. W. (2017). Psoriasis. *JAMA Dermatology*, 153(9), 956-956. doi:10.1001/jamadermatol.2017.2103
- Aurangabadkar, S. J. (2013). Comorbidities in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 79 Suppl 7, S10-17. doi:10.4103/0378-6323.115506
- Borsky, P., Chmelarova, M., Fiala, Z., Hamakova, K., Palicka, V., Krejsek, J., . . . Borska, L. (2021). Aging in psoriasis vulgaris: female patients are epigenetically older than healthy controls. *Immun Ageing*, 18(1), 10. doi:10.1186/s12979-021-00220-5



- Brownstone, N. D., Hong, J., Mosca, M., Hadeler, E., Liao, W., Bhutani, T., & Koo, J. (2021). Biologic Treatments of Psoriasis: An Update for the Clinician. *Biologics*, 15, 39-51. doi:10.2147/btt.S252578
- Curmin, R., Guillo, S., De Rycke, Y., Bachelez, H., Beylot-Barry, M., Beneton, N., . . . Tubach, F. (2022). Switches between biologics in patients with moderate-to-severe psoriasis: results from the French cohort PSOBIOEQ. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 36(11), 2101-2112. doi:10.1111/jdv.18409
- Damiani, G., Bragazzi, N. L., Karimkhani Aksut, C., Wu, D., Alicandro, G., McGonagle, D., . . . Naghavi, M. (2021). The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study. *Front Med (Lausanne)*, 8, 743180. doi:10.3389/fmed.2021.743180
- Edson-Heredia, E., Sterling, K. L., Alatorre, C. I., Cuyun Carter, G., Paczkowski, R., Zarotsky, V., & Maeda-Chubachi, T. (2014). Heterogeneity of response to biologic treatment: perspective for psoriasis. *J Invest Dermatol*, 134(1), 18-23. doi:10.1038/jid.2013.326
- Gisondi, P., Fostini, A. C., Fossà, I., Girolomoni, G., & Targher, G. (2018). Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol*, 36(1), 21-28. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.09.005
- Jindal, S., & Jindal, N. (2018). Psoriasis and Cardiovascular Diseases: A Literature Review to Determine the Causal Relationship. *Cureus*, 10(2), e2195. doi:10.7759/cureus.2195
- Kamiya, K., Kishimoto, M., Sugai, J., Komine, M., & Ohtsuki, M. (2019). Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci*, 20(18). doi:10.3390/ijms20184347
- Kunz, M., Simon, J. C., & Saalbach, A. (2019). Psoriasis: Obesity and Fatty Acids. *Front Immunol*, 10, 1807. doi:10.3389/fimmu.2019.01807
- Mekhail, C., Chouk, M., Prati, C., Wendling, D., & Verhoeven, F. (2020). Prognostic factors of good response to DMARDs in psoriatic arthritis: a narrative review. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 13(5), 505-519. doi:10.1080/17512433.2020.1758556
- Menter, A., Gordon, K. B., Leonardi, C. L., Gu, Y., & Goldblum, O. M. (2010). Efficacy and safety of adalimumab across subgroups of patients with moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 63(3), 448-456. doi:10.1016/j.jaad.2009.09.040
- Naldi, L. (2016). Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis (Auckl)*, 6, 65-71. doi:10.2147/ptt.S85189



- Naldi, L., Addis, A., Chimenti, S., Giannetti, A., Picardo, M., Tomino, C., . . . Cuscito, R. (2008). Impact of body mass index and obesity on clinical response to systemic treatment for psoriasis. Evidence from the Psocare project. *Dermatology*, 217(4), 365-373. doi:10.1159/000156599
- Nast, A., Smith, C., Spuls, P. I., Avila Valle, G., Bata-Csörgö, Z., Boonen, H., . . . Dressler, C. (2020). EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 34(11), 2461-2498. doi:10.1111/jdv.16915
- Nast, A., Smith, C., Spuls, P. I., Avila Valle, G., Bata-Csörgö, Z., Boonen, H., . . . Dressler, C. (2021). EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 35(2), 281-317. doi:10.1111/jdv.16926
- Ogdie, A., Shin, D. B., Love, T. J., & Gelfand, J. M. (2022). Body surface area affected by psoriasis and the risk for psoriatic arthritis: a prospective population-based cohort study. *Rheumatology (Oxford)*, 61(5), 1877-1884. doi:10.1093/rheumatology/keab622
- Pirro, F., Caldarola, G., Chiricozzi, A., Burlando, M., Mariani, M., Parodi, A., . . . De Simone, C. (2021). Impact of Body Mass Index on the Efficacy of Biological Therapies in Patients with Psoriasis: A Real-World Study. *Clin Drug Investig*, 41(10), 917-925. doi:10.1007/s40261-021-01080-z
- Rousset, L., & Halioua, B. (2018). Stress and psoriasis. *Int J Dermatol*, 57(10), 1165-1172. doi:10.1111/jjd.14032
- Sakai, R., Matsui, S., Fukushima, M., Yasuda, H., Miyauchi, H., & Miyachi, Y. (2005). Prognostic factor analysis for plaque psoriasis. *Dermatology*, 211(2), 103-106. doi:10.1159/000086437
- Salah, L. A., Gillstedt, M., & Osmancevic, A. (2016). A Retrospective Study of Patients with Psoriasis Treated with Biologics: Relation to Body Mass Index and Gender. *Acta Derm Venereol*, 96(7), 974-975. doi:10.2340/00015555-2438
- Wu, M. Y., Yu, C. L., Yang, S. J., & Chi, C. C. (2020). Change in body weight and body mass index in psoriasis patients receiving biologics: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 82(1), 101-109. doi:10.1016/j.jaad.2019.07.103



Effects of Distance Education Program on Knowledge and Self Care Behaviors for Decreasing Iron Accumulation among Adolescence with Thalassemia in Lampang Province

Jitaree Chatmontree^{1*}, Jiraporn Pengrachong*, Chompunut Sangwichitr*,
Fongjun Kanchanapaisit**, Saowaluk Wiengthong**

(Received: August 23, 2022, Revised: December 8, 2022, Accepted: December 20, 2022)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to Effects of Distance Education Program on Knowledge and Self Care Behaviors for Decreasing Iron Accumulation among Adolescence with Thalassemia in Lampang Province patients aged 12 to 15-year-old, to choose from the control group and the experimental group, 10 people per group. The control group received regular nursing care and the experimental group received a distance education program consisting of multimedia videos. and electronic books Assessed by the iron overload knowledge test. The KR-20 confidence value was 0.70 and the self-care behavior assessment questionnaire based on Orem's self-care conceptual framework. and the self-care behavior assessment form based on Orem's self-care concept. Monitoring, stimulating and assessing behavior through Line application Cronbach's alpha coefficient method had a reliability of 0.86. Data were analyzed by Distribution of frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test statistics.

Results show that: 1) After experiment, the mean score of Knowledge and Self- care behaviors in the experimental group was statistically significantly higher than those in the control group ($p < .05$). Therefore, public health facilities or related agencies Able to apply distance education programs to increase service efficiency.

Keyword: Distance Education Program; Self Care Behaviours; Decreasing Iron Accumulation; Adolescence with Thalassemia

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** professional nurse, Lampang Hospital

¹Corresponding jitaree.c@mail.bcnlp.ac.th Tel 084-8084599



ผลของโปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดลำปาง

จิตอารี ชาติมนตรี^{1*}, จิราพร เป็กราชรอง*, ชมพูนุท แสงวิจิตร*,
พองจันทร์ กาญจนไพศิษฐ์**, เสาวลักษณ์ เวียงทอง**

(วันที่รับบทความ : 23 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความ: 8 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 20 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดลำปาง อายุ 12-15 ปี จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการศึกษาทางไกล ประกอบด้วย วิดีโอมีเดียและหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประเมินผลโดยแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.70 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม การติดตามกระตุ้นและประเมินพฤติกรรมผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการศึกษาทางไกลไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการต่อไป

คำสำคัญ:โปรแกรมการศึกษาทางไกล;พฤติกรรมการดูแลของตนเอง;การสะสมเหล็กในร่างกาย;ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ jitaree.c@mail.bcnlp.ac.th โทร 084-8084599



บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือยีน ที่ทำให้กระบวนการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงผิดปกติ ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีหน้าที่นำพาออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เปราะบางและแตกง่าย จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางตั้งแต่กำเนิดและเป็นเรื้อรังไปตลอดชีวิต ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของประชากรที่เป็นพาหะ สูงถึงร้อยละ 30-40 หรือประมาณ 20 ล้านคน มีผลทำให้มีคู่สามีภรรยาที่เป็นพาหะซึ่งมีความเสี่ยงสูงจะส่งผลให้ทารกที่เกิดใหม่มีโอกาสเป็นโรคธาลัสซีเมียได้สูงตามมาด้วย โดยประมาณการประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงรายใหม่ 5,125 คนในทารกที่คลอดใหม่ทุก 1 ล้านคนในประเทศไทย ซึ่งความรุนแรงของโรคนี้ ทำให้ทารกอาจเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์หรือเสียชีวิตภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอด หรือหากทารกไม่เสียชีวิตจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ที่สำคัญคือการเกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงแต่ละรายจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดอายุขัยประมาณ 1,260,000 ถึง 6,680,000 บาท(Health Systems Research Institute,2020)

จากการสำรวจข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ามารับการรักษาคลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น 12-18 ปี จำนวน 34 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Homozygous alpha-thalassemia, Homozygous beta thalassemia และ Beta thalassemia/Hb E แผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยเฉพาะในกลุ่มชนิดที่ต้องพึ่งพาเลือดและรับเลือดเป็นประจำ (transfusion dependen thalassemia=TDT) ในปัจจุบันเป็นการให้เลือดในปริมาณสูงและมีความถี่ในการรับเลือดทุก 3-4 สัปดาห์ ควบคู่กับการใช้ยาขับเหล็กเมื่อเกิดภาวะเหล็กเกิน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตที่ดีการเจริญเติบโตใกล้เคียงกับเด็กปกติ ทำให้จำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Pediatric Outpatient Clinic a Hospital, 2020)

จากสถิติของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2559 ทั้งงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยในเป็นอันดับที่ 1 ของผู้รับบริการ (WongRuangsri,2019) ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ระดับความรุนแรงปานกลาง จำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ 3-4 สัปดาห์ต่อเดือน โดยเฉลี่ย 12-15 ครั้งต่อปี ผลกระทบตามมา คือ ภาวะเหล็กเกิน (hemochromatosis) เนื่องจากร่างกายจะสามารถกำจัดธาตุเหล็กได้เพียงวันละ 1-2 มิลลิกรัม เมื่อระดับซีรั่มเฟอร์ริติน มากกว่า 1,000 ng/dl ธาตุเหล็กที่เกินจะไปสะสมตาม อวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดต่อรังกาย ได้แก่ พังผืดที่ตับ เป็นหมัน โรคเบาหวาน การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ย กระดูกแกรน การเต้นของหัวใจผิดปกติ และหัวใจล้มเหลว เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในที่สุด (Chanchai, 2021) และนอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อาจผลกระทบต่อภาพลักษณ์ มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะเอาใจใส่ในชั้นเรียน ทั้งความคิดและ



ความจำ ต้องขาดเรียนบ่อยเมื่ออาการของโรคกำเริบ โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับ ferritin ในเลือด ซึ่งทำให้ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน (Sarisuta, 2019) ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน การรักษาเพื่อการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งวิธีการรักษาภาวะเหล็กเกินที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การใช้ยาขับธาตุเหล็กซึ่งมีทั้งชนิดฉีดและรับประทาน นอกจากนี้แล้วการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มีภาวะเหล็กเกินเป็นหัวใจสำคัญเพื่อช่วยชะลอการสะสมธาตุเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยได้อีกด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กน้อย การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลเมื่อมีไข้การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการติดตามระดับธาตุเหล็ก ในร่างกายของผู้ป่วยเด็ก (Sarisuta, 2019)

จากการสอบถามด้านผู้ปกครอง (5 ราย) และผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (5 ราย) ที่มารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ยังมีข้อบกพร่องในการดูแลตนเอง เรื่องการใช้ยาขับเหล็กชนิดฉีดไม่สม่ำเสมอ (3 ราย) ลืมรับประทานยาขับเหล็ก (5 ราย) รับทราบว่าตนเองหรือบุตรมีภาวะเหล็กเกิน (5 ราย) การสังเกตอาการผิดปกติ และวิธีการประเมิน เช่น อาการซีด เหนื่อยง่าย (2 ราย) รับประทานตับและเลือดสัตว์บางครั้ง (3 ราย) ไม่มาตามนัด (5 ราย) และสัมผัสกับบุคคลอื่นโดยไม่ใส่หน้ากาก (2 ราย) (Pediatric outpatient department Lampang Hospital, 2021) จากข้อความข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครองยังไม่ตระหนัก เรื่องการรักษาด้วยยาขับเหล็กผู้ป่วยไม่มีวินัยในการดูแลตนเอง หรือว่าเกิดความเบื่อหน่าย จึงละเลยการดูแลตนเอง ขาดการดูแลติดตามกระตุ้นต่อ เรื่องการรักษาด้วยยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง และมีวิธีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมบางประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ส่วนด้านการดูแลของพยาบาลเมื่อเด็กมารับบริการตามนัด พบว่า พยาบาลสอน แนะนำ และให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียง การดูแลสุขภาพทั่วไป การมาตรวจตามนัด โดยวิธีการให้ข้อมูลปากเปล่าเฉพาะราย ไม่มีสื่อประกอบการสอน ระยะเวลา 5-10 นาที หลังพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้จดจำไม่ได้ทั้งหมด

งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่า จากการการศึกษาของ ชนิษฐา พิศลลาด และเกษมณี มูลปานันท์ พบว่า ผู้ดูแลและเด็กส่วนใหญ่ปฏิบัติ ไม่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ให้บุตรรับประทาน ตับสัตว์และเลือดสัตว์ ให้บุตรไปเล่นหรือคลุกคลีกับผู้ที่ เป็น หวัด หรือโรคติดเชื้อต่างๆ และจากการศึกษาของ พบว่า เด็กยอมรับว่าฉีดยาขับธาตุเหล็กให้กับบุตรไม่สม่ำเสมอ มารดาหรือเด็กต้องการได้รับการสอนจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะจากพยาบาลวิชาชีพ (Pitchalard & Moonpanane, 2013) มีเพียงงานวิจัยในประเทศไทยใกล้เคียง คือ การศึกษาของ นิภาพรรณ บุญช่วย ได้สอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 3-5 ราย สอนเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน พฤติกรรม การดูแลตนเองในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย โดยใช้สื่อซีดี มีการแจกหนังสือการ์ตูนให้นำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน พร้อมทั้งมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ผลการศึกษา พบว่า เด็กโรคธาลัสซีเมีย



กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอน มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Boonchuay, 2016)

จากการสำรวจแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ยังไม่พบวิจัยการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกินและการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดลำปาง เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการศึกษาทางไกล (Distance learning) ซึ่งสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) และสื่อสารให้ความรู้และติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) โดยผู้วิจัยเลือกวิธีการสอนและติดตามอย่างต่อเนื่องทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายทำให้สามารถดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป และสร้างเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการชะลอภาวะเหล็กเกิน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

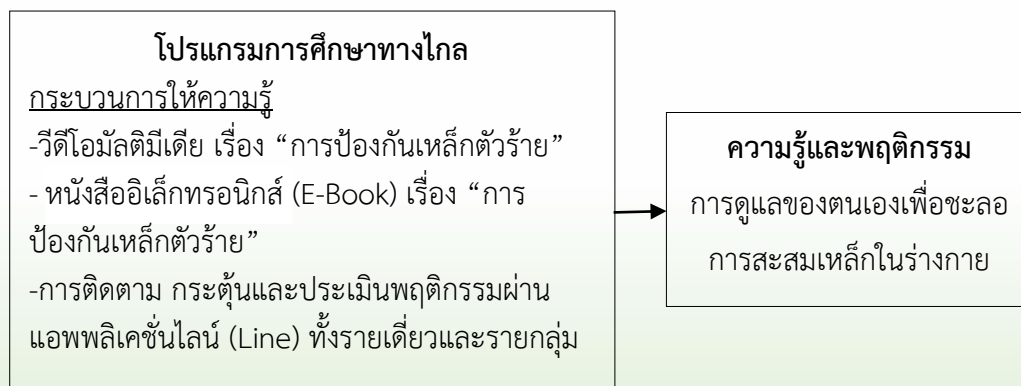
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายภาวะเหล็กเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายภาวะเหล็กเกินสูงกว่าก่อนการทดลอง



กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการศึกษาทางไกล (Distance learning) นั้น ผู้สอนและผู้เรียนจะอยู่ไกลกัน ให้อิสระผู้เรียนในการกำหนดเวลา สถานที่ และวิธีเรียน โดยตนเอง แต่สามารถเกิดการเรียนรู้ได้โดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งสื่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เทปเสียง คอมพิวเตอร์ และอื่น ๆ (Sriarporn,2019) เข้ามาช่วยได้โดยการนำเนื้อหาที่น่าสนใจผ่านเหล่านี้ในรูปแบบของโปรแกรม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล การเลือกรับรู้ข้อมูลสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะเหล็กเกินและพฤติกรรมดูแลตนเอง การใช้โปรแกรมนี้ได้ประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ โดยการให้ความรู้ สอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ประกอบด้วย วิดีโอมีเดีย และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) มีเนื้อหาคล้ายคลึงกัน โดยมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังและติดตามประเมินพฤติกรรมและการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายและติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็น) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 12-15 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลำปาง



กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การสอน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ เรื่องภาวะเหล็กเกินและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และตามหลักของ Polit & Hungler (1991) ที่กล่าวว่า ถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 ราย ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย ทั้งหมด 20 ราย ผู้วิจัยป้องกันการออกนอกกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการทดลอง โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบ จำนวน 10 คนก่อน และหลังจากนั้น เก็บข้อมูล ในกลุ่มทดลอง ครบจำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) อาจทำให้เกิดการถ่ายทอดข้อมูล จากระหว่างกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุมได้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1.ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุ 12-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ชนิดโฮโซไซกัส เบต้าธาลัสซีเมีย เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี
- 2.ได้รับการรักษาให้เลือดแบบ high transfusion ทุก 3-4 สัปดาห์ ได้รับการรักษามากกว่า 2 ปี
- 3.ได้รับการรักษาด้วยยาขับเหล็กชนิดรับประทานหรือชนิดฉีด
- 4.มีโทรศัพท์มือถือส่วนตัว ระบบอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้งาน

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

- 1.ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนด หรือขาดการเข้าร่วมอย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2.ย้ายภูมิลำเนา
- 3.เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น การได้รับการผ่าตัดม้าม การเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอน ชื่อ โปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อ ความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การติดตามประเมินการรับรู้และความเข้าใจผ่านทางวิดีโออัตโนมัติ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) และแนวคำถาม ดังนี้

1.1 วิดีโออัตโนมัติ เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุอันตรายการรักษาภาวะเหล็กเกิน และ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย ได้แก่ การให้ยาขับธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กน้อย การติดตามระดับ



ธาตุเหล็กในร่างกายของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน และพฤติกรรมการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยจำนวน 20 ข้อ

1.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” เนื้อหาเหมือน วีดีโอและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ

1.3 แนวคำถามทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ประเด็นเกี่ยวกับประเมินการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ภาวะเหล็กเกิน การรักษาด้วยการให้ยาขับเหล็ก ชนิดฉีดและรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นให้ตระหนักการดูแลตนเองของผู้ เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจ และทำความเข้าใจกับปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาขั้นตอนที่ 4 การวางแผนแก้ไข ปัญหา ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ใช้เวลา 10-15 นาที ภายหลังการสอน 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประสบการณ์การได้รับความรู้

2.2 ประวัติการรักษาของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลจาก แพ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย ชนิด ของโรค วันเดือนปี ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย การรักษาด้วยการให้เลือดอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่ต้อง มารับการให้เลือด ระดับ serum ferritin ครั้งล่าสุด ได้รับยาขับธาตุเหล็กยาขับธาตุ เหล็กที่ได้รับ การรักษาอื่นๆ

2.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เพื่อประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความหมายสาเหตุ อาการการรักษาโรคธาลัสซีเมียความหมาย ของภาวะเหล็ก เกิน สาเหตุอันตราย/ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลของตนเองเพื่อชะลอการสะสม เหล็กในร่างกายของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อความที่มีความหมาย เชิงลบจำนวน 5 ข้อ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ “ใช่”, “ไม่ใช่” และ “ไม่รู้/ไม่แน่ใจ” การพิจารณาให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่, ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ถ้าตอบใช่ได้ 0 คะแนน ถ้า ตอบไม่ใช่, ไม่รู้/ไม่แน่ใจ ได้1 คะแนน ช่วงคะแนนความรู้ อยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ เรื่องภาวะเหล็กเกินมาก

