



JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP
BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG

2023
2566

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566
VOL.10 NO.2, JULY-DECEMBER 2023



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 Natcha Chaiwong

ISSN 1906-1919 (PRINT)
ISSN 2697-6412 (ONLINE)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ Journal of Health Sciences Scholarship



ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ.เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.ลัญชัย จุตรสิทธิ์
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ
ผศ.ปานทิพย์ ปุณณานนท์

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ดร.พัฒนา นาคทอง
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.มธุรดา บรรจงการ
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา
ผศ.ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอาวี ชาติมนตรี
นางสาวณัชชา ไชยวงศ์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ผศ.ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิจัยอิสระ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
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 มีการใช้แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

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

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าขาม 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
ผ่านการพิจารณากรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
 วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

รศ.ดร.เดชา ทำดี

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ดร.ณัฐกร นิลเนตร

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร.ทัศนีย์ นະແສ

ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธุรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.สุวัฒนา คำสุข

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินดา

ดร.เชษฐา แก้วพรม

ผศ.ดร.อัญญา ปลอดเปลื้อง

ดร.สมปรารถนา สุดใจนาถ

ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี

ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์

ผศ.ธีรารัตน์ บุญฤกษ์

ดร.อัจฉรา ลิทธิรักษ์

ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝักฝน

นพ.กฤษณ์ ทองบรรจบ

ดร.เบญจมาภรณ์ นาคามดี

ผศ.ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ 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 พะเยา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
วิทยาลัยนักระบาดวิทยาสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ลำปาง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
โรงพยาบาลลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า แพร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



สารบัญ

- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการควบคุมอาหารต่อดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวในผู้มีโรคอ้วนในท้องตวรจพิเศชายุกรกรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 1
สุธินัย เชี่ยวดี, นงลักษณ์ อินตา
- พัฒนารูปแบบการจัดการวัดโรคในเรือนจำกลางนครพนม โดยกระบวนการมีส่วนร่วม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม 16
ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง
- การสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง 31
ประเสริฐ สุเมธวานิชย์
- การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลช่วงการระบาดของโควิด-19 44
ฉัตรฤดี ภาณุญาติ, อาภากร เปี้ยวนันท์, เจือจันทร์ เจริญภักดี, กนกวรรณ ชัยสิทธิ์สงวน
- การพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง 59
กาญจนา ใจดี, อาคม มีเมธ, ศิริลักษณ์ มีเมธ, วันเพ็ญ ท้าวอง
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 80
จตุพงษ์ พันธวิไล, นิรมัย มณีรัตน์, พิชร มธรมน, สุพัตรา ปวนไผ่, จิราภรณ์ ภักดี, รุ่งนภา จอมธรรม
- จรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน 94
สมฤดี กิตตวนิชเสถียร, ภารดี ขาวนรินทร์, เจือจันทร์ เจริญภักดี, ทิพาพรณ เตียวประเสริฐ, สุนธา ยางสวย
- ถอดบทเรียนความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขสุขบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 108
สมพร ทอดเสียง, บุศรินทร์ ผัดวง, ธีรรัตน์ บุญฤณะ, อุษณีย์ วรรณาลัย
- รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 125
ณัฐฐรณ์ ปัญจพันธ์, ยงยุทธ แก้วเต็ม
- ผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ต่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล 144
จันทร์จิรา ยานะชัย, ประจวบ แหม่มหลัก, อัจฉรา สิทธิรักษ์



สารบัญ (ต่อ)

- ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง 163
ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, ปาริชาติ ตูลาพันธ์, ณัฐธิดา เชียงดี, อุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ, รัตนา อุดมธาดา
- ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 179
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1
พิริพัฒน์ เตชะกันทา, ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, สุชาติ เครื่องชัย
- พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 191
ในจังหวัดลำปาง
อุษณีย์ วรรณาลัย, บุศรินทร์ ผัดวัง, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปาง 207
กรรณิการ์ กองบุญเกิด, ปนัดดา สวัสดิ์, เอกรัตน์ เชื้ออินธา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วรภรณ์ ทินวัง, มณีนันท์ พันธุ์สวัสดิ์
- ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองจาก 225
การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
สมศรี ทาทาน, วรภรณ์ ศรีจันทร์พาล, อรัญญา นามวงศ์, ปัทมญา ธัญปานสิน
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน 241
ลลิตา ทรงอภิวัฒนกุล, วัชรโรชา ทองโดนด, วนิดา เยส่อง, อรัญญา นามวงศ์
- ผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาล 256
ในเลือด (2hrPP), น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวาน
ขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง
พัทธธีรา ปากันทะ, กนกอร ปัญญาโส, หอมนวล กรรเชียง
- ผลของโปรแกรม EMS (Exercise-Mood-Sweet) ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการปฏิบัติ 274
ตัวและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในคลินิกเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลำปาง
อัมฤทธิตรา มะสุใส, นงนุช วงศ์ราษฎร์, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล, รัชนี ศรีเจียงคำ
- ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 289
เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
ธีรรัตน์ บุญฤกษ์



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ เป็นฉบับปลายปี 2566 โดยวารสารฉบับนี้ ยังคงประกอบด้วยบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง การศึกษาวิจัยในทางคลินิกและการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในคลินิกเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลาง การสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน รวมถึงสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยทางสถิติศาสตร์ในเรื่องภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการศึกษาวิจัยทางการศึกษา อาทิเช่น การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษา การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ จรรยาวัชระที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาล และโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลาย ๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดีรวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการและผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินยิตรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป พบกันใหม่ ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ

Effects of Arm Swing Exercise and Dietary Control Program on Body Mass Index and Waist Circumference Among Obese Person in Maharaj Nakorn ChiangMai Hospital

Sutinee Kiewdee^{1*}, Nonglak Inta^{**}

(Received: February 27, 2023, Revised: March 2, 2023, Accepted: July 23, 2023)

Abstract

Obesity is a major health problem with an increasing trend around the world. Among the strategies employed to address this condition are arm swing exercises and dietary modifications. This quasi-experimental research purposed to analyze and contrast the waist circumference and body mass index of participants in the arm exercise and dietary control program. Purposive sampling was utilized to select a total of 52 subjects based on inclusion criteria allocated to either the control group, which received standard care, or the experimental group, which underwent arm swing exercise and dietary control for 16 weeks, comprising 26 individuals in each group. The research instrument including dietary guidelines for obese individuals, and meal record form. Data was conducted using both descriptive and inferential statistics, specifically a paired t-test and an independent t-test with p-value < .05.

The findings revealed that there was no statistically significant discrepancy in waist circumference and body mass index between the two group at the conclusion of the 16-week period ($p=.14$ and $p=.45$). It was observed that there was a marked difference in waist circumference and body mass index in the experimental group before and after receiving the program with $p < .001$, whereas no such significant difference was observed in the control group ($p=.23$ and $p=.98$).

It is recommended that individuals with obesity persist in using these interventions, and that the program be promoted among other individuals with obesity.

Keywords: arm swing exercise; dietary control; body mass index; waist circumference, obesity

*Registered Nurse, Medical Out Patient Clinic 1, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

** Advanced Practice Nurse, Nursing Research Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

¹Corresponding: sutineekd@gmail.com Tel 086-5866440

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารต่อดัชนีมวลกาย
และเส้นรอบเอวในผู้ที่มีโรคอ้วนในห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สุธินีย์ เขียวดี^{1*} และ นงลักษณ์ อินตา^{**}

(วันรับบทความ: 27 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ: 2 มีนาคม 2566, วันตอบรับบทความ: 23 กรกฎาคม, 2566)

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร เป็นวิธีการจัดการที่ถูกนำมาใช้กับโรคอ้วน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายภายในและระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ที่มีโรคอ้วนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและควบคุมอาหารเป็นเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มละ 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แนวปฏิบัติการควบคุมอาหารสำหรับผู้มีโรคอ้วนและแบบบันทึกต่างๆที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ independent t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ $p < .05$

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อครบ 16 สัปดาห์ ขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่าง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .14$ และ $p = .45$) แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนและหลังการทดลอง มีขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$) ขณะที่ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .23$ และ $p = .98$)

ข้อเสนอแนะของงานวิจัย สามารถนำผลที่ได้จากการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร จึงควรสนับสนุนให้ผู้มีโรคอ้วนนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการใช้โปรแกรมในผู้ที่มีโรคอ้วนรายอื่น

คำสำคัญ: การออกกำลังกายแบบแกว่งแขน; การควบคุมอาหาร; ดัชนีมวลกาย; เส้นรอบเอว; โรคอ้วน

*พยาบาลวิชาชีพ ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หน่วยวิจัยทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

¹ผู้ประสานงานวิจัย sutineekd@gmail.com โทร 086-5866440

บทนำ

โรคอ้วนเกิดจากการมีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ปกติจะใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในการประเมินทางคลินิก (การคำนวณมาตรฐานเส้นรอบเอว คือ ไม่ควรเกินส่วนสูง (ซม.) ทหาร 2) (Wichitsuntarakun et al., 2021) จากเดิมที่เส้นรอบเอวมักกว่า 80 ซม.ในผู้หญิง และมากกว่า 90 ซม.ในผู้ชาย (Sae-Lao & Kanungsukkasem, 2012) ทั้งนี้พบว่า BMI ที่สูงกว่า 30 กก./ม.² มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเจ็บป่วยหรือการตายที่เพิ่มขึ้น (Piche, Poirier, Lemieux, & Despres, 2018) และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคนิ่วในถุงน้ำดี โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น (Zatonska et al., 2021) ปัจจุบันพบว่าโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และมีความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลกในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเมินการความชุกของโรคอ้วนทั่วโลกที่ปรับตามอายุ ล่าสุดรายงานว่า ผู้ชายอย่างน้อยร้อยละ 30 และผู้หญิงร้อยละ 35 เป็นโรคอ้วน (Piche et al., 2018) สำหรับในประเทศไทยจากสถานการณ์ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี 2562 – 2563 (Aekplakorn, 2021) พบความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./ม.²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายร้อยละ 37.8 และเพศหญิงร้อยละ 46.4 ส่วนความชุกภาวะอ้วนลงพุง พบในเพศชายร้อยละ 27.7 และเพศหญิงร้อยละ 50.4 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 (Aekplakorn, 2016) ความชุกภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลมหารajah เชียงใหม่ พบจำนวนผู้มีโรคอ้วนที่มารับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 จาก 708 เป็น 953 ราย โดยมีจำนวนผู้มารับบริการที่คลินิกโรคอ้วนห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1 เพิ่มจาก 178 เป็น 285 ราย (Medical Records Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2022)

การจัดการกับโรคอ้วนหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา การผ่าตัดกระเพาะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (Pinchalea, 2018) ทั้งนี้หลักการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือ การออกกำลังกายที่มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น โดยยึดหลักการของฟิตท์ (FITT - VP) (American College of Sports Medicine, 2017) ประกอบด้วย 1) ความถี่ (frequency) $\geq$ 5 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง 2) ความหนัก (intensity) โดยเป็นความหนักระดับปานกลาง คือ อัตราการเต้นหัวใจสูงสุดประมาณร้อยละ 50–65 3) ระยะเวลา (time) ของการออกกำลังกาย ได้แก่ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย 5–10 นาที ระยะเวลาออกกำลังกาย 20 - 60 นาที และระยะผ่อนคลายเป็น 5 - 10 นาที 4) ชนิด (type) การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเนื้อมัดใหญ่ต่อเนื่อง 5) ปริมาณ (volume) คือ ผลที่ได้จากการออกกำลังกาย และ 6) ความก้าวหน้า (progression) มีการปรับเปลี่ยนระยะเวลา ความถี่ ความแรง เพื่อเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ปัจจุบันการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดหนึ่ง และเป็นที่นิยมฝึกฝนกันอย่างกว้างขวาง มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก สามารถช่วยลดน้ำหนักตัวได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (Armstrong et al., 2022; Songsaengrit et al., 2017) เนื่องจากทำให้ระบบเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้น มีการสลายคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้น้ำหนักลดลง มวลไขมันลดลง และดัชนีมวลกายลดลง ทั้งนี้พบการเปลี่ยนแปลงที่ 8 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน เมื่อทำอย่างต่อเนื่อง (Armstrong et al., 2022; Johnson et al., 2016) นอกจากนี้การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนยังเป็นรูปแบบการออกกำลังกายอย่างง่าย สะดวก ใช้พื้นที่ไม่มาก ไม่ต้องอาศัยความชำนาญใดๆ ทำได้ทุกที่ มีค่าใช้จ่ายน้อย ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่นๆขณะออกกำลังกาย และยังเป็นการฝึกสมาธิด้วย (Songsaengrit et al., 2017)

การควบคุมอาหารในผู้มีโรคอ้วนเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการควบคุมน้ำหนักตัว คือ การควบคุมปริมาณอาหาร เลือกชนิดอาหาร ปริมาณไขมัน คาร์โบไฮเดรต และโปรตีนพลังงานในมื้ออาหารการรับประทานอาหารประมาณวันละ 3 มื้อ เลือกอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอดไขมันจากเนื้อสัตว์ การ

รับประทานเกินความต้องการร่างกายโดยเฉพาะไขมัน คาร์โบไฮเดรต และโปรตีนทำให้เกิดโรคอ้วนได้ (Althunibat et al., 2022) ดังนั้นผู้ที่มีโรคอ้วนควรจะได้รับปริมาณแคลอรีและชนิดอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมน้ำหนัก ขณะเดียวกันการดูแลควบคุมภาวะโภชนาการทำให้ร่างกายมีสัดส่วนรูปร่างดี ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผลดีต่อบุคลิกภาพ (Modrzejewska, Czepczor-Bernat, & Matusik, 2022) หลักสำคัญในการบริโภคอาหารเพื่อให้คุณค่า และปริมาณที่พอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย ที่ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกินขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและการปฏิบัติต่อกิจกรรม อย่างไรก็ตามการบริโภคต้องได้สารอาหารครบถ้วนเพียงพอ โดยรับประทานไขมันน้อยกว่าสัดส่วนอาหารที่ควรได้รับตามความต้องการพลังงานทั้งหมดในแต่ละวัน (total energy expenditure :TEE) ในสัดส่วนอาหารคาร์โบไฮเดรต: ไขมัน: โปรตีน = 50: 30: 20 ทั้งนี้ผู้สามารถรับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ (Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2016) การควบคุมอาหารมีส่วนสำคัญ ช่วยลดเนื้อเยื่อไขมันในอวัยวะภายในส่งผลให้ร่างกายมีน้ำหนักลดลง ขนาดเส้นรอบเอวลดลง และดัชนีมวลกายลดลง (Modrzejewska et al., 2022)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จะทำให้ลดขนาดเส้นรอบเอวลงได้ดีกว่าการจัดการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Johnson et al., 2016; Kaenphueak, Junprasert, & Asawachaisuwikrom, 2014; Khongphianthum, Rattanagreethakul, & Toonsiri, 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารมาสร้างเป็นโปรแกรมสำหรับผู้มีโรคอ้วนที่มารักษาห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร ซึ่งทฤษฎีประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลคือความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการมีทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการมีเป้าหมายร่วมในกลุ่มเดียวกัน มีผลให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระทำตามโปรแกรม ซึ่งจะส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้ที่มีโรคอ้วน
2. เพื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้ที่มีโรคอ้วน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารผู้ที่มีโรคอ้วนแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

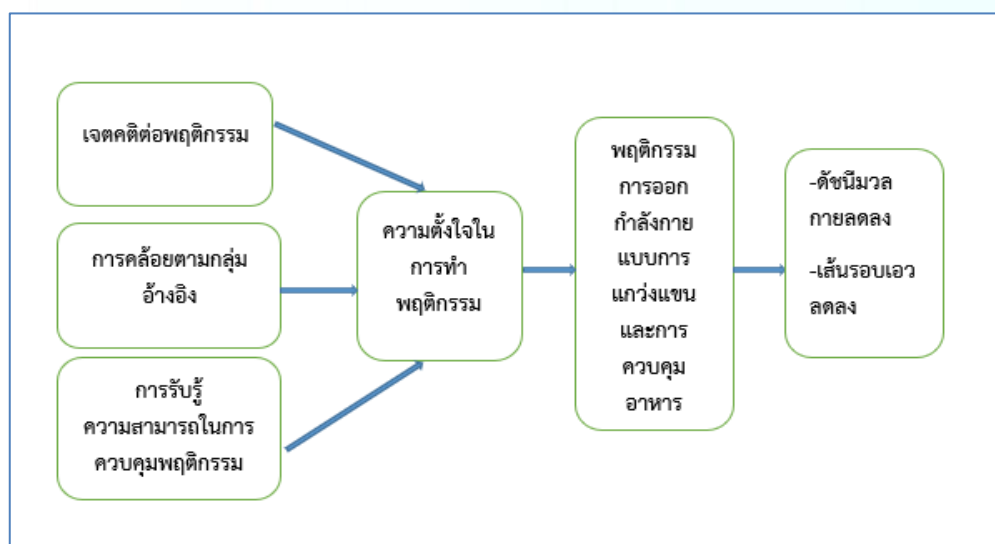
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา ตัวแปร ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย 2) ด้านประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า

เป็นโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ ห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ พฤษภาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติตามโปรแกรม ซึ่งทฤษฎีประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ทศคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลคือความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม โดยไอเซ็น มีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ความเชื่อนี้จะทำให้เกิดความตั้งใจในการทำพฤติกรรม (Fishbein & Ajzen, 1975) โดยอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการมีทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการมีเป้าหมายร่วมในกลุ่มเดียวกัน มีผลให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระทำตามโปรแกรม ซึ่งจะส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วน ที่มารับการรักษาในห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 285 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วน อายุ 18 – 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาในห้องตรวจพิเศษอายุรกรรม1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป (power tables) ของ เบรินและโกลฟ (Burns & Grove, 2009) โดยอาศัยอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95 และขนาดอิทธิพลของการศึกษาขนาดกลาง (effect size) 0.50 จะได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย เนื่องจากวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งอาจมีการสูญหายหรือถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตาม (attrition rate) อีกร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² 2) เส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม.ในผู้หญิง และมากกว่า 90 ซม.ในผู้ชาย งานวิจัยนี้ได้วางแผนดำเนินการก่อนปี 2021 ใช้เกณฑ์เดิม (Sae-Lao & Kanungsukkasem, 2012) 3) ไม่ได้รับยารักษาโรคอ้วน หรือวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดกระเพาะอาหาร 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือโรคอื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะพักน้อยกว่า 200/100 มม.ปรอท ไม่มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและอาการเจ็บหน้าอกที่ควบคุมไม่ได้ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ไข้สูง และไม่มีปัญหาโรคกระดูกและข้อที่ทำให้มีการอักเสบจากการกระทบกระเทือนขณะออกกำลังกาย 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง และการเขียนด้วยภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา โดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากการวิจัย (dropout criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามที่กำหนด 2) ได้ยาเพื่อควบคุมน้ำหนักหรือมีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะในขณะเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ได้แก่ อายุ (18-24 , 25-34 และ 35-60 ปี) ดัชนีมวลกาย (BMI 25-30, $\geq 30-35$, $\geq 35-40$, $\geq 40-45$, และ $\geq 45-50$ กก./ม.²) เส้นรอบเอวหญิง (> 80-90, >90-100, >100-110, >110-120 และ >120-130 ซม.) และเส้นรอบเอวชาย (>90-100, >100-110, >110-120, >120-130 และ >130-140 ซม.) แล้วสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง จากการตรวจเช็คทุก 1 เดือนโดยใช้ลูกตุ้มที่มีน้ำหนักมาตรฐานทดสอบ จากหน่วยอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

1.2 สายวัดรอบเอวความยาวมาตรฐานเป็น 1 เมตรและมีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตรที่มีตัวเลขมีความชัดเจน ไม่ยืด ไม่มีรอยแตกหักหรือขาด มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปตรวจเช็คมาตรฐานวัดของไม้บรรทัดที่ได้มาตรฐานตัวเลขชัดเจนก่อนใช้ทุกครั้ง

1.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีโรคอ้วน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา น้ำหนักส่วนสูงเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้มีโรคอ้วน ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมการสอน การให้ความรู้ การฝึกทักษะการออกกำลังกายแกว่งแขน และการควบคุมอาหารโดยคำนวณแคลอรีในแต่ละมื้อแต่ละวัน โดยการพัฒนาโปรแกรมใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร

2.2 คู่มือการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับการออกกำลังกายแกว่งแขนด้วยตนเองด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ทำอบอุ่นร่างกาย (warm up period) 8 ท่า ใช้เวลา 5

นาที 2) ทำออกกำลังกายแกว่งแขน (exercise period) 3 ทำ ใช้เวลา 30 นาที และ 3) ทำผ่อนคลาย (cool down period) 8 ทำ ใช้เวลา 10 นาที ใช้เวลาในการออกกำลังกายทั้งหมด 45 นาที

2.3 วิธีที่เสนอแนะตัวแบบการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน ลดพุง ลดโรคของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Thai Health Promotion Foundation, 2016) จำนวน 2 ฉบับ ความยาวรวมกันประมาณ 6 นาที

2.4 แบบบันทึกการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน ประกอบด้วย เป้าหมายในการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ วันที่ระยะเวลา อัตราการเต้นของหัวใจหลังจากออกกำลังกายทันที ปัญหาและอุปสรรคลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

2.5 คู่มือปฏิบัติตัวโดยการควบคุมอาหารสำหรับผู้มีโรคอ้วน ประกอบด้วย รายการอาหารโภชนาการของอาหารกลุ่มต่างๆ รายการอาหารในแต่ละมื้อ ชนิดอาหารและค่าพลังงาน (kcal) ในแต่ละชนิด ตัวอย่างรายการอาหารที่ควรรับประทานที่เหมาะสมสำหรับผู้มีโรคอ้วน

2.6 แบบบันทึกรายการอาหารในแต่ละวัน สำหรับบันทึกชนิดของอาหารปริมาณในแต่ละมื้ออาหารเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอ้วนและต่อมไร้ท่อ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคอ้วนและต่อมไร้ท่อ และพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโภชนาการบำบัด โดยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้ที่มีโรคอ้วน คู่มือการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน และคู่มือปฏิบัติตัวโดยการควบคุมอาหารสำหรับผู้มีโรคอ้วน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบบันทึกการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน และแบบบันทึกรายการอาหารในแต่ละวัน นำมาหาค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) เท่ากับ .91 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีโรคอ้วนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) (Ongiem & Vichitvejpaisai, 2018) ได้สัมประสิทธิ์ความคงที่ (Coefficient of stability) ได้เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวทางการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสาร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอวกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนเข้าร่วมการศึกษา และดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุม การเข้าร่วมโปรแกรมใช้เวลา 16 สัปดาห์ โดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ราย ในแต่ละครั้งมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคอ้วนเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วน ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ชนิดอาหาร ปริมาณแคลอรีและการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอ้วน ประโยชน์จากการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ตั้งจุดมุ่งหมายการกำหนดกลยุทธ์ในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละคน เปิดโอกาสซักถามปัญหาเรื่องโรคอ้วน

มอบแบบบันทึกการรับประทาน แจกคู่มือการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยซักถามอาการ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย สอบถามปัญหาข้อสงสัยในการปฏิบัติกรควบคุมอาหารและติดตามการบันทึกการรับประทานอาหาร ทบทวนความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการคำนวณแคลอรี จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม แนะนำวิธีที่ดีที่ศึการแกว่งแขน ความยาวประมาณ 6 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกตาม และให้นำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งละ 45 - 60 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มอบแบบบันทึกการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและอธิบายวิธีบันทึกแกว่งตัวอย่าง ผู้วิจัยสรุปทำกิจกรรม มอบคู่มือและวิธีที่ดีที่ศึ พร้อมทั้งนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายซักถามประเมินอาการ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจสอบแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารร่วมกัน แก้ไขปัญหา กล่าวยกย่องชมเชยในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกันและตั้งเป้าหมายของตนเองที่ต้องการให้เกิดในช่วง 8 สัปดาห์จากการออกกำลังกายแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร เกี่ยวกับ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4-7 ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 4) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีผู้วิจัยกล่าวทักทายซักถามประเมินอาการ น้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจสอบแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน แก้ไขปัญหา กล่าวยกย่องชมเชยในกลุ่มที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในตั้งเป้าหมายร่วมกันในกลุ่ม และตั้งเป้าหมายของตนเองที่ต้องการให้เกิดในอีก 8 สัปดาห์ถัดไป ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 9-15 ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละครั้ง

สัปดาห์ที่ 16 (ครั้งที่ 5) ผู้วิจัยติดตามแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะครบตามโปรแกรมแล้ว จากนั้นผู้วิจัยติดตามน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายเพื่อสรุปผลของโปรแกรม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-15 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน สาเหตุ ปัจจัยเสริม ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน การรักษาเพื่อลดดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารเพื่อคงไว้สุขภาพที่ดี สอบถามปัญหาสุขภาพและให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดในคลินิกพิเศษอายุรกรรม 1

สัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน สาเหตุ ปัจจัยเสริม ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสอนแนะนำพร้อมทั้งมอบคู่มือการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้มีภาวะโรคอ้วนเช่นเดียวกับที่ดำเนินการในกลุ่มทดลอง และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจัดกลุ่มวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย Chi-square test และ Fisher exact test
- 2) เปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย โดยวิเคราะห์ความแตกต่างในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 181/2559 ทั้งนี้ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในลักษณะของเพศ ($p = .07$) ระดับการศึกษาสูงสุด ($p = .36$) อายุ ($p = .30$) ขนาดเส้นรอบเอว ($p = .41$) และดัชนีมวลกาย ($p = .52$) ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวแรกกับและดัชนีมวลแรกกับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก็ไม่แตกต่างกัน ($p = .45$ และ $.64$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 52$)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ($n=26$)	กลุ่มทดลอง ($n=26$)	P-value
	N (%)	N (%)	
เพศ			.07 ^a
ชาย	5 (19.2)	11 (42.3)	
หญิง	21 (80.8)	15 (57.7)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			.36 ^b
มัธยมต้น	3 (11.5)	1 (3.8)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4 (15.4)	1 (3.8)	
มัธยมปลาย	6 (23.1)	8 (30.8)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	6 (23.1)	3 (11.5)	
ปริญญาตรี	6 (23.1)	11 (42.3)	
ปริญญาโท	1 (3.8)	2 (7.7)	
อายุ (ปี)			.30 ^a
18 - 24	10 (38.5)	15 (57.7)	
25 - 34	8 (30.8)	7 (26.9)	
35 - 50	8 (30.8)	4 (15.4)	



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =52) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26) N (%)	กลุ่มทดลอง (n=26) N (%)	P-value
ขนาดเส้นรอบเอวแรกจับ (เซนติเมตร)			
เพศชาย	$\bar{x}$ (SD)=103.60 (16.13)	$\bar{x}$ (SD)=110.27 (15.60)	.45 ^c
90.1 - 100	4 (80.0)	3 (27.3)	.41 ^b
100.1 - 110	0	3 (27.3)	
110.1 - 120	0	2 (18.2)	
120.1 - 130	0	1 (9.1)	
130.1 - 140	1 (20.0)	2 (18.2)	
เพศหญิง	$\bar{x}$ (SD)=103.19 (11.69)	$\bar{x}$ (SD)=98.53 (11.19)	.24 ^c
80 - 90	4 (19.0)	5 (33.3)	.52 ^b
90.1 - 100	3 (14.3)	2 (13.3)	
100.1 - 110	9 (42.9)	6 (40.0)	
110.1 - 120	5 (23.8)	1 (6.7)	
120.1 - 130	0	1 (6.7)	
ดัชนีมวลกายแรกจับ (กก./ม. ²) (รวมทั้งเพศชายและหญิง)	$\bar{x}$ (SD)= 32.73 (6.11)	$\bar{x}$ (SD)= 33.48 (5.36)	.64 ^c
24.0 - 24.9	1 (3.8)	1 (3.8)	.15 ^b
25.0 - 29.9	11 (42.3)	5 (19.2)	
30.0 - 34.9	3 (11.5)	10 (38.5)	
35.0 - 39.9	7 (26.9)	6 (23.1)	
40.0 - 44.9	3 (11.5)	4 (15.4)	
45.0 - 49.9	1 (3.8)	0	

a = Chi square test

b= Fisher exact test

c= Independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 16 สัปดาห์ พบว่า ขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .14 และ .45 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลัง 16 สัปดาห์

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26) Mean (SD)	กลุ่มทดลอง (n=26) Mean (SD)	t	P-value
ขนาดเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	102.82 (12.52)	97.45 (13.37)	- 1.49	.14
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	32.72 (6.00)	31.53 (5.26)	- .77	.45

*p-value < .05

แต่นำขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกับขณะแรกรับและภายหลัง 16 สัปดาห์ พบว่าขนาดเส้นรอบเอวเฉลี่ย และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย แกรับและภายหลัง 16 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง ($n=26$)

กลุ่มทดลอง	แรกรับ	ภายหลัง 16 สัปดาห์	t	P-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ขนาดเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	103.49 (14.25)	97.45 (13.37)	11.38	<.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	33.49 (5.36)	31.53 (5.26)	12.61	<.001

* p -value < .05

ขณะที่ขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายในกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบขณะแรกรับและภายหลัง 16 สัปดาห์ พบว่าขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .23$ และ $.98$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบขนาดเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย แกรับและภายหลัง 16 สัปดาห์ในกลุ่มควบคุม ($n=26$)

กลุ่มควบคุม	แรกรับ	ภายหลัง 16 สัปดาห์	t	P-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ขนาดเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	103.26 (12.28)	102.82 (12.52)	1.23	.23
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	32.73 (6.11)	32.72 (6.00)	0.03	.98

* p -value < .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$) ขณะที่ในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .23$ และ $p = .98$) เป็นเพราะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการชดเชยร่างกายให้ เป็นจังหวะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง และมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ ใหญ่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญอาหารในร่างกายมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการ ทำงานของหัวใจ ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (Songsaengrit et al., 2017) และเป็นการเผาผลาญพลังงาน ไขมันและคาร์โบไฮเดรต ช่วยลดไขมันในร่างกาย (Kittipeerachon, Asavachaisuvikrom, & Chanprasert, 2012) ในงานวิจัยครั้งนี้กำหนดเวลาออกกำลังกายนาน 50 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ติดต่อกันทั้งหมด 16 สัปดาห์ จากการศึกษาที่พบว่าใช้เวลาในการออกกำลังกายนาน 30 - 60 นาที จะทำให้กล้ามเนื้อเพิ่มสัดส่วนใช้ไขมัน เป็นพลังงานมาก ทำให้น้ำหนักลดลงมวลไขมันลดลง (Cowan, Brennan, Stotz, Clarke, Lamarche, & Ross, 2018) นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังมีการควบคุมอาหารร่วมด้วย เนื่องจากพบว่าการออกกำลังกายเพียงอย่าง เดี่ยวจะไม่สามารถมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักอย่างเพียงพอ ดังนั้นการลดปริมาณอาหารที่รับประทาน และการเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงปริมาณไขมัน และพลังงานที่อยู่ในอาหาร หลีกเลี่ยงของมันและ

อาหารที่ปรุงด้วยการทอดไขมันจากเนื้อสัตว์ ร่วมกับการออกกำลังกายจึงมีส่วนสำคัญส่งผลให้ร่างกายมีน้ำหนักลดลง ขนาดเส้นรอบเอวลดลง และดัชนีมวลกายลดลง (Johnson et al., 2016; Godoy-Cumillaf et al., 2020)

นอกจากนี้บทบาทของผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำห้องตรวจ ก็เป็นบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจ ใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมสนับสนุน ติดตามการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรม มีการกระตุ้นติดตามและจัดการตามกรณีในแต่ละรายไป ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสมามอน (Semamon, 2019) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าหลังจบโปรแกรมมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดเป้าหมายของตนเองในการลดน้ำหนัก ซึ่งเป็นความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นตามมาคือน้ำหนักลดลง (Takahashi et al., 2019) ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นจากกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ก็เป็นส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Srisuk, Leelahagul, & Pataragesvit, 2022; Blalock & Reyna, 2016) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ที่อธิบายได้ว่าการทำให้ผู้มีโรคอ้วนรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีในการออกกำลังกายแบบการแกว่งแขนและการควบคุมอาหาร ร่วมกับการมีเป้าหมายร่วมในกลุ่มเดียวกันทำให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกระทำตามโปรแกรม จึงส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.14$ และ $p=.45$) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารช่วยลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวได้ในโปรแกรมมีระยะเวลาตั้งแต่ 8 สัปดาห์ ถึง 12 เดือนเมื่อทำอย่างต่อเนื่อง (Armstrong et al., 2022; Cowan et al., 2017) ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 16 สัปดาห์ ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและควบคุมการบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอ และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวขึ้น อาจพบความแตกต่างของขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มได้ชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบลอนด์และคณะ ที่พบว่าขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มจะพบความแตกต่างหลังออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 24 สัปดาห์ (Blond et al., 2019) และ จากการศึกษาของซางและคณะ พบความแตกต่างหลังออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 12 เดือน (Zhang et al., 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีโรคอ้วนในโรงพยาบาล ควรนำรูปแบบการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารไปใช้ส่งเสริมและสนับสนุนแก่ผู้มีโรคอ้วน โดยแนะนำให้เข้าร่วมโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 16 สัปดาห์ขึ้นไป โดยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ที่ห้องตรวจ พยาบาลควรกระตุ้นในเรื่องการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน สอบถามและย้ำเตือนถึงชนิดและค่าพลังงานของอาหารที่ควรรับประทาน สำหรับผู้มีโรคอ้วนอย่างต่อเนื่อง และกำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนและการควบคุมอาหารในผู้มีโรคอ้วนในระยะยาวขึ้น โดยติดตามการวัดขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ขอขอบคุณผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ และฝ่ายการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตในการทำวิจัย ขอพระขอบคุณ รศ.นพ. ณัฐพงษ์ ไชยชุมพันธ์ หน่วยต่อมไร้ท่อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และ ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย อาจารย์กลุ่มการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ปรึกษาให้งานวิจัยลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (editor). (2016). *Report of the 5th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2014*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI), 5p. (In Thai)
- Aekplakorn, W. (editor). (2021). *Report of the 6th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2019-2020*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House, 5p. (In Thai)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviors. *Organization Behavior Human Decision Process*, 50(2), 179-211.
- Althunibat, O.Y., Saghir, S.A.M., Aladaileh, S.H., Alrawadeh, A., Al-Areefi, M., Alghonmeen, R.D., ... & Obaidat, H.M. (2022). Distribution and association of weight-loss diet programs with body mass index and health status among students at Al-Hussein Bin Talal University, Jordan Electron. *Electronic Journal of General Medicine*, 19(6), em414.
- American College of Sports Medicine. (2017). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th ed*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 472 p.
- Armstrong, A., Jungbluth, R.K., Sabag, A., Mavros, Y., Parker, H.M., Keating, S.E., & Johnson, N.A. (2022). Effect of aerobic exercise on waist circumference in adults with overweight Or obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 23(8), e13446.
- Blalock, S.J., & Reyna, V.F. (2016). Using fuzzy-trace theory to understand and improve health judgments, decisions, and behaviors: A literature review. *Health Psychology*, 35(8), 781-792.
- Blond, M.B., Rosenkilde, M., Gram, A.S., Tindborg, M., Christensen, A.N., Quist, J.S., & Stallknecht, B.M. (2019). How does 6 months of active bike commuting or leisure-time exercise affect insulin sensitivity, cardiorespiratory fitness and intra-abdominal fat? A randomized controlled trial in individuals with overweight and obesity. *British Journal of Sports Medicine*, 53(18), 1183-1192.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. (6th ed). Missouri: Saunders Elsevier.
- Cowan, T.E., Brennan, A.M., Stotz, P.J., Clarke J., Lamarche B., & Ross R. (2018). Separate effects of exercise amount and intensity on adipose tissue and skeletal muscle mass in adults with abdominal obesity. *Obesity*, 26(11), 1696-1703.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Godoy-Cumillaf, A., Fuentes-Merino, P., Díaz-González, A., Jiménez-Díaz, J., Martínez-Vizcaíno, V., Álvarez-Bueno, C., & Cavero-Redondo, I. (2020). The Effects of Physical Activity and Diet Interventions on Body Mass Index in Latin American Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(5), 1378.
- Johnson, M., Backman, D., Kohatsu, N., Stewart, O., Abbott, R., Yu, Z., & Lee, P. (2016). *Interventions for Reducing Body Mass Index and Other Weight-related Indicators: A Review of Systematic Reviews* (Research report). California: UC Davis.
- Kaenphueak, Y., Junprasert, S., & Asawachaisuwikrom, W. (2014). Outcomes of Self-regulation on Eating Behavior and Brisk Walk for Weight Control in Overweight Women. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(1), 104-116. (In Thai)
- Khongphianthum, O., Rattanaagreeethakul, & S., Toonsiri, C. (2016). Effects of Self – Regulation Program on Hula Hoop Exercise, Dietary Control and Waist Circumference among Central Obesity Health Volunteers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(4), 77-87. (In Thai)
- Kittipeerachon, P., Asavachaisuvikrom, W., & Chanprasert, S. (2012). Effects of a self-regulation program on arm swing exercise behavior and blood sugar levels in diabetic patients in community. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 20(4), 21-31. (In Thai)
- Medical Records Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2022). *Report on statistics of obese people in obesity clinics and statistics of obese people outpatient in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Chiang Mai: Medical Records and statistics section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (In Thai)
- Modrzejewska, J., Modrzejewska, A., Czepczor-Bernat, K., & Matusik, P. (2022). The role of body mass index, healthy eating-related apps and educational activities on eating motives and behaviors among women during the COVID-19 pandemic: A cross sectional study. *PLOS ONE*, 28, 17(3), e0266016.
- Ongiem, A., & Vichitvejpaisai. P. (2018). Validation of Tests. *Thai Journal of Anesthesiology*, 44(2), 36-42. (In Thai)
- Piche, M.E., Poirier, P., Lemieux, I., & Despres, J.P. (2018). Overview of Epidemiology and Contribution of Obesity and Body Fat Distribution to Cardiovascular Disease: An Update. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61, 103-113.
- Pinchalea, D. (2018). The management of the obesity for community nurses practitioner. *Journal Police Nurse*, 10(2), 433-441. (In Thai)
- Sae-Lao, K., & Kanungsukkasem. W. (2012). Effects of arm swing walking exercise program and walking followed by arm swing exercise program on well-being of elderly women. *Journal of Sport Science and Health*, 13(1), 92-101. (In Thai)
- Semamon., W. (2019). The Effect of Weight Reduction Program for Among Overweight Students. *Journal of MCU Humanities Review*, 5(2), 64-70. (In Thai)