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ พยาบาลของ Orem (1995) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทาง สุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ นำเสนอคะแนนทั้งชุดโดยภาพรวมด้วยคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วน



เขียนแบบมาตรฐาน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของค่าคะแนนเฉลี่ยรวมและกำหนดเกณฑ์แปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยจากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (Best, 1977) ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับการวัด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนสูงสุด ($30 \times 4 = 120$) คะแนนต่ำสุด ($30 \times 1 = 30$) จำนวน 3 ชั้น ($120 - 30 = 90 / 3 = 30$) ดังนั้นเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ช่วงของค่าคะแนนเฉลี่ย

การแปลผล

91-120

พฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในระดับมาก

61-90

พฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในระดับปานกลาง

30-60

พฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคธาลัสซีเมียในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กโรคธาลัสซีเมียและทฤษฎีการดูแลตนเอง 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงการพยาบาลเด็กโรคธาลัสซีเมีย 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจน ของเนื้อหาครอบคลุมเนื้อหา ตรงตามหลักวิชาการ การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน ได้ค่า CVI = 0.80 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่า CVI = 0.74

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย นำแบบสอบถามและโปรแกรมการสอน ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย แล้วนำมาคำนวณหาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพทุกครั้ง แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรม ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ โดยแจ้งว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อยู่



ที่ความสนใจของผู้ปกครองเด็กและกลุ่มตัวอย่าง และหากยินยอมแล้วเปลี่ยนใจในภายหลัง สามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ

2. บันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลอื่นๆ ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งจะใช้เฉพาะในการวิจัยในครั้งนี้ และจะเปิดเผยในรูปของการสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ปกครองให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงรายชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย

3. ขั้นตอนการปฏิบัติหากผู้ปกครองยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ประเมินความรู้เรื่องภาวะเหล็กเกิน และประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของตนเอง เพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้น

1) กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม(Google form หรือ paper) และได้รับการพยาบาลตามปกติ

วันที่ 30 ของการทดลอง ซึ่งเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาตามนัด โดยการให้เลือด ผู้วิจัยประเมินความรู้และพฤติกรรมของตนเองโดยใช้แบบสอบถาม (Google form หรือ paper) การติดตามครั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (stage of change theory) พัฒนาโดย (Prochaska & DiClemente ,1980)

2) กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 ของการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม(Google form หรือ paper) เริ่มให้โปรแกรมการสอนโดยเพิ่มเพื่อน และตั้งแอปพลิเคชันไลน์(Line) กลุ่ม โดยให้ความรู้ด้วยวิธีสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์(Line) เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วย ส่งวิดีโอมีเดีย เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ทำการศึกษาขณะมารับบริการที่โรงพยาบาล และส่งหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” เนื้อหาสอดคล้องกันทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อเป็นคู่มือการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสามารถอ่านการทบทวนความรู้ได้ทุกเวลา

วันที่ 7 ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนครั้งที่ 1 สอบถามปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง แนะนำความรู้เพิ่มเติม และเป็นช่องทางในการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

วันที่ 14 ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนครั้งที่ 2 สอบถามปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง แนะนำความรู้เพิ่มเติม ช่องทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น



วันที่ 30 ของการทดลอง ซึ่งเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาตามนัด แผนกผู้ป่วยนอก
กุมารเวชกรรม ผู้วิจัยประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมของตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม
(Google form หรือ Paper)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทุกกระบวนการตลอดโครงการวิจัย โดย
ยึดตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติ ดังนี้

1. ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ยื่นเสนอคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2564/057 วันที่
14 กรกฎาคม 2564 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ แล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเด็ก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ
ปฏิบัติตัวหากเข้าร่วมโครงการ และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ สามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วม
ตามความสมัครใจ หากผู้ป่วยเด็ก และผู้ปกครองต้องการออกจากโครงการวิจัยสามารถทำได้
ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับแต่อย่างใด หากผู้ป่วยเด็ก และ
ครอบครัวยินยอมที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ให้เซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และข้อมูลที่ได้จะ
ถูกเก็บเป็นความลับโดยนำไปใช้ในการวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุชื่อ ที่อยู่
ของผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวและเมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการ
ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจง
ความถี่หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น
โรคธาลัสซีเมียในการเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้โปรแกรม ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ
ทดสอบ Kolmogorov Smirnov test ได้ค่า มากกว่า 0.05 (กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $\alpha=.05$) สรุป
ได้ว่าไม่สามารถปฏิเสธ H_0 ได้ นั่นคือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซี
เมีย มีการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้ สถิติพารามิเตอร์ (parametric statistic) ทดสอบการใช้สถิติที่ (t-test)
จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่
ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น
โรคธาลัสซีเมียระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จะทำการ
วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent sample t-test



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองลักษณะ ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนบุคคล มีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 60.00 และ 50.00 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วงสูงสุด 15 ปี ร้อยละ 50.00 และ 60.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ม.1-3 ร้อยละ 90.00 และ 70.00 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลัก คือ บิดามารดา ร้อยละ 50.00 และ 80.00 ตามลำดับ การเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 70.00 และ 60.00 ตามลำดับ ลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เป็นชนิด ของโรคธาลัสซีเมีย β -thalassemia/Hb E ร้อยละ 80.00 และ 70.00 ตามลำดับ ระยะเวลาในการ เจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 20.00 และ 30.00 ตามลำดับ 5-10 ปี ร้อยละ 3.00 และ 30.00 10 ปี ขึ้นไป ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับ serum ferritin สูงกว่า 2,500 นก./มล. คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 50.00 ตามลำดับ และต่ำกว่า 2,500 นก./มล.คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 50.00 ตามลำดับ ได้รับยาขับเหล็ก ชนิดรับประทาน (Deferiprone, Deferasirox: Exjade) คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 50.00 ตามลำดับ และได้รับยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ร่วมกับยาขับเหล็กชนิดฉีด (Combined Desferoxamine (Desferal®) and Deferiprone (GPO-L1 ®) คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 40.00 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่ม ควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัย การได้รับยาขับเหล็ก ผู้ดูแลหลัก อาชีพบิดามารดา กรณีเป็นข้อมูลแจกแจงนับ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square หรือ Fisher's Exact Test และกรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ Independent t-test (ข้อมูลแจกแจงปกติ) ในการทดสอบข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งสองกลุ่มไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		χ2	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	4	40.00	5	50.00	0.20	0.653
	หญิง	6	60.00	5	50.00		
อายุ	12-13 ปี	6	60	7	70	0.984	0.338 ^t
	14-15 ปี	4	40	3	30		
		(Min= 12 , Max=15)		(Min= 12 , Max=15)			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา		1	10.00	3	30.00	1.053	0.305 ^F
มัธยมศึกษา		9	90.00	7	70.00		



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ดูแลหลัก						
บิดา มารดา	7	70.00	8	80.00	1.027	0.311 ^F
ตายาย ปู่ย่า	3	30.00	2	20.00		
ลำดับการเป็นบุตร						
บุตรคนที่ 1	7	70.00	8	80.00	0.66	0.416 ^F
บุตรคนที่ 2	3	30.00	2	20.00		
การวินิจฉัย						
β-thalassemia/Hb E	10	100.00	10	100.00		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
1-5 ปี	2	20.00	3	30.00	1.003	0.206 ^t
5-10 ปี	3	30.00	3	30.00		
10 ปีขึ้นไป	5	50.00	4	40.00		
ระดับ serum ferritin						
ต่ำกว่า 2,500 นก./มล.	6	60.00	5	50.00	0.40	0.654 ^F
มากกว่า 2,500 นก./มล.	4	40.00	5	50.00		
การได้รับยาขับเหล็ก						
ชนิดรับประทาน	4	40.00	5	50.00	0.38	0.504 ^F
ชนิดฉีด	2	20.00	2	20.00		
ทั้ง 2 ชนิด	4	40.00	3	40.00		

*p-value < .05 (F : Fisher's Exact Test, t :Independent t-test)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการชะลอภาวะเหล็กเกิน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความรู้	ก่อนการทดลอง (n=10)		หลังการทดลอง (n=10)		t	p-value
	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป	3.50 (0.97)	3.60 (0.97)	3.80 (0.42)	4.60 (0.52)	2.938	0.04*
ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	3.20 (0.79)	3.30 (0.67)	3.90 (0.57)	4.7 (0.48)	2.116	0.02*
ด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ	2.80 (0.63)	2.90 (0.57)	3.20 (1.03)	4.10 (0.32)	2.462	0.01*
โดยรวมด้าน	9.50 (1.18)	9.80 (1.23)	10.90 (0.57)	13.40 (0.52)	6.864	0.00*



ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง รายด้าน 3 ด้าน สูงกว่าก่อนทดลอง ประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป เท่ากับ (Mean=3.80,S.D.= 0.42), (Mean=4.60, S.D.= 0.52) ตามลำดับ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เท่ากับ (Mean=3.90,S.D.= 0.57), (Mean=4.7,S.D.= 0.48) ตามลำดับ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมี ปัญหาทางสุขภาพ เท่ากับ (Mean=3.20,S.D.= 1.03), (Mean=4.10,S.D.= 0.32) และโดยรวมด้าน (Mean=10.90,S.D.= 0.57), (Mean=13.40,S.D.= 0.52) ตามลำดับ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการชะลอภาวะเหล็กเกินเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.864, p=.00$)ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n=20$)

คะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม		
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็น ทั่วไป	26.14 (0.08)	26.20 (0.04)	30.12 (2.55)	36.12 (4.04)	7.606	0.00*
ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็น ตามระยะพัฒนาการ	18.40 (0.32)	18.00 (0.28)	26.44 (1.84)	34.60 (10.11)	4.797	0.00*
ด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ	20.10 (0.66)	21.20 (0.78)	28.20 (1.98)	32.40 (4.68)	5.589	0.00*
รวม	64.64 (0.50)	65.40 (0.54)	84.76 (4.44)	103.12 (18.84)	14.77	0.00*

*p-value < .05

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่ม ควบคุมกับกลุ่มทดลอง รายด้าน 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ (Mean= 30.12,S.D.=2.55) (Mean=26.44,S.D.=1.84) (Mean=28.20,S.D.=1.98) ตามลำดับ กลุ่มทดลอง (Mean=36.12, S.D.=4.04) (Mean=34.60,S.D.=10.11) (Mean=32.40,S.D.=4.68) ในแต่ละด้าน



พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.606, p=.00; t=4.797, p=.00; t=5.589, p=.00$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมีย ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($Mean=84.76, S.D.=4.44$) กับกลุ่มทดลอง เท่ากับ ($Mean=103.12, S.D.=18.84$) เมื่อพิจารณาความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันในทุกๆด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.77, p=.00$) ดังแสดงตารางที่ 3

อภิปรายผล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายภาวะเหล็กเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

จากสภาพความเป็นจริงในสถานบริการ เนื่องด้วยข้อจำกัดผู้ป่วยในแต่ละวันจำนวนมาก และเนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การให้เลือด โดยเฉพาะการให้ยาขับเหล็ก ทั้งกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ชนิดรับประทาน (Deferiprone, Deferasirox: Exjade) และได้รับยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ร่วมกับยาขับเหล็กชนิดฉีด (Combined Desferoxamine (Desferal®) and Deferiprone (GPO-L1 ®) ต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจ เพื่อเกิดทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม การให้ความรู้เพื่อปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ยังไม่มีระบบการให้ความรู้ที่ชัดเจน โดยพยาบาลสอนให้คำแนะนำปากเปล่าหน้าจุดบริการซักประวัติหรือหลังพบแพทย์ ประมาณ 5-10 นาที ไม่มีการฝึกทักษะการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีอาการผิดปกติเฉพาะราย ส่งผลให้เด็กจดจำเนื้อหาการสอนไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ทำให้การดูแลตนเองบกพร่องการตระหนักในการดูแลสุขภาพ เช่น “ลืมรับประทานยาขับเหล็ก มีความตั้งใจไม่ฉีดยาขับเหล็ก รู้สึกเครียดกับแผนการรักษา” ส่งผลให้มีภาวะเหล็กเกิน (Hemochromatosis) ทำให้บางรายต้องได้รับการรักษานอนในโรงพยาบาล เหล็กที่สะสมนั้นเป็นพิษ ส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพรรณ บุญช่วย (2560) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังจากที่ควบคุมตัวแปรร่วม คือ คะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Boonchuay, 2016) ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เหล็กที่สะสมนั้นเป็นพิษ และส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และเป็นเหตุที่ทำให้อายุขัยสั้นลง



หรือเสียชีวิตได้ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มข้อมูล ได้ทำการนัดหมาย ขอความยินยอมผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (line) ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ ชี้แนะ สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลจัดกระทำอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กด้วยความเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความไว้วางใจ สอบถามอาการของผู้ป่วยเด็ก เพื่อ ดึงดูดความสนใจในการสนทนา ทำให้ได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการศึกษาทางไกล (Distance Learning) สามารถเกิดการเรียนรู้ให้ความรู้ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) โดยมีวิธีการส่งวิดีโอมีเดีย และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ได้ โยงถึงประสบการณ์ โดยการตั้งคำถาม ตอบคำถาม ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดวิเคราะห์ การตอบสนอง ความต้องการของตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมซ้ำได้เมื่อเกิดความพอใจ และสนใจ ผู้ป่วยจะ ได้รับคำชมเชย เป็นการให้กำลังใจเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยทดสอบความรู้ก่อนและหลัง เลือกรูปวิธีการสอน ให้ความรู้ผ่านวิดีโอมีเดีย และสามารถ ทบทวนความรู้ผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพของ ตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอการสะสมเหล็กในร่างกาย ทำให้สามารถดูแล ตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป และสร้างเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง เกี่ยวกับชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายภาวะเหล็กเกินสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้ ตามแนวคิดทฤษฎี การดูแลตนเองของ Orem (1995) ซึ่งก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ยังขาดความ ตระหนัก การเรียนรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม การศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย มีระบบการให้ความรู้ชัดเจนที่ประกอบด้วยการสอน สนับสนุน และชี้แนะ สื่อสาร ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เดี่ยวและกลุ่ม โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่งวิดีโอ มีเดีย เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) เรื่อง “การป้องกันเหล็กตัวร้าย” เพื่อเป็นการทบทวนความรู้สามารถอ่านได้ทุกเวลา โดยเป็นวิธีการสอน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถ เรียนรู้ และเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น หลังจากนั้นมีการประเมินผลทบทวน ความรู้ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน ดังนี้ สร้างความคุ้นเคย ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ถ้าพูดคุย ซักถามข้อสงสัย ทำให้ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหา ความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของโอเร็ม



จะต้องอาศัยความ พร้อม ความสนใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประเมินความพร้อม ความสนใจก่อนการสอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการสอนทุกครั้ง ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Nutbeam, 2000) ที่พบว่าเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และความร่วมมือในการรักษา เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะสุขภาพโดยการประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ความตระหนักต่อความสามารถตนเอง และเติมเต็มข้อมูล ส่วนที่ขาด รู้เท่าทันสื่อเพื่อวิเคราะห์และ ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมฯ ทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ มีความเข้าใจ ถึงวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค อันจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยสรุปผลของโปรแกรมการศึกษาทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอการสะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมีย ในจังหวัดลำปางในการศึกษาคั้งนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียมีความรู้ เรื่องภาวะเหล็กเกิน และพฤติกรรมดูแลเพื่อชะลอการ สะสมเหล็กในร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ดังนั้นโปรแกรมการสอนนี้สามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียได้ อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการศึกษาทางไกลเพื่อชะลอและลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยเด็กวัยร่นธาลัสซีเมียไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยอื่นๆที่มีประสิทธิภาพต่อไปเพื่อให้ส่งเสริมให้เด็กสามารถจัดการตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. ด้านการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล สถาบัน การศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำแนวคิดการจัดการ ตนเองไปสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็ก โรคธาลัสซีเมียและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ในระยะยาว เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และควรมีแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยเด็กที่มีทักษะความสามารถ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. 1977. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Boonchuay, N. (2016). The Effect of the Educational Program on Knowledge and Care Behaviors of Caregivers of Children with Thalassemia. Retrieved 1 June 2020. From <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/77573> (in Thai)
- Chanchai T, (2021). *Blood transfusion*. *Journal of Hematology and Transfusion Medicine*. Vol. 31 No. Retrieved 1 June 2020. From <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHematolTransfusMed/article/download/250222/169187/92013>
- Health Systems Research Institute, (2020) *Thalassemia is a genetic disorder*. Retrieved 1 June 2020. From <https://www.hsri.or.th/media/issue/detail/13801>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concept of practice*. 5th Ed. St Louis: Mosby Year Book.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1991). *Nursing research: principle and methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Pediatric Outpatient Clinic Lampang Hospital. (2020). Patient medical records.
- Pitchalard, K. & Moonpanane, K. (2013). Improvement of a Continuing Care Model in Child with Thalassemia and Caregivers. Retrieved 1 June 2020. from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/18924/16689> (in Thai)
- WongRuangsri, S. (2019). The development of service network quality of thalassemia



children, Lampang Province. Retrieved 1 June 2020. From <https://th-th.facebook.com/PR.LPH123/posts/764729733701363/>

Sarisuta, P.2019. Quality of Life and Prevalence of Depression among Children with Thalassemia in Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center. *Journal of Public Health* 2019; 49(2): 200-209 (in Thai)

Sriarporn, W. (2018). Development project Child Thalassemia Service Network Quality in Lampang Retrieved 1 June 2020. From <http://cso.rh1.go.th/bestP2560/download/18.%E0%B8%AA%>

Sriarporn, W. (2019) *The Evaluation Model of Learning Distance Education Through Information Technology Schools Under the Office of the Basic Education Commission* Retrieved 1 June 2020. From <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/rmuj/article/download/248644/168839>



Development of a model for management nursing staff in critical care patients in Lampang Hospital

Benjamas Wongmaneevan^{1*}, Thaworn Lorga^{**}, Kannapatch Srithong^{***}

(Received: November 23, 2022, Revised: December 14, 2022, Accepted: December 20, 2022)

Abstract

This participatory action research was aimed to develop a nurse staffing management model for critical units at Lampang Hospital. The study was conducted between June – October 2022 and consisted of 4 phases, namely, planning, model development and implementation, observation and evaluation, and reflection. Research instruments were focus group record form, performance report, flexible working perception questionnaires and nurse satisfaction questionnaires for nurse staffing management model. Content analysis and statistical analysis were used for qualitative and descriptive statistics and paired-t test were used for quantitative analysis.

The result founded that: 1. Situational analysis factors affecting happiness at work were inflexible working system, work schedules that were not conducive to work-life balance, nonparticipation in design work schedule, excessively unnecessary documentation, which resulted in less time for patient care. 2. The critical care nurse staffing management model based on the definition of organizational culture and leadership toward shared values (respect for others, participation in organization development and organization efficiency) included 3 principles; 1) standard for nurse staffing 2) work flexibility and 3) work smartness. These values and principles were translated into the process of nurse staffing management. 3. The developed critical care nurse staffing management model contributed to effective nurse staffing which resulted in nurses initiated 8 quality improvement activities, included 16 key performance indicators and the mean scores of critical care nurse perceptions about work flexibility were difference from before developing model statistically not significant. 4. Nurses were more satisfied with critical care nurse staffing management model regarding to nurse satisfaction questionnaires, overall and each aspect of satisfaction.