- Songsaengrit, B., Benjapornler,t P., Pisprasert. V., Aneknan, P., Kanpettha, Y., Sespheeng, A., & Leelayuwat, N. (2017). Effects of Traditional and Modified Arm Swing Exercise on Abdominal Obesity, Hemodynamics and Quality of Life in Patients with Metabolic Syndrome. *Journal of Exercise Physiology (Online)*, 20(6), 83. (In Thai)
- Srisuk, W., Leelahagul, P., & Pataragesvit, J. (2022). Effectiveness of a Weight Loss Program on Body Mass Index and Adipose Tissue of Overweight People. *Ramathibodi Medical Journal*, 45(2), 17–27. (In Thai)
- Takahashi, P.Y., Quigg. S.M., Croghan, I.T., Schroeder, D.R., & Ebbert, J.O., (2019). SMART goals setting and biometric changes in obese adults with multimorbidity: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *SAGE Open Medicine*, 7. doi:10.1177/2050312119858042
- Thai Health Promotion Foundation. (2016). Video of swinging arms, reducing belly, reducing disease, Available form: <https://www.facebook.com/Thai.HealthyLifestyle/videos>
- Office of Policy and Strategy. (2016). *Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2015*, Bangkok: Sam Charoen Panit. (In Thai)
- Wichitsuntarakun, K., Patrakunwanit, S., Tubhoon, K., Mas-Osos, O., Chantaneer, R., Srikrungpre, N., & Nuanpong, P., (2021). Know Your Numbers & Know Your Risks. Bangkok: Graphic and Design Publishing. (In Thai)
- Zatonska, K., Psikus, P., Basiak-Rasała, A., Stepnicka, Z., Gawet-Dabrowska, D., Wołyniec, M., ... & Pottyn-Zaradna, K. (2021). Obesity and Chosen Non-Communicable Diseases in PURE Poland Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2701.
- Zhang, H.J., He, J., Pan, L.L., Ma, Z.M., Han, C.K., Chen, C.S., ...& Li, X.Y. (2016). Effects of Moderate and Vigorous Exercise on Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 176(8), 1074-82.

Development of TB Management Model in Nakhon Phanom Central Prison by
participation process Social Medicine Group Nakhon Phanom Hospital,
Nakhon Phanom Province.

Kwanchai Prasertying^{1*}

(Received: March 9, 2023, Revised: March 14, 2023, Accepted: August 9, 2023)

Abstract

The action research has the objectives to study and develop a model for tuberculosis management in prisons. By using the collaboration of researchers, multi-disciplinary teams, prison staff and affiliate networks. There are 3 phases of the research process: phase 1: context study phase 2: development of TB management model and phase 3: experimentation and study of results. Descriptive statistical data analysis and content analysis.

The results of the situation study revealed that there were 3 main issues that were obstacles to the implementation, namely 1) the unconnected TB operation model of the agencies; 3) Discrete information reporting and treatment tracking system This led to the development of 4 innovations of tuberculosis management models in prisons: 1) TB 4Screen Model 2) One-Stop Care Model 3) Management of ENV to reduce health risk factors 4) Organizing a referral system and providing consultation The results of the model development showed that the inmates were screened 100% by x-ray, and the patients were treated and registered according to the criteria 100%. There was no drug withdrawal rate after receiving TB treatment. Suggestions should be applied to the developed model and expand it into the policy of all hospitals and prisons across the country. To achieve continuous effective tuberculosis control through the model of the TB Control Committee and prisons that work together

Keywords: Model development, Prison tuberculosis, Participatory process, Health network partners

* Medicine Doctor, Senior Professional Level, Social Medicine Group Primary care mission group
Nakhon Phanom Hospital

¹Corresponding author: Excellent1669@gmail.com Tel: 096-3454166



การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม โดยกระบวนการมีส่วนร่วม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง^{1*}

(วันรับบทความ: 9 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ: 14 มีนาคม 2566, วันตอบรับบทความ: 9 สิงหาคม, 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำของกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เรือนจำ และภาคีเครือข่าย ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรค ระยะที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่ามี 3 ประเด็นหลัก ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ 1) รูปแบบการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่เชื่อมโยงกันของหน่วยงาน 2) บทบาทผู้เกี่ยวข้องของผู้มีส่วนร่วมที่ยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน 3) ระบบรายงานข้อมูลและติดตามการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เกิดนวัตกรรมขึ้นมา 4 นวัตกรรม ได้แก่ 1) TB 4Screen Model 2) One-Stop Care Model 3) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 4) การจัดระบบส่งต่อและให้คำปรึกษา โดยผลการพัฒนารูปแบบพบว่าผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองร้อยละ 100 โดยการ x-ray ผู้ป่วยได้รับการรักษาและขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ร้อยละ 100 ไม่พบอัตราการขาดยาภายหลังเข้ารับการรักษาวัณโรค ข้อเสนอแนะควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นขยายผลกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำของโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพมีความต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมวัณโรคและเรือนจำที่ทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, วัณโรคในเรือนจำ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Excellent1669@gmail.com โทร: 096-3454166

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis: TB) เป็นโรคติดเชื้อ ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ทำให้เกิดโรคได้กับหลายๆ อวัยวะในร่างกาย โดยส่วนใหญ่พบที่ปอด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเรียกว่าวัณโรคระยะแฝง (Achananupap, 2008) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 10 จะมีการดำเนินโรคไปจนถึงระยะที่มีอาการ ในจำนวนนี้หากไม่ได้รับการรักษาครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิต โดยอาการตามแบบฉบับของวัณโรคปอดระยะแสดงอาการคืออาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด มีไข้ เหงื่อออกกลางคืน และน้ำหนักลด หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นก็จะแสดงอาการแตกต่างกันไปตามแต่ละอวัยวะ (Achananupap, 2017) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในลำดับต้นๆของหลายประเทศ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีประชากร 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค โดยพบเป็นผู้ป่วยรายใหม่มากถึง 9.3 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 1.8 ล้านคน (Sinthurawit & Pannarat, 2012) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีการระบาดของวัณโรค เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือ HIV (human immunodeficiency virus) ความยากจน การย้ายถิ่นฐาน การเคลื่อนย้ายแรงงาน ความเป็นอยู่ที่แออัดในเรือนจำ รวมทั้งการดื้อยาของวัณโรคขนานต่างๆ ทำให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Suwannalak, 2017)

เรือนจำเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะจากการมีจำนวนนักโทษที่มากขึ้น ทำให้ความเป็นอยู่แออัด ซึ่งอาจมีผู้ต้องขังบางคนติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย มีการใช้สารเสพติดมาก่อน มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขังแรกรับ และในส่วนของราชทัณฑ์ได้มีการเคลื่อนย้ายผู้ต้องขังเข้าออกตลอดเวลา ทำให้เรือนจำอาจกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาหลายรายงานพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคในเรือนจำสูงกว่าในประชาชนทั่วไปมากถึง 10 - 15 เท่า ซึ่งจากการวิเคราะห์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำทั่วประเทศ พ.ศ.2562-2565 พบว่าในเรือนจำกลางพบผู้ป่วยรายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ จำนวน 27, 40, 22 และ 14 ราย ตามลำดับ (Bureau of Tuberculosis. (2017) อัตราการรักษาหายขาดในผู้ป่วยเสมหะบวกและอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยเสมหะบวก ร้อยละ 62.31, 87.81, 87.52 และ 88.45 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 90 อัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมหะบวกมีมากถึงร้อยละ 87.90, 85.21, 67.87 และ 45.08 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 27.04, 12.10, 2.97 และในปี พ.ศ.2565 ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการรักษา (Bureau of Tuberculosis. (2018) โดยเฉพาะในพื้นที่เรือนจำกลางจังหวัดนครพนม พบว่าในปี พ.ศ.2565 มีผู้ต้องขังทั้งสิ้น 3,078 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 14 ราย และมีอัตราอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 0.45 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี

สำหรับจังหวัดนครพนมมีเรือนจำ จำนวน 1 แห่ง ที่รับนักโทษไม่เกิน 1,000 คน ซึ่งปัจจุบันใช้ในการคุมขังนักโทษที่มีโทษจำคุก 1 - 10 ปี และใช้คุมขังโทษในแดนค่าปรับ แต่สภาพความจริงเรือนจำกลางจังหวัดนครพนมได้มีการฝากขังตัวผู้ต้องขังมากกว่า 3,078 คน จึงก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เช่น ระบบสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จำนวนเรือนนอนไม่เพียงพอต่อผู้ต้องขัง สนามที่ใช้ทำกิจกรรมกลางแจ้งมีจำกัด อัตราส่วนพื้นที่ใช้สอยต่อนักโทษไม่สมดุล อากาศถ่ายเทไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ต้องขังมีสุขอนามัยที่ไม่ดี อาจมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคที่อาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน โดยเฉพาะรูปแบบในการจัดการด้านสุขภาพ (วัณโรค) ที่ยากในการเข้าถึงตัวผู้ป่วยเนื่องจากความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และข้อบังคับต่างๆ ในระบบเรือนจำ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะได้ทำการศึกษารายละเอียด ได้แก่ 1) การพัฒนา คือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของการทำงานวัณโรคในเรือนจำให้เกิดความเจริญเติบโตของงานและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ 2) รูปแบบ คือ สิ่งที่แสดงโครงสร้างของความสัมพันธ์ของระหว่างชุดของ ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ หรือองค์ประกอบที่สำคัญในเชิงความสัมพันธ์หรือเหตุผลซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยเข้าใจข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ในเรื่องของการดำเนินงานวัณโรค 3) วัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis*

ทำให้เกิดโรคได้กับหลายๆ อวัยวะในร่างกายโดยส่วนใหญ่พบที่ปอด ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเรียกว่าวัณโรคระยะแฝงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในเรือนจำกลางนครพนม 4) เรือนจำกลาง คือ เรือนจำกลางจังหวัดนครพนมที่รับคุมขังผู้ต้องขังที่มีคำพิพากษาแล้วและนักโทษเด็ดขาดที่มีโทษจำคุกตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยมีเรือนจำกลางที่มีอำนาจคุมขังผู้ต้องขังที่ต้องรับโทษจำคุก 15 ปี ถึงประหารชีวิต 5) การมีส่วนร่วม โดยการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการ จัดสรรทรัพยากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ

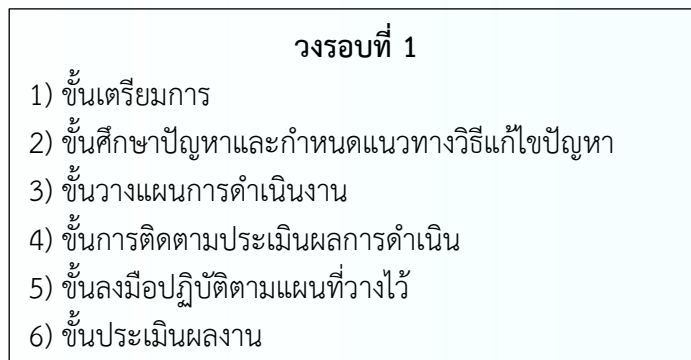
ดังนั้น เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำที่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลางโดยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษา ป้องกัน และ ควบคุมวัณโรคในเรือนจำกลางจังหวัดนครพนม ที่สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้ต้องขังของเรือนจำกลางอย่าง ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

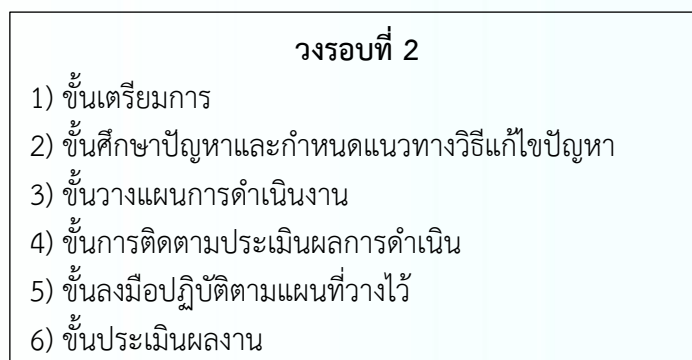
1. เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบคือ CIPP Model ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ “ค้นให้พบ จบด้วยหาย ไม่ตายหรือป่วยเพิ่ม” เพื่อศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดการวัณโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เรือนจำกลางจังหวัดนครพนม และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบในการรักษา ป้องกัน และ ควบคุมวัณโรคในเรือนจำโดยศึกษาในฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและรูปแบบการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานวัณโรคและในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็นหลัก การศึกษามี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นศึกษาปัญหาและกำหนดแนวทางวิธีแก้ไขปัญหา 3) ขั้นวางแผนการดำเนินงาน 4) ขั้นการติดตามประเมินผล การดำเนิน 5) ขั้นลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 6) ขั้นประเมินผลงาน ซึ่งสามารถอธิบายเป็นรูปภาพดังนี้



วิเคราะห์ปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1  ปรับปรุงแก้ไข



วัดผลการดำเนินงาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร คือผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครพนมทั้งหมดจำนวน 3,078 ราย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเฝ้าสังเกตการณ์ สหวิชาชีพเครือข่ายการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่เรือน จำนวน 3 คน ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ จำนวน 2 คน จิตอาสา จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 3,168 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ต้องขังรายใหม่ที่เข้ามาในเรือนจำผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำทุกรายและสหวิชาชีพเครือข่ายการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่เรือนจำ ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ จิตอาสา จำนวน 18 คน ที่มีส่วนในการดำเนินงานในเรือนจำเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือจัดเก็บข้อมูลมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจในการจัดการวัณโรคจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก 3) ความเหมาะสมของแผนการจัดการวัณ

โรค จำนวน 10 ข้อ โดยจัดระดับคุณภาพของความเหมาะสมเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ 4) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาการจัดการวัดโรค จำนวน 10 ข้อ โดยจัดระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น จำนวน 40 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและเนื้อหาที่ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความยาก และอำนาจจำแนกรายข้อของแบบทดสอบความรู้ ด้วยวิธีวิเคราะห์ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบของแบบประเมินโดยได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยวัดโรคที่ได้รับการรักษาศัลยกรรมโรคของโรงพยาบาลนครพนมและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในคลินิกวัดโรค โดยใช้สูตร KR-20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 10 เมษายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2565

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ต้องขังในเรือนจำ สภาพปัญหาในปัจจุบัน ปัญหาในการให้บริการ การส่งต่อผู้ป่วยวัดโรคของเรือนจำ และการดำเนินงานวัดโรค ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นศึกษาปัญหาและกำหนดแนวทางวิธีแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการวัดโรคในเรือนจำกลางนครพนม ตามกรอบแนวคิดในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ “ค้นให้พบ จบด้วยหายไม่ตายหรือป่วยเพิ่ม” โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ของ Kemmis S & McTaggart R มากำหนดแนวทางและรูปแบบการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวัดโรคในเรือนจำกลางนครพนม ประกอบด้วย 1) การจัดประชุมเพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติโดยใช้แนวทางของการดำเนินงานควบคุมวัดโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แยกเป็นกลุ่มย่อยในการระดมสมอง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ทำการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ต้องขัง สหวิชาชีพเครือข่ายการดำเนินงานวัดโรคในเรือนจำ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่เรือนจำ จำนวน 40 คน ภาศเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ จิตอาสา จำนวน 50 คน 3) ขึ้นวางแผนการดำเนินงาน 4) ขั้นการติดตามประเมินผลการดำเนิน 5) ขั้นลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 6) ขั้นประเมินผลงาน

ระยะที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการทดลอง โดยนำรูปแบบการพัฒนาการจัดการวัดโรคในเรือนจำที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ต้องขัง ได้แก่ ผู้ป่วยวัดโรคที่อยู่ในเรือนจำกลางนครพนม จำนวน 32 คน ในปี 2565 แล้วติดตามนิเทศประเมินผล โดยติดตามผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม NTIP Thailand

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล และในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จะทำการการเปรียบเทียบข้อมูล โดยเน้นให้เห็นถึงการหาแบบแผนหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในบริบทสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง โดยวิเคราะห์แบบแผนที่เหมือนหรือแตกต่างกัน กรณีเปรียบเทียบความต่าง 3 กลุ่ม เปรียบเทียบประเด็นดังนี้ 1) ผลลัพธ์เหมือนกัน สาเหตุเหมือนกัน 2) ผลลัพธ์เหมือนกัน สาเหตุต่างกัน 3) ผลลัพธ์ต่างกัน สาเหตุเหมือนกัน และ 4) ผลลัพธ์ต่างกัน สาเหตุต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ เลขที่ 001.2565 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2565 ซึ่งในการดำเนินการผู้วิจัยได้เก็บรักษาความลับของข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อสกุลผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับการวิจัยและรหัสต่างๆ จะมีเพียงผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้นที่ทราบ และนำเสนอข้อมูล ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยจะไม่มีนำเสนอข้อมูลใด ๆ ที่จะสามารถบ่งชี้ถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้โดยเด็ดขาด

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ข้อมูลทั่วไป: เรือนจำกลางนครพนม เดิมชื่อ “เรือนจำจังหวัดนครพนม” รวมพื้นที่ทั้งหมด 21 ไร่ 39 ตารางวา มีเนื้อที่ภายในทั้งหมด 12 ไร่ ซึ่งได้ก่อตั้งมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2447 และได้เปิดทำการมาจนถึงปี พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลากว่า 111 ปี นับว่าเก่าแก่และแออัดมากเนื่องจากมีเนื้อที่จำกัด มีความจุต้องขังตามปกติประมาณ 300 - 500 คน ซึ่งในปี พ.ศ.2542-2543 มีผู้ต้องขังประมาณ 1,000 คน ต่อมา กรมราชทัณฑ์ได้อนุมัติงบประมาณให้ก่อสร้างเรือนจำขึ้นใหม่ ณ เรือนจำชั่วคราวบ้านกุดข้าวปุ้น บนเนื้อที่ 1,229 ไร่ 3 งาน 95 ตารางวา มีเนื้อที่ภายในเรือนจำ จำนวน 39 ไร่ 1 งาน 45 ตารางวา และได้เปิดทำการแห่งใหม่ เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2543 ในปี พ.ศ.2548 กระทรวงยุติธรรม ได้ยกฐานะเรือนจำจังหวัดนครพนม เป็น “เรือนจำกลางนครพนม”ตามคำสั่งกระทรวงยุติธรรม ที่ 114/2548 ถึง 119/2548 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2548 และสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 122 ตอนพิเศษ 38 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2548 มีอำนาจการควบคุมผู้ต้องขังมีกำหนดโทษ ไม่เกิน 20 ปี ทั้งชายและหญิง ในปัจจุบันมีผู้ต้องขังทั้งหมด 3,078 ราย เป็นชาย 2,557 ราย หญิง 521 ราย ด้านผลการดำเนินงานด้านควบคุมวินัยโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 – 2564 พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินัยโรคปี พ.ศ.2562 จากร้อยละ 59.37 เป็นร้อยละ 93.89 อัตราการเสียชีวิตจากวินัยโรคในเรือนจำจากร้อยละ 7.69 ในปี พ.ศ.2562 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผลการดำเนินงานวินัยโรคในเรือนจำกลางนครพนมก่อนพัฒนารูปแบบการจัดการวินัยโรคในเรือนจำเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวินัยโรคในเรือนจำของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2562-2564

ตัวชี้วัดงานวินัยโรค	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานวินัยโรค (ร้อยละ)		
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง	90.00	77.00	80.00	83.31
2. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินัยโรค	90.00	59.37	64.44	75.75
3. อัตราการเสียชีวิตจากวินัยโรค	0.00	7.69	7.68	10.00
4. อัตราการขาดยา	5.00	3.13	10.25	5.00

ขั้นที่ 2 ขั้นศึกษาปัญหาและกำหนดแนวทางวิธีแก้ไขปัญหา

จากการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพของเรือนจำกลางจากประเด็นวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานวินัยโรคในเรือนจำพบว่ายังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานวินัยโรคที่ชัดเจน ปัญหาการรายงานผู้ป่วยและยัง

ไม่สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม การค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในเรือนจำที่ไม่ครอบคลุม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่มีส่วนร่วมชัดเจนในบทบาทและการให้ความสำคัญของการเฝ้าระวังการคัดกรองวัณโรคยังน้อยทำให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์โดยประเด็นต่างๆ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ประเด็น สภาพปัญหา จากบันทึกหลักฐานรายงานการประชุมผลการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำระหว่างปี 2562-2564 และเป้าหมายที่คาดหวังในการควบคุมวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม ปี 2565

ประเด็น	ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ/เป้าหมายที่คาดหวัง
วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม	1. ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนมที่มีการเชื่อมโยงกัน 2. หน่วยงานสถานพยาบาลในเรือนจำมีปัญหาการรายงานผู้ป่วยและยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้ครอบคลุม 3. ระบบการรายงานข้อมูลและการติดตามประเมินผลการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง 4. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ครอบคลุมในระดับแดนต่างๆ	1. การจัดให้มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม -ในกลุ่มนักโทษที่รับเข้าใหม่ต้องได้รับการคัดกรอง 100% -ในกลุ่มนักโทษที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังต่างๆ จะต้องจัดให้มีการคัดกรองและหากพบผู้ป่วยจะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาและจัดให้มีผู้ประสานงานวัณโรคในเรือนจำ -การสร้างเครือข่ายความร่วมมือโดยการประสานความร่วมมือกับผู้อำนวยการเรือนจำกลางนครพนม ผู้รับผิดชอบงานสถานพยาบาลในเรือนจำให้มีการจัดส่งรายงานวัณโรค 2. ประสานการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำโดยโรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน
บทบาทผู้เกี่ยวข้องของผู้มีส่วนร่วม	ในเรือนจำกลางนครพนมยังไม่มีผู้ประสานงานวัณโรคที่ชัดเจนในการติดตามการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย การติดตามการรักษาที่ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข เทศบาล ผู้ประกอบกิจการสาธารณะยังไม่มีส่วนร่วมชัดเจนในบทบาท และความสำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรอง วัณโรค	1. โรงพยาบาลจังหวัดควรจัดให้มีผู้ประสานงานวัณโรคในโรงพยาบาลเพื่อติดตามการขึ้นทะเบียนและประสานงานกับหน่วยงานเครือข่าย 2. หน่วยงานสถานพยาบาลในเรือนจำ เทศบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สร้างเครือข่ายความร่วมมือในเทศบาล เรือนจำ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ประกอบกิจการสาธารณะและกำหนดบทบาทในเรือนจำเพื่อกำหนดการติดตามงานร่วมกัน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ประเด็น สภาพปัญหา จากบันทึกหลักฐานรายงานการประชุมผลการดำเนินงานวันโรคในเรือนจำระหว่างปี 2562-2564 และเป้าหมายที่คาดหวังในการควบคุมวันโรคในเรือนจำกลางนครพนม ปี 2565

ประเด็น	ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ/เป้าหมายที่คาดหวัง
ระบบรายงานและติดตามการรักษา	1. ระบบรายงานข้อมูลยังไม่มี ความต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังที่รับเข้ามาใหม่ การติดตามการกินยาที่ไม่ตรงตามเวลา	1. จัดระบบรายงานข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งในส่วนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเรือนจำและจัดระบบแจ้งกลับไปยังเรือนจำโดยผู้ประสานโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อควบคุมโรคและติดตามการรักษาผู้ป่วยต่อไป
ด้านผู้ป่วยวันโรค	1. ผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากเข้าใจว่าตนเองไม่มีอาการไอ และใช้ชีวิตได้ปกติ 2. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง มียาเหลืออยู่จำนวนมาก โดยส่วนใหญ่เกิดจากการลืมกินยา จำไม่ได้ว่ากินยาหรือยัง หรือจากผลข้างเคียงของยาที่ให้ไม่ ยากกินยาต่อ ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ 3. ขาดความรู้ความเข้าใจด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง	จัดให้มีผู้ติดตามการกินยาหรือ Buddy ผู้ป่วยเพื่อเป็นการป้องกันการหลงลืมการไม่ยอมกินยาของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการวันโรคในเรือนจำกลางนครพนม

ผลจากการวิเคราะห์ประเด็น สภาพปัญหา จากบันทึกหลักฐานรายงานการประชุมผลการดำเนินงานวันโรคในเรือนจำระหว่างปี 2562-2564 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และพัฒนารูปแบบการจัดการวันโรคในเรือนจำกลางนครพนม โดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้รับในเรือนจำ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ได้แก่

ขั้นที่ 1 ขึ้นวางแผนการดำเนินงาน นำเสนอและอภิปรายรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการวันโรคในเรือนจำโดยเน้นที่กระบวนการรักษาและส่งต่อโดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการวันโรคในเรือนจำโดยเน้นที่กระบวนการรักษา

ขั้นที่ 2 ขึ้นวางแผนการติดตามประเมินผลการดำเนิน สร้างเครื่องมือติดตามและประเมินผลการดำเนินงานจัดการวันโรคในเรือนจำโดยเน้นที่กระบวนการรักษาและส่งต่อ

ขั้นที่ 3 ขึ้นลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

1. ด้านสถานการณ์วันโรคในเรือนจำกลางนครพนม

1.1 การจัดให้มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยในกลุ่มนักโทษที่รับเข้าใหม่ต้องได้รับการคัดกรองวันโรค 100% และในกลุ่มนักโทษที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังต่างๆ จะต้องจัดให้มีการคัดกรองและหากพบผู้ป่วยจะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาและจัดให้มีผู้ประสานงานวันโรคในเรือนจำ เกิดแนวปฏิบัติในการจัดการวันโรค คือ TB 4Screen Model ดังรายละเอียดดังนี้ ผู้ต้องขังทุกรายที่เข้ามาในเรือนจำต้องได้รับการคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยวันโรค ได้แก่

การคัดกรองแบบ Verbal Screening หากพบว่ามีคะแนนมากกว่า 3 คะแนน จะได้รับการตรวจ sputum AFB หากผลเป็นลบจะส่งตรวจแบบ gene Expert และการคัดกรองด้วย Chest X-ray 100%

1.2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือโดยการประสานความร่วมมือกับผู้อำนวยการเรือนจำกลางนครพนม ผู้รับผิดชอบงานสถานพยาบาลในเรือนจำให้มีการจัดส่งรายงานวัณโรคในรอบ 3 เดือนให้แก่โรงพยาบาลนครพนม

1.3 ประสานการจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำโดยโรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน

2.ด้านบทบาทผู้เกี่ยวข้องของผู้มีส่วนร่วม

2.1 จัดให้ผู้ประสานงานวัณโรคในโรงพยาบาลเพื่อติดตามการขึ้นทะเบียนและประสานงานกับหน่วยงานเครือข่าย เช่น หน่วยงานพยาบาลในเรือนจำ เทศบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือในเทศบาล เรือนจำ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ประกอบกิจการสาธารณะและกำหนดบทบาทร่วมกันในเรือนจำเพื่อกำหนดการติดตามงานร่วมกัน

3.ด้านระบบรายงานและติดตามการรักษา

3.1 จัดระบบรายงานข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งในส่วนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเรือนจำและจัดระบบแจ้งกลับไปยังเรือนจำโดยผู้ประสานโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อควบคุมโรคและติดตามการรักษาผู้ป่วยเกิดแนวปฏิบัติในการจัดการวัณโรค คือ One-Stop Care Model ดังรายละเอียดดังนี้ ผู้ต้องขังที่ถูกคัดกรองว่ามีความผิดปกติต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 วัน แล้วต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคภายใน 1 วัน ตั้งแต่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติ และต้องได้รับยาและเริ่มยาทันทีภายใน 1 วัน โดยสูตรการรักษา 2IRZE4IR

3.2 ผู้ต้องขังที่ถูกคัดกรองแล้วมีความผิดปกติหรือถูกแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคจะถูกแยกออกจากผู้ต้องขังทั่วไป โดยถูกนำไปรักษาที่เรือนพยาบาลซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือส่วนรับยาเข้มข้นภายใน 1 เดือนผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้อง Negative รับยาตามที่แพทย์สั่งจนครบ 1 เดือน ส่วนที่ 2 คือส่วนที่รับยาใน เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 6 ซึ่งหากผู้ป่วยรับยาจนครบ 6 เดือนแล้วจึงจะถูกส่งเข้าแดนตามโทษที่ตัวเองได้รับ

3.3 ผู้ต้องขังทุกรายต้องได้รับการตรวจคัดกรองด้วย Chest X-ray 100% ปีละ 1 ครั้ง

3.4 จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง โดยแพทย์

3.5 จัดให้มีระบบตรวจรักษาโรคทาง Telemedicine เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย ต่อเจ้าหน้าที่

3.6 จัดให้มีการดำเนินงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุขอย่างต่อเนื่อง

4.ด้านผู้ป่วยวัณโรค

4.1 จัดให้มีผู้ติดตามการกินยาหรือ Buddy ผู้ป่วยเพื่อเป็นการป้องกันการหลงลืม การไม่ยอมกินยาของผู้ป่วย

4.2 จัดระบบสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดการเจ็บป่วย กำหนดให้มีธรรมาภิบาลในเรือนจำโดยได้ดำเนินการตั้งมาตรการห้ามสูบบุหรี่และจำหน่ายบุหรี่ในเรือนจำ

4.3 จัดระบบป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ

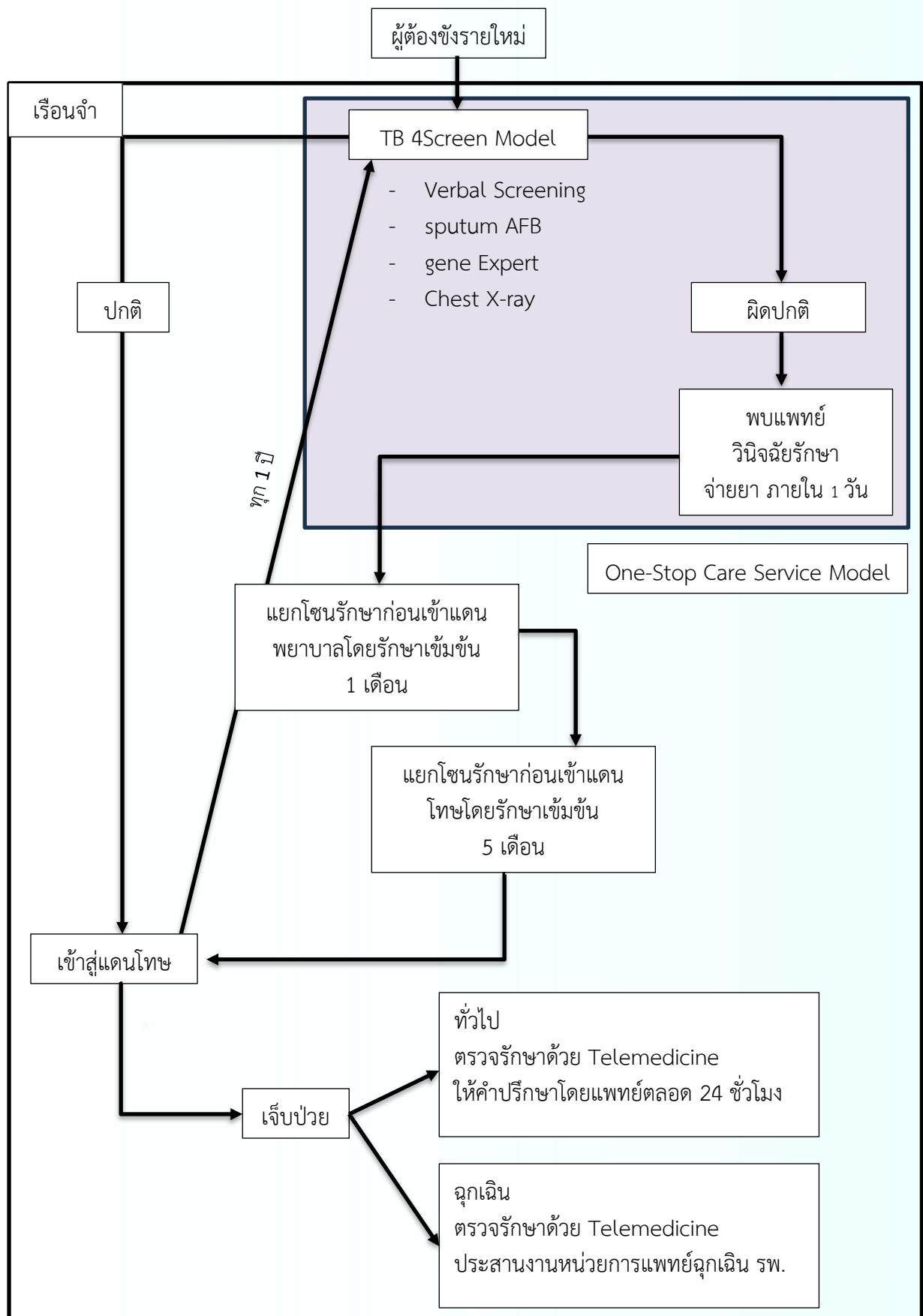
4.4 จัดให้มีสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัณโรค

4.5 จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง โดยแพทย์

4.6 จัดให้มีระบบตรวจรักษาโรคทาง Telemedicine เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย ต่อเจ้าหน้าที่

4.7 จัดระบบป้องกันกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือไฟไหม้ที่มีการติดภายในตัวอาคาร

ผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนมทั้ง 4 ด้านในการจัดการวัณโรค ผู้วิจัยจึงได้คิดค้นแนวปฏิบัติสำหรับควบคุมวัณโรคในเรือนจำเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและลดการแพร่ระบาดในเรือนจำดังนี้



ภาพที่ 2 แนวทางปฏิบัติ Role model

ระยะที่ 3 การทดลองและผลการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อนำรูปแบบการจัดการวัณโรคที่พัฒนาขึ้นไปใช้สามารถอธิบายตามขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

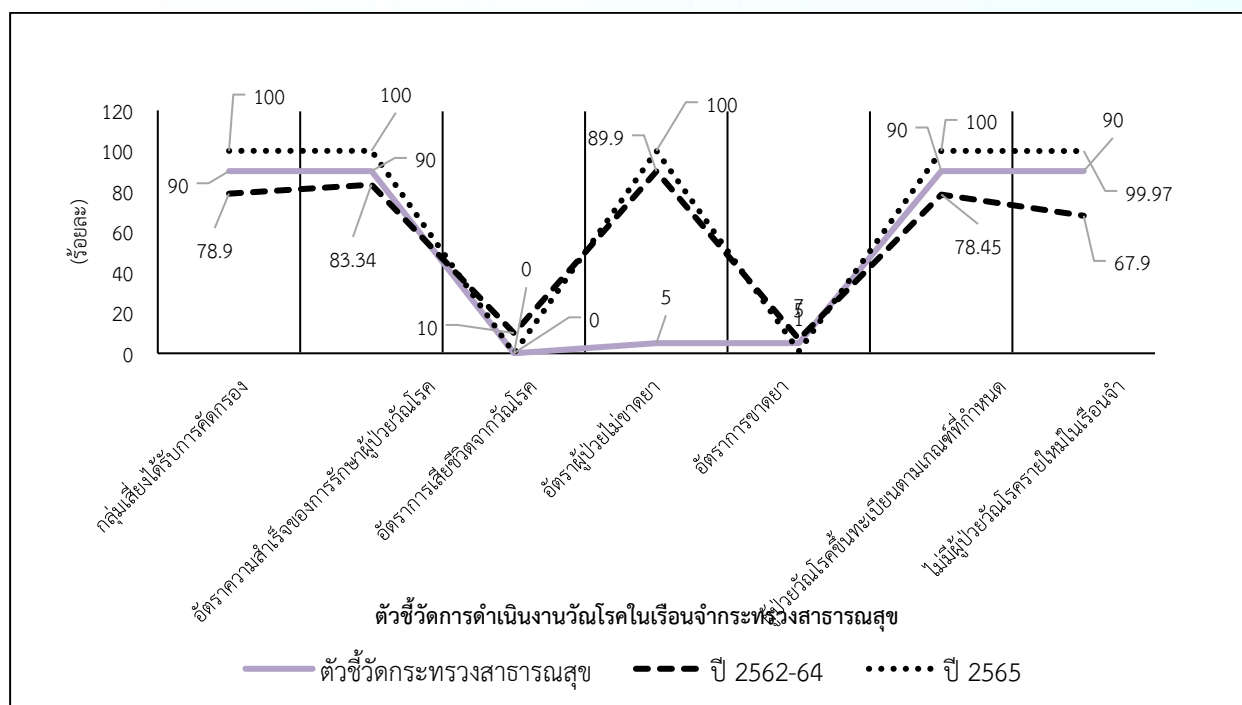
ขั้นที่ 1 ขั้นประเมินผลงาน

หลังดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการจัดการวัณโรคในเรือนจำ ผลการดำเนินงานของวัณโรค พบว่าผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองหาวัณโรคทุกราย ร้อยละ 100 และผู้ต้องขังที่คัดกรองพบความผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคตามเกณฑ์ โดยรายละเอียดจะแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการวัณโรค	เป้าหมาย กระทรวง สาธารณสุข (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานจัดการวัณโรค ในเรือนจำ	
		พ.ศ.2562-64	พ.ศ.2565
		(ก่อนดำเนินการ)	(หลังดำเนินการ)
1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง	90.00	78.90	100.00
2. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	90.00	83.34	100.00
3. อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค	0.00	10.00	0.00
4. ผู้ป่วยไม่ขาดยา	100.00	89.90	100.00
5. อัตราการขาดยา	5.00	7.00	1.00
6. ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ที่กำหนด	90.00	78.45	100.00
7. ไม่มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเรือนจำ	90.00	67.90	99.97

ที่มา : ผลการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนม พ.ศ.2562-2565



ภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลางนครพนม

ในการศึกษารั้วนี้ในกลุ่มผู้ต้องขังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการจัดการวัณโรค ในเรือนจำกลางนครพนมครั้งนี้ จำนวน 3,078 คนและเป็นผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 32 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์โรงพยาบาลนครพนม ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำข้อตกลงเกี่ยวกับการดูแลรักษาวัณโรคกับผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการ ดำเนินงานวิจัยตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และ ข้อคิดเห็นด้านความเหมาะสมของแผนการจัดการวัณโรค ต่อรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.78 67.60 และ 89.91 ตามลำดับ และมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนา การจัดการวัณโรคอยู่ในระดับสูงทุกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทีมสห วิชาชีพเครือข่ายการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่เรือนจำ ภาควิชาศัลยกรรม ในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ จิตอาสา ที่มีส่วนในการ ดำเนินงานในเรือนจำ คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกกลุ่มและพบว่าหลังดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาการจัดการวัณ โรคในเรือนจำกลางนครพนมครั้งนี้ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 100 (32 ราย) ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุขกำหนดเกณฑ์อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90.00 ไม่พบอัตราการขาด ยารักษาวัณโรคภายหลังเข้ารับการรักษาวัณโรค นอกจากนี้ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์การขาดยารักษาวัณโรคหายขาดไม่เกิน ร้อยละ 5.00 เมื่อนำไป เปรียบเทียบกับค่า มัธยฐาน 3 ปี ย้อนหลัง (2562-2564) พบว่า ทุกตัวชี้วัดมีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน

อภิปรายผล

จากประเด็นการวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการดำเนินงานวัณโรค พบว่ามี 3 ประเด็นหลัก ที่เป็นอุปสรรคใน การดำเนินงานได้แก่ 1) รูปแบบการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่เชื่อมโยงกันของหน่วยงาน 2) บทบาทผู้เกี่ยวข้องของ ผู้มีส่วนร่วมที่ยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน 3) ระบบรายงานข้อมูลและติดตามการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทีมผู้ดำเนินงานจึง ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำขึ้นมา 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานการณ์วัณโรคในเรือนจำกลาง นครพนม 2) ด้านบทบาทผู้เกี่ยวข้องของผู้มีส่วนร่วม 3) ด้านระบบรายงานและติดตามการรักษา 4) ด้านผู้ป่วยวัณ โรค เกิดนวัตกรรมรูปแบบในการจัดการวัณโรคดังนี้ 1) TB 4Screen Model 2) One-Stop Care Model 3) การจัดการด้าน ENV ในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ 4) การจัดระบบส่งต่อและให้คำปรึกษา ซึ่งจากการ ดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และข้อคิดเห็นด้านความ เหมาะสมของแผนการจัดการวัณโรคต่อรูปแบบการจัดการวัณโรคในเรือนจำอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.78 67.60 และ 89.91 ตามลำดับ และมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาการจัดการวัณโรคอยู่ ในระดับสูงทุกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายการ ดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่เรือนจำ ภาควิชาศัลยกรรม ในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ จิตอาสา ที่มีส่วนในการดำเนินงานในเรือนจำ คิด เป็นร้อยละ 100 ทุกกลุ่มและพบว่าหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาการจัดการวัณโรคในเรือนจำกลาง นครพนมครั้งนี้ พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 100 (32 ราย) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90.00 ไม่พบอัตราการขาดยารักษา วัณโรคภายหลังเข้ารับการรักษาวัณโรค นอกจากนี้ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0 ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์การขาดยารักษาวัณโรคหายขาดไม่เกิน ร้อยละ 5.00 เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐาน 3 ปี ย้อนหลัง (2562-2564) และทุกตัวชี้วัดในการดำเนินงานวัณโรคมีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน สอดคล้อง กับการศึกษาของ Mitpanon, Radha & Sivina (2020) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัส

โรคร่วมบ้านมี คะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ หลังจากฝึกอบรมและ พัฒนาตามรูปแบบแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มี คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 7.04 (Mean diff=7.04 95% CI; 5.97-8.11) และ 4.37 (Mean diff=4.37 95% CI; 3.48-5.26) ตามลำดับ ด้านปฏิบัติการกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมีคะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.88 (Mean diff=6.88 95% CI; 4.84-8.92) ในผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ และมีคะแนนเพิ่มขึ้น 17.51 (Mean diff=17.51 95% CI; 16.44-18.57) ในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จากผลการศึกษารังนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และผู้ สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Sinthurawit & Pannarat (2022) ที่ได้ศึกษาถึงแนวทางการควบคุมโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวณร นิवासจังหวัดสกลนคร พบว่าการมีแนวทางการควบคุมโรค สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก ขึ้น และการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการควบคุมโรคทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการควบคุมโรค โรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคของภาคีเครือข่าย ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุก ขั้นตอน มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมโรคในเรือนจำมีความพึงพอใจกับผลที่เกิดขึ้น ตรงกับ ความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและผู้ต้องขังในเรือนจำการให้ภาคีเครือข่ายดำเนินงานในเรือนจำเข้ามามีส่วนร่วมใน การดำเนินงานควบคุมโรคในเรือนจำร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดัง แนวคิดการมีส่วนร่วมคือการสร้างพลังอำนาจ สิ่งสำคัญเริ่มจากบุคคลได้ร่วมในกิจกรรม ได้มีโอกาสวิเคราะห์ตนเอง ได้รู้จักตนเองนำไปสู่การยอมรับพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีความคิดของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในตนเองอันเป็นการ เสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและเรือนจำทุกแห่งทั่ว ประเทศ เพื่อให้เกิดดำเนินการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมีความต่อเนื่องและมีการนิเทศติดตามประเมินผล การพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

2.การดำเนินงานควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วย ทีมผู้ดูแล รักษาและภาคีเครือข่ายเป็นหลักในการดำเนินงานผ่านรูปแบบการขับเคลื่อนของคณะกรรมการควบคุมโรคและ เรือนจำที่ทำงานร่วมกันดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องผ่านรูปแบบการขับเคลื่อน ของคณะกรรมการควบคุมโรคภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆร่วมด้วยนอกเหนือโรค เช่น โรค เอ็ดส์/HIV ไวรัสตับอักเสบบีชนิดต่างๆ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2.ควรศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ด้านตัวผู้ป่วย หน่วยงาน ในเรือนจำ

3.ควรศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าอีก 5 ปี หรือ 10 ปีเพื่อพัฒนาระบบการจัดการโรคในเรือนจำให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม และผู้อำนวยการเรือนจำกลางนครพนม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัยนี้ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณบุคลากรในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพนมผู้ต้องขังเรือนจำกลางนครพนมทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเห็นคุณค่าของการทำงานครั้งนี้และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการจัดการโรคติดต่อจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Achananupap S., (2008). *General medical examination*. Bangkok: Moh Chao Ban Publishing House
- Achananupap S., (2017). *Folk Doctor Foundation. Folk Doctor Foundation Magazine*.
- Retrieved 4 August 2022, from: www.doctor.or.th.
- Bureau of Tuberculosis. (2017). *National Action Plan on Anti-Tuberculosis 2017-2021*. Bangkok: Graphic and Design.
- Bureau of Tuberculosis. (2018). *TB Control Guidelines in Thailand 2018*. Bangkok: Typography and Design.
- Bureau of Tuberculosis. (2019). *Guidelines for driving the TB work under the performance agreement (PA) framework and the Ministry of Public Health inspection guidelines Fiscal Year 2019*. Retrieved 30 January 2021 from: <https://www.tbthailand.org/documents.html>
- Folk Doctor Foundation. (2020). Tuberculosis. See doctor dot com Retrieved 4 August 2022, from: www.pobpad.com.
- Nirattisai P.(2022). The Situation of Tuberculosis of Inmates in Prison Mueang Lampang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*.9(1),194-206 (in Thai)
- Sinthurawit S. & Pannarat W. (2012). The development of guidelines for tuberculosis control in the community of Wanon Niwat Hospital Sakon Nakhon Province. *Journal of Nurses' association of thailand, north-eastern division*. 30(3),87-94 (in Thai)
- Suwannalak W., (2017). *Tuberculosis. (Tuberculosis)*. Retrieved 4 August 2022, from: https://er.educause.edu/-/media/files/article_downloads/eqm0630.pdf
- Mitpanon S., Radha R. & Sivina S.,(2020). Development of prevention and control schemes Tuberculosis for new cases of pulmonary tuberculosis and household contacts in Nong Phok District Health Network Roi Et Province. *Journal of Medicine and Public Health*. Ubon Ratchathani University. Vol. 3 No. 3 (2020) (in Thai)
- Sinthurawit P. & Pannarat W.,(2022). Guidelines for TB control in the community of Wanonniwat Hospital. Sakon Nakhon Province. *Journal of the Association of Nurses*. Vol. 40 No. 2 (2020) (in Thai)

The Related Between the Amount of PM 2.5 and COPD Exacerbation In Koh Kha Hospital, Lampang

Prasert Sumethavanich^{1*}

(Received: February 27, 2023, Revised: February 7, 2023, Accepted: June 29, 2023)

Abstract

This is a cross-sectional analysis utilizing prospective data collection. The objective is to determine the relationship between PM 2.5 dust and acute exacerbations of patients with COPD at Koh Kha Hospital, Lampang Province. The study sample consisted of 909 COPD patients with ICD 10 diagnosis codes of J44.1, J44.8, and J44.9. Data was collected from November 1, 2019 to September 30, 2022. The study tools included a personal history questionnaire, COPD patient medical records, and PM 2.5 data measured by the Pollution Control Department's weather station. Pearson's correlation was used to analyze the statistical data for correlation of variables, and odds ratio (OR) was used to compare risk factors. All statistical tests were conducted at a significance level of 0.05.

The findings revealed a direct relationship between the number of COPD patients with acute exacerbation and increased levels of PM 2.5 ($r=0.536$, $p\text{-value} < 0.001$). PM 2.5 dust levels exceeding $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ were found to be a risk factor for COPD exacerbation (adjusted $\text{OR}=1.47$, 95% CI 1.12-1.94, $p\text{-value}=0.006$). Smoking history was also identified as a risk factor factor ($\text{OR}=2.30$, 95% CI 1.76-3.00, $p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Particulate matter 2.5 (PM2.5), Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Acute exacerbation

*Medicine Doctor, Senior Professional Level, Koh Kha Hospital, Lampang

¹Corresponding author: prasertsumatawanit@hotmail.com Tel.: 086-0676064



การสัมผัสฝุ่นละออง PM_{2.5} กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ประเสริฐ สุเมธวานิชย์^{1*}

(วันรับบทความ: 1 กุมภาพันธ์ 2566, 2023, Revised: 7 กุมภาพันธ์ 2566, Accepted: 29 มิถุนายน, 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางโดยรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} กับอาการกำเริบแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาที่โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 มีจำนวนผู้ป่วยรวม 909 คน ใช้การวินิจฉัยโรคตาม ICD 10 (J44.1, J44.8 และ J44.9) เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อมูลปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่วัดค่าจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วย Pearson's correlation เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงด้วย Odds ratio (OR) โดยระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบแบบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแปรผันตรงกับปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่เพิ่มขึ้น ($r=0.536$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยช่วงเวลาที่ฝุ่น PM_{2.5} มีค่ามากกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เป็นปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบ (adjusted OR=1.47, 95% CI 1.12-1.94, $p\text{-value}=0.006$) นอกจากนี้ประวัติสูบบุหรี่ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคเช่นกัน (OR=2.30, 95% CI 1.76-3.00, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 (PM_{2.5}), การกำเริบของโรค

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: prasertsumatawanit@hotmail.com Tel: 086-0676064

บทนำ

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน พื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดลำปางเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ต้องเผชิญปัญหามลภาวะทางอากาศในช่วงเดือนธันวาคมถึงมีนาคมซึ่งเป็นช่วงฤดูแล้งของทุกปี เป็นปัญหาเรื้อรังมานาน มลภาวะทางอากาศที่สำคัญของพื้นที่นี้คือปัญหาปริมาณฝุ่นละอองขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2.5 ไมโครเมตร (PM_{2.5}) ที่มีค่าเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงเกินมาตรฐาน (มากกว่า 50 µg/m³) บางช่วงเวลามีปริมาณมากจนระดับเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (มากกว่า 90 µg/m³) (Pollution Control Department, 2020) ทั้งนี้การสัมผัสฝุ่นละอองเหล่านี้เป็นเวลานานส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ (Alias, Hamzah, & Kenn, 2007; Pochanart, 2012) ในแง่ของผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจกลไกการเกิดโรคมมาจากกระบวนการกระตุ้นการอักเสบของตัวฝุ่นละอองต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยฝุ่นละอองขนาดเล็กเหล่านี้สามารถเข้าไปลึกถึงบริเวณถุงลมและหลอดเลือด ซึ่งฝุ่นยังมีขนาดเล็ก (น้อยกว่า 3.3 ไมครอน) ก็สามารถเข้าไปได้ถึงบริเวณถุงลมปอด (Hamra et al., 2014) เกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดพยาธิสภาพและการติดเชื้อตามมา

หมอกควันภาคเหนือเป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญของประเทศไทยและได้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติตั้งแต่ปี 2550 (Thailand Environment Institute, 2019) ตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามปัญหามลพิษทางอากาศใช้การเฝ้าระวังระดับความเข้มข้นของฝุ่นละอองในบรรยากาศขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM₁₀) ร่วมกับการเฝ้าระวังระดับความเข้มข้นของฝุ่นละอองในบรรยากาศขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) แล้วคิดออกมาเป็นค่าดัชนีคุณภาพอากาศหรือ AQI (Air quality index) เพื่อประเมินปัญหามลพิษทางอากาศในแต่ละช่วงเวลาเนื่องจากสภาพอากาศที่นิ่งและแห้งเป็นเวลานานในช่วงฤดูแล้งระหว่างเดือนธันวาคมถึงมีนาคม การเคลื่อนตัวขึ้นในแนวตั้งของอากาศจึงเป็นไปได้ยาก ฝุ่นละอองขนาดเล็กจึงฟุ้งกระจายอยู่เหนือพื้นดินได้ชั้นอุณหภูมิต่ำระดับความสูงเหนือพื้นดิน 1-2 กิโลเมตร มองเห็นเป็นกลุ่มหมอกควัน (Holmes, & Morawska, 2006) นอกจากนี้ทิศทางและความเร็วลมก็ส่งผลต่อการแพร่กระจายของฝุ่นด้วย (Amnauylawjarun, Kreusuwun, Towta, & Siri Wittayakorn, 2010) โดยแหล่งกำเนิดส่วนใหญ่มาจากยานพาหนะและการเผาไหม้ชีวมวลในที่โล่ง (Wiriya, Prapamontol, & Chantara, 2012) การศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศส่งผลต่อสุขภาพอย่างหลากหลาย เช่น แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับการตายก่อนเวลาอันควรจากทุกสาเหตุ (Maio, & Ana, 2014) การเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นฝุ่นละออง PM_{2.5} มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากทุกสาเหตุ (Janssen, Amelinga, & Casseeab, 2013; Linda, Ed, John, & Peter, 2004) ทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวที่แผนกฉุกเฉินด้วยโรคระบบทางเดินหายใจทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง (Cao et al., 2014) รวมถึงโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Byeong-Jae, & Bumseok, 2014; Franchini, & Mannucci, 2009) มีงานศึกษาในประเทศไทยพบว่ามลพิษฝุ่น PM_{2.5} ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มคก./ลบ.ม ของค่าเฉลี่ยรายวันทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.2-8.9 และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 (Pothirat, Chaiwong, Liwsrisakun, & Bumroongkit, 2019)

ลำปางเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ประสบกับปัญหาค่าฝุ่นละออง PM_{2.5} เกินมาตรฐาน (Environment and Pollution Control Office 2, 2022) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในพื้นที่โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบแบบเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยนำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาหาความสัมพันธ์กับปริมาณฝุ่น PM_{2.5} เฉลี่ยใน

แต่ละเดือน การศึกษาปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชน เป็นประโยชน์ในการแนะแนวทางการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่จังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของฝุ่นละออง PM 2.5 ต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบแบบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 ที่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาด้วยอาการกำเริบที่โรงพยาบาลหรือไม่ ถ้ามีผลความสัมพันธ์มีลักษณะอย่างไร

นิยามศัพท์

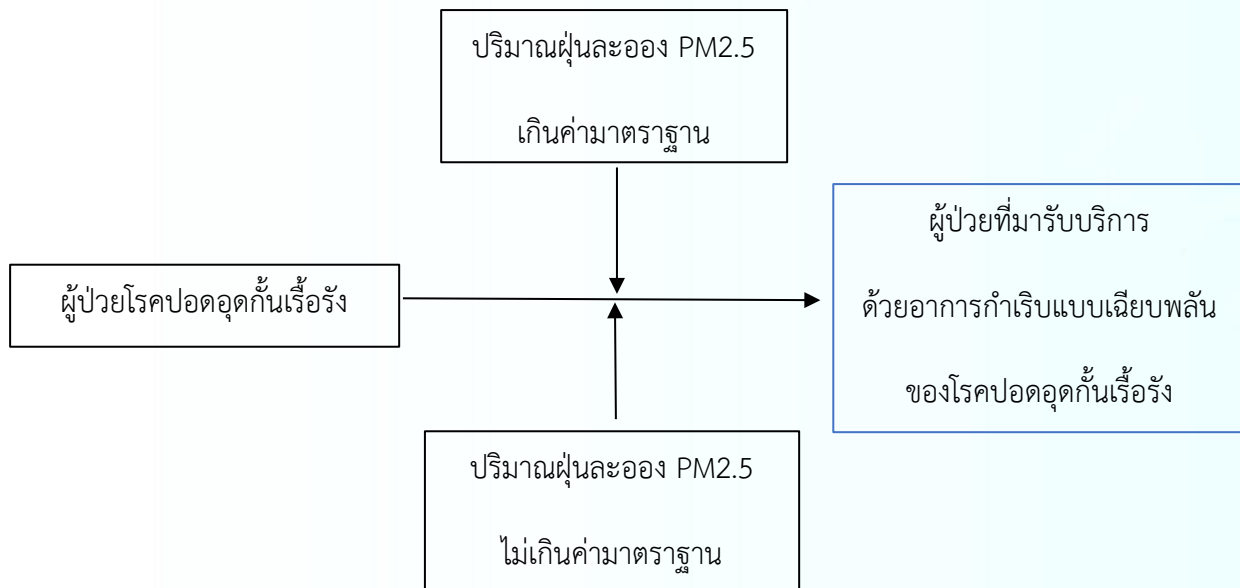
ฝุ่นละอองในบรรยากาศขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) หมายถึง ฝุ่นละอองที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน เกิดจากการเผาไหม้ของยานพาหนะ วัสดุการเกษตร ไฟป่า และกระบวนการอุตสาหกรรม ค่าเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงตามมาตรฐานไม่เกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) วัดโดยเครื่องเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองในอากาศที่มีหัวคัดแยกขนาดของฝุ่นละออง PM 2.5

อาการกำเริบแบบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD with acute exacerbation) หมายถึง โรคที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่และเป็นมากขึ้น สามารถมีอาการเหนื่อยมากขึ้น หายใจไม่ทัน อาการจุกแน่น อึดอัดและไอมีเสมหะ

บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) หมายถึงรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งรหัสโรคที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ J44.1 คือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation) J44.8 คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการอื่นๆ (Other specified chronic obstructive pulmonary disease) และ J44.9 คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการไม่เฉพาะเจาะจง (Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified)

กรอบแนวคิด

การศึกษาจำนวนผู้ป่วยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการสัมผัสฝุ่นละออง PM 2.5 โดยจากการรวบรวมแนวความคิด การทบทวนวรรณกรรมและนำมาจัดกลุ่ม เพื่อนำมาหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองร่วมกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) และรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective data collection) ประชากรคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเกาะคาซึ่งลงทะเบียนกับทางโรงพยาบาลเกาะคาในปีพ.ศ. 2563 (363 คน) ปีพ.ศ. 2564 (341 คน) และปีพ.ศ. 2565 (346 คน) กลุ่มตัวอย่างคือจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเกาะคาซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยรหัสโรคตาม ICD 10 ในรหัส J44.1 รหัส J44.8 และรหัส J44.9 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 909 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเกาะคาและได้ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลโดยรหัสโรค J44.1 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ส่วนรหัสโรค J44.8 และ J44.9 จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดรับยาเดิม ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตนอกพื้นที่อำเภอเกาะคา และผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและสารสนเทศของโรงพยาบาลเกาะคาประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ประวัติสูบบุหรี่ การศึกษา

ส่วนที่ 2 ฐานข้อมูลปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 เฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงที่วัดจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง รหัสสถานีคือ 37t

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยกำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และได้ผ่านความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ว่ามีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.0 ทุกข้อ บันทึกข้อมูลที่ใช้นี้เป็นแบบสอบถามด้านข้อเท็จจริงไม่ใช่ความคิดเห็นหรือทัศนคติ ดังนั้นจึงไม่ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ในส่วนเครื่องตรวจวัด PM 2.5 เป็นเครื่องที่มีหัววัดแยกขนาดของฝุ่นที่มีระบบการทำงานใช้หลักการ Tapered Element Oscillating Microbalance (TEOM) มีความถูกต้องของอัตราการไหลไม่เกิน 2% ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง อุปกรณ์เป็นไปตามข้อกำหนดของ U.S. EPA 40 CFR Part 50 standard

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางเพื่อขออนุญาตดำเนินการทำวิจัยในมนุษย์ และขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง
2. ประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลงทะเบียนไว้
3. ประสานกับบุคลากรที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเกาะคาเพื่อขอเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาด้วยอาการกำเริบแบบเฉียบพลัน
4. เก็บข้อมูลปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 ที่วัดค่าจากสถานีตรวจคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดลำปาง ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ EC002/66 เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นจึงมีการป้องกันโดยไม่เปิดเผยรายชื่อ เพื่อเป็นการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมศึกษา และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากสำนักจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝุ่นละอองกับจำนวนผู้ป่วยด้วย Pearson's correlation ใช้การวิเคราะห์ Epanechnikov Kernel Function ในการหาแนวโน้มความสัมพันธ์เชิงเส้น วิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดโรคด้วย Odds ratio และ 95% Confidence Interval ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่มีอาการกำเริบจำนวน 421 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 65.1 เพศหญิงร้อยละ 34.9 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบจำนวน 488 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 63.5 เพศหญิงร้อยละ 36.5 มีอายุเฉลี่ย 73.6 ปี (SD=8.9) โรคปอดอุดกั้นที่มีอาการกำเริบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 71-80 ปี พบร้อยละ 40.4 รองลงมาช่วงอายุ 61-70 ปี พบร้อยละ 31.1 และช่วงอายุ 81-90 ปี พบร้อยละ 21.6 และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 61-70 ปี พบร้อยละ 36.5 รองลงมาช่วงอายุ 71-80 ปี พบร้อยละ 35.2 และช่วงอายุ 81-90 ปี พบร้อยละ 20.9 ทั้งกลุ่มที่มีอาการกำเริบและกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา พบร้อยละ 68.4 และร้อยละ 65.6 ตามลำดับ รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือพบร้อยละ 21.6 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ กลุ่มที่มีอาการกำเริบบ่อยประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 55.1 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบบ่อยประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 34.8 กลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงนามีอาชีพเกษตรกร รายละเอียดยังข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 เฉลี่ยรายเดือนที่วัดจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศตลอดระยะของงานวิจัย พบว่าปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 เฉลี่ยรายเดือนของปี 2562 เดือนพฤศจิกายนและธันวาคมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ปี 2563 มีค่าเกินมาตรฐานเดือนมกราคมถึงเมษายน ปี 2564 มีค่าเกินมาตรฐานเดือนมกราคมถึงมีนาคม ส่วนในปี 2565 ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงกันยายนค่าฝุ่นละอองเฉลี่ยรายเดือนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย

ลักษณะ	โรคปอดอุดกั้นที่มีอาการกำเริบ (n = 421)		โรคปอดอุดกั้นที่ไม่มีอาการกำเริบ (n = 488)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$=73.6, SD=8.9)				
< 60 ปี	29	6.9	36	7.4
61-70 ปี	131	31.1	178	36.5
71-80 ปี	170	40.4	172	35.2
81-90 ปี	91	21.6	102	20.9
เพศ				
ชาย	274	65.1	310	63.5
หญิง	147	34.9	178	36.5
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	91	21.6	125	25.6
ประถมศึกษา	288	68.4	320	65.6
มัธยมศึกษา	38	9	40	8.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1	3	0.6
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	189	44.9	318	65.2
เคยสูบ	232	55.1	170	34.8
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	265	63	333	68.2
เกษตรกร	117	27.8	119	24.4
รับจ้าง	22	5.2	21	4.3
ข้าราชการ	17	4	15	3.1

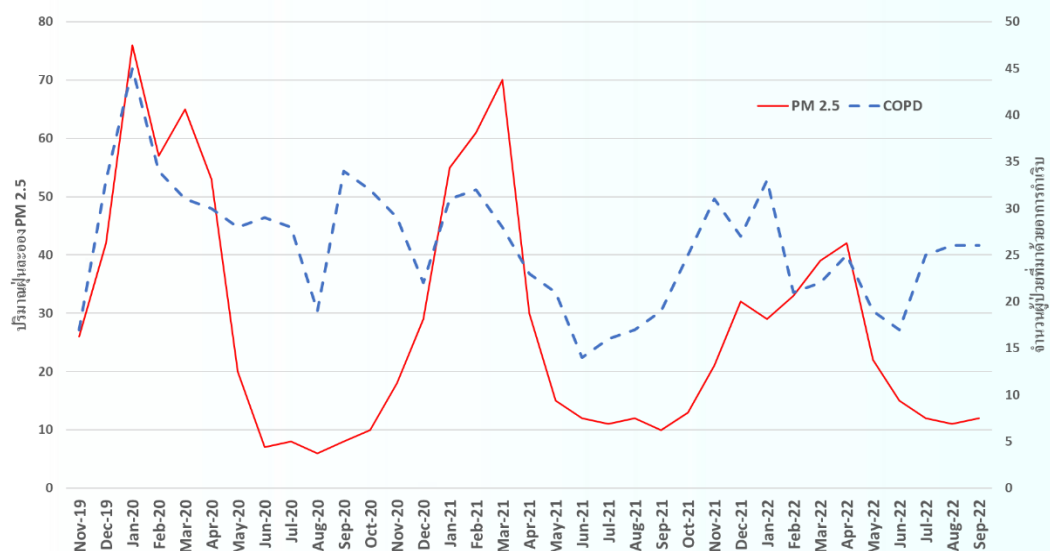


ตารางที่ 2 ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 เฉลี่ยรายเดือนตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2565

เดือน	ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)			
	ค่าเฉลี่ยรายเดือน	ค่าเฉลี่ยรายเดือน	ค่าเฉลี่ยรายเดือน	ค่าเฉลี่ยรายเดือน
	ปี 2562 ($\mu\text{g} / \text{m}^3$)	ปี 2563 ($\mu\text{g} / \text{m}^3$)	ปี 2564 ($\mu\text{g} / \text{m}^3$)	ปี 2565 ($\mu\text{g} / \text{m}^3$)
มกราคม	-	76*	55*	29
กุมภาพันธ์	-	57*	61*	33
มีนาคม	-	65*	70*	39
เมษายน	-	53*	30	42
พฤษภาคม	-	20	15	22
มิถุนายน	-	7	12	14
กรกฎาคม	-	8	11	12
สิงหาคม	-	6	12	11
กันยายน	-	8	10	12
ตุลาคม	-	10	13	-
พฤศจิกายน	26	18	21	-
ธันวาคม	42	29	32	-

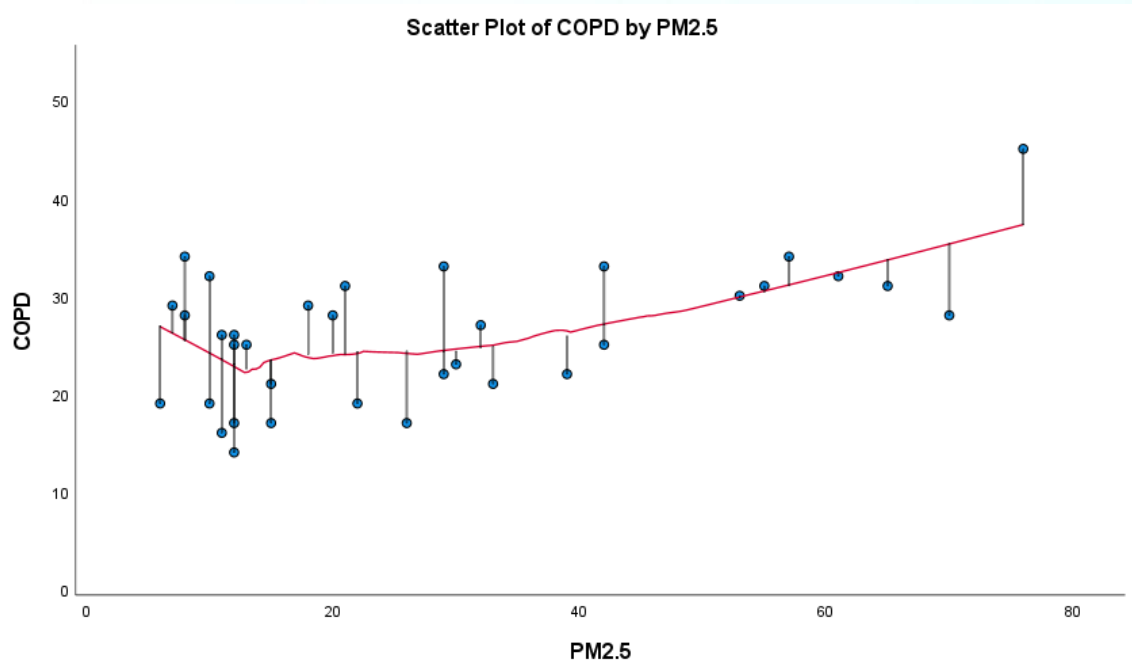
* ค่าเกินมาตรฐาน (มากกว่า $50 \mu\text{g} / \text{m}^3$)

ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฝุ่นละออง PM 2.5 รายเดือนกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเกะคา ช่วง 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 30 กันยายน 2565 ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิเส้นแสดงค่าฝุ่นละออง PM2.5 กับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์พบว่าปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.536$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างปริมาณฝุ่น PM 2.5 กับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดโรคโดยให้ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 เป็นตัวแปรต้น พบว่าปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 มากกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เพิ่มอาการกำเริบขึ้น 1.6 เท่า ($\text{OR}=1.64$, 95% CI 1.26-2.14, $p\text{-value} < 0.001$) ทดสอบ Homogeneity ของ Odds ratio ในแต่ละปีได้ค่า Chi-squared=0.18, $p\text{-value}=0.914$ แสดงว่าค่า Odds ratio ในแต่ละปีไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดในตารางที่ 3 แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางส่วนมีประวัติการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบ เมื่อทดสอบ Homogeneity ของ Odds ratio ทั้งกลุ่มที่มีประวัติการสูบบุหรี่และกลุ่มไม่มีประวัติการสูบบุหรี่พบว่า Chi-square=14.56 และ $p\text{-value} < 0.001$ แสดงว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าประวัติการสูบบุหรี่เป็นตัวแปรกวน เมื่อกำจัดตัวแปรกวนออกจะได้ว่าปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 มากกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เพิ่มความเสี่ยงของอาการกำเริบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.5 เท่า (adjusted $\text{OR}=1.47$, 95% CI 1.12-1.94, $p\text{-value}=0.006$) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 กับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ช่วงเวลา	ปริมาณ ฝุ่นละออง PM 2.5	จำนวนผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง (คน)		Odds ratio (95% CI) p-value
		มีอาการ กำเริบ	ไม่มีอาการ กำเริบ	
พฤศจิกายน 2562 ถึง กันยายน 2563	PM 2.5 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	96	65	1.75 (1.12-2.74)
	PM 2.5 $\leq$ 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	70	83	p-value = .014
ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564	PM 2.5 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	68	80	1.52 (0.96-2.43)
	PM 2.5 $\leq$ 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	53	95	p-value = .077
ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565	PM 2.5 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	76	73	1.65 (1.04-2.62)
	PM 2.5 $\leq$ 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	58	92	p-value = .032
ผลรวม		909		1.64 (1.26-2.14) p-value < .001

Test of Homogeneity of Odds ratio, Chi-square = .18, p-value = .914

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 และประวัติการสูบบุหรี่กับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประวัติการสูบบุหรี่	ปริมาณ ฝุ่นละออง PM 2.5	จำนวนผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง (คน)		Odds ratio (95% CI) p-value
		มีอาการ กำเริบ	ไม่มีอาการ กำเริบ	
ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่	PM 2.5 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	82	89	2.48 (1.69-3.64)
	PM 2.5 $\leq$ 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	91	245	p-value < .001
มีประวัติการสูบบุหรี่	PM 2.5 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	131	88	0.84 (0.56-1.26)
	PM 2.5 $\leq$ 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	117	66	p-value = .398
ผลรวม		909		1.47 (1.12-1.94) p-value = .006

Test of Homogeneity of Odds ratio, Chi-square = 14.56, p-value < .001

โดยที่ในการศึกษานี้ประวัติการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงของอาการกำเริบ 2.3 เท่า (OR=2.30, 95% CI 1.76-3.00, p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงประวัติการสูบบุหรี่ที่มีผลกับการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (คน)		Odds ratio (95% CI) p-value
	มีอาการกำเริบ	ไม่มีอาการกำเริบ	
ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่	189	318	
มีประวัติการสูบบุหรี่	232	170	
รวม	909		2.30 (1.76-3.00)

p-value < .001

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 กับจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบแบบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกาะคา โดยพบว่าปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์แปรผันตรงกับจำนวนผู้ป่วยที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (J44.1, J44.8, J44.9; $r=0.536$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในแง่ปัจจัยเสี่ยงพบว่าค่าฝุ่นละออง PM 2.5 ที่เกินมาตรฐาน (มากกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) เพิ่มอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.5 เท่า (adjusted OR=1.47, 95% CI 1.12-1.94, $p\text{-value}=0.006$) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าฝุ่น PM 2.5 ที่เพิ่มมากขึ้นในส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบและมาโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Pothirat, Tosukhowong, Chaiwong, Liwsrisakun, & Inchai, 2016) การศึกษานี้ยังพบว่าประวัติการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบที่ 2.3 เท่า (OR=2.30, 95% CI 1.76-3.00, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนี้เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าบุหรี่เป็นทั้งสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นอาการต่างๆ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นการเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรให้คำแนะนำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย เพื่อลดอัตราการป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ และประวัติการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบแบบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นเมื่อถึงฤดูหมอกควันในช่วงเดือนธันวาคมถึงมีนาคมของทุกปี การให้ความรู้เรื่องดูแลตัวเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ การสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนทราบ การเตรียมเวชภัณฑ์ต่างๆ เพื่อที่เราจะสามารถรับมือกับสถานการณ์และพร้อมให้การรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางส่วนหลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาลแม้จะมีอาการ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดติดเชื้อ ทอนซิลอักเสบ ไชนิสอักเสบ ภาวะปอดรั่ว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมารักษาจะได้รับการวินิจฉัยเป็นรหัสโรคอื่นตามภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถนำไปสร้างความตระหนักรู้ในระดับชุมชน และคืนข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการเฝ้าระวังการเกิดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์

ของปริมาณของฝุ่นละอองขนาดเล็กกับกลุ่มโรคทางเดินหายใจ เป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ เตรียมเวชภัณฑ์ และสร้างนโยบายด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดเกี่ยวกับปัญหาฝุ่นละออง PM 2.5 ที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น จัดทำห้องปลอดฝุ่น (Clean Room) ภายในสถานพยาบาลหรือที่พักอาศัยของผู้ป่วย, การแจกจ่ายหน้ากาก N95 แก่ผู้ป่วยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล, การรณรงค์หลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงหมอกควัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเช่นเก็บข้อมูลเป็น 5 ปีหรือ 10 ปี อาจนำไปสู่ผลการวิจัยอีกรูปแบบหนึ่ง ควรเก็บข้อมูลค่าดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) มาใช้ในการวิเคราะห์ด้วย ทั้งนี้สภาพอากาศบางปัจจัยก็มีผลต่อปริมาณฝุ่นละออง เช่น ทิศทางกระแสลม ปริมาณความชื้นในอากาศ อุณหภูมิ ดังนั้นจึงควรนำปัจจัยเหล่านี้มาพิจารณาร่วมด้วยสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Pollution Control Department. (2020). Report on the situation and management of air and noise pollution in Thailand. Ministry of Natural Resources and Environment, 35-42. (in Thai)
- Alias, M., Hamzah, Z., & Kenn, L. S. (2007). PM10 and Total Suspended Particulates (TSP) Measurements in various power stations. *The Malaysian Journal of Analytical Sciences*, 11(1), 255–261.
- Pochanart, P. (2012). Air Pollution and Long-range Transport in Asia: East Asia. *NIDA Journal of Environmental Management*, 8(1), 57–77.
- Hamra et al. (2014). Outdoor particulate matter exposure and lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect*, 122(1), 906–911.
- Thailand Environment Institute. (2019). The Project on Driving Directions of National Reform on Public Access to Information on Environment and Public Health. King Prajadhipok's Institute, 123-125. (in Thai)
- Holmes, N.S., & Morawska, L. (2006). A review of dispersion modelling and its application to the dispersion of particles: An overview of different dispersion models available. *Atmospheric Environment*, 40(1), 5902–5928.
- Amnauylawjarun, T., Kreusuwun, J., Towta, S., & Siri Wittayakorn, K. (2010). Dispersion of Particulate Matter (PM10) from forest fires in Chiang Mai, Thailand. *Chiang Mai Journal of Science*, 37(1), 39-47. (in Thai)
- Wiriya, W., Prapamontol, T., & Chantara, S. (2012). PM10-bound polycyclic aromatic hydrocarbons in Chiang Mai Thailand: Seasonal variations, source identification, health risk assessment and their relationship to air-mass movement. *Atmospheric Research*, 124(1), 109–122.
- Mario Cárdena Arranz., & Ana Almaraz Gómez. (2014). Health impact assessment of air pollution In Valladolid, Spain. *British Medical Journal*, <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/10/e005999.full.pdf>

- Janssen, N.A., Ameling, C., & Casseeab, F.R. (2013). Short-term effects of PM_{2.5}, PM₁₀ and PM_{2.5-10} on daily mortality in the Netherlands. *Science of The Total Environment*, 463(1), 20-26.
- Linda Mueller-Anneling., Ed Avol., John Peters., & Peter Thorne. (2004). Ambient Endotoxin Concentrations in PM₁₀ from Southern California. *Environmental Health Perspectives*, 112(5), 583-588.
- Cao et al. (2014). Assessment of microbial communities in PM₁ and PM₁₀ of Urumqi during winter. *Environmental Pollution*, 214(1), 202-210.
- Byeong-Jae Lee., Bumseok Kim., & Kyuhong Lee. (2014). Air Pollution Exposure and Cardiovascular Disease. *Toxicological Research*, 30(3), 71-75.
- Franchini, M., & Mannucci, P.M. (2009). Particulate air pollution and cardiovascular risk: short-term and long-term effects. *Hemostasis*, 35(2), 665-670.
- Pothirat, C., Chaiwong, W., Liwsrisakun, C., & Bumroongkit, C. (2019). Influence of Particulate Matter during Seasonal Smog on Quality of Life and Lung Function in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 106-121.
- Environment and Pollution Control Office 2. (2022). Report on smoke and forest fire situation. Ministry of Natural Resources and Environment, 16-18. (in Thai)
- Pothirat, C., Tosukhowong, A., Chaiwong, W., Liwsrisakun, C., & Inchai, J. (2016). Effects of seasonal smog on asthma and COPD exacerbations requiring emergency visits in Chiang Mai Thailand. *Asian Pac J Allergy Immunol*, 34(4), 284-289.

Learning in Clinical Simulations of Nursing Student during the Covid-19 Pandemic

Chutrudee Parayat^{1*}, Arpakorn Prewnim^{*}
Jeaujan Charoenbhakdi^{*}, Kanokwan Chaisitisagoun^{*}

(Received: January 13, 2023, Revised: February 2, 2023, Accepted: Revised: July 28, 2023)

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate and compare the level of satisfaction and self-confidence among nursing students who engaged in clinical simulations with those who trained in a hospital setting during the Covid-19. Ninety-eight third-year nursing students participated in this study, comprising of 61 hospital-based students and 37 clinical simulation students. Research instruments utilized were 1) the lesson plans for clinical simulation and hospital-based of a four-week period, 2) satisfaction and self-confidence questionnaires for nursing students with reliability coefficients between 0.86 and 0.90. The data collection spanned from February to April 2021. Descriptive statistical tests and independent t-tests were employed for data analysis.

The results indicated that there was no statistically significant difference in the average scores of nursing students' satisfaction and self-confidence between the clinical simulation and hospital-based learning environment ($t = -.483$, $Sig = .630$, $t = -.733$, $Sig = .466$). In analyzing the average satisfaction scores of nursing students, it was discovered that the mean scores from hospital-based experiences were not statistically different from those obtained from clinical simulation ($M = 3.64$, $SD = 1.004$, $M = 3.60$, $SD = .999$). When considering the average self-confidence scores of nursing students, they found that the mean scores of Hospital-based were non-significantly higher than Clinical Simulation ($M = 3.66$, $SD = .928$, $M = 3.61$, $SD = .925$). The employment of clinical simulation has proven to be a highly effective teaching method in enhancing the satisfaction and self-assurance of nursing students during the ongoing Covid-19 pandemic..

Keywords: Satisfaction; Self-confidence; Nursing students; Clinical Simulation; Hospital-based.

*Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

¹Corresponding author: Chutrudee@gmail.com Tel: 086-3792708

การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล
ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ฉัตรฤดี ภาระญาติ^{1*}, อาภากร เปี้ยวนิม^{*}
เจือจันทร์ เจริญภักดี^{*}, กนกวรรณ ชัยสิทธิ์สงวน^{*}

(วันรับบทความ : 13 มกราคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 2 กุมภาพันธ์ 2566, วันตอบรับบทความ: 28 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองระหว่างการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงกับการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรเลือกแบบเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 ทั้งสิ้น 98 คน เป็นกลุ่มฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงจำนวน 61 คนโดยฝึกตามปกติ ช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก จำนวน 37 คนโดยฝึกในช่วงการระบาดหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลาการฝึก 4 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการสอนภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 สำหรับภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงและแผนการสอนภาคปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก 2) แบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.90 ตามลำดับเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้ทั้ง 2 รูปแบบอยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกัน ($t = -.483$, $Sig = .630$) โดยรูปแบบการฝึกแบบสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้นอกจากสถานการณ์จำลองทางคลินิก ($M = 3.64$, $SD = 1.00$ และ $M = 3.60$, $SD = .99$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้ทั้ง 2 รูปแบบอยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกัน ($t = -.733$, $Sig = .466$) โดยรูปแบบการฝึกแบบสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้นอกจากสถานการณ์จำลองทางคลินิก ($M = 3.66$, $SD = .92$ และ $M = 3.61$, $SD = .92$)

ข้อเสนอแนะ: การเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองทางคลินิกเป็นกลยุทธ์การสอนรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลได้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ; ความมั่นใจ; นักศึกษาพยาบาล; สถานการณ์จำลองทางคลินิก; การปฏิบัติในหอผู้ป่วย

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹Corresponding author: Chutrudee@gmail.com โทร: 086-3792708

บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรีจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยยึดตาม มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษากระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พศ. 2565 (Higher Education Qualifications Standards, 2022) ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้คือผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้เรียนผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จาก การศึกษา ฝึกอบรม หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติ หรือการเรียนรู้จริง ในที่ทำงานระหว่างการศึกษา โดยสถาบันอุดมศึกษาต้องบริหารจัดการหลักสูตรและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษา โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษาทุกระดับต้องมีย่าน้อยสี่ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ 3) ด้านจริยธรรม และ 4) ด้านลักษณะบุคคล

ผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาในด้านความรู้และด้านทักษะ สามารถประเมินได้จากการจัดการเรียนการสอน รายวิชาต่างๆเช่นรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้นักศึกษานำ ความรู้จากภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งทักษะด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพนั้นมุ่งพัฒนาให้ ผู้เรียนมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้สามารถให้การ พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ โดยนักศึกษาจะต้องฝึกทักษะการประเมินสภาพผู้รับบริการ การซักประวัติ การตรวจ ร่างกายและการแปลผลทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษซึ่งการประเมินทักษะดังกล่าวอาจารย์พยาบาล สามารถประเมินได้จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาขณะปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย(practices) การประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน (post conference) และการสอบหลังการฝึกปฏิบัติงาน(post test) โดย การประเมินผลส่วนใหญ่เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้ เป็นไปตามที่หลักสูตรกำหนดและสอดคล้องกับความต้องการของสังคม (Musikthong et al., 2017)

การจัดการเรียนการสอนในยุคที่มีการแพร่ระบาดของอย่างหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019นั้น ในช่วง ปี2562-2564 สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากเป็นแหล่งของการแพร่ระบาดของเชื้อ จากการมี ผู้คนจำนวนมากได้แก่นักศึกษา ผู้ปกครอง อาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่และบุคลากรของมหาวิทยาลัย ผู้จำหน่าย อาหาร ผู้จำหน่ายอุปกรณ์การเรียนการสอนต่างๆ ทำให้สถานศึกษาต้องดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรฐานของ กระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดโดยการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพื่อป้องกันการระบาด จากคนสู่คนซึ่งมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่งผลกระทบต่อระบบการเรียนการสอนเป็นอย่างมาก แต่ก็ต้อง ดำเนินการเพื่อให้สามารถจัดการเรียนการสอนต่อไปอย่างต่อเนื่องภายใต้วิกฤตโรคระบาด (Thonghattha, 2021)

การเว้นระยะห่างทางสังคมสามารถจัดการการเรียนการสอนในช่วงวิกฤตได้ โดยการสอนผ่านระบบ ออนไลน์ ทำให้การจัดการเรียนการสอนเปลี่ยนไปอาจารย์ผู้สอนออนไลน์ต่างต้องใช้ศักยภาพและเทคโนโลยีต่างๆ มากขึ้นเช่นการสอนผ่าน Zoom, LINE ,Google Classroom, Google Meet ฯลฯ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเรียน การสอนของแต่ละวิชาโดยควรคำนึงถึงความสะดวกของผู้เรียนเป็นหลัก (Jamjang et al., 2017) ในการจัดการเรียน การสอนออนไลน์ไม่สามารถใช้ได้สำหรับทุกรายวิชาแม้จะมีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนเข้าชั้นเรียนทั้งผู้เรียนและ ผู้สอนก็ตาม สำหรับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความ ยากลำบากมากขึ้น เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงกับผู้ป่วยทั้งที่ป่วย ด้วยโรคอื่นๆและและผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงสถานการณ์ที่เกิดการระบาดอย่างหนักใน หลายพื้นที่ของประเทศทำให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้น เมื่อนักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรจึงเป็นการยากที่จะ ได้รับประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติกับผู้ป่วยเพราะต้องรักษาระยะห่างทางสังคม(social distancing) สำหรับ วิชาชีพการพยาบาลยังไม่สามารถปฏิบัติการจำลองได้อย่างสมบูรณ์แบบแม้จะมีหุ่นจำลองเสมือนจริงรูปแบบต่างๆ

มากมายก็ตามแต่ก็ไม่เหมือนปฏิบัติกับมนุษย์จริง พยาบาลจำเป็นต้องพบผู้ป่วยจริงเพื่อศึกษาอาการและอาการแสดงจึงจะสามารถซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jamjang, et al., 2017)

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของพยาบาลภายใต้สถานการณ์วิกฤตทำได้หลายประการอาทิการเลื่อนระยะเวลาฝึกปฏิบัติออกไปจนกว่าโรคระบาดจะสงบหรือบรรเทาลง การนำภาคทฤษฎีมาสอนออนไลน์ล่วงหน้า เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อแผนการเรียนการสอนที่ได้วางไว้อย่างเป็นลำดับขั้นตอนกล่าวคือรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานจะเป็นรายวิชาแรกๆที่ต้องเรียนแล้วจึงตามด้วยรายวิชาอื่นๆเช่น การพยาบาลเด็ก การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลจิตเวชและการพยาบาลชุมชน นักศึกษาควรเรียนรู้ทฤษฎีพื้นฐาน ก่อนเรียนภาคปฏิบัติ ทั้งนี้หากไม่ได้ทำตามแผนที่ได้วางไว้จะส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและสมรรถนะทางวิชาชีพ ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถสำเร็จการศึกษาได้อย่างมั่นใจและผู้ใช้บริการมีความปลอดภัย การเลื่อนกำหนดเวลาการฝึกออกไปจนกว่าโรคระบาดจะสงบทำให้การผลิตพยาบาลเข้าสู่โรงพยาบาลหรือสถานประกอบการช้ากว่ากำหนด ทำให้ต้องเลื่อนการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพส่งผลให้การได้รับค่าตอบแทนวิชาชีพล่าช้าไปซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลิตพยาบาลทั้งระบบ (Chaleoykitti et al., 2020)

คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นปัญหาด้านการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่สามารถทำการสอนบนหอผู้ป่วยได้เหมือนเดิมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้จัดหอผู้ป่วยจำลองทางคลินิกที่มีสถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้ทางการแพทย์เหมือนโรงพยาบาลและใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงทั้งตัวหรือบางส่วน (clinical simulator or part-task trainer) ผู้ป่วยมาตรฐาน (standard patient) และการสอนแบบจำลองสถานการณ์ด้วยคอมพิวเตอร์(computer-based simulation) มาเป็นสื่อในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองทางคลินิกเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกหัดการให้การพยาบาลผู้ป่วยจนชำนาญและเกิดความปลอดภัยแก่ตนเองและผู้ป่วย ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก หมายถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียนโดยใช้เหตุการณ์ที่สร้างขึ้นเสมือนจริงประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญได้แก่การออกแบบสถานการณ์และขั้นตอนการเรียนการสอนซึ่งประกอบด้วย 1) ขั้นนำคือการปฐมนิเทศและชี้แจงรายละเอียดและให้คำแนะนำแก่นักศึกษา(orientation) 2) ขั้นดำเนินการ ตามเหตุการณ์ที่กำหนด (scenario) 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) โดยใช้กรอบแนวคิดของโคลบ (Kolb, 2006) ที่พบว่าการสรุปผลการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก เป็นช่วงเวลาที่ยุ่เรียนและผู้สอนร่วมกันสะท้อนคิดที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้นๆและอะไรที่ได้เรียนรู้และอะไรที่ควรจะทำต่อไปในอนาคต ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในช่วงดังกล่าวเพราะผู้เรียนได้มีโอกาสได้พัฒนาทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจทางคลินิกผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ผลลัพธ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก ตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะการปฏิบัติ(skill performance) ความพึงพอใจ(satisfaction) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) (Jeffries, 2016)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจ(satisfaction)และความมั่นใจในตนเองนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริงตามปกติกับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกในสถานการณ์จำลองทางคลินิกในช่วงการระบาดของหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2564) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในภาวะวิกฤต



วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1
2. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก กับการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1

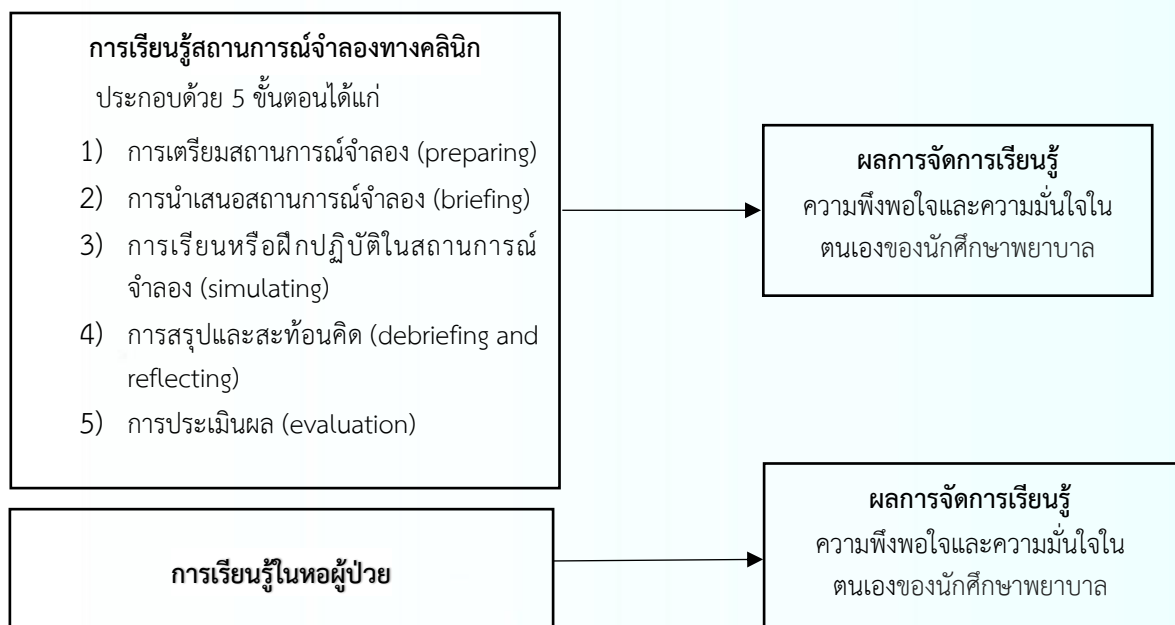
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 อยู่ในระดับมาก
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระหว่างการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก และการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ไม่แตกต่างกัน

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก กับการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษาใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกกับการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 98 คน โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด จำนวน 98 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ทั้งเพศหญิงและชาย ไม่จำกัดอายุและเกรดเฉลี่ย 2) ขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัย จำนวน 61 คน และอีกกลุ่มหนึ่งฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ที่ห้องปฏิบัติการคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 37 คน เนื่องจากนักศึกษากลุ่มนี้อยู่ในช่วงที่มีการระบาดของหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ระหว่างปี 2563 - 2564) ทำให้โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกไม่อนุญาตให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ส่วนเกณฑ์คัดออก(exclusion criteria) คือนักศึกษาที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างที่ปฏิบัติงานทั้งในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัยและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ที่ห้องปฏิบัติการคณะพยาบาลศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1.1 สถานการณ์จำลองทางคลินิก(scenario) เป็นเหตุการณ์จำลองเสมือนจริงเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มได้แบ่งสถานการณ์จำลองทางคลินิก เป็น 4 แผนกเช่นเดียวกับโรงพยาบาลคือ 1) อายุรกรรม 2) ศัลยกรรม 3) นรีเวชและ 4) โสตศอนาสิก(ENT) โดยการออกแบบสถานการณ์จำลองตามกรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง The Nursing Education Simulation Framework ของ Daley, K., & Campbell, S. H. (2018) โดยกำหนดเรื่องและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในแต่ละแผนกที่เหมือนกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล แหล่งฝึกได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ โรคไตตึงอักเสบ โรคกระเพาะและปากมดลูก โรคจิตสับสน ทวารหนัก และโรคไทรอยด์ โดยในสถานการณ์ของแต่ละโรคประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะแรกเพื่อการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการและอาการแสดง 2) ระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อการตัดสินใจในการทำหัตถการและการช่วยเหลือและ 3) ระยะที่มีอาการรุนแรงเพื่อการรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

1.2 ผู้ป่วยมาตรฐาน (standard patient) โดยแต่ละแผนกจะมีผู้ป่วยมาตรฐานที่เป็นอาสาสมัครจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่นๆที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการจัดเตรียมในการโต้ตอบเรื่องการซักประวัติและการตรวจร่างกาย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการผ่าตัด และอื่นๆรวมทั้งการแสดงสีหน้าท่าทางและอาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นๆ (subjective and objective data)

1.3 หุ่นมนุษย์เสมือนจริงทั้งตัวและบางส่วน(clinical simulator and part-task trainer) สำหรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถจำลองเหตุการณ์ได้เช่นเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ การตรวจทางทวารหนักในผู้ป่วยที่มีริดสีดวงทวารหนัก การคลำและฟังเสียงที่ต่อมไทรอยด์ การฟังเสียงหัวใจและปอด เสียงหายใจ การตรวจทางช่องคลอดในผู้ป่วยมะเร็งมดลูกและปากมดลูก เป็นต้น โดยใช้หุ่นทางการแพทย์ในการตรวจร่างกายตามระบบ

1.4 หอผู้ป่วยจำลอง(clinical simulation ward) จำแนกตามแผนกต่างๆเช่นหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยหูตา จมูก หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นต้น พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์พยาบาล โดยได้จัดเตรียม chart ผู้ป่วย Nursing Kardex ผลการตรวจร่างกาย x-rays, ultrasound ,EKG, Ct scan และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆที่จำเป็นโดยรวบรวมไว้ในcomputer-based simulation รวมทั้งคำสั่งการรักษาของ

แพทย์ ตามโรคที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละแผนก มีเคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการรับส่งเวร ห้องเตรียมยาากินยาฉีด ห้องเตรียมสารน้ำและของเหลวอื่นๆได้แก่เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด ห้องทำหัตถการต่างๆ เคาน์เตอร์ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้นเพื่อรับส่งผู้ป่วยไปและกลับจากผ่าตัด เป็นต้น

1.5 แผนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรายวิชารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ที่ใช้ในการเรียนการสอนปกติในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.6 แผนการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก (simulation-based learning) รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ที่เตรียมขึ้นเพื่อใช้ในการเรียนการสอนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การเตรียมสถานการณ์จำลอง (preparing) เริ่มจากการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ที่สอดคล้องกับรายวิชาของความต้องการของหลักสูตร จากนั้นสร้างสถานการณ์ผู้ป่วย (scenario) สถานการณ์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอดีต ประวัติครอบครัว การดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2) การนำเสนอสถานการณ์จำลอง (briefing) เนื่องจากสถานการณ์จำลองส่วนใหญ่ จะมีความซับซ้อนพอสมควรไปถึงระดับมาก การนำเสนอสถานการณ์ บทบาท และกติกา จำเป็นต้องมีการเตรียมการอย่างดี ควรนำเสนออย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ไม่สับสน และควรจัดข้อมูลทุกอย่างไว้ให้พร้อม ควรเริ่มด้วยการบอกเหตุผลและวัตถุประสงค์กว้างๆ แก่ผู้เรียนว่า การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองครั้งนี้จะให้อะไรและเหตุผลในการเรียนรู้ ต่อไปจึงค่อยให้ภาพรวมของสถานการณ์จำลองทั้งหมด แล้วจึงให้รายละเอียดที่จำเป็น เช่น กติกาและบทบาท เมื่อทุกคนเข้าใจพอสมควรแล้ว จึงให้เข้าเรียนหรือฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เตรียมไว้ 3) การเรียนหรือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (simulating) ในขณะที่ผู้เรียนกำลังเรียนหรือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองนั้น ผู้สอนควรติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตพฤติกรรมกรเรียนหรือฝึกปฏิบัติของผู้เรียนและจดบันทึกข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนเรียนรู้ของผู้เรียน ให้คำปรึกษาตามความจำเป็น รวมทั้งแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น 4) การสรุปและสะท้อนคิด (debriefing and reflecting) เพื่อประเมินวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ผู้สอนตั้งไว้ โดยเป็นไปในทางเสริมแรงทางบวก ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกที่ดีและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น และให้ผู้เรียนสะท้อนการปฏิบัติและประเมินตนเอง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องที่ได้จากการเรียนหรือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง 5) การประเมินผล (Evaluation) ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ โดยเลือกใช้แบบการประเมินที่เหมาะสม เช่น check list, rubric scoring หรือ rating scales เป็นต้น (Chubkhuntod, P., et al., 2020, Jefferies, P. R. 2012).