Keywords: Staffing management; Work flexibility; Work smartness; Work-life happiness; Critical care nurses

*Registered nurse, Senior Professional Level, Lampang Hospital

** Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

*** Nurse Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabromarajchanok Institute

¹Corresponding benjamas22349@gmail.com Tel 091-0787695



พัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

เบญจมาส วงศ์มณีวรรณ^{1*},ถาวร ล่อกา^{**},กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง^{***}

(วันที่รับบทความ : 22 พฤศจิกายน 2565, วันแก้ไขบทความ:14 ธันวาคม 2565, วันตอบรับบทความ: 20 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2565 ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 165 คน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ การวางแผนการพัฒนา การนำกิจกรรมการพัฒนาสู่การปฏิบัติ การสังเกตและติดตาม และการสะท้อนคิด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกผลการดำเนินงาน แบบประเมินการรับรู้การปฏิบัติแบบยืดหยุ่น และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบ ที่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย พบว่า 1. สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ระบบการทำงานที่ไม่ยืดหยุ่น ตารางการปฏิบัติงานไม่เอื้อต่อสมดุลชีวิต ขาดการมีส่วนร่วมในการออกแบบตารางปฏิบัติงานภาระงานด้านเอกสารที่มากเกินไปจนทำให้ต้องใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยลดลง 2. รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยกำหนดวัฒนธรรมและคุณลักษณะการนำองค์กรผ่านค่านิยมร่วม 3 ประการ ได้แก่ การเคารพซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร และการยึดแนวทางแห่งประสิทธิภาพ บนหลักการ 3 หลักการ ได้แก่ 1)หลักมาตรฐานการจัดอัตรากำลังพยาบาล 2)หลักความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน และ 3)หลักความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน โดยค่านิยมและหลักการเหล่านี้จะถูกถ่ายทอดไปในทุกขั้นตอนของการบริหารอัตรากำลัง 3. ผลการพัฒนาพบว่า รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลช่วยให้การจัดอัตรากำลังมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการพัฒนาคณาการดูแลผู้ป่วย 8 กิจกรรม ครอบคลุม 16 ตัวชี้วัด และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่นระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาทุกด้านหลังการพัฒนาดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารอัตรากำลังทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ การบริหารอัตรากำลัง; ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน; ความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน; ความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงาน; พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลลำปาง

** อาจารย์พยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ benjamas22349@gmail.com โทร 091-0787695



บทนำ

ถึงแม้จะมีการเร่งรัดการผลิตพยาบาล ประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการลาออกของพยาบาลจากระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบราชการ (Srisuphan & Sawaengdee, 2012) โดยปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลลาออกประกอบไปด้วยจำนวนชั่วโมงการทำงานและภาระงานในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบที่มากเกินไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต การดำเนินชีวิตส่วนตัวของพยาบาล และ สมดุลชีวิตของพยาบาล นอกจากนี้การขาดความมั่นคง ความก้าวหน้า และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานยังส่งผลให้พยาบาลตัดสินใจลาออก (Srisuphan & Sawaengdee, 2012) การศึกษาของ เรมวอล นันตสุวัฒน์ และ คณะ (2557) พบว่าในโรงพยาบาลทั่วไป พยาบาลต้องขึ้นเวรเดือนละ 32 เวร หรือทำงานวันละ 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 58.7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการศึกษาของ ทริยาพรณ สุภามณี และ คณะ (2557) พบว่าในโรงพยาบาลชุมชนพยาบาลต้องขึ้นเวร เฉลี่ย 59.40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งจำนวนชั่วโมงการทำงานดังกล่าวเกินเกณฑ์ที่กฎหมายแรงงานกำหนดไว้ คือต้องน้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การปฏิบัติงานเกินเวลาส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการรักษาพยาบาล เช่น การเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 30.20) ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 25.70) เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้การพยาบาล (ร้อยละ 17.80) และความผิดพลาดในการให้ยา (ร้อยละ 17.00) (Nantsupawat et al., 2014)

การขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลส่งผลต่อเนื่องทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Nakweenda et al., 2022) เนื่องจากการขาดแคลนพยาบาลในภาพรวมทำให้การวางแผนและการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพและปลอดภัยเป็นไปด้วยความยากลำบากทั้งในมิติความเพียงพอของจำนวนพยาบาล คุณสมบัติของพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะ และการมอบหมายหน้าที่ นอกจากจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานที่สูงกว่ามาตรฐานแล้ว ลักษณะผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหารุนแรงซับซ้อนและอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย หรือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานขาดสมรรถนะทั้งทางคลินิกและสมรรถนะอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การประสานการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สมดุลชีวิต ความสุขในการทำงาน คุณภาพการปฏิบัติงาน และคุณภาพการดูแล รวมถึงการเกิดความรู้สึกเชิงลบกับสถานที่ทำงาน หมดไฟในการทำงาน (Nantsupawat et al., 2016; Nantsupawat et al., 2014; Supamanee et al., 2014) สำหรับโรงพยาบาลลำปางซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 800 เตียง มี 9 หอผู้ป่วยหนัก มีจำนวนสำหรับผู้ป่วยวิกฤต 86 เตียง อัตราครองเตียงในปี พ.ศ. 2562-2564 เฉลี่ยร้อยละ 89.68, 86.39, 84.72 ตามลำดับ เมื่อทบทวนภาระงานพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักพบว่า การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (OT) เฉลี่ย 5-13 เวร/คน/เดือนในบางหอผู้ป่วย จำเป็นต้องจัดเวรปฏิบัติงานติดต่อกัน 12-16 ชั่วโมงเนื่องจากการขาดแคลนพยาบาลทั้งจำนวนและคุณสมบัติ การมีชั่วโมงการทำงานมากทำให้พยาบาลเหล่านี้มีวันหยุดน้อย มีการลาออกของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอย่าง



ต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระงานในแต่ละหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ข้อมูลตัวบ่งชี้คุณภาพการพยาบาลในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีค่าเท่ากับ 4.50, 4.13, 4.28 ต่อพันวันคาต่อช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแบบมีอากร มีค่าเท่ากับ 2.72, 2.65, 2.86 ต่อพันวันคาสายสวน อัตราการเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนมีค่าเท่ากับ 3.74, 3.14, 4.20 ต่อพันวันคาต่อช่วยหายใจ อัตราความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาในระดับ E-I มีค่าเท่ากับ 0.87, 1.60, 1.68 ต่อพันวันนอน ตามลำดับ (Lampang Hospital Databased, 2022)

จากการทบทวนข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ลาออกจากโรงพยาบาล (exit interview) พบเหตุผลของการลาออกจากการได้แก่ การไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีภาระงานที่ไม่หนักเกินไป ลักษณะการปฏิบัติงานที่ก่อความเครียดน้อยกว่าและเอื้อต่อสมดุลชีวิตมากกว่า และค่าตอบแทนสูงเมื่อเทียบกับภาระงานและลักษณะงาน การสำรวจความสุขในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ปี พ.ศ. 2564 มีค่าเฉลี่ย 75.05 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเต็มใจในการช่วยเหลือผู้อื่นในการทำงานเมื่อเกิดปัญหา (89 คะแนน) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการได้รับรางวัลหรือโบนัสตอบแทนสำหรับสมรรถนะการทำงานที่ดี (60 คะแนน) สำหรับข้ออื่น ๆ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนค่อนข้างต่ำกว่าความคาดหวังได้แก่ การมีโอกาสได้พักคลายเครียดในระหว่างการปฏิบัติงาน (65 คะแนน) ความสมดุลที่ดีระหว่างการทำงานกับการดำเนินชีวิตส่วนตัว (67 คะแนน) ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายมีความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ (75 คะแนน) การมีอิสระในการตัดสินใจเพื่อความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย (74 คะแนน) การได้รับการอบรมสำหรับทักษะใหม่ที่ต้องใช้ในการทำงาน (72 คะแนน) สภาพแวดล้อมในที่ทำงานเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านกายและจิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (71 คะแนน) ผู้บังคับบัญชามีความยุติธรรมและปฏิบัติต่อบุคลากรด้วยความเสมอภาค ยอมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของบุคลากร (71 คะแนน) ผู้บังคับบัญชาให้การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (69 คะแนน) ค่าตอบแทนเหมาะสมกับความพยายามในการทำงานของท่าน (66 คะแนน) ระบบการทำงานที่สนับสนุนประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน (72 คะแนน) การได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์สำหรับใช้งานที่ทันสมัยเหมาะสมและเพียงพอต่อการทำงาน (75 คะแนน) องค์กรของท่านเป็นที่ที่น่าทำงาน (74 คะแนน) และ ความตั้งใจที่จะแนะนำเพื่อนให้เข้ามาทำงานที่แผนก (70 คะแนน) ข้อมูลข้างต้นสะท้อนถึงความสุขในการทำงานและความจงรักภักดีต่อองค์กรหรือแผนกที่ต่ำกว่าอุดมคติ และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต สร้างความสุข ความผูกพันและความจงรักภักดีต่อแผนก ส่งเสริมการคงอยู่และป้องกันการลาออกของพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

การบริหารอัตรากำลังพยาบาลเป็นเครื่องมือทางการบริหารที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล การลาออก การขาดความสุขในการทำงานและความผูกพันและความจงรักภักดีต่อองค์กร รวมถึงการขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Nantsupawat et al., 2016;



Nantsupawat et al., 2014; Supamanee et al., 2014) การบริหารอัตรากำลังพยาบาลเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การวางแผนอัตรากำลัง การสรรหาบุคลากร การจัดสรรบุคลากรและการมอบหมายงาน การพัฒนาบุคลากร การสร้างความผูกพันและการธำรงรักษาบุคลากร และการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้แผนกมีพยาบาลเพียงพอทั้งจำนวนและคุณสมบัติ มีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ งาน ทีมงานและองค์กร และสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองและองค์กรอย่างต่อเนื่อง พบว่าการบริหารอัตรากำลังพยาบาลที่อ้างอิงแนวคิดสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย และ/หรือ สมรรถนะของพยาบาลไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้อย่างยั่งยืนเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลในหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิตของพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการค้นหาแนวคิดอื่น ๆ ที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ความต้องการของพยาบาลในการปฏิบัติงาน ความสุขในการทำงานของพยาบาล และส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

กรอบแนวคิด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิสและคณะ (Kemmis et al., 2014) ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว ประกอบด้วย การวางแผนการพัฒนา การนำกิจกรรมการพัฒนาสู่การปฏิบัติ การสังเกตและติดตาม และ การสะท้อนคิด ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารที่มีบทบาทในการพัฒนาระบบการบริหารอัตรากำลังต้องการให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การวางแผนแก้ไขปัญหา การลงมือแก้ไขปัญหา การประเมินผลการแก้ปัญหา และมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมความรู้สึกในการเป็นเจ้าของกระบวนการการแก้ปัญหาซึ่งจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของเคมิสและคณะ (Kemmis et al., 2014) แต่ละวงรอบประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่



การวางแผนการพัฒนา การนำกิจกรรมการพัฒนาสู่การปฏิบัติ การสังเกตและติดตาม และ การสะท้อนคิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนา (Planning: P) เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 165 คน ซึ่งในจำนวนนี้จำแนกเป็นการสนทนากลุ่ม 35 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกรายเดี่ยว 5 คน และกลุ่มตอบแบบสอบถาม 152 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย จำนวน 45 แพทย์

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกรายเดี่ยว ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น (Flexible working design) สำหรับการบริหารอัตรากำลังบุคลากรสุขภาพ (The Britain's National Health Service, 2020) ประกอบด้วย 1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และภาวะผู้นำ (Culture and leadership) 2) การสร้างผูกพันของบุคลากร (Staff engagement) 3) การกำหนดนโยบายและกระบวนการทำงาน (Policy and process) 4) การสนับสนุนการจัดการ (Supportive line management) 5) การออกแบบลักษณะงาน (Job design) 6) การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน (Technology) 7) การสื่อสาร (Communication) 8) การทำงาน (Systems working) และ 9) การประเมินผล (Evaluation) ครอบคลุมประเด็น ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน ความขาดแคลนในการปฏิบัติงาน ความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิต และ ความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่นประกอบด้วย ความขาดแคลนในการปฏิบัติงาน ความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงาน และกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 81 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดลองใช้ในพยาบาลกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน ได้ 0.93, 0.95, 0.90, และ 0.93

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกรายเดี่ยวพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่ลาออก 5 คน และการสนทนากลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 35 คน และ หัวหน้าหอผู้ป่วย 8 คน ระยะเวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง
2. ผู้วิจัยทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วย 45 แฟ้มจากหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 9 หอผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาล
3. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่ม และทำการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจำนวน 152 คน ครอบคลุมประเด็น ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน ความขาดแคลนในการปฏิบัติงาน ความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิต และ ความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย



การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารอัตราากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตและนำสู่การปฏิบัติ (Action: A)

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 165 คน

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมประเด็น ความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการบริหารอัตรากำลังโดยเน้นการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่เป็นตัวแทน และร่วมหาแนวทางเบื้องต้นในการแก้ไขปัญหาที่พบในการบริหารอัตรากำลัง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยได้นำแนวทางเบื้องต้นไปร่วมพิจารณากับพยาบาลในแผนกเพื่อหาแนวทางที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการบริหารอัตรากำลังโดยเน้นการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ มาวางแผนการสนับสนุนและพัฒนา โดยที่แผนการสนับสนุนพัฒนาประกอบไปด้วยกิจกรรมจำนวน 5 กิจกรรม

3. ผู้วิจัยได้นำแผนการสนับสนุนฯ สู่การปฏิบัติโดยมีพยาบาลเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม จากนั้น พยาบาลได้ทำการริเริ่มกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในหอผู้ป่วยตนเอง จำนวน 1 กิจกรรม/หอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหาความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการบริหารอัตรากำลังโดยเน้น การมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การสังเกตและติดตามภายหลังการนำสู่การปฏิบัติ (Observation: O)

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 152 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกผลลัพธ์การดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 8 กิจกรรม ครอบคลุม 16 ตัวชี้วัด และ 2) แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประเมินความสำเร็จตามตัวชี้วัดของกิจกรรม ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นที่ยังไม่บรรลุ ตัวชี้วัด

2. ผู้วิจัยทำการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลจำนวน 152 คน ต่อการทำงานแบบยืดหยุ่น เปรียบเทียบกับช่วงเวลาก่อนดำเนินการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test



ระยะที่ 4 การสะท้อนคิด (Reflection: R)

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 165 คน จากการเลือกแบบเจาะจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มการสะท้อนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนา และสะท้อนต่อกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลตัวแทน เป็นการสะท้อนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนา และสะท้อนต่อกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบเพื่อการพัฒนาในวงรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 078/65 วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย นำเสนอตามระยะของการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ได้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ข้อมูลสถานการณ์การบริหารอัตรากำลังพยาบาลและการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง มีเตียงผู้ป่วยหนักทั้งหมด 86 เตียง ทุกหอผู้ป่วยยังขาดอัตรากำลังคนทางพยาบาล หอผู้ป่วยละ 4-9 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.81 โดยหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมีผลิดภาพการพยาบาลเกินเกณฑ์ ร้อยละ 123.64 ขณะที่หอผู้ป่วยอื่นมีผลิดภาพการพยาบาลตามเกณฑ์คือ ร้อยละ 85-115 ในส่วนของอัตรากำลังพยาบาลต่อเวร จัดตามสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:2 กรณีพยาบาลลาป่วย ลากลอด ลากิจ ประชุม อบรม หรือต้องไปช่วยสนับสนุนบริการอื่น ๆ เช่น ดูแลผู้ป่วยโควิด ฉีดวัคซีน ป้องกันโควิด จำเป็นต้องจัดให้ดูแลผู้ป่วยสัดส่วน 1:3 ทำให้พยาบาลปฏิบัติงาน OT เฉลี่ย 5-13 เวร/คน/เดือน บางหอผู้ป่วยจัดเวรติดต่อกัน 12- 16 ชั่วโมงต่อวัน สมรรถนะพยาบาลในภาพรวม มีพยาบาลระดับ



ผู้เชี่ยวชาญ (Expertise) มากที่สุดร้อยละ 43.66 รองลงมาเป็นพยาบาลระดับ ผู้ก้าวหน้าหรือผู้เรียนรู้ (Advanced Beginner) ร้อยละ 20.89 ขณะที่พยาบาลระดับเริ่มต้น (Novice) ร้อยละ 10.13

2. ปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานพบว่า 1) ไม่มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน ตารางปฏิบัติงานไม่สามารถขอยุติได้ ไม่มีความยืดหยุ่นในการแลกรว ไม่สามารถเลือกทีมปฏิบัติงานได้ บางวันต้องจัดเวร 12 ชั่วโมง มีวันหยุดน้อยมาก ไม่สามารถลาหรือพักผ่อนตามที่ต้องการได้ 2) รู้สึกขาดความสมดุลในชีวิตงานและครอบครัว เกิดการเจ็บป่วย เหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว 3) การมอบหมายงานไม่เหมาะสมกับสมรรถนะและประสบการณ์ของพยาบาลในเวร 4) ระบบการสื่อสารไม่ชัดเจนทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานและการส่งต่อระหว่างเวร/การสนทนาก่อนการรับเวรใช้เวลานาน ทำให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง 4) ด้านการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานทั้งในภาวะปกติและวิกฤตฉุกเฉิน การจัดเกลี่ยอัตรากำลังเกือบล้มเหลวในหอผู้ป่วย 5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้งาน บุคลากรขาดทักษะการใช้งาน ขาดการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ

3. ความต้องการแบบมีส่วนร่วมของทีม ทั้งในด้านการออกแบบการจัดเวรปฏิบัติงานของตนเอง และการพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบยืดหยุ่น

4. ปัญหาด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์คนขาดลา หรือประชุมอบรม ทำให้ขาดอัตรากำลัง ภาระงานมีมากกว่าจำนวนบุคลากร ขาดการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ป้องกันได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย

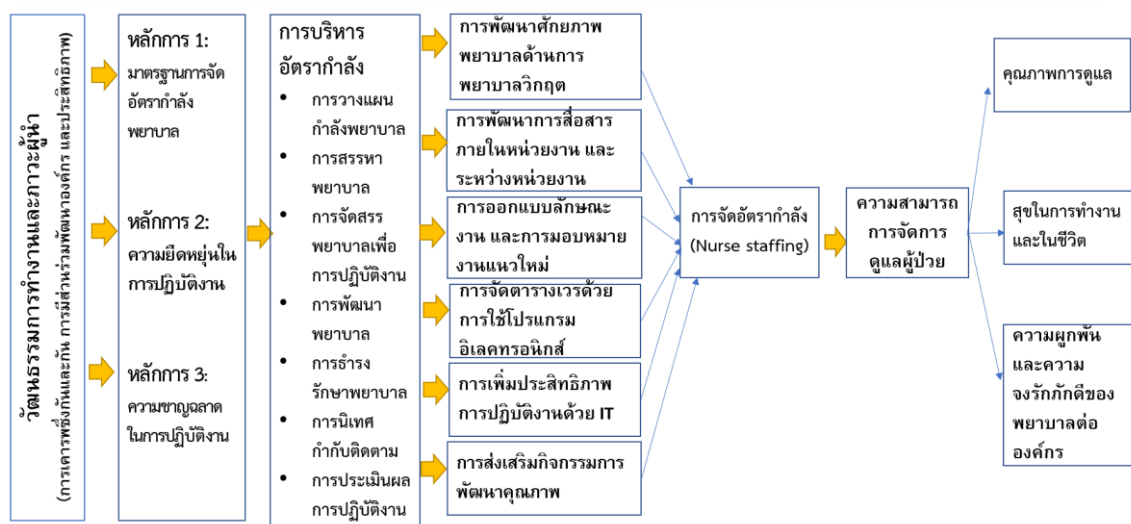
5. ผลจากการสำรวจ การรับรู้ด้านความยืดหยุ่น ด้านความชาญฉลาด ด้านความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงานและกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 152 คน สรุปผลในภาพรวม ด้านความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความชาญฉลาดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก และด้านความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตและนำสู่การปฏิบัติ

รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยกำหนดวัฒนธรรมและคุณลักษณะการนำองค์กรผ่านค่านิยมร่วม 3 ประการ ได้แก่ การเคารพซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร และการยึดแนวทางแห่งประสิทธิภาพ บนหลักการสำคัญ 3 หลักการ ได้แก่ 1) หลักมาตรฐานการจัดอัตรากำลังพยาบาล ซึ่งเป็นมาตรฐานที่กำกับความปลอดภัยและคุณภาพของบริการทางการแพทย์ 2) หลักความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน ที่ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจและความผาสุกของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในองค์กร และ 3) หลักความชาญฉลาดในการปฏิบัติงาน เน้นการทำงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ประหยัด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูล โดยค่านิยมและหลักการเหล่านี้จะถูกถ่ายทอดไปในทุกขั้นตอนของการบริหารอัตรากำลัง ได้แก่ การ

วางแผนกำลังพยาบาล การสรรหาพยาบาล การจัดสรรพยาบาลเพื่อปฏิบัติงาน การพัฒนาพยาบาล การอัตรารักษาพยาบาล การนิเทศกำกับติดตามสนับสนุน และการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสนับสนุนพัฒนา ซึ่งประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน 2) การปรับปรุงระบบการทำงานแบบยืดหยุ่น 3) การจัดตารางเวรด้วยการใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ 4) การพัฒนาการใช้ IT มาใช้ในการสนับสนุนการบริการทางการพยาบาล และ 5) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation Training Program) และ ทีมพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพการดูแล โดยรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ถูกนำเสนอในแผนภาพที่ 1

รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ผลการสังเกตและติดตามภายหลังการนำสู่การปฏิบัติ จากการสังเกต และติดตามกระบวนการการพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตตามแผนงาน ได้ผลการดำเนินการโครงการ ดังนี้

1. ผลการดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

1.1 กิจกรรมการพัฒนาการสื่อสารภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ ปรับระบบการส่งเวร morning huddle เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลนโยบายต่างๆผ่านการประชุมโดยระบบ zoom สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ ผลการดำเนินการพบว่าสามารถ ลดระยะเวลาการส่งเวร ปรับลดระยะเวลา morning Huddle จากเดิม 30-60 นาทีเป็นไม่เกิน 15 นาที และการรับ-ส่งเวร สรุปเฉพาะประเด็นสำคัญ จากเดิม 1-2 ชั่วโมง เป็นไม่เกิน 45 นาที และด้านการประชุมประจำเดือน



เพิ่มช่องทางการประชุมวิชาการต่าง ๆ ผ่านระบบ zoom สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ ทำให้ทุกคนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สะดวกง่าย รวดเร็วขึ้น

1.2 กิจกรรมการปรับปรุงระบบการทำงานแบบยืดหยุ่น เช่น ระบบการมอบหมายงานใหม่ การปรับระบบบริการพยาบาล เช่น การดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วยตามบริบทของหน่วยงาน การจัดเก็บยาในหัวเตียงผู้ป่วย การดำเนินการโดย ปรับระบบการมอบหมายงานใหม่ แบบจัดลำดับคิวการรับใหม่ผู้ป่วย กรณีมีผู้ป่วยจำหน่าย แบ่งการดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกเวร การจัดเก็บยาและจัดยาบริเวณหัวเตียงแต่ละเตียง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีระบบการทำงานในหอผู้ป่วยที่เหมาะสมในหอผู้ป่วย ช่วยลดขั้นตอน ลดระยะเวลา ทำให้มีชั่วโมงในการทำงานกับผู้ป่วยข้างเตียงเพิ่มขึ้น

1.3 กิจกรรมการจัดตารางเวรด้วยการใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดตารางเวรและการจัดระบบการช่วยเหลือด้านอัตรากำลังในหน่วยงานที่มีรูปแบบการผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน โดยใช้โปรแกรมการจัดตารางเวร และได้ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการจัดตารางเวรที่พัฒนาขึ้น ในหอผู้ป่วยหนัก 9 หอในโรงพยาบาลลำปาง การดำเนินการโดย การจัดตารางเวรตามมาตรฐานการจัดตารางเวร ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง ด้วยการโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (ตั้งข้อกำหนด คือ สามารถนับจำนวนคนจำนวน OT อัตโนมัติ และจำกัดการขึ้นเวรติดต่อกันเกิน 12 ชั่วโมง ทำให้ระยะเวลาการจัดตารางเวร รวดเร็วขึ้น

1.4 กิจกรรมการพัฒนาการใช้ IT มาใช้ในการสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ การนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการสนับสนุนการบริการพยาบาล เช่น การบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (SMART HIS IPD) การบริหารยาด้วยโปรแกรมการบริหารยาด้วยโปรแกรมไทยไอเดน (Thai Iden) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา การให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ทำให้พยาบาลทำงานด้วยความรวดเร็ว ลดระยะเวลา และความคลาดเคลื่อนลง

1.5 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation Training Program) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยทีมวิชาการด้านการพยาบาล ผู้ป่วยหนักร่วมกับทีมวิชาการ จำนวน 4 ครั้ง เรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 ประเด็น คือ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด(UEE) ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) มีภาวะอุดตันของระบบทางเดินหายใจ (Obstruction of tube) ปัญหาลมรั่วออกจากถุงลม (Pneumothorax) กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ทำให้พยาบาลเกิดทักษะการเรียนรู้จากสภาพความเป็นจริง มีความเข้าใจในสถานการณ์เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นแตกต่างกัน จนเกิดทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < .001$) โดยคะแนนความถ้อยอบรม มีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 79.70 ± 1.32 หลังการอบรม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 94.9 ± 4.98



2) ผลของรูปแบบการบริหารอัตราากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

ภายหลังการนำรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตสู่การปฏิบัติผ่าน 5 โครงการพบว่าช่วยให้เอื้อต่อการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่ปลอดภัยและมีผลผลิตภาพ และส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง ทำให้เกิดการส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลในหอผู้ป่วยเกิดการริเริ่มกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 8 กิจกรรม ครอบคลุม 16 ตัวชี้วัด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ลำดับ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์การดำเนินโครงการ	
			ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1	ความปลอดภัยจากการได้รับการดูแลส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ในหอผู้ป่วย ICUCVT	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ	ไม่ได้เก็บ	100 %
		2.อุบัติการณ์มาตรวจซ้ำ/เสียชีวิตด้วยโรคและอาการเดิมใน 48 ชั่วโมง	ไม่ได้เก็บ	0
2	Medical identification safety ในหอผู้ป่วย CCU	1.พยาบาลปฏิบัติตามแนวทาง Patient Identification ทุกขั้นตอน	66.67 %	94.44 %
		2.การเกิด missed patient identification	2 ครั้ง	0 ครั้ง
3	ป้องกันผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ ในหอผู้ป่วย ICU trauma	1.พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้	ไม่ได้เก็บ	89.72 %
		2.ร้อยละการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้	2	0
4	ยาแช่เย็นไม่ Expired ในหอผู้ป่วย ICU Neuro	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอน	50 %	100 %
		2.อุบัติการณ์ยา Multiple doseหมดอายุ	3 ครั้ง	0



ตารางที่ 1 ผลลัพธ์กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์การดำเนินโครงการ	
			ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
5	ป้องกันท่อระบาย-สาย เลื่อน/หลุด ในหอผู้ป่วย ICU ทั่วไป	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอน	60 %	100 %
		2.อุบัติการณ์ท่อระบาย/สายเลื่อน-หลุด	1.52	0
6	Safety Transfer ในหอผู้ป่วย MICU	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอน	62.33%	97.22 %
		2.ความเสี่ยงหรือความผิดพลาดในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	2 ครั้ง	0
7	การพัฒนาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วย RCU	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอน	80 %	100 %
		2.อุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่นและสิ่งแวดล้อม	8.84	0
8	กล่องแยกยาป้องกันให้ยาผิดในหอผู้ป่วย PICU/NICU	1.ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกขั้นตอน	50 %	100 %
		2.อุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยได้รับยาผิด	2	0

3) การรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่น การทำงานอย่างชาญฉลาด และการทำงานอย่างมีความสมดุลและความสุข

การรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่น การทำงานอย่างชาญฉลาด และการทำงานอย่างมีความสมดุลและความสุข ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 152 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.37 มีอายุระหว่าง 22-58 ปี (Mean=34.63, S.D.=8.54) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.71 ผ่านการอบรมอบรมการพยาบาลเฉพาะทางที่สภาการพยาบาลรับรอง ร้อยละ 53.29 และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 45.39



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่อการทำงานแบบยืดหยุ่น การทำงานอย่างชาญฉลาด และการทำงานอย่างมีความสุขของพยาบาลวิชาชีพ (n=152)

ลักษณะคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	ก่อนการพัฒนา Mean ($\pm$ S.D.)	หลังการพัฒนา Mean ($\pm$ S.D.)	p-value
ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน	2.66 $\pm$ 0.66	2.90 $\pm$ 1.33	0.075
ความชาญฉลาดในการปฏิบัติงาน	3.58 $\pm$ 0.68	3.67 $\pm$ 1.06	0.308
ความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงาน	3.30 $\pm$ 0.62	3.38 $\pm$ 1.27	0.240
กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วย	3.93 $\pm$ 0.56	4.01 $\pm$ 0.93	0.322

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้าน

ผลการวิจัยระยะที่ 4 การสะท้อนคิด ผลการวิจัยระยะนี้ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต (n=152)

ความพึงพอใจของพยาบาล	Mean	SD	ระดับ
1. มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง	4.23	0.89	มาก
2. มีความสะดวกในการปฏิบัติ	3.89	0.99	มาก
3. ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.10	0.58	มาก
4. ใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย	3.97	0.68	มาก
5. พยาบาลสามารถปฏิบัติได้	3.85	0.39	มาก
6. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล	3.65	0.78	มาก
7. ผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในงานภาพรวม	4.19	0.92	มาก
รวม	3.98	0.74	มาก



ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.98, S.D.=0.74) โดยระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพรายด้าน ในหัวข้อมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง (Mean= 4.23, S.D.= 0.89) รองลงมาคือ ผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในการใช้ (Mean= 4.19, S.D.= 0.92) ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน (Mean 4.10, S.D. 0.58) ใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย (Mean=3.97, S.D.= 0.68) มีความสะดวกในการปฏิบัติ (Mean 3.89, S.D. 0.99) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การปฏิบัติงานทำให้ขาดสมดุลชีวิต ไม่มีเวลาดูแลตัวเองและครอบครัวเนื่องจากตารางเวรหยุดน้อย การมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสมกับสมรรถนะของพยาบาล และพยาบาลขึ้นเวรนอกเหนือจากเวรปกติซึ่งเกินกว่าที่กฎหมายแรงงานกำหนด การขาดสมดุลในชีวิต เกิดความเหนื่อยล้า และได้รับงานที่มอบหมายไม่เหมาะสมกับสมรรถนะส่งผลเสียโดยตรงกับผู้ป่วยในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของสภาการพยาบาล พยาบาลที่ต้องทำงานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า ความสุข คุณภาพชีวิตของพยาบาล และส่งผลต่อผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะมีเหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้น (Sathira-Angkura et al., 2019) ผลการประเมินการรับรู้ของพยาบาลด้านความยืดหยุ่น ด้านความชาญฉลาด ด้านความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงาน และกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วย พบว่า ภาพรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด จากประเด็นดังกล่าวได้นำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง โดยนำลงสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อปัญหา สนับสนุนให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การเข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางการพัฒนาและนำสู่การปฏิบัติ โดยแผนการพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบมีส่วนร่วมจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการพัฒนา นำสู่การกำหนดแผนและ กิจกรรมการดำเนินงานรวมทั้งการเกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก 5 กิจกรรม

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้วยการใช้สถานการณ์จำลอง (Clinical Simulation) ที่เน้นให้ผู้อบรมเกิดการเรียนรู้จากสภาพความเป็นจริง มีความเข้าใจในสถานการณ์เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนเล็กน้อยแตกต่างกัน จนเกิดทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลวิกฤต

การพัฒนาการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงาน มีการปรับระบบการสื่อสารให้ชัดเจน เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่มีการสื่อสารที่สั้นและชัดเจน ช่วยให้การสื่อสารเป็นแบบ 2 ลักษณะคือ ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง ทำให้ลดระยะเวลาโดยเฉพาะเวลาในการรับส่งเวรที่เกิดความรวดเร็วขึ้น และพยาบาลผู้ปฏิบัติมีเวลาพัก จึงเกิดความสมดุลและความสุขในการปฏิบัติงานดีขึ้น (Khunthar, 2014)