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ รูปแบบการสอน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจ ในการเรียนรู้ (Student Satisfaction and Self-Confidence ของ National League for Nursing ที่พัฒนา ขึ้นโดยเจฟฟรีย์ (Jeffries, & Rizzolo, 2006) ฉบับภาษาไทยที่ สมจิตต์ สินธุชัยและคณะ ปี2560 (Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin, 2017) ได้พัฒนาไว้ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยใช้แบบสอบถามทั้งในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย โดยนักศึกษาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองใช้คะแนนเฉลี่ยของบุญใจ ศรีสถิตนรากร (Srisatitnarakul, B. 2010). ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด, 3.50-4.99 หมายถึงระดับมาก, 2.50-3.49 หมายถึงระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึงระดับน้อย, และ1.00-1.49 หมายถึงระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่แผนการสอนในสถานการณ์จำลอง ที่ผ่านการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความสอดคล้องครบถ้วนตามวัตถุประสงค์รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 พบว่ามีการวัดและประเมินผลในประเด็นที่ไม่มีเนื้อหาในแผนการสอนได้แก่หลักปราศจากเชื้อ (sterile technic) ส่วนวัตถุประสงค์การสอนถ้ามีมากกว่า 4 ข้อในหนึ่ง period ควรแยกเป็นอีกหัวข้อต่างหากเพื่อให้สามารถสอนได้ตามเวลาที่กำหนด

สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจ ในการเรียนรู้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ไม่ได้เข้าร่วมในการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเอง และโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86, 0.90, และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยได้รับการอนุญาต ให้เก็บข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ ตามตารางการขึ้นฝึกปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัยที่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลาก่อนฝึกปฏิบัติ 4 สัปดาห์จำนวน 61 คน และกลุ่มที่ไม่สามารถขึ้นตามตารางการขึ้นฝึกปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัยที่กำหนดไว้เนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงจัดให้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ ระยะเวลาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ 4 สัปดาห์ จำนวน 37 คน โดยทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรกหลังจากสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติโดยใช้ช่วงเวลาของการประเมินผลรายวิชา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 98 ชุด และเป็นแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ทุกฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนาโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก และสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ของมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่หนังสืออนุมัติ 36/2563 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยความเสี่ยงและวิธีการจัดการแก้ไข การเก็บความลับของข้อมูลการ นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย การมีสิทธิในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือยุติ การเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบและขอคำยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัย (consent form) เพื่อให้ลงนามในการเข้าร่วมวิจัยอย่างเต็มที่ ทั้งนี้ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ผลการวิจัย

1. ผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามรูปแบบการสอนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (n=98)

		เพศ				รวม	
		ชาย		หญิง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
รูปแบบการสอน	สถานการณ์จำลองทางคลินิก	2	22.22	35	39.32	37	37.76
	สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย	7	77.78	54	60.68	61	62.24
	รวม	9	100.00	89	100.00	98	100.00

จากตารางที่1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการสอนแบบสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย จำนวน 61 คน (ร้อยละ 62.24) และมีจำนวน 37 คน (ร้อยละ 37.76) ที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบสถานการณ์จำลองทางคลินิก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้และความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้ ของรูปแบบการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=98)

รายการประเมิน	สถานการณ์จำลองทางคลินิก (n=37)			สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=61)		
	Mean	SD	ความพึงพอใจ	Mean	SD	ความพึงพอใจ
ความพึงพอใจในการเรียนรู้	3.60	.999	มาก	3.64	1.004	มาก
1. วิธีการสอนที่ใช้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพ	3.61	1.052	มาก	3.66	1.063	มาก
2. สถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยทำให้ข้าพเจ้าได้เรียนรู้จากอุปกรณ์และกิจกรรมที่หลากหลาย ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในวิชาอายุรกรรม และ ศัลยกรรม	3.74	1.029	มาก	3.80	1.014	มาก
3. ข้าพเจ้าสนุกกับวิธีการสอนของอาจารย์ด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย	3.49	1.133	มาก	3.49	1.120	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้และความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้ ของรูปแบบการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=98) (ต่อ)

รายการประเมิน	สถานการณ์จำลองทางคลินิก (n=37)			สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=61)		
	Mean	SD	ความพึงพอใจ	Mean	SD	ความพึงพอใจ
4. อุปกรณ์การสอนที่ใช้ใน สถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือ สถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยได้ กระตุ้นและช่วยในการเรียนรู้ของ ข้าพเจ้า	3.58	1.148	มาก	3.64	1.184	มาก
5. วิธีการสอนของอาจารย์ใน สถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือ สถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย เหมาะสมกับวิธีการเรียนรู้ของ ข้าพเจ้า	3.56	1.094	มาก	3.59	1.086	มาก
ความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้	3.61	.925	มาก	3.66	.928	มาก
6. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าข้าพเจ้ามีความ เข้าใจองค์แท้นเนื้อหาที่อาจารย์สอน ในระหว่างการเรียนสถานการณ์ จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์ จริงในหอผู้ป่วย	3.43	.942	มาก	3.44	.958	ปานกลาง
7. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าการเรียนรู้ด้วย สถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือ สถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญที่สามารถ นำไปใช้ได้ในวิชาอายุรกรรมและ ศัลยกรรม	3.41	1.111	มาก	3.51	1.135	ปานกลาง
8. ข้าพเจ้ามั่นใจว่าข้าพเจ้าได้พัฒนา ทักษะและได้รับความรู้จากการเรียน ด้วยสถานการณ์จำลองในคลินิกหรือ สถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเพื่อ นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ จำเป็นในหอผู้ป่วย	3.52	1.067	มาก	3.56	1.057	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้และความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้ ของรูปแบบการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=98) (ต่อ)

รายการประเมิน	สถานการณ์จำลองทางคลินิก (n=37)			สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (n=61)		
	Mean	S.D.	ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ความพึงพอใจ
9. อาจารย์ของข้าพเจ้าได้ใช้แหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ในการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย	3.73	.978	มาก	3.79	1.051	มาก
10. ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็นนักศึกษา ข้าพเจ้ามีความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการจากการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมสถานการณ์จำลองในคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย	3.68	1.021	มาก	3.72	1.019	มาก
11. ข้าพเจ้ารู้ว่าจะขอความช่วยเหลืออย่างไร เมื่อข้าพเจ้าไม่เข้าใจในเนื้อหาหรือหลักการของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย	3.67	1.021	มาก	3.74	1.047	มาก
12. ข้าพเจ้ารู้ว่าจะใช้กิจกรรมจากสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยอย่างไรในการเรียนรู้ถึงทักษะที่จำเป็น	3.71	.974	มาก	3.80	.963	มาก
13. อาจารย์เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบที่จะบอกข้าพเจ้าในสิ่งที่ข้าพเจ้าต้องเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาของสถานการณ์จำลองทางคลินิกหรือสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย	3.70	1.067	มาก	3.74	1.109	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้ กลุ่มสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มสถานการณ์จำลองทางคลินิก ($M = 3.64$, $SD = 1.004$ และ $M = 3.60$, $SD = .999$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้ พบว่ากลุ่มสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจมากกว่ากลุ่มสถานการณ์จำลองทางคลินิก ($M = 3.66$, $SD = .928$ และ $M = 3.61$, $SD = .925$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้จำแนกตามรูปแบบการฝึก ($n=98$)

รูปแบบการฝึก	Mean	S.D.	t	sig
สถานการณ์จำลองในคลินิก	3.53	1.00	-.483	.630
สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย	3.63	1.00		

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้จำแนกตามรูปแบบการฝึกพบว่า รูปแบบการฝึกที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน ($t = -.483$, $Sig = .630$) โดยรูปแบบการฝึกแบบสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการเรียนรู้มากกว่าการฝึกแบบสถานการณ์จำลองในคลินิก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้จำแนกตามรูปแบบการฝึก ($n=98$)

รูปแบบการฝึก	Mean	S.D.	t	sig
สถานการณ์จำลองในคลินิก	3.52	.927	-.733	.466
สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย	3.66	.927		

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้จำแนกตามรูปแบบการฝึกพบว่า รูปแบบการฝึกที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน ($t = -.733$, $Sig = .466$) โดยรูปแบบการฝึกแบบสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการเรียนรู้มากกว่าการฝึกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 คือหลังการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพาทิน (Partin JL, 2011) ที่พบว่าการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนพึงพอใจโดยผู้เรียนรู้สึกสนุกกับการเรียน และสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ ดังที่ผู้เรียนสะท้อนถึงความพึงพอใจว่าประสบการณ์ จากการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริงดังที่กล่าวว่า “พอใจมาก หุ่นสามารถทำให้เราได้เรียนรู้ถึงความผิดพลาด และจะได้จำว่าควรจะทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นเหมือนแบบอยู่ในใจ ทำให้มีประสบการณ์ในความผิดพลาดจะไม่นำไปใช้กับคนไข้ พึงพอใจกับเทคโนโลยี ให้ประโยชน์เหมือนคนจริงๆ ตื่นเต้น” ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้เรียน พึงพอใจในเรื่องการตัดสินใจที่เร็วขึ้น และการตระหนัก ในตนเองว่าจริงๆ แล้วตนเองรู้อะไรบ้าง

สำหรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2.ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองระหว่างการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิกและการเรียนรู้ในหอผู้ป่วย รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ไม่แตกต่างกันเป็นไปตามสมมติฐานจากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการฝึกที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจและความ

มั่นใจในตนเองในการเรียนรู้ในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกันแสดงว่าความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของ นักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทางคลินิก ที่พัฒนาและนำมาใช้ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจและส่งผลถึงความมั่นใจใน ตนเองได้เช่นเดียวกับการเรียนรู้ในหอผู้ป่วยจริง เพราะการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกลยุทธ์ การสอนที่มี ประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากการเรียนรู้มีผลให้ผู้เรียนมี ความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจมากขึ้น ผู้เรียนได้รับความรู้ซึ่งสามารถจดจำได้นาน สนุกกับการเรียนมี โอกาส คิดและตัดสินใจด้วยตนเองมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาลมากขึ้น (Sinthuchai, S. & Ubolwan, K. 2017) และสอดคล้องกับวารางคณา คัมสุขและ มาเรียม นิลพันธุ์ (Khumsuk, & Nillapun, 2021) ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (outcomes) ที่ได้รับจากการ จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 1) ความรู้ (knowledge) 2) ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner satisfaction) และ 3) ความ มั่นใจในตนเอง (self-confidence) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจทางคลินิกและจำเป็นสำหรับการ ปฏิบัติการพยาบาลที่มี คุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในเรื่องการคิด วิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา ระดับความมั่นใจในตนเองจะส่งผลต่อ ความสามารถในการแสดง ทักษะที่ถูกต้องของผู้เรียน กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่งเสริมการเรียนรู้ของ ผู้เรียนผ่านประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ ผู้เรียนจึงมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาในภาคทฤษฎี เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติจริงและผู้เรียนจะ ได้รับข้อมูลป้อนกลับภายหลังเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทันที จึง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) การคิดวิเคราะห์ ความพึงพอใจและ 3) ความมั่นใจในตนเอง (Sinthuchai, S. & Ubolwan, K. 2017)

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในคลินิกช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่เกิดความเสียหายต่อนักศึกษาพยาบาลและผู้ป่วย โดยสามารถลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมี ความสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่บุคลากรด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วยในช่วงที่มี การระบาดของโรคอย่างรุนแรงโดยเฉพาะการฝึกดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติหรือผู้ป่วยที่อยู่ในเหตุการณ์ บางอย่างที่ไม่ค่อยได้พบบ่อยในสภาพความเป็นจริง การใช้สถานการณ์จำลองในคลินิกทำให้ผู้สอนสามารถควบคุม สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน แม้ผู้เรียนจะกระทำผิดพลาดจนอาจเกิดอันตราย ก็ตาม ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ต้องการได้เร็วขึ้นจากการฝึกทำได้บ่อยตามที่ต้องการเป็นการเรียนรู้ ที่ไม่จำกัด

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นโดยใช้จำนวนประชากรที่เหลืออยู่ทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงทดลองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกในรายวิชาอื่นๆ เช่นการพยาบาลเด็กการพยาบาลผู้สูงอายุและการพยาบาลสาขาอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกในการจัดการเรียน การสอนในหอผู้ป่วยจริงในช่วงเวลาวิกฤตเช่นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือในสถานการณ์ที่ ไม่สามารถหาผู้ป่วยที่เป็นโรคหรืออาการที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ ร่วมกับทฤษฎีที่เรียนมาทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น อีกทั้งทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาและสามารถวางแผนให้การ



พยาบาลได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ทักษะความพึงพอใจและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆในช่วงที่ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ

2. ควรใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination : OSCE) ในรายวิชาต่างๆแม้จะไม่ได้อยู่ในสถานการณ์วิกฤตด้วยโรคระบาดต่างๆก็ตามเพื่อพัฒนาการประเมินผลการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation- Based Learning :SBL) ในรายวิชาต่างๆเพื่อพัฒนาการวินิจฉัยการพยาบาล การบริหารจัดการพยาบาล และการประเมินศักยภาพผู้เรียนหรือผู้สอน (preceptor) ทางพยาบาล เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองในคลินิกในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

เอกสารอ้างอิง

- Chaleoykitti, S., Artsanthia, J., & Daodee, S. (2020). The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 255-262. (in Thai).
- Chubkhuntod, P., Thasanoh Elter, P., N Gaewgoontol, N, & Potchana, R. (2020). Effects of Simulation Based Learning Model on Knowledge, Self-Efficacy and Abilities of Applying Nursing Process Skills during Intra-partum Care of Nursing Students. *Journal of Health Science* 29 (6). 1062-1072. (in Thai).
- Daley, K., & Campbell, S. H. (2018). Framework for Simulation Learning in Nursing Education. In S. H. Campbell & K. Daley (Eds.), *Simulation Scenarios for Nursing Educators: Making it real* (3rd ed., pp. 13-18). New York, N.Y.: Springer Publishing Company, Inc.
- Higher Education Qualifications Standards. (2022). Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (in Thai)
- Jamjang, S., et al., (2017). Effects of Using Simulation-Based Learning for Preparation of Nursing Practicum on Perceptions of Self Efficacy in Performing Nursing Care in a Hospital. *NJPH* .27(Special Edition).46-58. (in Thai).
- Jeffries, P.R., & Rizzolo, M.A. (2006). *Designing and Implementing Models for the Innovative Use of Simulation to Teach Nursing Care of Ill Adults and Children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study*. National League for Nursing and Laerdal Medical, New York.
- Jeffries PR (ed.) (2016). *The NLN Jeffries simulation theory*. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Jeffries, P.R., & Rogers, K.J. (2012). Theoretical framework for simulation design. In P.R. Jeffries (Ed.), *Simulation in nursing education from conceptualization to evaluation* (2nd ed.) (pp. 25-42). New York, NY: National League for Nursing.



- Khumsuk,W., & Nillapun,M.,(2021). Simulation-Based Learning. *Journal of Council of Community Public Health*. 3(1), 1-11. (in Thai).
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2006). Learning styles and learning spaces: A review of the multidisciplinary application of experiential learning theory in higher education. Learning styles and learning: A key to meeting the accountability demands in education (pp. 45–92). New York: Nova Science Publishers.
- Musikthong, J., Puwarawuttipanit, W., & Udomphanthurak, J., (2017). Learning Experiences from Clinical Practice in Medical Units and Perceived Self-Development of Nursing Students in a Bachelor of Nursing Program. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 27(2). 181-197. (in Thai).
- PartinJL,(2011) PayneTA,SlemmonsMF.Students’perceptions of their learning experiences using high-fidelity simulation to teach concepts relative to obstetrics.*Nurs Educ Perspect*. 32(3):186-8
- Sinthuchai, S. & Ubolwan, K. (2017). Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* .18(1). 29-38. (in Thai).
- Sinthuchai, S., Ubolwan, K. & Boonsin, S. (2017).Effects of High-Fidelity Simulation Based Learning on Knowledge, Satisfaction, and Self-Confidence among the Fourth Year Nursing Students in Comprehensive Nursing Care Practicum. *Rama Nurs J* .23(1). 113-127. (in Thai).
- Srisatitnarukul, B. (2010). Nursing Research Methodology (5th ed.). Bangkok: You and I Intermedia, Ltd. (In Thai).
- Thonghattha, M., (2021).The Situation of Online Learning Management during the COVID-19 Pandemic of Foreign Languages Department Teachers at Pakphanang School in Nakhon Si Thammarat Province.*Journal of Lawasri*.5(1), 43–51. (inThai).

The Development of the Home Isolation Nursing System for COVID-19 Patients in the ARI Clinic, outpatient Department Wang Nuea Hospital

Kanjana Jaidee^{1*}, Arkhom Meemey^{**}
Sirilak Meemey^{*}, Wanpen Tamwong^{*}

(Received: March 9, 2023, Revised: March 31, 2023, Accepted: September 3, 2023)

Abstract

This research and development aimed to examine, develop, and evaluate the effects of nursing care and management for Covid-19 patients undergoing home isolation in the acute respiratory infection clinic at the outpatient department of Wang Nuea Hospital, Lampang Province. A system development was successfully implemented utilizing the ADDIE model: situation analysis (A), design and development (DD), trial use (I), and evaluation and system improvement (E) between March and May 2022. The research instruments included the patient data recording form, the opinion form, and the home isolation form of service satisfaction for Covid-19 patients, which exhibited a Cronbach coefficient ranging from 0.8 to 0.82. The data were subjected to descriptive statistical analysis encompassing frequency, percentage, and content analysis.

The Covid-19 pandemic presented an emerging health crisis characterized to implement the home-style nursing care system for Covid-19 patients. This comprised three components: personal development, support provision, and service provision. The patients were provided with services of an exceptional caliber, with the majority receiving assistance in addressing five key issues. A significant proportion reported being highly satisfied with the quality of the services rendered. The level of service delivery was of a high quality, and there were no Covid-19 patients presented. There have been no instances of unplanned hospitalization, and the personnel have not experienced any cumulative infections. A standardized patient assessment was conducted, and measures were in place to prevent the transmission of disease to personnel, communities, and the environment.

Keywords: Home isolation nursing system for COVID-19 patients; ARI clinic

* Professional nurse, Wang Nuea Hospital, Lampang Province

** Professional nurse with special expertise, Wang Nuea Hospital, Lampang Province

¹ Corresponding author : kanjanaj06@gmail.com Tel: 0882674214



การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation ในคลินิก ARI ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

กาญจนา ใจดี^{1*}, อาคม มีเมิ้ล^{**}
ศิริลักษณ์ มีเมิ้ล^{*}, วันเพ็ญ ท้าวอง^{*}

(วันรับบทความ : 9 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 31 มีนาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 3 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบบริหาร และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ home isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา ADDIE model ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis), ระยะออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D and D), การทดลองใช้ (Implementation : I), การประเมินผลและปรับปรุงระบบ (Evaluation : E) ศึกษาในช่วงมีนาคม- พฤษภาคม 2565 เครื่องมือวิจัยคือ ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI) และแบบประเมินผลลัพธ์ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้ระบบและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.8, 0.82 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่มีการระบาดอย่างรวดเร็วในวงกว้างใช้ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ซึ่งระบบประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ ผลลัพธ์จากการจัดบริการระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation พบว่าผู้ป่วยได้รับการตามความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับการครอบคลุม 5 ประเด็น และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนคุณภาพของการจัดบริการ คือไม่พบผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน และไม่เกิดการติดเชื้อสะสมของบุคลากร มีการตรวจรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน มีระบบป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปสู่บุคลากร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation; คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง

¹ผู้ประสานธุรกรรมกิจ: kanjanaj06@gmail.com โทร: 0882674214

บทนำ

การระบาดของโควิด-19 เป็นลักษณะของการระบาดใหญ่ (pandemic) องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคการระบาดของโควิด-19 ที่แพร่ไปทั่วโลก และมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้างและการบริการของโรงพยาบาลในระดับโลก และระหว่างประเทศ (World Health Organization : WHO, 2022) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโลกโดยตรงแล้วยังส่งผลให้เศรษฐกิจโลกมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะถดถอย รายได้และรายรับที่ลดลงรุนแรงโดยกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) ได้ประเมินมูลค่าความเสียหายต่อเศรษฐกิจโลกในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ไว้สูงถึงกว่า 9 ล้านล้านดอลลาร์ เศรษฐกิจของกลุ่มประเทศอาเซียนจะลดลงร้อยละ 2.1 ประเทศไทยได้รับผลกระทบมากที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน โดยเฉพาะธุรกิจเกี่ยวกับการท่องเที่ยวจากปริมาณนักท่องเที่ยวที่ลดลงถึงร้อยละ 60 (Siriphatrasophon, 2020) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้สถานการณ์โลกกลับเข้าสู่สภาวะปกติโดยเร็ว การป้องกันและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้ที่มี ประสิทธิภาพและเร่งด่วนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในชุมชน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนมีส่วนสำคัญในการจัดการและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศบค.) เป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษา ระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือบ่อยๆ (Emergency Operations Center Department of Disease Control, 2021) ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 พบการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้าง พบว่า อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้แนวทาง ขณะนี้ เป็นฉบับปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้านแบบ Home Isolation เป็นไปอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยนำบทเรียนจากการระบาดในช่วงที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการปรับปรุง ทั้งนี้ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนหาย อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายสัปดาห์แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงควรสังเกตอาการตนเองเมื่อไม่แน่ใจสามารถโทรศัพท์ปรึกษาหรือเข้าไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล โดยติดต่อไปยังโรงพยาบาลก่อนเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2-3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยนับจากวันที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นผ่านสารคัดหลั่งเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วันหลังจากเริ่มป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่น ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยหรือ

ตรวจพบเชื้อ หากครบ 10 วันแล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น (Department of Medical Sciences; Ministry of Public Health, 2020)

โรงพยาบาลวังเหนือได้รับสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้การรองรับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยเริ่มมีบริการทางการแพทย์ในปี 2563 พบว่าการรับบริการคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI ผู้ป่วยนอก ในปี 2563 จำนวน 1,447 ราย/ปี ไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 และปี 2564 พบผู้ป่วยมารับบริการคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI จำนวน 1,721 ราย/ปี พบผู้ติดเชื้อโควิด 39 ราย และได้เริ่มระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ home Isolation จากข้อมูลพบว่าในเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2564 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบ home Isolation จำนวน 225 รายโดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิต ลดการติดเชื้อรายใหม่ในชุมชนลงให้เร็วที่สุด โดยมีการจัดการนำการดูแลรักษาออกไปสู่ผู้ติดเชื้อ: ส่งปรอทวัดไข้ pulse oximeter ยาพาราเซตามอล ยาแอสไพริน ยาแก้ไอ ยาบรรเทาอาการ ออกซิเจน ไปถึงผู้ป่วยที่แยกตัว (หรือรอเตียง) อยู่ที่บ้านหรือในชุมชนโดยเร็วที่สุดและสนับสนุนอาหารสามมื้อ ปัจจัยยังชีพ อุปกรณ์ป้องกันและทำความสะอาด (Wang Nuea Hospital Information Center, 2021) จากการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวยังพบปัญหาในการจัดการดูแลได้แก่ ระบบขาดการเชื่อมโยง การจัดเตรียมทีมบุคลากรด้านสุขภาพ มีการคัดกรองล่าช้าเกิดคลัสเตอร์ในกลุ่มใหม่อย่างต่อเนื่อง กลุ่มไร้อาชีพ นักเรียน โรงงานซึ่งต้องประชาชนที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด บ่อนชนไก่ และมีอาการไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่ตรวจหาเชื้อด้วยชุดทดสอบเชื้อชนิดให้ผลเร็ว (Antigen Test Kit : ATK) ไม่พบบางรายตรวจพบในครั้งที่ 3,4 หรือ 5 และจากการประเมินความพึงพอใจการให้บริการพบผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการให้บริการเนื่องจากมีการสื่อสารล่าช้า การไปรับผู้ป่วยช้า การคัดกรองไม่ทั่วถึง มีการร้องเรียนผ่านอสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาการบริการตามกรอบแนวคิดการพัฒนา ADDIE model 4 ขั้นตอน ได้แก่ ภาวะวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis), ภาวะออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D and D), การทดลองใช้ (Implementation : I), การประเมินผลและปรับปรุงระบบ (Evaluation : E) (Kruse, 2002) ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริหารงานและเกิดประสิทธิผลคือผลลัพธ์ที่ดีดังเช่น การพัฒนาระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจังหวัดสงขลาที่นำแนวคิด ADDIE model มาใช้พัฒนางานพบว่าระบบการจัดการอาหารปลอดภัยทำให้เกิดการจัดสรรวัตถุดิบ เกิดวิสาหกิจชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดตลาดนัดสีเขียวของโรงพยาบาล อาหารได้รับการรับรองมาตรฐาน ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค (Sakarin, 2022) สอดคล้องกับการศึกษา (Sukontawat, Khoyun, Wongprakornkul, & Thoin, 2021) การพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งพบว่าระบบที่สร้างขึ้นทำให้ผู้เรียนมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น ($p\text{-value} < 0.001$) เกิดประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยพึงพอใจต่อระบบที่ใช้ในระดับมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ตามแนวคิด ADDIE model เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อแยกผู้ติดเชื้อสู่ระบบการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและสามารถให้การพยาบาลเพื่อดูแลและติดตามอาการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ตามมาตรฐานวิชาชีพตลอดระยะเวลาการ กักตัว และสามารถติดตามดูแลอาการผู้ป่วยเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์

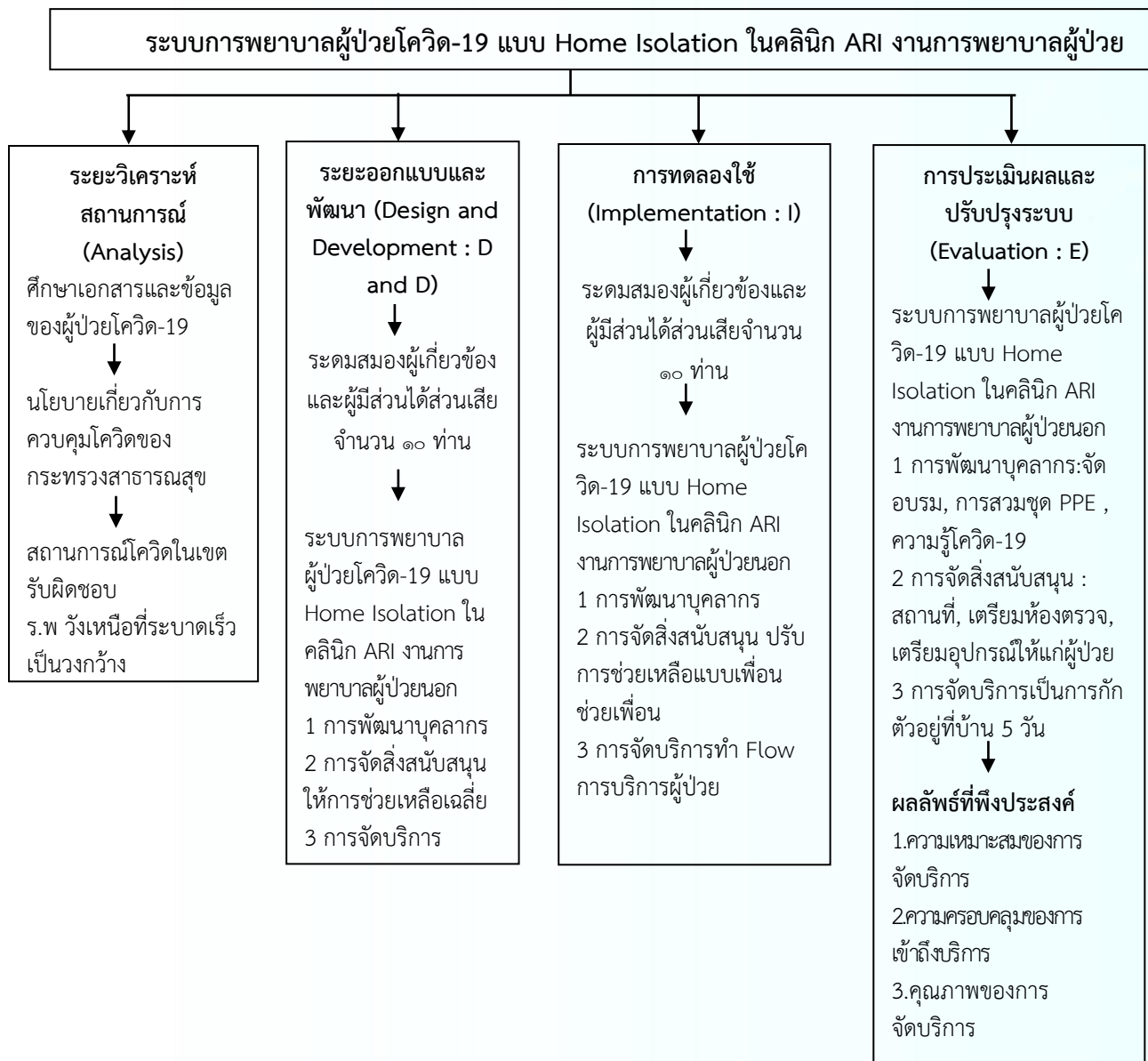
1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation
2. เพื่อพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 1) ด้านตัวแปร ตัวแปรต้น คือ ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การจัดสิ่งสนับสนุน การจัดบริการ ตัวแปรตาม คือ การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation และผลของการนำระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ไปใช้ในการจัดบริการแก่ผู้รับบริการและชุมชน ซึ่งครอบคลุมผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กร บุคลากรและผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1.1) ความเหมาะสมของการจัดบริการโดยประเมินจากแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้ระบบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI และ 1.2) ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการโดยประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการของคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI 1.3) คุณภาพของการจัดบริการโดยประเมินจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เข้ารับบริการของคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI รวมถึงไม่มีผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากรทางการแพทย์ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ 3) ด้านพื้นที่ คือ คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนมีนาคม- พฤษภาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยใช้กรอบแนวคิด การพัฒนา ADDIE model ได้แก่ ระเบียบวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis), ระเบียบออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D and D), การทดลองใช้ (Implementation : I), การประเมินผลและปรับปรุงระบบ (Evaluation : E) (Kruse, 2002) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโดยใช้ปัญหาที่ได้จากการทบทวนสถิติผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบ นำระบบที่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริง ติดตาม ประเมินผล ปรับแนวทางปฏิบัติจนได้ระบบที่เหมาะสมกับสภาพการปฏิบัติงานจริง หลังจากนั้นกำหนดเป็น ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ทำการศึกษาที่คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2565 โดยประชากรมี 3 กลุ่มคือ

- 1) ผู้ป่วยโควิด-19 แบบ home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2565 จำนวน 177 คน
- 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

แพทย์ จำนวน 4 คน พยาบาล จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค จำนวน 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 1 คน

3) ผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางจำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโควิด-19 แบบ home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือน มีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2565

2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือน มีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2565 ซึ่งอยู่ในระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ครบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย

3) ผู้บริหาร คือหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1) เจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลวังเหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ใช้ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางประกอบด้วย 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน ได้แก่ Telenursing ที่พยาบาลสามารถนัดหมายสถานที่เพื่อสอบถามและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผ่าน smart phone , Telephone และ Line OA และ 3) การจัดบริการ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือพัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุ สถานะ การศึกษา อาชีพและอาการแสดง

2.2 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ลักษณะคำถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา มีจำนวน 27 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด พัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) แบ่งความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย (Srisa-at, 2010) ดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2.4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค และประเด็นที่ต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการบริหารงานระบบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา โดย

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI 0.80

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI 0.80

ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation, แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ก่อนนำไปใช้ ในการศึกษาจริง โดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.83 ตามลำดับ สำหรับเชิงคุณภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประเด็นคำถามในเรื่องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความถูกต้องเหมาะสมในด้านของภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ ดำเนินการโดยดัดแปลงตามการพัฒนาระบบ ADDIE model (Molenda, 2003) แบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่

1) **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis)** โดยการศึกษาและวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและข้อมูลของผู้ป่วยโควิด-19และนโยบายเชิงบริหารจัดการ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการดำเนินงานจากเอกสาร ข้อมูลการรับบริการ รายงานผลการดำเนินการเพื่อวิเคราะห์นโยบาย และสถานการณ์โควิดในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ที่ดำเนินการไปในปี 63-64 โดยสื่อสารผ่านระบบ Telenursing, Telephone, Line OA

2. สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลวังเหนือ ในประเด็นการบริหารจัดการเชิงระบบโดยมีลำดับการดำเนินการ คือ คัดเลือกผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ด้วยการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มระดับผู้บริหารจำนวน 5 ท่าน และกลุ่มผู้ปฏิบัติจำนวน 5 ท่านโดยแต่ละกลุ่มใช้เวลา 1 ชั่วโมงในการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังรายละเอียดกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารและดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 2 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน เภสัชกร 2 ท่าน พยาบาลผู้ให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 2 ท่าน เจ้าหน้าที่พัสดุ 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ 2 ท่าน รวมจำนวน 10 คน เป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินผล วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการในปี 63-64 เพื่อวิเคราะห์แนวปฏิบัติและแนวทางการบริหารจัดการในปี 63-64

2) ระยะออกแบบและพัฒนา (Design and Development: D and D) ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

1. นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาออกแบบระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation

2. ประเมินความเหมาะสมของระบบการบริหารการพยาบาลโดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม

3. ประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะและประเมินความเป็นไปได้ในการนำระบบไปปฏิบัติ จำนวน 2 รอบโดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 10 ท่าน

4. แก้ไขปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI ตามข้อเสนอแนะ

3) การทดลองใช้ (Implementation : I) นำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

1. นำระบบที่ปรับจากฉบับร่างครั้งที่ 2 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโควิด-19 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องแบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI ตามแนวปฏิบัติที่กำหนดเป็นเวลา 3 เดือน

2. ประเมินผลระบบใหม่ โดยการสังเกต การติดตามผล และสอบถามผู้เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมผลลัพธ์ ได้แก่ 1.ความเหมาะสมของการจัดบริการ 2.ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ 3.คุณภาพของการจัดบริการ

4) การประเมินผลและปรับปรุงระบบ (Evaluation : E) ได้แก่

1. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของระบบจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้

1.1 ศักยภาพบุคลากร

1.2 ความคุ้มค่าคุ้มทุน (งบประมาณ)

1.3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. จัดการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสอบถามความคิดเห็นต่อการนำระบบไปใช้จริงในพื้นที่ โดยการประชุมผ่านระบบ VDO conference ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 19 ท่าน

3. ติดตามเรื่องปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

4. การพัฒนาปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฉบับสมบูรณ์ และประกาศใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง รหัสโครงการวิจัยที่ E2565-044 วันที่ 9 มีนาคม 2565 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือให้ดำเนินการศึกษาวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการที่ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ คือ เริ่มมีบริการทางการแพทย์ในปี 2563 การให้บริการคลินิก ARI ผู้ป่วยนอกพบผู้ป่วยจำนวน 1,447 ราย/ปี จำนวนผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 3 ราย เข้าเกณฑ์ PUI ไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 และปี 2564 พบผู้ป่วยมารับบริการคลินิก ARI จำนวน 1,721 ราย/ปี มีจำนวนผู้สงสัยติดเชื้อโควิด -19 จำนวน 198 ราย พบผู้ติดเชื้อโควิด 39 ราย เข้าเกณฑ์ PUI 11 ราย เริ่มระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ home Isolation ช่วงมกราคม - กุมภาพันธ์มีผู้ป่วยจำนวน 225 ราย การติดเชื้อในระยะหลังนี้เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า เป็นการระบาดอย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง เช่น คลัสเตอร์งานบวช หรือคลัสเตอร์เกษตรกรปลูกข้าวโพดเป็นต้น ซึ่งการที่โรงพยาบาลจัดระบบเพื่อรองรับบริการจะไม่เพียงพอ ดังนั้นการค้นคว้าโรคเชิงรุกและการสร้างภูมิคุ้มกันโรคอย่างรวดเร็วจะช่วยแก้ไขได้ นอกจากนั้นประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า แก่นสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ ความต้องการในการพัฒนาบุคลากร การบริหารในเรื่องคน เงิน ของใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งสำหรับสถานการณ์โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่มีการระบาดอย่างรวดเร็วในวงกว้างการบริหารแบบแยกส่วนแบบเดิมและการตั้งรอรับสถานการณ์แบบเดิมไม่สามารถรองรับสถานการณ์ดังกล่าวได้ ดังนั้นเพื่อหยุดยั้งและระงับการระบาดของโรคต้องใช้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะในด้านการพยาบาลในการปรับระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มีการจัดบริการระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทุกราย และเกิดคุณภาพการบริการ คือไม่พบผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อำนาจแผน และไม่เกิดการติดเชื้อสะสมของบุคลากร

“ระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาลวังเหนือยังไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นควรมีการพัฒนาปรับระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 โดยบูรณาการและการประสานทั้งจังหวัดลำปาง” (ผู้ถูกสัมภาษณ์คนที่ 1)

“อัตรากำลังปฏิบัติงานคัดกรองและสืบสวนโรคยังไม่เพียงพอ จึงควรพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ อัตรากำลังพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังปฏิบัติงานคัดกรองและสืบสวนโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ และครอบคลุมพื้นที่ระดับจังหวัด” (ผู้ถูกสัมภาษณ์คนที่ 2)

“เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับปฏิบัติงานป้องกันโรคมียังไม่เพียงพอและคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน ควรพัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์การตรวจรับและทดสอบมาตรฐานเครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันโรค” (ผู้ถูกสัมภาษณ์คนที่ 3)

“เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับปฏิบัติงานป้องกันโรคมียังไม่เพียงพอและคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้นควรพัฒนาการบริหารจัดการเครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์การตรวจรับและทดสอบมาตรฐานเครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันโรค” (ผู้ถูกสัมภาษณ์คนที่ 4)

“การบริหารการพยาบาลโควิด-19 เป็นแบบแยกส่วนแบบเดิมและเน้นการตั้งรอรับสถานการณ์ไม่สามารถรองรับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ได้ ดังนั้นเพื่อหยุดยั้งและระงับการระบาดของโรคต้องใช้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะในด้านการพยาบาลควรมีการปรับระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation” (ผู้ถูกสัมภาษณ์คนที่ 5)

2. ผลการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation พบว่าจากเดิมที่ไม่มีแนวทางการรองรับสถานการณ์อุบัติใหม่ของโควิด-19 ทำให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างจากประเด็นการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนแรกดังนั้นในขั้นนี้จึงต้องพัฒนาระบบบริการจากเดิมที่ตั้งรับเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกพร้อมกับการรองรับสถานการณ์ให้พร้อมทั้ง คน สิ่งของ อุปกรณ์ เป็นต้น นำสู่การพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ซึ่งระบบประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation โดยการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI พบว่าเกิดการบริหารจัดการ ดังนี้คือ

2.1. การพัฒนาบุคลากร: มีการจัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อ การสวมชุด PPE การให้ความรู้เรื่องโรคได้แก่

2.1.1 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 และความรู้เรื่องโรคติดเชื้อของไวรัส COVID-19

2.1.2 แนวทางการคัดกรอง แนวทางเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อ COVID-19

2.1.3 แนวทางการจัดการตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผล

2.1.4 แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแลรักษา

2.1.5 แนวทางการจัดระบบบริการของโรงพยาบาล

2.1.6 แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ กรณีโรคติดเชื้อ COVID-19

2.1.7 แนวทางการบริหารจัดการ กรณีแยกตัวเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ (Quarantine)