การออกแบบลักษณะงานและการมอบหมายงานแบบยืดหยุ่น เป็นการปรับปรุงการรับรู้ความยืดหยุ่นในการทำงาน (Improvement in perceived work flexibility) เช่น ปรับระบบการมอบหมายงานใหม่ แบบจัดลำดับคิวการรับใหม่ผู้ป่วย กรณีมีผู้ป่วยจำหน่าย แบ่งการดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกเวร การจัดเก็บยาและจัดยาบริเวณหัวเตียงแต่ละเตียง ซึ่งเป็นการจัดระบบการทำงานในหอผู้ป่วยให้เหมาะสมในหอผู้ป่วย ช่วยลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการส่งเวร ทำให้มีชั่วโมงในการทำงานกับผู้ป่วยข้างเตียงเพิ่มขึ้น (Sathira-Angkura et al., 2019)

การจัดตารางเวรด้วยการใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ ตารางเวรอิเล็กทรอนิกส์สามารถลดเวลาการจัดตารางการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถเผยแพร่เร็วขึ้น พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถขอเวร และเลือกเวรที่ต้องการได้ทำให้สามารถวางแผนบริหารเวลา จัดการภารกิจส่วนตัวได้ เป็นการปรับเพิ่มความสุขในชีวิตการทำงาน (Improvement in perceived work-life happiness) ของพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของเดาซินและคณะ พบว่าหัวหน้าควรให้การสนับสนุนชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นเป็นสิ่งสำคัญเพื่อพัฒนางานทางการพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจในการใช้ชีวิตของพยาบาล (Dousin et al., 2021)

การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้วย IT ตามหลักความชาญฉลาดในการปฏิบัติงาน โดยมีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการสนับสนุนการบริการพยาบาล เช่น การบันทึกทางการแพทย์ด้วยระบบโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (SMART HIS IPD) การบริหารยาด้วยโปรแกรมการบริหารยาด้วยโปรแกรมไทยไอเดน (Thai Iden) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา การให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ทำให้พยาบาลทำงานด้วยความรวดเร็ว ลดระยะเวลา และความคลาดเคลื่อนลง ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนเทคโนโลยีมาออกแบบการทำงาน เพื่อประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนการทำงาน (The Britain's National Health Service, 2020)

การส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ เป็นผลลัพธ์จากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย (Improvement in perceived patient care management performance) เกิดผลลัพธ์กิจกรรมการพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 กิจกรรม ครอบคลุม 16 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับผลการศึกษาดูซินและคณะ (2021) พบว่าชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวกส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้ชีวิตและเกิดการพัฒนาตนเอง (Dousin et al., 2021) ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวเอื้อต่อการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่ปลอดภัยและมีผลดีภาพ ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการบริการสุขภาพของหอผู้ป่วย นำไปสู่คุณภาพการดูแล ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมความผูกพันของพยาบาลต่อแผนกและองค์กร

การประเมินผลและปรับปรุง โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้กรอบแนวคิดของการทำงานแบบยืดหยุ่น ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อพยาบาล ทั้งความพึงพอใจต่อรูปแบบที่สูงขึ้นทุกด้าน



เนื่องจากพยาบาลมีส่วนร่วมกันในการค้นหาปัญหาภายในหน่วยงาน ร่วมกันออกแบบแนวทางแก้ปัญหา และผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา โดยกลุ่มการพยาบาลนำมาสร้างวัฒนธรรมและการนำองค์กร (culture and leadership) และประกาศเป็นนโยบายและกระบวนการทำงาน (policy and process) จากบนลงสู่ล่าง ตามกรอบของการทำงานแบบยืดหยุ่น (Enablers to flexible working) ส่งผลผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เกิดโครงการและกิจกรรมที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย (The Britain's National Health Service, 2020)

การเกิดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพบว่าการกำกับนิเทศ อย่างเป็นระบบของ หัวหน้างาน ความเอื้ออาทร และความยืดหยุ่นของหัวหน้างานส่งผลเชิงบวกต่อผู้ปฏิบัติงานในเรื่องความสุข การทำงาน ความคิดเชิงบวกในการพัฒนาและสร้างงานคุณภาพ (Endacott et al., 2022) จุดแข็งของ โรงพยาบาลลำปางที่ผู้บริหารสนับสนุนเทคโนโลยี โปรแกรมที่ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน การป้องกันความ ผิดพลาดกระบวนการทำงาน เช่น โปรแกรมป้องกันการให้ยาผิดพลาด การสนับสนุนด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ที่ จำเป็นเพียงพอพร้อมใช้ การพัฒนาความสามารถ และทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก เกิดการ มีส่วนร่วมและผูกพันของบุคลากร จากคะแนนความผูกพันต่อองค์กรที่เพิ่มขึ้น ลดอัตราการลาออก หรือ พยาบาลหมดไฟในการทำงานลง ส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงานมีความสุข (Work-life balance) (The Britain's National Health Service, 2020) การรับรู้ของพยาบาลระหว่างก่อนและ หลังการพัฒนา พบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่าง ไม่มีมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทุกด้านเนื่องจากพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการออกแบบการปฏิบัติงาน และการจัดตารางปฏิบัติงานแต่ตารางปฏิบัติงานไม่สามารถเป็นไปตามความต้องการทั้งหมดด้วย อัตราค่าจ้างที่จำกัด รวมทั้งหน่วยงานขยายบริการโดยเพิ่มจำนวนเตียงให้บริการ 3 เตียง ในขณะที่ยังไม่ได้ รับการจัดสรรอัตราค่าจ้างเพิ่ม หากขยายระยะเวลาการศึกษารวมทั้งหน่วยงานได้รับการจัดสรรอัตราค่าจ้าง พยาบาลเพิ่ม คะแนนการรับรู้ของพยาบาลคงสูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Dousin, O., Wei, C. X., Balakrishnan, B. K., & Lee, M. C. C. (2021). Exploring the mediating role of flexible working hours in the relationship of supervisor support, job and life satisfaction: A study of female nurses in China. *Nursing Open*, 8(6), 2962-2972.
- Endacott, R., Pattison, N., Dall'Ora, C., Griffiths, P., Richardson, A., Pearce, S., & team, S. s. (2022). The organisation of nurse staffing in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Nursing Management*.



- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. In: Springer.
- Khunthar, A. (2014). The impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, 32(1), 81-90.
- Lampang Hospital Databased. (2022). *Statistics registration of critical care department*
Retrieved June 22, 2022 from www.lph.go.th (Intranet)
- Nakweenda, M., Anthonie, R., & van der Heever, M. (2022). Staff shortages in critical care units: critical care nurses experiences. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 100412.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse burnout, nurse reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- Nantsupawat, R., Wichaikhum, O., & Nantsupawat, A. (2014). The relationship between nurses' extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital. *Nursing Journal*, 41(4), 58-69.
- Sathira-Angkura, T., Jamsomboon, K., Wongsuvansiri, S., Leelawong, S., & Boonkaew, H. (2019). Development of Nursing Manpower Management Model for Patient Safety: a Pilot Study in Ratchaburi Province. *Journal of Health Science*, 28(6), 1130-1142.
- Srisuphan, W., & Sawaengdee, K. (2012). Recommended policy-based solutions to shortage of registered nurses in Thailand. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(1), 5-12.
- Supamanee, T., Kunaviktikul, W., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' extended work hours and nurse outcomes in community hospitals. *Nursing Journal*, 41, 48-58.
- The Britain's National Health Service. (2020). *How to Embed Flexible Working for Nurses*
Retrieved May 2, 2022 from <https://www.nhsemployers.org/retention>



คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้าน **การพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข** เป็นวารสาร **รายทศเดือน** หรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่จะส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข ครอบคลุมบทความประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย ความยาวไม่เกิน 250 คำ

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)

1.6 วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1.7 ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา



1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความ

น่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพ หรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่นำเสนอ สรุป



และข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทความย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความ จะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่น่าสนใจจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์



3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

การรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. ชื่อเรื่อง (title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อ (subtitle)

2. ชื่อผู้เขียน (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุ ตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ

4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคติด

5. คำสำคัญ (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทนำ (Introduction) เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

7. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)



8. ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

9. นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

10. ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ **APA style** โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

14. การส่งต้นฉบับพร้อมหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ โดยการเสนอบทความผ่านระบบการส่งบทความแบบออนไลน์หรือระบบ Online Journal System (OJS) ที่เป็น web site ที่วารสารได้กำหนดไว้ให้ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss> ซึ่งเมื่อท่านเข้าสู่ URL แล้วจะมีแบบฟอร์มให้ดาวน์โหลดเอกสารและคำแนะนำการส่งบทความ Submission



การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

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

Davis, Keith. (1967). Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior.

New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่ (เดือน): เลขหน้า.

Eiamsumang, P., Srisuriyavait, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. *The public health journal of Burapha University*. 8(1), 55-67. (in Thai).

Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*. 30(July): 226: 242.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. Retrieved 1997, 8 October from: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>. ()

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime [Online], Available: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>. (2004, 17 January)

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimensions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Republic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia*. Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)

ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (เนื่องจากต้องทำให้วารสารเป็นมาตรฐาน ดังนั้น Reference หากเป็นภาษาไทย: ผู้เขียนบทความต้องเปลี่ยน Reference ภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษด้วย แล้ววงเล็บข้างหลังว่า (in Thai). และให้นำชื่อผู้แต่งหรือหน่วยงานที่อ้างอิงที่ท่านทำเป็นภาษาอังกฤษ ไปใส่อ้างอิงในบทความด้วย)

ประราสี อนนก. (2554). องค์ประกอบทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในการใช้บริการสปาของนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัด เชียงใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการ*. 28(2), 64-72.

ให้เขียนเป็น

Anek. P. (2011). The Marketing Component Influence to the Value Perception in Using Spa Service of Foreigner Tourist in Chiangmai Province. *Journal of management sciences*. 28(2), 64-72. (in Thai).

Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of Educational Measurement* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw-Hill.

Radermacher, H., Feldman, S., & Bird, S. (2010). Food security in older Australians from different cultural backgrounds. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. 42(5), 328-336.

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือ ท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.
- ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
 กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
 โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
 โทรสาร 054-225-020
 email: journalbcnlp@gmail.com
 http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss

JOHSS

Journal of Health Sciences Scholarship

2022
—
2565

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com
Book Cover Design by O-pas Pramoonsin