2.1.8 การใช้อุปกรณ์ ป้องกันตนเอง Personal Protective Equipment (PPE)

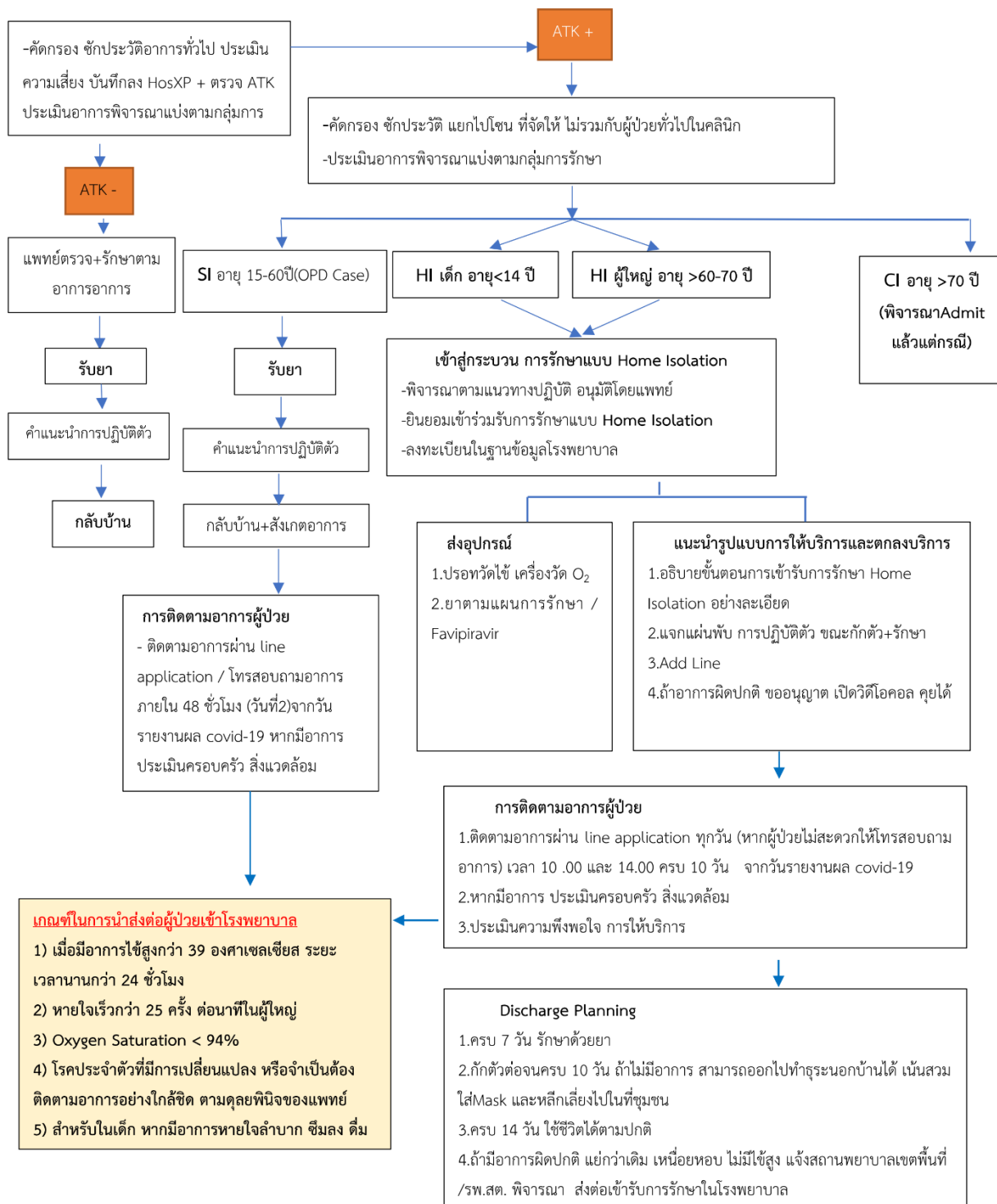
2.2. การจัดสิ่งสนับสนุน : ได้ร่างแนวทางสำหรับการจัดเตรียมสถานที่ การจัดบริเวณห้องตรวจ การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่

2.2.1 แนวทางการจัดเตรียมบุคลากร/อัตรากำลัง

2.2.2 แนวทางการจัดเตรียมสถานที่ ห้องตรวจ

2.2.3 แนวทางการเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้

2.3. การจัดบริการ การจัดทำลำดับขั้นตอน (flow) ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation



ช่องทางในการติดต่อกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือกรณีฉุกเฉิน 1.call center ของศูนย์ดูแล Home Isolation 88-780-9017
2. โรงพยาบาลวังเหนือ 054-279100 ต่อ 106
3. แจ้ง 1669

ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolationในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอดำรงเหนือ จังหวัดลำปาง

3. ผลลัพธ์ของระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้ 1. ด้านการจัดบริการ 2. ด้านเข้าถึงบริการ 3. ด้านคุณภาพการบริการ

3.1. ด้านการจัดบริการ การจัดระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ แบ่งเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านนโยบายในการป้องกันการระบาดของโรค 2) ด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาล 3) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 4) ด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ 6) ด้านการให้บริการ และ 7) ด้านการดูแลญาติและผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ

รายการ	ระดับความพึงพอใจ จำนวน(ร้อยละ)			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านนโยบายในการป้องกันการระบาดของโรค				
1. การตรวจเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง	0	2 (13.3)	13(86.7)	0
2. การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล	0	0	11(73.3)	4 (26.7)
3. การติดตามอาการและการกักตัวกลุ่มเสี่ยง	0	0	4 (26.7)	11 (73.3)
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน	0	0	6 (40)	9 (60)
ด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาล				
1. ความเพียงพอ เหมาะสมกับการให้บริการ	0	5 (33.3)	5 (33.3)	5 (33.3)
2. การสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นด้านอัตรากำลัง	0	5 (33.3)	10(66.7)	0
3.ความเหมาะสมของการจัดตารางการปฏิบัติงาน	0	0	12 (80.0)	3 (20.0)
4.การเพิ่มเวลาของการปฏิบัติงาน	0	0	14(93.3)	1 (6.7)
ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ				
1. ความเหมาะสมในการป้องกันการระบาดของโรค	0	1 (6.7)	9 (60.0)	5 (33.3)
2. ได้รับคำแนะนำ ความรู้ ที่ทันสมัยและครอบคลุม	0	0	11(73.3)	4 (26.7)
3. ความเหมาะสมของการสนับสนุนการปฏิบัติงาน	0	0	9 (60.0)	6 (40.0)
ด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย				
1. ได้รับการสนับสนุนจาก สสจ. และหน่วยงานอื่นๆ	0	1 (6.7)	14(93.3)	0
2. อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความเพียงพอ	0	7 (46.7)	7(46.7)	1 (6.7)
3. อุปกรณ์มีความทันสมัย และเหมาะสม	0	1 (6.7)	9(60.0)	5 (33.3)
4. อุปกรณ์ทางการแพทย์มีคุณภาพ และพร้อมใช้	0	0	11(73.3)	4 (26.7)
5. การจัดสรรเตียงหรือห้องมีความเหมาะสมปลอดภัย	0	2 (13.3)	13(86.7)	0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังเหนือ (ต่อ)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ จำนวน(ร้อยละ)			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ				
1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม	0	3 (20.0)	12(80.0)	0
2. ค่าเสี่ยงภัยที่ได้รับทั่วถึง ทันเวลา	1(6.7)	14(93.3)	0	0
3. การสนับสนุนด้านอุปโภค บริโภค ระหว่างการปฏิบัติงาน	0	15 (100.0)	0	0
4. การส่งเสริมสวัสดิการรองรับความเสี่ยงเมื่อมีการติดเชื้อ	0	2 (13.3)	4 (26.7)	9 (60.0)
ด้านการให้บริการ				
1. การจัดการรายงาน การเฝ้าระวัง ด้านอาการของ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง	0	0	1 (6.7)	14 (93.3)
2. การให้บริการ Universal Precaution	0	0	1 (6.7)	14 (93.3)
3. การรับผู้ป่วย การส่งต่อ การประสานงานในภาวะเร่งด่วน	0	0	4 (26.7)	11(73.3)
4. การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ากับในการดูแลผู้ป่วย	0	0	6 (40.0)	9 (60.0)
ด้านการดูแลญาติและผู้ดูแล				
1. การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม	0	0	3 (20.0)	12 (80.0)
2. มาตรการการจัดการเกี่ยวกับการฟ้องร้อง ร้องเรียน	0	0	4 (26.7)	11 (73.3)
3. การจัดการให้ความรู้ ในการปฏิบัติตัว	0	0	2 (13.3)	13 (86.7)

จากตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ ต่อด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่ (1) การตรวจเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 86.7) รองลงมาคือ (2) การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล อยู่ระดับมาก (ร้อยละ 73.3) (3) การติดตามอาการและการกักตัวกลุ่มเสี่ยงอยู่ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) และ (4) การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 60.0

ด้านการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วย พบว่า (4) การเพิ่มเวลาของการปฏิบัติงานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ (3) ความเหมาะสมของการจัดตารางการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80.0)

ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่า (2) ได้รับคำแนะนำ ความรู้ ที่ทันสมัยและครอบคลุมอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือ (1) ความเหมาะสมในการป้องกันการระบาดของโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) เท่ากับ (3) ความเหมาะสมของการสนับสนุนการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 60.0)

ด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า (1) ได้รับการสนับสนุนจาก สสจ. และหน่วยงานอื่นๆอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือ (5) การจัดสรรเตียงหรือห้องมีความเหมาะสมปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 86.7) และ (4) อุปกรณ์ทางการแพทย์มีคุณภาพและพร้อมใช้ อยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 73.3)

ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ พบว่าส่วนใหญ่ (3) การสนับสนุนด้านอุปโภค บริโภค ระหว่างการปฏิบัติงานอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ100) รองลงมาคือ (2) ค่าเสี่ยงภัยที่ได้รับทั่วถึงทันเวลาอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.3) ส่วน (1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80)

ด้านการให้บริการพบว่าส่วนใหญ่ (1) การจัดการรายงานการเฝ้าระวัง ด้านอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง เท่ากับ(2) การให้บริการ Universal Precaution อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ (3) การรับผู้ป่วย การส่งต่อ การประสานงานในภาวะเร่งด่วนอยู่ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) และ(4) การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ากับสถานการณ์ต่างๆอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 60.0)

ด้านญาติและผู้ดูแลพบว่า (3) การจัดการให้ความรู้ ในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) รองลงมา(1) การดูแลผู้ป่วยและญาติ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80) และ(2) มาตรการการจัดการเกี่ยวกับการฟุ้งร้อง ร้องเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.3)

3.2 ด้านเข้าถึงบริการ ศึกษาจากการเข้าถึงบริการ การได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ การได้รับยาและได้รับการประเมินอาการผ่านการโทรศัพท์จากพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง การได้รับอาหารและได้รับบริการ Home isolate ครบ ผลการวิจัยแสดงดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ (n=177)

ประเด็นการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เข้าถึงบริการได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการลงทะเบียน	176	99.4
2. ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 24 ชั่วโมง	6	3.4
3. ได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง	177	100.0
4. ได้รับการประเมินอาการผ่านทางโทรศัพท์โดยพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง	177	100.0
5. ได้รับอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน	7	4.0
6. ได้รับบริการ Home isolate ครบ	177	100.0

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจำนวน 177 คน พบว่า ผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง ได้รับการโทรประเมินอาการโดยพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง และได้รับบริการ Home isolate ครบ ในขณะที่ผู้ป่วย 176 คน (ร้อยละ 99.4) เข้าถึงบริการได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการลงทะเบียน ส่วนบริการที่มีการเข้าถึงน้อยได้แก่ การได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 24 ชั่วโมงและได้รับอาหารครบ 3 มื้อ ทุกวัน จำนวน 7 คน(ร้อยละ 4) และ 6 คน (ร้อยละ 3.4) ตามลำดับ

3.3 ด้านคุณภาพการบริการ ส่วนใหญ่พบว่า (1) ข้อมูลที่ให้บริการมีความถูกต้อง ครบถ้วนอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ (5) ความสะดวกสบาย เช่น การจัดส่งถึงที่พักอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 99.4) เท่ากับ(7) ความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด(ร้อยละ 99.4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ของผู้ใช้บริการระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ

รายการ	จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจ	
	มาก	มากที่สุด
1. ข้อมูลที่ให้บริการ มีความถูกต้อง ครบถ้วน	0	177 (100)
2. ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารเข้าใจง่าย	27(15.3)	150(84.7)
3. ความสะดวกในการเข้าถึง ติดต่อประสานงาน	38(21.5)	139(78.5)
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา	151(85.3)	26(14.7)
5. ความสะดวกสบาย เช่น การจัดส่งถึงที่พัก	2(0.6)	175(99.4)
6. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการให้ข้อมูล	41(23.2)	136(76.8)
7. ความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยภาพรวม	2(0.6)	175(99.4)

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด-19 ต่อการดูแลแบบ Home Isolation ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 99.4 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้ป่วยพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ (1) ข้อมูลที่ให้บริการ มีความถูกต้อง ครบถ้วน (5) ความสะดวกสบาย เช่น การจัดส่งถึงที่พัก (2) ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารเข้าใจง่าย และ (6) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการให้ข้อมูล โดยพบร้อยละ 100, 98.9, 84.7 และ 76.8 ตามลำดับ ส่วนด้าน (4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ส่วนใหญ่มีพึงพอใจในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.3

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปางพบว่า จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ คือ เริ่มมีบริการทางการแพทย์ในปี 2563 การให้บริการคลินิก ARI ผู้ป่วยนอกพบผู้ป่วยจำนวน 1,447 ราย/ปี จำนวนผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 3 รายเข้าเกณฑ์ PUI ไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 และปี 2564 พบผู้ป่วยมารับบริการคลินิก ARI จำนวน 1,721 ราย/ปี มีจำนวนผู้สงสัยติดเชื้อโควิด -19 จำนวน 198 รายพบผู้ติดเชื้อโควิด 39 ราย เข้าเกณฑ์ PUI 11 ราย เริ่มระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ home Isolation ช่วงมกราคม -กุมภาพันธ์มีผู้ป่วยจำนวน 225 ราย การติดเชื้อในระยะหลังนี้เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า เป็นการระบาดอย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง เช่น คลัสเตอร์งานบวช หรือคลัสเตอร์เกษตรกรปลูกข้าวโพดเป็นต้น ซึ่งการที่โรงพยาบาลจัดระบบเพื่อรองรับบริการจะไม่เพียงพอ ดังนั้นการค้นหาโรคเชิงรุกและการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทันโรอย่างรวดเร็วจะช่วยแก้ไขได้ นอกจากนั้นประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าแก่นสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ ความต้องการในการพัฒนาบุคลากร การบริหารในเรื่องคน เงิน ของใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งสำหรับสถานการณ์โควิด-19การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาด

อย่างรวดเร็วในวงกว้าง ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลรักษาที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ผลการประเมินระบบการดูแลรักษาจึงพบปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมากตามที่พบในผลการวิจัยทั้งในด้านโครงสร้างคณะทำงาน การบริหารจัดการและการคัดกรองที่ล่าช้าสอดคล้องกับการศึกษาของอุษา คำประสิทธิ์ (Kumprasit, 2022) เรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทยพบว่าในช่วงของการระบาดหนักของโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคคือมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อระบบ เศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของประเทศ จากสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยโควิด 19 มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ทำให้สถานพยาบาลของรัฐ มีจำนวนเตียงในการรักษาไม่เพียงพอ การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ส่งผลให้ได้รับการรักษาและวินิจฉัยโรคล่าช้าไปด้วยทั้งนี้อาจเป็นเพราะพบปัญหาการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน Personal Protective Equipment (PPE) และหน้ากาก N-95 ที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางการคำนวณการใช้อุปกรณ์ ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การจัด Cohort ward ประยุกต์จากหอผู้ป่วยสามัญ ไม่ระบบระบายอากาศไม่มีม่านหรือฉากกั้นระหว่างเตียง ฯลฯ ดังนั้นในขั้นนี้จึงต้องพัฒนาระบบบริการจากเดิมที่ตั้งรับเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกพร้อมกับการรองรับสถานการณ์ให้พร้อมทั้ง คน สิ่งของ อุปกรณ์ เป็นต้น นำสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolationซึ่งระบบประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ

จากการวิเคราะห์นโยบายและสถานการณ์โควิด ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ตามบริบทของหน่วยงาน เพื่อเป็นการยกระดับการบริการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ให้อยู่ในวงจำกัด ลดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม สร้างความตระหนักรู้เท่าทันและเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคอย่างมี ประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากล ตลอดจนประเมินสถานการณ์และวางมาตรการในการเพื่อป้องกัน และรองรับสถานการณ์อย่างเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Ministry of Public Health, 2020) ตั้งแต่จุดคัดกรอง การเฝ้าระวังในโรงพยาบาลและ Fever & ARI clinic ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ชัดเจนและให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในระยะนี้ได้จัดทำระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยประเมินความเหมาะสมของระบบเชิงทฤษฎี โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม มีการประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อเสนอแนะและ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำระบบไปปฏิบัติและแก้ไขปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ตามข้อเสนอแนะที่ได้กำหนด flow ในการจัดการผู้ป่วยและแนวทางการติดตามอาการผู้ป่วย ผลการพัฒนาได้สิ่งใหม่ที่เพิ่มเติมจากระบบเดิม

1. การพัฒนาบุคลากร จัดให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ได้รับความรู้ในการสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันร่างกายส่วนบุคคลโดยพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และพยาบาลได้เข้าอบรมการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกราย นอกจากนี้ยังมีการตั้งไลน์กลุ่มเพื่อส่งต่อข้อมูลและสอบถามเรื่องการจัดและการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของ

โรงพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและทำงานได้มีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ไม่พบการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของอุษา คำประสิทธิ์ (Kumprasit, 2022) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและฝึกทักษะในการสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และการมีระบบการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจนและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ การฝึกทักษะและมีความรู้ ความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ถือเป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุชรี จันทรเอี่ยมและคณะ (Juneam, Kasettath, Khunpradit, & Tansuwat, 2021) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคโควิด-19 และพัฒนาการจัดระบบงานและการปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลลำพูนพบว่า การใส่และถอดชุด PPE ยังไม่ได้มาตรฐานและเคร่งครัดมีมติร่วมกันนำประเด็นปัญหาอุปสรรคในเรื่องการฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการใช้ชุด PPE และฝึกปฏิบัติและทดสอบการใส่และถอดชุด PPE ไปสู่กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การจัดสิ่งสนับสนุน ในด้านการบริหารจัดการอาคาร สถานที่ได้จัดสิ่งแวดล้อมโดยกำหนดโซนผู้ป่วยแยกออกไปจากจุดอื่นๆ อุปกรณ์พร้อมใช้ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ประจำคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแยกการบริการจากงานอื่นๆ ชัดเจนส่งผลให้ระบบการทำงานมี work flow ที่ดีเป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยมายังบุคลากร สอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งทิwa พิมพิ์ลักกะ (Pimsakka, 2021) เรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่จัดอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่จำเป็นครบถ้วนและเพียงพอกับการทำงานและการมีสถานที่ที่เหมาะสมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความปลอดภัย

3. การจัดบริการ คือ การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิก ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยสนับสนุนด้านงบประมาณ หลังจากการนำระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้งบประมาณในการรักษาตามสิทธิบัตร แต่การรักษาแบบ Home Isolation ทำให้ผู้ป่วยต้องกักตัวในที่พักอาศัยของตนเองไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากเดิมเหมาจ่ายประมาณ 8,000 บาทขึ้นไป/ราย หักค่าใช้จ่ายทั่วไปแล้วเหลือประมาณ 7,000 บาท/ราย หลังจากปรับค่าใช้จ่ายตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขจากการรักษาแบบ Home Isolation เป็นรักษาและกักตัวอยู่ที่บ้านที่ตลอดเวลาเหลือ 5 วันร่วมกับสังเกตอาการ 5 วัน ลดค่าใช้จ่ายลงเฉลี่ยประมาณ 1,000 บาท/ราย จากประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่เดือนกรกฎาคม 2565 ไม่สามารถเบิกเงินจาก สปสช. นอกจากนี้มีการใช้นโยบายลดงบประมาณในการจัดหาอาหาร 3 มื้อ/วัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนน้อยได้รับอาหารครบ 3 มื้อ/วัน หลังจากนั้น นโยบายตัดงบประมาณส่วนค่าอาหารออกไปทำให้ผู้ป่วยที่รักษาและกักตัวที่บ้านจะต้องใช้ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน และจากความร่วมมือจากชุมชนในการเอื้อเฟื้ออาหารและน้ำดื่มให้แก่ผู้ป่วยในชุมชนด้วยตนเองซึ่งไม่แตกต่างกับข้อมูลโรงพยาบาลดอยหล่อ จ.เชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน จ.ลำพูน โรงพยาบาลลำปาง จ.ลำปาง ปี 2565 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 1,000 บาท/ราย

ระยะที่ 3 นำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ได้กำหนดการประเมินผลลัพธ์ดังนี้

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิก ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ได้แก่ 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ เมื่อมีการบริหารระบบบริการดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ การจัดบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ จากการศึกษาพบว่า ด้านการจัดบริการพบว่าไม่มีผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนระบบติดตามอาการผู้ป่วยผ่าน line application และระบบ tele nurse เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ระบบติดตามผู้ป่วยจนจำหน่ายหรือกักตัวครบ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับมากต่อการรับบริการแบบ Home Isolation โดยภาพรวม ด้านการเข้าถึงบริการพบว่าผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาในระบบ Home Isolation ได้ตามมาตรฐาน ไม่พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจนอาการทรุดลงหรือเสียชีวิต และด้านคุณภาพการบริการพบว่าไม่พบการแพร่ระบาดในชุมชนจากผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ Home Isolation สอดคล้องกับการวิจัยของเมดินาและคณะ (Medina, Giovanella, Bousquat, Mendonça, & Aquino, 2020) โดยทำการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในประเทศบราซิลในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า ระบบของการดูแลออนไลน์ได้รับความสำคัญและเผยแพร่อย่างกว้างขวาง มีการปรึกษาทางไกล หรือวิดีโอ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการตรวจสอบสัญญาณชีพ เพิ่มความมั่นใจในคุณภาพ การดูแลและมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อความสามารถในการประเมิน การแก้ไขปัญหา และการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย เช่นเดียวกันกับ การศึกษาการใช้ Telemedicine และ Virtual Care สำหรับการรักษาทางไกลเพื่อรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 พบว่าปัจจุบันเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด Telemedicine นำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย การตรวจและรักษาผู้ป่วยนอกเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์จากการสัมผัสโดยไม่จำเป็นและป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคลากรทางการแพทย์ (Jnr, 2020)

จากการศึกษาของเสาวภา ทองงามและคณะ (Thongngam, Pumool, & Ratanarat, 2020) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโดยตรงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานนั้นไม่พบการติดเชื้อสะสมของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพรและคณะ (Sathira-Angkura, Leelawongs, Srisuthisak, Puttapitukpol, Yonchoho, & Jamsomboon, 2021) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้น ระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ARI แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาบุคลากร 2) การจัดสิ่งสนับสนุน และ 3) การจัดบริการ เมื่อมีการบริหารระบบบริการดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นคือ การจัดบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ผู้ป่วยระดับตึกมาก และไม่เกิดการติดเชื้อสะสมของบุคลากร มีการตรวจรักษาผู้ป่วยตามหลักมาตรฐาน มีระบบป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปสู่บุคลากร ชุมชน และสิ่งแวดล้อม สะท้อนให้เห็นถึงการออกแบบกระบวนการพยาบาลที่วางระบบไว้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกันกับการศึกษาการประเมินผลการจัดการบริการพยาบาลผู้สงสัยและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสมุทรสาคร (Limparsert, 2022) พบว่าการประชุมและวางแผนจัดระบบการทำงานต่อเนื่องโดยจัดทำขั้นตอนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในได้แก่การคัดกรอง ตรวจรักษา รายงานผล ส่งต่อการรักษา และการติดตามผู้ป่วย ส่งผลให้รับบริการได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยจากการติดเชื้อ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

อย่างไรก็ตาม เพื่อการรองรับสถานการณ์ การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงจึงต้องมีการปรับระบบ บริหารบริการ พยาบาล และต้องจัดการในระดับนโยบาย การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในด้านการผสมผสาน อัตรากำลัง พยาบาล โดยมีพยาบาลทักษะเฉพาะ เช่น พยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติ การพยาบาล ขั้นสูง ร่วมเป็นทีมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการใช้เทคโนโลยี สื่อสารในการ บริหารพยาบาล การบริการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) (Lester, Holahan, Siskind, & Healy, 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ในคลินิกโรคติดเชื้อทางเดิน หายใจ ARI งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ไปขยายผลใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19อย่างต่อเนื่องและขยายผลการดูแลโรคติดเชื้อหรือโรคระบาดที่อุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำอื่นๆต่อไป

2. ควรมีการสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานตามแนวทางการบริหารการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง การติดตามข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ ในโรคโควิด-19 นำมาสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมทั้งการ ประเมิน คัดกรอง ดูแลรักษา เฝ้าระวัง การให้คำแนะนำและเสริมพลังผู้ป่วย ที่สำคัญได้แก่การจัดโครงสร้างให้ เหมาะสมในการบริหารจัดการพยาบาลทั้งภายในโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาและสร้างแนวทางการบริหารการพยาบาลในการเกิดโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ
2. การศึกษาเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติในการบริหารทางการพยาบาลในโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- Department of Medical Sciences; Ministry of Public Health. (2020). Laboratory diagnosis of infectious disease coronavirus 2019 (COVID-19) SARS-CoV-2.; 2020. Retrieved March 25, 2022 from <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/700>
- Emergency Operations Center Department of Disease Control. (2021). Report on the situation of corona virus infection 2019. Retrieved March 20, 2022 from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no701-041264.pdf>
- Jnr, B. A. (2020). Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic. *Journal of medical systems*, 44(7), 132.
- Juneam, N., Kasettath, M., Khunpradit, P., & Tansuwat, S. (2021). Management of the nursing service system Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Lamphun Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 29(1), 115-128. (in Thai).
- Kruse, K. (2002). *Introduction to instructional design and the ADDIE model*. Retrieved January 10, 2006, from www.e-learningguru.com/articles/art2_1.htm
- Kumprasit, U. (2022). Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks : In-Patient Department, Nonthai Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 16(1), 31-44.(in Thai)
- Lester, P. E., Holahan, T., Siskind, D., & Healy, E. (2020). Policy recommendations regarding skilled nursing facility management of coronavirus 19 (COVID-19): lessons from New York state.

- Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 888-892.
- Limparsert, K. (2022). Evaluation of Nursing Management for Patient Under Investigate and COVID-19 Patient, Samutsakhon Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 41(2). 193-208. (in Thai)
- Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Primary healthcare in times of COVID-19: what to do?. *Cadernos de saude publica*, 36, e00149720.
- Ministry of Public Health. (2020). Public Health Practice Guidelines for Managing the COVID-19 Outbreak in the requirements issued under section 9 of the Royal Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548, retrieved on 20 May 2020. from <https://pidst.or.th/A816.html>
- Molenda, M. (2003). In search of the elusive ADDIE model. *Performance improvement*, 42(5), 34-37.
- Pimsakka, R. (2021). Nursing management during the crisis of the COVID-19 Pandemic. *Thai Journal of Nursing*, 70(3), 64-71. (in Thai)
- Sakarin, W. (2022). Development of Management Model on Food Safety Hospitals Management, Songkhla Province. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 226-240. (in Thai)
- Sathira-Angkura, T., Leelawongs, S., Srisuthisak, S., Puttapitukpol, S., Yonchoho, N., & Jamsomboon, K. (2021). Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*. 30(2), 320-333. (in Thai)
- Siriphatrasophon, S. (2020). The COVID-19 Pandemic: Impacts on Thai Small and Mediums Enterprises and Strategies for Revival. *Journal of the Association of Researchers*, 25(2), 10-30. (in Thai)
- Srisa-at, B. (2010). *Preliminary research*. Bangkok: Suwiriyasart,
- Sukontawat, W., Khoyun, S., Wongprakomkul, S., & Thoin, P. (2021). The Development of the flipped classroom model in teaching and learning of adults nursing subject related urinary system. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 140-151. (in Thai)
- Thongngam, S., Pumool, S., & Ratanarat, R. (2020). Nursing care for patients with COVID-19 in the isolation unit, Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(3), 221-231. (in Thai)
- Wang Nuea Hospital Information Center. (2021). *Annual Report 2021*. Lampang: Wang Nuea Hospital
- World Health Organization. (2022). WHO Coronavirus (CO-VID-19) Dashboard. Retrieved 2022 Oct 15 from: <https://covid19.who.int/>

Health Promoting Behaviors in Stroke Prevention Among Risk People in the Community: Action Research

Jatupong Panwilai^{1*}, Niramai Maneerattana^{*}
Patchara Maturamon^{*}, Supattra Puanphai^{*}
Jiraporn Pakdee^{*}, Roongnapar Juntom^{*}

(Received May 20, 2022, Revised: July 30, 2023, Accepted: August 11, 2023)

Abstract

This action research purposed to create and assess a model for promoting health behaviors in the prevention of stroke among individuals at risk in the community. Twenty participants from the village health program, who were identified as having a high risk of stroke, and one hundred individuals with a moderate risk of stroke were recruited through purposive sampling. Three primary stages adhered to the Stringer model's framework: look, think, and act, implementing between April and September 2022. Data collection was conducted through the employment of focus group discussions, stroke risk scorecards, stroke knowledge questionnaires, and health-promoting behavior questionnaires with reliability coefficients of 0.74 and 0.75 using t-test and the Mann-Whitney U test while content analyses was used to analyze qualitative data

The model for fostering health-promoting behaviors in community comprised of increasing awareness among stroke-prone individuals, enhancing their competence, offering educational resources, and bolstering their self-assurance. The intervention had a significant effect ($p < .001$) on the participants' health promoting behaviors, as evidenced by their modified behaviors and median scores. The participants stroke prevention knowledge was found to be significantly different post-intervention ($p < .001$). The utilization of a model for promoting health behaviors in the prevention of stroke among individuals at risk within the community implemented through participants, has been found to be beneficial in increasing stroke prevention knowledge and modifying health behaviors.

Keywords: Health Promoting Behaviors; Stroke Prevention; Risk People

^{*} Nursing Cluster, Chiang Mai Neurological Hospital, Chiang Mai

¹ Corresponding author: beer.panwilai@gmail.com Tel: 095-7986606

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

จตุพงษ์ พันธุ์ไธ^{1*}, นิรมัย มณีรัตน์*, พชร มธุรมน*
สุพัตรา ปวนไผ่*, จิราภรณ์ ภักดี*, รุ่งนภา จอมธรรม*

(วันรับบทความ : 28 พฤษภาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 30 กรกฎาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 11 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลรูปแบบพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน และกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด การศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ ตามแนวคิดของสตริงเจอร์ คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ตั้งแต่เดือนเมษายน – กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แนวคำถามในการทำสนทนากลุ่ม การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.74 และ 0.75 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และแมน-วิตนีย์ยู

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มศักยภาพ การสนับสนุนสื่อความรู้ และการเพิ่มความมั่นใจของ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน โดย อสม. มีประโยชน์ในการเพิ่มความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ; การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง; ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

* พยาบาล, โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: beer.panwilai@gmail.com โทร: 095-7986606

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญที่ป้องกันได้ของการเสียชีวิต และความพิการระยะยาวทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดการณ์ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคตอันใกล้หากไม่มีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความเจริญก้าวหน้าในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แต่พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการเน้นให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดภาระของโรคหลอดเลือดสมองระดับโลกได้ถึงสามในสี่ของทั้งหมด (Feigin et al., 2016) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีวัตถุประสงค์เพื่อลด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งหมายถึง บุคคลที่มีโอกาส หรือปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเหล่านี้จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีภาวะเสี่ยง (Daengsuwan, 2007)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ แต่การรักษาที่พบว่ามีข้อจำกัดหลายอย่าง และผลของการรักษาอาจทำให้เกิดผลกระทบ หรือภาวะแทรกซ้อนตามมาที่หลากหลาย ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคย่อมให้ผลที่ดีกว่าการรักษา เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราการเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ ปัจจัยที่สามารถควบคุม หรือปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุม และปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว เป็นต้น โดยทั้งนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Feigin et al., 2016) และประมาณร้อยละ 74 ของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว (Feigin et al., 2016) ซึ่งมาตรการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หยุดหรือเลิกสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย (Diener & Hankey, 2020; Yahya et al., 2020). และ 2) การป้องกันการเกิด และรักษาโรคเฉพาะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม ควบคุมภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว ควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเส้นเลือด (Intolo, 2020; Caprio & Sorond, 2019; Thananuatsak et al., 2019) ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรมุ่งเน้นให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทั้งกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยง บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนชุมชน ที่ช่วยร่วมกันส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีกระบวนการในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในชุมชนในการควบคุม ดูแล และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk scorecard) ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Stroke Association, 2018) โดยมีระดับคะแนนความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (มีคะแนนรวม ≤ 28 คะแนน) กลุ่มที่ควรระวัง (มีคะแนนรวม 29 – 32 คะแนน) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (มีคะแนนรวม 33 – 40 คะแนน)

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยน และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรม และการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (Belizan et al., 2020) เพราะว่าขาดความรู้ ขาดความตระหนัก และได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Belizan et al., 2020; Bekele et al., 2020) ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเหล่านี้รับรู้ว่าการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ยุ่งยากหลายขั้นตอน (Bauer et al., 2018) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงควรมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองในเรื่องของการดูแลสุขภาพได้ โดยผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในชุมชน และทำงานเชื่อมประสานกับบุคลากรทางการแพทย์ก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสืบเนื่องจากนโยบายทางด้านสาธารณสุขจากรัฐบาล เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ (อสม. หรือหมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว) ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการให้บริการสาธารณสุขในชุมชนควบคู่กับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดการเกิดโรค และปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ และสามารถลดการพึ่งพาโรงพยาบาล และความแออัดในโรงพยาบาล (Department of Health Service Support & Primary Health Care Division, 2021) และในปัจจุบันได้มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 1 ล้านคน ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสาเสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนจนได้รับการยอมรับ และไว้วางใจจากสังคม (Department of Health Service Support, 2011; Department Of Provincial Administration, 2017) ซึ่งการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่อาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนี้ เป็นการจัดการกับปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ถือเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของประชาชน และสภาพการณ์จริงทำให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีความยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ตามแนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งหากผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมน่าจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ตามแนวคิดของ Stringer (Stringer, 2014) ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ ในการมอง (Look) การคิดพิจารณา (Think) และการลงมือปฏิบัติ

(Act) โดยการมีส่วนร่วมดังกล่าวจะทำให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจะส่งผลทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง หรือสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามระยะของการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน จาก 10 หมู่บ้าน (ตัวแทนหมู่บ้านละ 2 คน) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็น อสม. ตำบลหางดง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 2) เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเสี่ยงสูง หรือควรระวัง หรือเสี่ยงต่ำ โดยประเมินจาก Stroke risk scorecard และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาตลอดโครงการ โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ อสม.ที่มีภาวะเสี่ยง ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ระยะที่ 1 – 3 ได้ตลอด

2. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 100 คน (ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของอสม. ทั้ง 20 คน) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลหางดง อำเภอหางดง อย่างน้อย 10 ปี 2) เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับเสี่ยงสูง หรือควรระวัง หรือเสี่ยงต่ำ โดยประเมินจาก Stroke risk scorecard และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาตลอดโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ระยะที่ 1 – 3 ได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปสำหรับ อสม. และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว เป็นต้น โดยสำหรับ อสม. จะมีคำถามเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานด้านโรคหลอดเลือดสมอง และการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

2. แบบคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke risk scorecard) ของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (Panwilai et al., 2022) ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) ความดันโลหิต 2) ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว 3) การสูบบุหรี่ 4) ระดับโคเลสเตอรอล 5) การเป็นโรคเบาหวาน 6) การออกกำลังกาย 7) ภาวะโภชนาการ และ 8) ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว แต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือกตอบอยู่ 3 คำตอบตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ระดับเสี่ยงสูง (high risk) ควรระวัง (caution) และเสี่ยงต่ำ (low risk) โดยคำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียง 1 ด้าน การแปลผล คือ คะแนนรวมน้อยกว่า 28 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง คะแนนรวม 29 – 32 คะแนน หมายถึง ควรระวัง และคะแนนรวม 33 – 40 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงน้อย

3. แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอสม. และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะคำตอบ คือ ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นจริง และไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อความนั้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบ

ผิด และไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน และได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.85 และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยการทดสอบวิธี Kuder Richardson 20: KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.74 ซึ่งการพิจารณาระดับคะแนน ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ใช้วิธี คำนวณหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากการเอาคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (Srisathitnarakul, 2010) การแปลความหมายระดับความรู้ในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 – 8 คะแนน) ปานกลาง (9 – 17 คะแนน) และสูง (18 – 25 คะแนน)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Panwilai et al., 2018) สำหรับ อสม. และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 54 ข้อ โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ 11 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 11 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 8 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 9 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด 8 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกวัน/เกือบทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางวันหรือนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ในข้อคำถามมีทั้งคำถามทางบวก และทางลบ โดยได้กลับคะแนนจากข้อ คำถามทางลบก่อน แล้วจึงนำมาคำนวณ โดยก่อนนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยวิธี test – retest ห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้นนำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินค่า ครั้งที่ 1 และ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.75 การพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะพิจารณา ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ใช้วิธีคำนวณหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากการ เอาคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (Srisathitnarakul, 2010) การแปลความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 – 54 คะแนน) ปานกลาง (55 – 108 คะแนน) และสูง (109 – 162 คะแนน)

5. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) สำหรับ อสม. ประกอบด้วยคำถาม ปลายเปิด และสร้างคำถามต่อเนื่องจากการตอบคำถามก่อนหน้านี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้าง และลึก โดยได้ทำการสนทนา อสม. ทั้งหมด 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มละ 6 – 7 คน ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้รับการสนทนากลุ่มคนละ 1 ครั้ง ใช้ ระยะเวลาประมาณ 45 – 60 นาที ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (stroke nurse)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสตรีตริงเจอร์ (Stringer, 2014) ได้แก่ 1) การมอง 2) การคิดพิจารณา และ 3) การลงมือปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะการมอง (Look) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหา เป็นการช่วยให้กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เกิดความตระหนัก และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อีกทั้งยังส่งเสริมให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการมอง และแก้ไขปัญหา กิจกรรมประกอบด้วย

1.1 ทีมผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม อสม. ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในชุมชน จำนวน 20 คน ทำการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 6 – 7 คน ใช้เวลา 60 – 90 นาที/กลุ่ม มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.2 ทีมผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ อสม. ทั้ง 20 คน

1.3 ทีมผู้วิจัยได้ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติแก่ อสม. เกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยง และพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.4 อสม. ทำการประเมินภาวะเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อสม. รวม 100 คน

2. ระยะการคิดพิจารณา (Think) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 โดย

2.1 ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อหาแก่นปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

2.2 ทีมผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทั้งหมด

2.3 ทีมผู้วิจัยนำเสนอผลการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่ม อสม. เพื่อทำการสะท้อนคิด วิเคราะห์ และสรุปประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

3. การลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นการวางแผน ลงมือปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

3.1 ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่มร่วมกับทีม อสม. เพื่อวางแผน และพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารให้ความรู้ การสนับสนุนสื่อความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินภาวะเสี่ยง และการจัดทำไลน์กลุ่มสำหรับ อสม. และทีมผู้วิจัย

3.2 ดำเนินการ และปฏิบัติตามแผนในการเพิ่มศักยภาพแก่ทีม อสม. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และการฝึกทักษะต่าง ๆ ในหัวข้อความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การคัดกรองภาวะเสี่ยง การทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด และอภิปราย โรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

3.3 ทีม อสม. ฝึกนำเสนอ และสาธิตการให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน หรือลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และมีการสะท้อนคิดให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงทักษะการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยทีม อสม. เอง และทีมผู้วิจัย

3.4 อสม. ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้สื่อความรู้ดังกล่าวข้างต้น มีการกำกับติดตาม และกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผิดชอบในชุมชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 เดือน

3.5 ระหว่างการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. ได้มีการทำไลน์กลุ่มระหว่าง อสม. กับทีมผู้วิจัย เพื่อเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัย เพิ่มความมั่นใจแก่ อสม. อีกทั้งเป็นการกระตุ้น และติดตามการทำงานของ อสม. ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

3.6 ทีม อสม. และประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ทำแบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เมื่อครบระยะเวลา 2 เดือน

3.6 ทีมผู้วิจัยได้ประชุมกลุ่ม ประกอบด้วยทีม อสม. และตัวแทนผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมผู้วิจัยได้สรุป และนำเสนอผลการประเมินรู้ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และระดมสมองระหว่างทีม อสม. กับตัวแทนผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อสอบถามปัญหา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินโครงการครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมด้วยสถิติทดสอบที (paired t - test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Fisher's exact test

3. คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยรวม และรายด้านของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังดำเนินโครงการด้วยแมน-วิทนียู (Mann - Whitney U) เนื่องจากมีการกระจายแบบไม่ใช้โค้งปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมระหว่างก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Fisher's exact test

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน ประกอบด้วย อสม. ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน (ร้อยละ 16.67) และประชาชนทั่วไปที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อสม. และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.83) และมากกว่าครึ่งมีอายุอยู่ในระหว่าง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 66.67) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปี และ 61 – 75 ปี มากกว่า 1 ใน 3 มีระดับความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.17 รองลงมา คือ กลุ่มที่ควรระวัง ร้อยละ 33.33 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 27.50

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

โดยรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ที่ผู้วิจัย และอสม. ได้พัฒนาขึ้นร่วมกัน ประกอบด้วย

2.1 การสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ การคัดกรองภาวะเสี่ยง รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนโดยทีม อสม.

2.2 การเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ดยการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และการฝึกทักษะต่าง ๆ ในหัวข้อความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การคัดกรองภาวะเสี่ยง ทักษะการสื่อสาร รวมถึงการทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 การสนับสนุนสื่อความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินภาวะเสี่ยง

2.4 การเพิ่มความมั่นใจของ อสม. โดยจัดทำไลน์กลุ่มสำหรับ อสม. และทีมผู้วิจัย เพื่อช่วยตอบคำถาม เพิ่มความมั่นใจแก่ อสม. และเป็นการติดตาม กระตุ้นการทำงานของ อสม.

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

3.1 เปรียบเทียบระดับของความรู้ และคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

จากตารางที่ 1 แสดงผลก่อนมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก จำนวน 64 คน (ร้อยละ 53.33) และภายหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้อยู่ในระดับมาก จำนวน 102 คน (ร้อยละ 85.00) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ภายหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับของความรู้ และคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับของความรู้					
ระดับเล็กน้อย	3	2.50	0	0.00	
ระดับปานกลาง	53	44.17	18	15.00	
ระดับมาก	64	53.33	102	85.00	
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	17.64	(3.68)	19.70	(2.76)	<.001*

*P value < .05

3.2 เปรียบเทียบระดับของพฤติกรรม และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

ตารางที่ 2 ร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด	ระดับของพฤติกรรม	
	ก่อนใช้ (ร้อยละ)	หลังใช้ (ร้อยละ)
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	ระดับสูง (63.33)	ระดับสูง (80.83)
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน		
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	ระดับสูง (50.83)	ระดับสูง (70.00)
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	ระดับสูง (56.66)	ระดับสูง (63.34)
ด้านการรับประทานอาหาร	ปานกลาง (70.84)	ปานกลาง (75.84)
ด้านการจัดการความเครียด	ระดับสูง (57.50)	ระดับสูง (64.17)
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	ระดับสูง (75.83)	ระดับสูง (78.34)
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระดับสูง (91.67)	ระดับสูง (92.50)

จากตารางที่ 2 แสดงร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนมากมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.50 และภายหลังเสร็จสิ้นโครงการมีพฤติกรรมระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.70 ในขณะที่พฤติกรรมระดับปานกลางเท่าเดิม และไม่มีผู้ที่มีพฤติกรรมระดับต่ำ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่านัยฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังมีการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด	ค่านัยฐานคะแนนพฤติกรรม		p-value
	ก่อนใช้ (IQR)	หลังใช้ (IQR)	
พฤติกรรมโดยรวม	119 (101.25 – 130.75)	121 (111.25 – 134.75)	.014*
พฤติกรรมรายด้าน			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	23 (18.00 – 19.00)	25 (22.00 – 30.00)	.014*
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	16 (11.00 – 19.00)	17 (13.00 – 20.00)	.162
ด้านการรับประทานอาหาร	19 (14.25 – 21.00)	19 (16.00 – 22.00)	.022*
ด้านการจัดการความเครียด	17 (14.00 – 17.50)	18 (15.00 – 21.00)	.051
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	21 (17.00 – 21.00)	21 (17.00 – 23.00)	.002*
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	24 (22.00 – 26.00)	24 (22.25 – 25.75)	.012*

*P value < .05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการมีกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเพิ่มขึ้นโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง อสม. และทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต้องอาศัยกระบวนการรับรู้ที่เกิดจากความรู้ ประสบการณ์ และปัจจัยอื่น ๆ ของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และการที่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเกิดความตระหนักจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ หรือมีการจัดการปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันการเกิดโรคได้ (Tamant et al., 2018) ดังนั้น กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัว รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมต่อไป (Chanaphan & Settheetham, 2018; Saeko & Jitpanya, 2014) นอกจากนี้การเพิ่มศักยภาพของ อสม. การสนับสนุนสื่อ และการเพิ่มความมั่นใจของ อสม. ถือเป็นการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน โดย อสม. ถือเป็นผู้คนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้ เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลที่ใกล้ชิด เข้าถึงประชาชน และชุมชนได้ง่าย เพราะเป็นตัวแทนที่ถูกเลือกมาจากประชาชนในท้องถิ่นจึงได้รับความไว้วางใจจากชุมชน ถือเป็นผู้คนบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนด้านการส่งเสริม และป้องกัน

โรคในชุมชน (Sirikan, et al., 2021) ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และต้องได้รับการฝึกหัด และปฏิบัติเป็นประจำ (Chianngpiew et al., 2018) มีกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ อสม. แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ และประสบการณ์ของตน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับกระบวนการกลุ่ม มีการฝึก สาธิต ทำให้เกิดความรู้ ความจำ สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในชุมชน ทำให้ อสม. เกิดความเชื่อมั่น และได้ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง (Chianngpiew et al., 2018) ตลอดจนการสนับสนุนสื่อ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ อสม. ได้แก่ การแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้อสม. มีความมั่นใจยิ่งขึ้น (Anunta, & Tonganake, 2012; Loyha et al., 2017) สามารถทำหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน ภายหลังจากดำเนินการตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนพบว่า คณะแนวความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัย และการป้องกัน ผ่านทาง อสม. ที่ได้รับการเพิ่มศักยภาพ และพัฒนาทักษะในการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงสื่อ คู่มือการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับสิ่งรู้ คือความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองผ่านประสาทสัมผัสทางตา และทางหูไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งทำให้ง่าย และจำได้เป็นเวลา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภายหลังจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อการสอน วิดีโอ แผ่นภาพ รวมถึงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tiparat et al., 2017) อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีพฤติกรรมของบุคคล ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ และเชื่อว่า การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะช่วยลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้รับความรู้จาก อสม. เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจาก อสม. รวมถึงการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน โดย อสม. สามารถเพิ่มความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปรับเปลี่ยนการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนได้ ดังนั้นสามารถนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงกลุ่มอื่นในชุมชนได้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ อสม. และกลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง อีกทั้งควรมีการส่งเสริมศักยภาพของ อสม. เพื่อเป็นแกนนำสำคัญในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน และสำหรับการศึกษารั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามการดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มโอกาสการเกิดความยั่งยืนของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลหางดงที่ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- Anunta, P., & Tonganake, J. (2012). The effectiveness of home visit and training program in village health volunteers in Khwao, Selaphum, Roi Et. 2012. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 20(1), 1-8. (in Thai)
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Winbolt, M. (2018). Perceived barriers and enablers to conducting nursing assessments in residential aged care facilities in Victoria, Australia. *Aust J Adv Nurs*, 36(2), 14-22.
- Bekele, H., Asefa, A., Getachew, B., Belete, A.M. (2020). Barriers and strategies to lifestyle and dietary pattern interventions for prevention and management of TYPE-2 diabetes in Africa, systematic review. *J Diabetes Res*, Jul 11; 2020: 7948712. doi: 10.1155/2020/7948712.
- Belizan, M., Alonso, J.P., Nejamis, A., Caporale, J., Copo, M.G., Sánchez, M., et al. (2020). Barriers to hypertension and diabetes management in primary health care in Argentina: qualitative research based on a behavioral economics approach. *Transl Behav Med*, 10(3), 741-50. doi:10.1093/tbm/ibz040.
- Caprio, F.Z., Sorond, F.A. (2019). Cerebrovascular disease: primary and secondary stroke prevention. *Med Clin North Am*, 103(2): 295-308. doi: 10.1016/j.mcna.2018. 10.001.
- Chanaphan, Y., & Settheetham, D. (2561). Factors Associated with Stroke Prevention Behavior among Hypertension Patients in Kumpawapi District, Udon Thani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(2), 109-19. (in Thai)
- Chiangpiw, N., Boonchieng, W., & Aungwattana, S. (2018). Effects of Participatory Learning Regarding Stroke Prevention on Knowledge and Self-efficacy among Village Health Volunteers. *Nursing Journal*, 44(1), 87-99. (in Thai)
- Daengsuwan, P. (2007). *Stroke – Kat-ta-korn Ngiab*. (2nd Edition). Bangkok: Krai-more. (in Thai)
- Department of Health Service Support and Primary Health Care Division. (2021). *Naethang Kan Dumnern Ngan Sukkapab Pak Prachachone Pee Ngobpramarn 2564 [Operational Guideline for Public Health during Fiscal Year 2021]*. [Internet]. Retrieved December 10, 2022, from https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2011). *Rabeab Krasuangsataranasuk Waduay Arsasamuksatsranasuk Prajummoobarn Por Sor 2554 [Regulation of Ministry of Public Health regarding Health Village Volunteers 2011]*. Bangkok: commercial news agency, Department of Foreign Trade. (in Thai)
- Department Of Provincial Administration. (2017). *Khu Mue Marttratharn Kan Doo Lae Sukkapab Bueng Ton [Standardized Handbook for Primary Health Care]*. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Diener, H.C., Hankey, G.J. (2020, April 21). Primary and secondary prevention of ischemic stroke and cerebral hemorrhage: JACC focus seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(15), 1804-18.

- Feigin, V.L., Norrving, B., George, M.G., Foltz, J.L., Roth, G.A., Mensah, G.A. (2016). *Prevention of stroke: a strategic global imperative*. *Nat Rev Neurol*; 12(9): 501. doi: 10.1038/nrneurol.107.
- Intolo, S. (2020). *The Integrated Stroke Preventive Care Services for Older Persons*. *Royal Thai Navy Medical Journal*.47(3), 687-703.
- Loyha, K., Srisura, D., raksilp, M., Kuasiri, C., Charoenbut, P., Moolsil, R., Nasa, S., & Wongprasert, J. (2017). The empowerment for the role of health management on themselves among village health volunteer at Bupueai sub-district, Namyuen district Ubon Ratchatani province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 24(1), 1-13. (in Thai)
- Panwilai, J., Fongkaew, W., Soivong, P., & Chaiard, J. (2022). *Development of A Stroke Prevention Model for Risk People in A Tertiary Hospital* (Doctoral Dissertation). Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Panwilai, J., Soivong, P., & Somrarnyart, M. (2018). Health Promoting Behaviors Among Persons at Risk of Stroke. *Nursing Journal*, 45(2), 14027. (in Thai)
- Pender NJ. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3th ed). NewYork: Appleton & Lange.
- Saeko, U., & Jitpanya, C. (2014). A Study of Stroke Awareness among Patients at Risk of Stroke in Bangkok Metropolitan. *Prince of Naradhiwas University Journal*, 6(2), 13-23. (in Thai)
- Sirikan, C., Khaikham, J., Maleelai, K., & Boonsu, T. (2021). The Role of Village Health Volunteers in Advocating Health Promotion among the Elderly at That Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Thai Journal of Public health and Health Science*, 4(2), 176-89. (in Thai)
- Srisathitnarakul, B. (2010). *Research Methodology in Nursing Science*. (5th Edition). Bangkok: U & I intermedia. (in Thai)
- Stringer ET. (2014). *Action research in education*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Tarnant, R., Kompayak, J., & Seekaw, O. (2561). Awareness of Stroke Warning Signs Management Among Patients with High-Risk Hypertension. *HCU Journal of Health Science*, 22 (43-44), 13-26. (in Thai)
- Thananuwatsak, R., Harnchaipibulkul, S., & Worakijthamrongchai, T. (2019). The Primary Prevention of Stroke. *Thai Stroke Soc*, 18(2), 29-39. (in Thai)
- Tiparat, W., Suwanweala, S., & Sumrit, W. (2017). The Effects of Self-Awareness Development Program on Stroke Prevention Behaviors among Hypertension Patients in Muang District, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 94-107. (in Thai)
- Yahya, T., Jilani, M.H., Khan, S.U., Mszar, R., Hassan, S.Z., Blaha, M.J., Blankstein, R., Virani, S.S., Johansen, M.C., Vahidy, F., Cainzos-Achirica, M. (2020). Stroke in young adults: Current trends, opportunities for prevention and pathways forward. *American journal of preventive cardiology*, 3:100085.

Soft skills of Nursing Graduates in Private Hospitals

Somruidee Keeratavanithsathian^{1*}, Paradee Chaonarin*
Jeuaian Charoenbhakdi*, Tippaphan Deawprasert*, Sukhontha yangsuay*

(Received March 2, 2023, Revised April 18, 2023, Accepted: August 9, 2023)

Abstract

This descriptive research aimed to (1) synthesize the soft skills of private hospital nurse graduates and (2) study the soft skills requirements of nurse graduates in private hospitals in Samut Sakhon province. The research consisted of two sample groups: (1) a group of seven nurse administrators from private hospitals in Samut Sakhon, selected as a targeted sample and interviewed using a semi-structured questionnaire, and (2) a group of 250 entry-level nurse administrators and practicing nurses in private hospitals in Samut Sakhon, selected through simple random sampling. The quantitative data collection tools consisted of personal information (4 items) and the soft skills of nurse graduates in private hospitals in Samut Sakhon (60 items) on a Likert scale with approximately 5 levels and a measurement reliability of 0.958. The data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation (S.D.), and content analysis of interview data.

The research findings revealed that there were six soft skills of nurse graduates in private hospitals in Samut Sakhon, ranked in descending order as follows: 1) Communication skills (mean = 4.73, S.D. = 0.46), 2) interpersonal skills (mean = 4.68, S.D. = 0.51), 3) teamwork skills (mean = 4.66, S.D. = 0.51), 4) leadership skills (mean = 4.61, S.D. = 0.53), 5) problem-solving and decision-making skills (mean = 4.53, S.D. = 0.56), and 6) analytical thinking skills (mean = 4.49, S.D. = 0.59). These findings are consistent with the desired competencies for nursing graduates, as determined by the Nursing Council, and should be promoted. Enhancing these six skills in nursing graduates is crucial to meet the needs of employers and ensure effective performance in private hospital nursing settings.

Keywords: Soft Skills; Nurse graduates; Private hospitals

*Nurse instructor, Bangkok Thonburi University

¹Corresponding author: somruidee@hotmail.co.th Tel: 0841115015

จรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

สมฤดี กิระตวนิชเสถียร^{1*}, ภารดี ขาวนรินทร์*
เจือจันทร์ เจริญภักดี*, ทิพาพรรณ เดียวประเสริฐ*, สุนธรา ยางสว *

(วันรับบทความ : 2 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 18 เมษายน 2566 วันตอบรับบทความ : 9 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สังเคราะห์จรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนและ (2) ศึกษาความต้องการจรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 7 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง และ (2) กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 250 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณได้แก่ แบบสอบถามเรื่องจรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร มี 2 ตอน เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 4 ข้อ และจรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาครจำนวน 60 ข้อ เป็น มาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นของแบบวัด 0.958 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัย พบว่าจรรยาวัฏที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร มี 6 วัฏ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) วัฏการสื่อสาร ($\bar{x} = 4.73$, S.D= 0.46) 2) วัฏระหว่างบุคคล ($\bar{x} = 4.68$, S.D= 0.51) 3) วัฏความร่วมมือในการทำงาน ($\bar{x} = 4.66$, S.D= 0.51) 4) วัฏภาวะผู้นำ ($\bar{x} = 4.61$, S.D= 0.53) 5) วัฏด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ($\bar{x} = 4.53$, S.D= 0.56) และ 6) วัฏการคิดเชิงวิเคราะห์ ($\bar{x} = 4.49$, S.D= 0.59) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ การเพิ่มพูนวัฏทั้งหมดนี้ให้กับผู้สำเร็จการศึกษาด้านการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการของนายจ้างและรับประกันการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาควรนำผลการวิจัยที่ได้มาวางแผนในการพัฒนาจรรยาวัฏของบัณฑิตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต

คำสำคัญ : จรรยาวัฏ; บัณฑิตพยาบาล; โรงพยาบาลเอกชน

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: somruidee@hotmail.co.th โทร: 0841115015

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาประเทศไทยเพื่อให้เกิดสังคมและเศรษฐกิจที่มั่นคง ประชาชนมีความสุข และเศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยหลักเนื้อหาสำคัญได้แก่: การพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัย เน้นให้คนสร้างนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งของการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 การพัฒนาคนให้มีคุณภาพนั้น ยุทธศาสตร์ชาติกำหนดวัตถุประสงค์หลักให้มีการพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับการทำงานและการใช้ชีวิตจริงในสังคม (Office of the National Economic and Social Development Board, 2019) จากยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าวกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 –2570 จึงจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาให้สอดคล้องและบูรณาการกับการศึกษา มีการกำหนดวิสัยทัศน์เพื่อเตรียมคนไทยแห่งศตวรรษที่ 21 โดยมีการกำหนดนโยบายหลักดังนี้ 1) การสร้างคน มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดชีวิต และมีทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ 2) การสร้างองค์ความรู้มุ่งเน้นการวิจัย สะสมความรู้เพื่อเป็นการวางรากฐานสำหรับอนาคต 3) การสร้างนวัตกรรม พัฒนาขีดความสามารถผู้ประกอบการด้านนวัตกรรม เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจและคุณค่าทางสังคม และ 4) การปรับบทบาทมหาวิทยาลัย มุ่งเน้นการส่งเสริมให้มหาวิทยาลัยเป็นพื้นที่สำคัญ สำหรับการสร้างคน สร้างองค์ความรู้ และการสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบโจทย์ของประเทศ ผ่านการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจกลุ่มมหาวิทยาลัย เปลี่ยนหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ รวมทั้งจัดระบบ และการบริหารจัดการ (Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Higher Education, Science, Research and Innovation, 2020) จากเป้าหมายดังกล่าว ทำให้ระบบการศึกษาจำเป็นต้องปรับตัว และต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของบัณฑิต สังคม รวมทั้งตลาดแรงงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยการจัดการเรียนการสอนควรมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะและทักษะของบัณฑิตให้ตอบสนองต่อสังคม ต่อผู้ใช้บัณฑิตและสอดคล้องกับการพัฒนาประเทศ บัณฑิตจึงควรต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้บัณฑิตสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในยุคแห่งความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ทักษะที่สำคัญดังกล่าวนอกเหนือจากทักษะทางด้านวิชาการ (hard skill) คือ จรณทักษะ (soft skill) ซึ่งได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ภาวะผู้นำ ทักษะการคิดวิเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง และเป็นทักษะที่บัณฑิตจะต้องมีในการทำงาน การพัฒนาทักษะเหล่านี้จะทำให้บัณฑิตประสบความสำเร็จในการทำงาน มีความเติบโตก้าวหน้า

และสามารถปรับตัวในการทำงาน ที่มีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา (Office of the National Economic and Social Development Board, 2019) ดังนั้น กระบวนการจัดหลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอน ผู้สอนต้องมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการของบัณฑิต และต้องสามารถพัฒนาทักษะทั้งสองด้านได้แก่ ทักษะทางวิชาการและ จรณทักษะ (Panich, 2012) และจากรายงานการสำรวจของ National Association of Colleges and Employers ปี 2021-2022 การสำรวจ Job Outlook พบว่าปัจจุบันนายจ้าง

ไม่ได้พิจารณาเฉพาะผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้จากมหาวิทยาลัยที่จบมาเท่านั้น แต่นายจ้างยังให้ความสำคัญกับทักษะทางอารมณ์ หรือที่เรียกโดยรวมว่าจรรยาบรรณมากขึ้นถึงร้อยละ 93

วิชาชีพพยาบาลมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการความพึงพอใจของผู้รับบริการ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาผู้ป่วย วิชาชีพพยาบาลเป็นสาขาวิชาที่ให้ความสำคัญกับความเข้าใจและความเมตตาต่อมนุษย์ ควบคู่กับด้านวิชาการ ดังนั้นการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ด้านจรรยาบรรณจึงมีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้เป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต (Jamjan, Makornkan & Keeratavanithsathian, 2019) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าความต้องการด้านจรรยาบรรณของบัณฑิตพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะโรงพยาบาลเอกชนมุ่งเน้นการบริการความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี เป็นเป้าหมายสำคัญในการให้บริการ จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีมีการสำรวจจรรยาบรรณที่จำเป็นของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่จัดการเรียนการสอนบัณฑิตพยาบาล จึงต้องการสำรวจความต้องการด้านจรรยาบรรณของโรงพยาบาลเอกชน และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล นำไปสู่การผลิตบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต ส่งผลต่อการพัฒนาการศึกษาอันนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล เป็นพลังในการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์จรรยาบรรณ ที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความต้องการจรรยาบรรณที่ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัด

สมุทรสาคร

คำถามการวิจัย

1. จรรยาบรรณ ที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน เป็นอย่างไร
2. จรรยาบรรณ ที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาครเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยมี 3 ด้านคือ ด้านเนื้อหามุ่งสังเคราะห์จรรยาบรรณที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลระดับปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเอกชนในเขตจังหวัดสมุทรสาคร และด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้สมรรถนะของพยาบาลที่พึงประสงค์ ของสภาการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับแนวทางการพัฒนาและการกำหนดวิสัยทัศน์เพื่อเตรียมคนไทยในศตวรรษที่ 21ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 –2570 โดยการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะ และทักษะของบัณฑิตให้ตอบสนองต่อสังคม ต่อผู้ใช้บัณฑิตและสอดคล้องกับการพัฒนาประเทศ บัณฑิตจึงควรต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 ควบคู่ไปด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มดังนี้

1. ประชากรกลุ่มที่ 1 เป็น กลุ่มผู้บริหารสูงสุดของพยาบาล (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล) ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร 7 โรงพยาบาลได้แก่ 1) รพ. มหาชัย 2) รพ. เจษฎาเวชการ 3) รพ. เอกชัย 4) รพ. วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล 5) รพ. วิทยาราม 6) รพ. ศิริชัย และ 7) รพ. บางมด สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารองค์กรพยาบาลจำนวน 7 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน 2) เป็นผู้เคยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน และ 3) ต้องปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนอย่างน้อย 1 ปี (ทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2)

2. ประชากรกลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในเขตจังหวัดสมุทรสาคร 7 แห่ง จำนวน 437 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Hair et al., 2010) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนจำนวนของพยาบาลแต่ละโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาครอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาครอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจหรือเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการให้ข้อมูลในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์วรรณกรรมที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลเอกชนในเขต จังหวัดสมุทรสาคร

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่างๆจากเอกสาร หนังสือ บทความวิจัย บทความวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวรรณกรรม รวมถึงงานวิจัยที่สำรวจวรรณกรรมของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพและการให้บริการที่ต้องใช้วรรณกรรม โดยสืบค้นข้อมูลจาก ProQuest, ScienceDirect, Google Scholar ได้จำนวน 15 เรื่องที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยแล้ว ดำเนินการสังเคราะห์คุณลักษณะวรรณกรรมลงในแบบบันทึกการสังเคราะห์ เพื่อแจกแจงความถี่คุณลักษณะของวรรณกรรมแล้วดำเนินการให้ความหมายและนิยามศัพท์คุณลักษณะวรรณกรรมทั้ง 6 คุณลักษณะที่เป็นความต้องการของโรงพยาบาลเอกชนและตรงตามคุณลักษณะในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเพื่อ นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามถึงโครงสร้าง เรื่องวรรณกรรมที่จำเป็นของพยาบาลนำไปสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงทางการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน 7 โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

2) นำข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์หาคุณลักษณะวรรณกรรมที่มีความถี่สูง 6 อันดับแรกที่เป็นความต้องการของโรงพยาบาลเอกชน และตรงตามทักษะในหลักสูตรต้นแบบของสภาการพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจความต้องการวรรณกรรมที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาล ในมุมมองของผู้บริหารระดับต้นและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร มีขั้นตอนดังนี้

2.1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามจรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบทวิเคราะห์ที่ได้จากหลักการแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจึงนำมาจัดทำสรุปเป็นข้อย่อประกอบด้วยข้อคำถาม 6 มิติได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน 3) ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 4) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ 5) ทักษะภาวะเชิงผู้นำ และ 6) ทักษะเชิงผู้นำ ทั้ง 6 มิติมีจำนวนข้อย้อยรวมกันทั้งสิ้น 60 ข้อย้อย มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยดังนี้

2.1.1 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร และจากการสังเคราะห์จรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลมาสร้างแบบสอบถามจรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.1.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยนำแบบสอบถามจรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาครที่สร้างขึ้น นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนคือ 1) ผู้บริหารองค์กรพยาบาลภาคเอกชน 2) ผู้เชี่ยวชาญการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ 3) ผู้เชี่ยวชาญการคัดเลือกและบรรจุแต่งตั้งบุคลากรฝ่ายทรัพยากรบุคคล หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการวิเคราะห์ IOC (Index of Item-Objective Congruence) แล้วพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปโดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.1.3 นำแบบสอบถามจรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความใกล้เคียงจำนวน 30 คนนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.958

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2565 หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากนั้น

2.2.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เพื่อขอเก็บข้อมูล

2.2.2 ดำเนินการประสานงานกับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และขออนุญาตเข้าพบกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาล 7 แห่ง ได้แก่ 1) รพ. มหาชัย 2) รพ. เจษฎาเวชการ 3) รพ. เอกชัย 4) รพ. วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล 5) รพ. วิหาราม 6) รพ. ศิริชัย และ 7) รพ.บางมด 5

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มาจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จำนวน 7 โรงพยาบาลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว

2) นำแบบสอบถาม จรรยาบรรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนเขตจังหวัดสมุทรสาคร สร้างในรูปแบบ online เป็น Google form เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารระดับต้น และพยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 250 คน ตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามและความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบ ได้รับคำตอบ คืนมาจำนวน 250 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

3) รวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบ จำนวนแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์(วิทยาศาสตร์สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่ 6/2565 วันที่รับรอง 1 สิงหาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยจัดส่งเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและสิทธิของผู้เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ให้แสดงความยินยอมก่อนการให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการให้ความเคารพในบุคคล ผู้เข้าร่วม วิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามที่ทำให้รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หรือขอยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที

ผลการวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์ จรณทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล โดยใช้ตารางสำหรับการวิเคราะห์ที่สร้างขึ้นโดยนำจรณทักษะที่จำเป็นที่ได้จากการนำเอกสารบทความและงานวิจัยต่างๆเรื่องจรณทักษะ(soft skill) จำนวน 10 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) 2) ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal skills) 3) ทักษะความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (Collaboration skills) 4) ทักษะด้านการแก้ปัญหา และการตัดสินใจ (Problem solving and Decision-making skills) 5) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills) 6) ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills) 7) ทักษะการบริหารจัดการเวลา (Time Management) 8) ทักษะการจูงใจ (Motivation) 9) การมีความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) และ 10) ทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiation) แล้วนำมาลงตารางวิเคราะห์ว่าแต่ละเอกสารหรืองานวิจัยมีการอ้างถึงทักษะใดบ้างใน 10 ทักษะนี้ จากนั้นนำมาทำเครื่องหมาย (/) ในตารางวิเคราะห์

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์จรณทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล

รายนามนักวิชาการ	Soft skills									
	1. Communication	2. Collaboration	3. Problem solving	4. Analytical skills	5. Leadership	6. Interpersonal skills	7. Time Management	8. creative Thinking	9. Motivation	10. Negotiation
1. Dube, B., & Laari, L. (2017).	/	/		/	/	/	/		/	
2. Andrews, J., & Higson, H. (2008).	/	/	/	/	/	/	/	/		/
3. Hariti, T., & Rejeki, S. (2020).	/	/	/	/	/	/	/		/	

รายนามนักวิชาการ	Soft skills									
	1.Communication	2.Collaboration	3.Problem solving	4. Analytical skills	5. Leadership	6.Interpersonal skills	7.Time Management	8. creative Thinking	9. Motivation	10. Negotiation
4.Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A. (2020).	/	/		/	/	/	/			/
5.Glen, S., & Clark, A. (1999).	/	/	/	/		/	/			
6.Zhang, A. (2012).	/	/	/		/	/		/		/
7.Grugulis, I., & Vincent, S. (2009).	/		/	/		/	/			
8.Widjaja, A., & Saragih, E. J. (2018).	/	/	/		/	/		/	/	/
9.Bergh, A. M., Van Staden, C. W., Joubert, P.M., Kruger, C., Pickworth, G. E., Roos, J. L., ... & Lindeque, B. G. (2006).	/	/	/	/	/	/	/		/	
10.Destri, N., & Manjas, M. (2017)	/		/	/		/	/	/	/	
11.Zhu, L., Lin, J., & Wang, Z.-J. (2019).	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
12.Kusmiran, E. (2016).	/		/		/	/		/	/	/
13.Agarajan, S. K., & R., M. (Eds.). (2020).	/	/	/		/	/		/	/	/
14.Pujiastuti, R. S. E., Sumaryanto, T., & Priyatin, T. (2014).	/	/		/		/	/	/	/	/
15. Hora, M. T., Benbow, R. J., & Smolarek, B. B. (2018)	/	/	/	/	/			/	/	/
จำนวนรวม	15	13	13	12	11	14	10	9	10	8
ลำดับที่	1	3	3	4	5	2	6	8	7	10

หมายเหตุ: จำนวนรวม หมายถึงค่าตัวเลขที่เป็นผลรวมของจรรยาบรรณทักษะที่เอกสารหรืองานวิจัย กล่าวถึงทักษะนั้นว่ามีกี่เรื่อง ลำดับที่ หมายถึงตัวเลขที่จรรยาบรรณทักษะที่เอกสารหรืองานวิจัยทั้ง 15 เรื่อง กล่าวถึงมากที่สุดเรียงลำดับ1-2-3-10 เครื่องหมาย (/) หมายถึงรอยคะแนนที่แสดงถึงจรรยาบรรณทักษะที่มีในเอกสารหรืองานวิจัยในผู้นิพนธ์นั้น

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าการศึกษาศึกษาเอกสารบทความและงานวิจัยต่างๆสามารถสังเคราะห์จรรยาบรรณทักษะที่มีร่วมกันนักวิชาการคนอื่นๆโดยนับคะแนนเฉพาะที่มีคะแนนรวมสูงสุดตั้งแต่10-15 คะแนนขึ้นไปจำนวน 10 ทักษะดังนี้1) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) 2) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(Interpersonal skills) 3) ทักษะความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (Collaboration skills) 4) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and Decision-making skills) 5) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills) 6) ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills) 7) ทักษะการบริหารจัดการเวลา (Time Management) 8) ทักษะการจูงใจ (Motivation) 9) การมีความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking) และ 10) ทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiation)

จากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกคุณลักษณะที่ตรงกับคุณลักษณะของทักษะที่จำเป็นในหลักสูตรต้นแบบพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสภาการพยาบาล (2564) จำนวน 6 คุณลักษณะดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) 2) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) 3) ทักษะความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (Collaboration skills) 4) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and Decision-making skills) 5) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills) และ 6) ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills)

2. ผลการสำรวจความต้องการ जरณะของบัณฑิตพยาบาลตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตของโรงพยาบาลเอกชน

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 250 คน พบว่าเป็นเพศหญิง 224 คน ร้อยละ 89.6 และเพศชาย 26 ร้อยละ 10.4 ช่วงอายุ พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี จำนวน 45 คน ร้อยละ 18.00 รองลงมา อายุ 46-50 ปี มีจำนวน 42 คน ร้อยละ 16.8 ช่วงอายุที่พบน้อยที่สุดคือ 56 ปี ขึ้นไปมีจำนวน 18 คน ร้อยละ 7.2.6 ด้านสายการปฏิบัติงาน พบว่าอยู่ในสายการปฏิบัติ 188 คน ร้อยละ 75.2 และสายการบริหาร 62 คน ร้อยละ 24.8 ด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานทำงานพบว่า ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปีมากที่สุดจำนวน 76 คน ร้อยละ 30.4 รองลงมา คือประสบการณ์ต่ำกว่า 5 ปี มีจำนวน 54 คน ร้อยละ 21.6 และพบน้อยที่สุด คือประสบการณ์การทำงาน 6 - 10 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 6.8

2.2 ผลการวิเคราะห์ลำดับความต้องการ जरณะทักษะ บัณฑิตพยาบาลจำแนกเป็นรายด้าน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและลำดับความต้องการ जरณะทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาล

जरณะทักษะ	Mean	S.D.	ลำดับ
1.ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)	4.73	0.46	1
2.ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)	4.68	0.51	2
3.ทักษะความร่วมมือในการทำงาน (Collaboration skills)	4.66	0.51	3
4.ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills)	4.61	0.53	4
5.ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and Decision making skills)	4.53	0.56	5
6.ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills)	4.49	0.59	6

จากตารางที่ 2 ความต้องการ จรณทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาลตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตในโรงพยาบาลเอกชนมีทั้งหมด 6 คุณลักษณะ โดยอยู่ใน ระดับมากที่สุด คือ ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) ($\bar{x} = 4.73$, S.D= 0.46) รองลงมาคือทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) ($\bar{x} = 4.68$, S.D = 0.51) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน (Collaboration skills) ($\bar{x} = 4.66$, S.D= 0.51) ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills) ($\bar{x} = 4.61$, S.D= 0.53) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and Decision making skills) ($\bar{x} = 4.53$, S.D= 0.56) และ ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills) ($\bar{x} = 4.49$, S.D= 0.59) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบลำดับความต้องการจรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลระหว่างการสังเคราะห์จากทฤษฎี และตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตโรงพยาบาลเอกชน

จรณทักษะ	ลำดับความต้องการ	
	สังเคราะห์จากทฤษฎี	ตามมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตโรงพยาบาลเอกชน
1.ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)	1	1
2.ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills)	2	2
3.ทักษะความร่วมมือในการทำงาน (Collaboration skills)	3	3
4.ทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills)	6	4
5.ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and Decision-making skills)	4	5
6.ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills)	5	6

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าระดับความต้องการของจรณทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาล ตามมุมมองของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครจำนวน 3 คุณลักษณะที่ตรงกับการสังเคราะห์จากงานวิจัยคือ 1)ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) 2) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skills) และ 3) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน (Collaboration skills) ส่วนอีก 3 จรณทักษะมีลำดับที่แตกต่างจากลำดับของการสังเคราะห์จากงานวิจัยคือทักษะภาวะผู้นำ (Leadership skills ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (Problem solving and decision making skills) และทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical skills)

2.3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาจรณทักษะที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาลตามมุมมองของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาคร ตามความคิดเห็นผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครสามารถสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

2.3.1 อาจารย์ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับการเน้นทักษะการลงมือปฏิบัติให้มากกว่าการสอนในภาคทฤษฎีเพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นควรสร้างทัศนคติในเชิงบวกต่อการใช้ชีวิตและการทำงาน มีใจรักยึดมั่น และผูกพันต่อวิชาชีพของตนเอง

2.3.2 ควรจัดให้นักศึกษาได้ฝึกงานในโรงพยาบาลเอกชนอย่างจริงจังเพื่อให้ นักศึกษาเข้าใจลักษณะงานและได้เรียนรู้ระบบของโรงพยาบาลเอกชนทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับงานได้ ยอมรับและเรียนรู้จุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเอง ทำให้เกิดการปรับปรุงตนเองและการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดแรงงานในอนาคต และสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณสมบัติตรงตามความต้องการของผู้จ้างงาน

2.3.3 สถาบันควรมีกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาจริยทักษะที่จำเป็นและสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในชีวิตประจำวันรวมถึงทักษะด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และมีความรับผิดชอบ

2.3.4 สถาบันอุดมศึกษาควรมีระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ออกแบบมาเพื่อรองรับการทำงานและการพัฒนาตนเองของนักศึกษาเกี่ยวกับจริยทักษะในรูปแบบที่หลากหลายเป็นเสมือนพื้นที่ให้นักศึกษาได้แสดงตัวตนของตนเองอย่างอิสระโดยทางสถาบันกำหนดหัวข้อหรือประเด็นที่จะให้นักศึกษาได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติจากนั้นนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาอัพโหลดลงไว้ในระบบอิเล็กทรอนิกส์อาจเป็นข้อมูลต่างเช่นไฟล์ข้อมูลภาพเสียงคลิปวิดีโอหรือเป็นโปสเตอร์ที่สะท้อนตัวตนของนักศึกษาซึ่งอาจารย์ผู้รับผิดชอบสามารถเข้าไปติดตามและประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเองของนักศึกษาแต่ละคนได้ด้วยตนเอง

2.4.5 นักศึกษาพยาบาลที่รับเข้ามาฝึกงานในโรงพยาบาลเอกชนมีความรู้และความสามารถค่อนข้างดีและเรียนรู้งานได้รวดเร็วแต่ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงานได้แก่ ความอดทน ความขยันหมั่นเพียร รับผิดชอบต่อเวลาความสามารถในการสื่อสาร และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาการคิดนอกกรอบหรือการคิดเชิงสร้างสรรค์ ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรเน้นให้หลักสูตรมีกระบวนการหรือกลยุทธ์ในการปลูกฝังสิ่งต่างๆ ที่ตามจริยทักษะนอกเหนือจากวิชาการ

อภิปรายผล

จากผลการสังเคราะห์ จริยทักษะ(soft skill) ที่จำเป็นสามารถเรียงลำดับได้ทั้งสิ้น 10 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ทักษะความร่วมมือในการปฏิบัติงาน 4) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 5) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ 6) ทักษะภาวะผู้นำ 7) ทักษะการบริหารจัดการเวลา 8) ทักษะการจูงใจ 9) การมีความคิดสร้างสรรค์ และ 10) ทักษะการเจรจาต่อรอง จากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกคุณลักษณะที่ตรงกับคุณลักษณะของทักษะที่จำเป็นในหลักสูตรต้นแบบพยาบาลศาสตร์บัณฑิตของสภาการพยาบาล (2564) 6 ทักษะคือ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะระหว่างบุคคล 3) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน 4) ทักษะภาวะผู้นำ 5) ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์

โดยระดับความต้องการของจริยทักษะที่จำเป็นสำหรับบัณฑิตพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ในมุมมองของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดสมุทรสาครมีจำนวน 3 คุณลักษณะที่ตรงกับการสังเคราะห์จากงานวิจัยคือ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ทักษะความร่วมมือในการทำงาน ส่วนอีก 3 จริยทักษะมีลำดับที่แตกต่างจากลำดับของการสังเคราะห์จากงานวิจัยคือ ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจและทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์

ฉะนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จึงเป็นตัวสะท้อนถึงคุณลักษณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีความคาดหวังและความต้องการจากสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตเหล่านี้ให้มีทักษะการสื่อสาร ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะความร่วมมือในการทำงาน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ตรงกับการสังเคราะห์จากงานวิจัยทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีความสำคัญต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐบาล จากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นควบคู่กับการมีโรคต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ประชาชนหันมาใส่ใจต่อสุขภาพ รวมทั้ง

ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ทำให้แนวโน้มของประชาชนใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนต้องมีการแข่งขันเพื่อให้ผู้ใช้บริการรู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับ รวมทั้งเพื่อให้ผลการดำเนินการของธุรกิจ ประสบความสำเร็จ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาลที่มีงบประมาณสนับสนุน ดังนั้น ผู้ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจึงต้องมีการพัฒนาทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นศรัทธา ไว้วางใจที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ และทำให้ธุรกิจสามารถอยู่รอดอย่างยั่งยืนต่อไป (Subongkot, Jesadalak, & Saensuk, 2016) โดยแนวโน้มและทิศทางของความต้องการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนนั้นเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมากเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมประกอบกับโรงพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะคล้ายกันมีเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการแข่งขันสูง รวมไปถึงปัจจัยอื่นๆที่เข้ามากดดันทำให้สถานประกอบการจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงตนเองโดยปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เป้าหมายและทิศทางของแต่ละโรงพยาบาลด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลเอกชนจึงแสวงหาพนักงานที่มีความสามารถหรือทักษะที่หลากหลายมากขึ้น การจ้างงานในปัจจุบันจึงต้องคัดเลือกและจ้างงานบุคคลที่มีประสิทธิภาพในการทำงานมีความสามารถทางด้านการทักษะทั้ง Hard skills และ Soft skills เพื่อเข้ามาช่วยผลักดันและสนับสนุนให้องค์กรนั้นเกิดประสิทธิผลไปในทิศทางบวกและบรรลุเป้าหมายขององค์กรมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับทำ Soft skills พบว่าทำองค์กรและบริษัทธุรกิจต่างๆได้ให้ความสำคัญและมีความจำเป็นต่อสถานประกอบการอย่างมาก (Robles, 2012) โดยผู้จ้างงานต้องการผู้สมัครงานที่มีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ที่ดีรวมทั้งต้องการพนักงานที่มีวุฒิภาวะและมีการปรับตัวทางสังคมที่ดี ผู้จ้างงานจึงให้ความสำคัญกับทำ Soft skills เป็นอันดับหนึ่งเพราะถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นแห่งความสำเร็จในการทำงาน (Mitchell, Skinner & White, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ระบุว่าร้อยละ 75 ของความสำเร็จในการทำงานเป็นระยะเวลานานขึ้นอยู่กับทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (People skills) ในขณะที่เพียงร้อยละ 25 ขึ้นอยู่กับความรู้ด้านเทคนิค (Technical skills) (Robles, 2012) Soft skills สามารถเรียกได้ว่าเป็นทักษะที่นำมาประยุกต์ใช้หรือทักษะในศตวรรษที่ 21 (Gewertz, 2007) เนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของบุคคลประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มโอกาสในการทำงานให้กับบุคคล (Parsons, 2008) ทั้งนี้ Soft skills ยังส่งผลต่อความสำเร็จในการประกอบธุรกิจ ช่วยให้บุคคลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมีการตัดสินใจที่เหมาะสมสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพสร้างความประทับใจที่ดีแก่ผู้อื่นและส่งผลดีต่อการพัฒนาวิชาชีพ (Anju, 2009)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ โดยสถาบันอุดมศึกษาควรที่จะนำจรรยาวัตร 6 ทักษะซึ่งเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลเอกชน มาวางแผน ในการพัฒนานักศึกษาทำให้บัณฑิต ที่จบไปมีลักษณะที่โดดเด่นและเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงาน โดยสถาบันอุดมศึกษาควรมุ่งเน้นพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะระหว่างบุคคล และทักษะความร่วมมือในการทำงาน ให้มีมากขึ้นเนื่องจากเป็นทักษะสามอันดับแรก และจากผลการวิจัยสะท้อนเห็นได้อย่างชัดเจนว่า สถานประกอบการส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการคัดเลือกบุคคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานในยุคปัจจุบันให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับจรรยาวัตรที่จำเป็นของพยาบาลควรศึกษาจรรยาวัตรของพยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานของรัฐบาลเนื่องจากเป็นกำลังส่วนใหญ่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยว่าควรพัฒนาทักษะใดบ้างที่ยังไม่สมบูรณ์
2. ทำวิจัยเพื่อพัฒนาจรรยาวัตรที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาลที่มีความจำเป็นมากเป็นลำดับแรก

เอกสารอ้างอิง

- Andrews, J., & Higson, H. (2008). Graduate Employability, "Soft Skills" Versus "Hard" Business Knowledge: A European Study. *Higher Education in Europe*, 33(4), 411–422.
doi:10.1080/03797720802522627.
- Anju, A. (2009). A holistic approach to soft skills training. *IUP Journal of Soft Skills*, 3.
- Bergh, A. M., Van Staden, C. W., Joubert, P. M., Kruger, C., Pickworth, G. E., Roos, J. L., ... & Lindeque, B. G. (2006). Medical students' perceptions of their development of 'soft Skills': part II: the development of 'soft Skills' through 'guiding and growing'. *South African Family Practice*, 48(8), 1.
- Destri, N., & Manjas, M. (2017, October). MODEL OF TRAINING SOFT SKILLS FOR NURSES IN MANAGING STRESS IN PATIENTS AT THE HOSPITAL. In 4th Asia Pacific Education Conference (AECON 2017) (pp. 185-192). Atlantis Press.
- Dube, B., & Laari, L. (2017). Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana. *Curationis*, 40(1), 1-5.
- Glen, S., & Clark, A. (1999). Nurse education: a Skills mix for the future. *Nurse Education Today*, 19(1), 12–19. doi:10.1054/nedt.1999.0605
- Grugulis, I., & Vincent, S. (2009). Whose Skills is it anyway? 'soft' Skills and polarization. *Work, employment and society*, 23(4), 597-615
- Hariti, T., & Rejeki, S. (2020). Strengthening soft Skills as the character of student nurses through the preceptorship management model. *Enfermería Clínica*, 30, 64-68.
- Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A. (2020). Development Transformational Leadership Model to Improve Nurses' Soft Skills. *Malaysian J Med Heal Sci*, 16(Suppl 10), 113-8.
- Hora, M. T., Benbow, R. J., & Smolarek, B. B. (2018). Re-thinking soft Skills and student employability: A new paradigm for undergraduate education. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 50(6), 30-37.
- Kusmiran, E. (2016). Effect of Soft Skills Caring Training on Carative Factors of Nurses in Nursing Service.
- Mitchell, G. W., Skinner, L. B., & White, B. J. (2010). Essential soft skills for success in the twenty-first century workforce as perceived by business educators. *Delta Pi Epsilon Journal*, 52(1).
- Subongkot, M., Jesadalak, V., & Saensuk, C. (2016). Customer relationship management of Private hospital business in Thailand. *Thai academic journals Humanities social sciences and arts Silpakorn University*, 9(2), 1926-1944.

- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Higher Education, Science, Research and Innovation. (2020). Annual action plan. Retrieved form <https://www.mhesi.go.th/index.php/stg-policy/930-2563-2570.html>.(in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Board. (2019). The 20-year national strategy. (2018-2037). 2nd edition. Bangkok: Office of the Secretary of the Board. National strategy. (in Thai)
- Office of the National Higher Education, Science, Research and Innovation Policy Council. (2019). Unlock Thailand, create people to drive the country. Retrieved form <https://www.nxpo.or.th/th/>. (in Thai)
- Panich W. (2012). Ways of creating learning for students in the 21st century. Bangkok: Sodsri-Saritwong Foundation. (in Thai)
- Pujiastuti, R. S. E., Sumaryanto, T., & Priyatin, T. (2014). EDUCATION MANAGEMENT REGARDING SOFT SKILLS BASED ON ETHICAL PRINCIPLES IN NURSING EDUCATION. The Journal of Educational Development, 2(2).
- Robles, M. M. (2012). Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. Business communication quarterly, 75(4), 453-465.
- Widjaja, A., & Saragih, E. J. (2018). Analysis on the effect of hard Skills, intrapersonal and interpersonal Skills toward the performance of nurses: A case study on the alumni of Husada Hospital Nursing Academy, Jakarta, Indonesia. Journal of Research in Business and Management, 6(5), 31-38.
- Zhang, A. (2012). Peer Assessment of Soft Skills and Hard Skills. Journal of Information Technology Education: Research, 11(1), 155-168. Informing Science Institute. Retrieved September 25, 2021 from <https://www.learntechlib.org/p/111498/>.
- Zhu, L., Lin, J., & Wang, Z.-J. (2019). A discrete oppositional multi-verse optimization algorithm for multi-Skills resource constrained project scheduling problem. Applied Soft Computing, 85, 105805. doi:10.1016/j.asoc.2019.105805

Lesson Learn of Administrational Success in Terms of Coronavirus-2019
Infectious Control Health Care Volunteer Involvement in Ban Sri Moad Khao
Health Care Center, Muang, Lampang

Somporn Todseang^{*}, Budsarin Padwang^{1**}
Theerarat Boonkuna^{**}, Ussanee Wannalai^{**}

(Received: March 26, 2023, Revised: May 12, 2023, Accepted: September 7, 2023)

Abstract

This research aimed to extract lessons learned in administrative success in terms of the Coronavirus-2019 within the Ban Sri Moad Khao Health Care Center in Muang, Lampang, with a focus on the involvement of healthcare volunteers. The participations were 256 village health care volunteers. A research instrument utilized was a team of researchers who carried out the group discussions and content analysis of transcripts.

The results showed that administrative success can be divided into three phases: 1) The pre-epidemic period, characterized by knowledge sharing, area surveillance, monitoring of outbreak news, and proactive home visits; 2) the epidemic period, marked by the execution of outpost service operations, financial support, establishment of communication channels and regulations to prevent Covid-19 transmission; 3) the relaxation period, a stage where continued control of the situation was necessary, and the full potential of development and training in the prevention and control of Covid-19 spread in the community was utilized. The factors contributing to successful administration were: 1) an in-house strength in the form of dedicated village health care volunteers, who exhibit commitment, sincerity, responsibility, and a proactive approach to their work; 2) external factors such as community-based networks that support the functioning of village health care volunteers, as well as a diverse and interdisciplinary network of partners, including public health agencies at all levels, working harmoniously and efficiently; and 3) the success process was facilitated through teamwork and coordinated efforts with a shared direction

Keywords: administrative; village health care volunteers; participation; coronavirus infection 2019

^{*} Head of Ban Sri Muat Klao Public Health Service Center, Sri Muat Klao Subdistrict Health Promoting Hospital

^{**} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel:081-8839717

ถอดบทเรียนความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส
2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข
บ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

สมพร ทอดเสียง*, บุศรินทร์ ผัดวัง^{1**}
ธีรรัตน์ บุญกฤษณะ**, อุษณีย์ วรรณาลัย**

(วันรับบทความ : 26 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 12 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 7 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 256 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามถึงโครงสร้างจำนวน 7 ข้อและทีมผู้วิจัย ที่ดำเนินการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบท

ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จการบริหารจัดการ แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ 1) ช่วงก่อนการระบาด มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำรวจพื้นที่ ติดตามข่าวสารสถานการณ์การระบาด และ เยี่ยมบ้านเชิงรุก 2) ช่วงการระบาด ปฏิบัติการบริการด้านหน้า มีต้นทุนสนับสนุน มีช่องทางสื่อสาร และธรรมนูญป้องกันโควิด 3) ช่วงผ่อนคลายเป็นช่วงที่ต้องควบคุมกำกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ได้ประยุกต์การพัฒนา/อบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน อย่างเต็มศักยภาพ ส่วนปัจจัยการบริหารจัดการการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน ประสบความสำเร็จได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็ง ทำงานมุ่งมั่น จริงใจ ความรับผิดชอบ ทำงานเชิงรุก 2) ปัจจัยภายนอก คือ ภาครัฐที่เข้มแข็งทั้งในและนอกชุมชน สหสาขา หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ มีการบริหารจัดการงานที่มีประสิทธิภาพ 3) กระบวนการที่ทำให้สำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การริเริ่มคิด วางแผนการเรียนรู้ วิเคราะห์ ติดตามสถานการณ์ การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) ที่ครอบคลุมทั้งด้านทรัพยากร การบริหาร และประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ได้รับการพัฒนา/อบรมความรู้เพิ่มศักยภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) โดยการมีส่วนร่วมในมาตรการ ธรรมนูญป้องกันโควิด ร่วมประเมินสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ช่องทางและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนดแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการ การควบคุมป้องกันปัญหาโรคอุบัติภัยอื่น ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การมีส่วนร่วม; การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

* หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านศรีหมวดเกล้า

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประสานงาน: budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel:081-8839717

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 550 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6.4 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2565) ในประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีการกระตุ้นนโยบายการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ด้วยการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้ในการชะลอการระบาดและการติดเชื้อโควิด-19 ก็ยังคงมีการรายงานการติดเชื้อและการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมประมาณ 4.5 ล้านคน และเสียชีวิตสะสมประมาณ 30,000 คน (Ministry of Public Health, 2022) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ คือ สายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ทำให้เชื้อไวรัสสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ดียิ่งขึ้น สามารถแพร่เชื้อได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดลตาและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีอยู่ (Ministry of Public Health, 2022)

จังหวัดลำปางมีรายงานการติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนรายแรก เป็นหญิงไทยที่เดินทางมาจากประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อเดือนธันวาคม 2564 (Lampang Provincial Public Health Office, 2021) และต่อมาจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน เพิ่มขึ้นจากการระบาดแบบกลุ่มก้อนจากนักศึกษาที่ไปเที่ยวสถานบันเทิงในจังหวัดเชียงใหม่ และเกิดการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการจัดงานเลี้ยงเช่น การขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน และงานศพ เป็นต้น ทำให้เกิดจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ด้วยรูปแบบของ ห้องผู้ป่วยเฉพาะการติดเชื้อโควิด-19 (Cohort ward) และรูปแบบการจัดโรงพยาบาลสนามในแต่ละจังหวัด ไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นได้ ด้วยลักษณะการติดเชื้อไวรัสไม่มีอาการรุนแรง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมีการเพิ่มรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยแบบการกักแยกที่บ้าน (Home isolation) และการบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ซึ่งในการดูแลในรูปแบบนี้ เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรและทีมสุขภาพที่ดูแลประชาชนในชุมชน ซึ่งแกนนำหลักได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะต้องมาเข้ามามีส่วนในการสนับสนุนทั้งในการดูแลอาการและการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมถึงการดูแลในด้านการดำเนินชีวิตตลอดระยะเวลาของการกักแยกที่บ้าน (Ministry of Public Health, 2022)

ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า ตำบลชมพู อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ขึ้นตรงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ เทศบาลเมืองเขลางค์นคร มีพื้นที่ในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน 12 ชุมชน จำนวน 3,412 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 11,243 คน ลักษณะชุมชนเป็นชุมชนชานเมือง และมีมหาวิทยาลัย ราชภัฏลำปางตั้งอยู่ในพื้นที่ ทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัยบางส่วนเป็นประชากรแฝง และมีโรงงานอุตสาหกรรมทั้งในรูปบริษัทและอุตสาหกรรมแบบครัวเรือน หอพัก ร้านอาหาร หมู่บ้านจัดสรร เป็นจำนวนมาก สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า ตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2564 มีเกิดขึ้นเป็นกลุ่มก้อนหลายครั้ง จนกระทั่งเดือนพฤศจิกายน 2564 มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนครั้งที่ 2 จากโรงงานทำหมวย มีผู้ติดเชื้อยืนยันด้วย RT-PCR จำนวน 10 รายและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ต้องกักตัวจำนวน 23 ราย (Lampang Provincial Public Health Office, 2021) ปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันกั้นการแพร่กระจายเชื้อคือพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ได้แก่ การกินร้อน ช้อนส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือที่ถูกต้อง การเว้นระยะห่างทางสังคม และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมในสถานที่แออัด (Ministry of Public Health, 2022)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชน มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกกระดับ ที่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการรักษาส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

(Naosuwan et al., 2020) และจากสถานการณ์ การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทุกพื้นที่ชุมชน มีการดำเนินการรับมือการระบาดของโรคมารอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกระดับ รวมถึงอสม.ในพื้นที่ ที่ได้ร่วมมือเป็นปณิธานด้านหน้าที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง มุ่งมั่น และเสียสละ ร่วมมือเคียงคู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมสถานการณ์ การเกิดโรคได้ดีเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศในโลก จนเป็นที่ยอมรับ และได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลก และทำให้ทั่วทั้งโลกรู้จัก อสม. ของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น การศึกษาของ Nawamawat, J., Sittisart, V. Lekphet, K., & Thianthawon, P. (2021) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ โดยชุมชนได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันชื่อ “EpiScan Covid19” พบว่า อสม. รับรู้ความเสี่ยงและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว และ รพ.สต. ติดตามการทำงานของ อสม.ได้ ทั้ง อสม. และ รพ.สต. พึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในระดับดีขึ้นไปร้อยละ 85 นอกจากนี้จากการศึกษาของ Boonpal (2021) ที่ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดังกล่าว พบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติดังกล่าว ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค รองลงมาคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมกาป้องกันตนเอง และการศึกษาของ Tejavivaddhana, P., Suriyawongpaisal, W., Kasemsup, V., & Suksaroj, T. (2020). ที่ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศ พบว่า การดำเนินงานของ อสม. ในพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการลดการแพร่ระบาดของโควิด -19 ในช่วงที่เกิดโรคระบาดภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย อสม. มีบทบาทดังนี้ 1) ให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้แก่ประชาชนและชุมชน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเน้นย้ำ มาตรการในการป้องกันโรค 2) สนับสนุนระบบการเฝ้าระวังในพื้นที่ โดยการตรวจคัดกรองเชิงรุก การรายงาน การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่กักกันตัว ณ ที่พักอาศัย (Home Quarantine) 3) ลดโอกาสเสี่ยงในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง จนเกิดนวัตกรรม “Grab Drug” หรือ “อสม. Delivery” และ 4) บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน Sirilak (2020) ศึกษาประสบการณ์การตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ของประเทศไทยในการจัดการกับการระบาดของ COVID-19 และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศอื่นๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค การกักกันและการทำหน้ากากผ้าให้กับประชาชน

จะเห็นได้ว่าความสำเร็จในการบริหารจัดการการควบคุมและการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 มีปัจจัยที่สำคัญแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทุกพื้นที่ในจังหวัดลำปาง ที่มีการแพร่ระบาด ซึ่งพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นพื้นที่ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรวดเร็ว แต่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้เป็นพื้นที่ที่น่าร่องในการดำเนินการที่มีมาตรการการควบคุมการ

แพร่ระบาดของโควิด-19 ของจังหวัดลำปาง ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสำเร็จของการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่เชิงรุกโดยการร่วมมือของชุมชนอย่างไร โดยการนำกรอบแนวคิดของ Wonhsuwan N., (2017). ที่กล่าวเกี่ยวกับการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายๆฝ่ายได้ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จนประสบความสำเร็จใน 4 ขั้นตอนได้อย่างไร เช่น 1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2.การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) 3.การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4.การมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปสู่การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการในการสนับสนุนและดูแลสุขภาพของคนในชุมชนกรณีที่เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ต่อไป

คำถามการวิจัย

การบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปางเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา คือ เพื่อศึกษาความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 256 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ 8 หมู่บ้าน เขตรับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Wonhsuwan N., (2017). ที่กล่าวเกี่ยวกับการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลที่มี ส่วนเกี่ยวข้องหลาย ๆ ฝ่ายได้เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ซึ่งเป็นการระดมความคิดและศักยภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่มาร่วมกันคิดร่วมกันวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมกันแก้ไขปัญหา อันเป็นการ สร้างจิตสำนึกหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะทำให้เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลง

ไปสู่เป้าหมาย บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เสนอแนะในการแบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย การริเริ่ม การตัดสินใจและ การปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ และประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การถอดบทเรียนการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 256 คน เนื่องจากมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงลึกได้เหมาะสมเพียงพอที่จะอธิบายสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ของเหตุการณ์ที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

1. ทีมผู้วิจัย ที่จะทำหน้าที่ดำเนินกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) การจัดบันทึกขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม สรุปและวิเคราะห์เนื้อหาจากกระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งทีมผู้วิจัยจะต้องมีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์ มีการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์แก่ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้แนวทางการดำเนินการสนทนากลุ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. แนวคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

2.1 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

2.2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

2.3 ในฐานะที่ท่านเป็น อสม.ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ท่านได้รับการพัฒนา/อบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านหรือไม่อย่างไร

2.4 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) ในการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านอย่างไรบ้าง

2.5 ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริหารจัดการการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านประสบความสำเร็จ

2.6 ท่านคิดว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่าน

2.7 ในความคิดของท่าน ท่านคิดว่าการดำเนินงาน การการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่านใครควรจะมีส่วนร่วมบ้างและมีส่วนร่วมอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบ เครื่องมือ การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยทีมวิจัย สอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 คน นักวิชาการงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง 1 คน และพยาบาลประจำคลินิกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และทดลองถามกับกลุ่มตัวอย่าง

2.การตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น ตรวจสอบโดยผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นนั้นๆตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย การจัดระเบียบข้อมูล โดยการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดย 1) ตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล ตรวจสอบเวลา สถานที่ และบุคคล ยืนยันแหล่งที่มาของข้อมูลของแต่ละกลุ่มทำกระบวนการกลุ่ม พิจารณาว่าข้อมูลที่เก็บต่างเวลา ต่างสถานที่ และผู้ให้ข้อมูลต่างคนจะยังได้ข้อมูลเหมือนเดิมหรือไม่ 2) ตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบข้อมูลว่าผู้เก็บข้อมูล เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยรวม 3 คนแล้ว ข้อมูลที่ได้ควรตรงกัน และ 3) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการ เพื่อตรวจสอบยืนยันข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธีที่ต่างกัน เช่นวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เอกสาร แล้วได้ผลเหมือนเดิม จากนั้นเชื่อมโยง ระหว่างข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติการทำวิจัย การตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

2. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยไปยัง อสม. ในเขตพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. ดำเนินการตามกระบวนการวิจัย โดยจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยแบ่งเป็นกลุ่มๆละ 10-12 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน 12 คน กลุ่มแกนนำ 96 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 144 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน รวมทั้งสิ้น 256 คน โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และจดบันทึกด้วย และมีผู้ช่วยเหลือ (Assistant) ช่วยจดบันทึก พร้อมทั้งบันทึกเสียงตลอดการสนทนากลุ่มเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จริยธรรมเลขที่ 119/2565 เมื่อได้รับอนุญาตการดำเนินการวิจัย ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทั้งหมด ไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการถอดเทป การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้แบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆครั้ง กลั่นกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แยกประเภท ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน แล้วครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งไม่พบหมวดหมู่ข้อมูลใหม่

ผลการวิจัย

ผลการถอดบทเรียน ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศ ก็ยังเคยคิดกันว่ามัน ห่างไกลบ้านเรามาก แต่เริ่มรู้สึกกลัวกันเมื่อมันเริ่มมาระบาดที่จังหวัดลำปาง คือ อำเภองาว มีการปิดหมู่บ้านเพื่อสกัดเชื้อ ชาวบ้านในชุมชน เริ่มมีการพูดคุยกัน เริ่มต้นตัว ต้นตระหนก จนกระทั่งเมื่อมีประกาศให้ “อยู่บ้านหยุดเชื้อ” “หยุดเชื้อเพื่อชาติ” รัฐบาลประกาศให้ผู้คนกลับถิ่นฐานเดิม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เริ่มมีการตรวจสอบ สอดส่องในเขตรับผิดชอบของตนเองว่ามีคนที่มีมาจากต่างจังหวัด เข้ามาในพื้นที่หรือไม่ รวมทั้งให้ข้อมูลประชาชนช่วยกันสอดส่องดูแล คนต่างถิ่นที่เข้ามาในชุมชน กระทั่งมีข่าวในงานศพ บ้านหนองยาง และร้านสกาล่าตอนสิ้นปี 2563 ถึงต้นปี 2564 เริ่มมีการกักตัว จนมาถึงการจัดหาบ้านให้กักตัว ต่อมามีคนในชุมชน ในครอบครัวแออัดที่ติด ติดจากห่างจากการทำงาน แล้วติดต่อกัน 3-4 หลังคาเรือน และจากการ “หยุดเชื้อเพื่อชาติ” กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รวมตัวกัน ปลุกฝึกจนกระทั่งมีผู้ป่วยในชุมชน รวมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดอาสาปลุกฝึกแจกชาวบ้านที่กักตัว ติดเชื้อ จัดอาสาเยี่ยมเชิงรุกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ และเป็นกลุ่มผู้นำในการฉีดวัคซีนโควิด เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน รวมทั้งได้รับความรู้เพิ่มเติม ในการเพิ่มศักยภาพในการทำ swab เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขศรีหมวดเกล้า จึงได้จัดอบรม เพิ่มศักยภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมเพื่อหยุดการแพร่ระบาดในวงกว้าง รวมทั้งจัดระบบการส่งยาและอุปกรณ์แก่ผู้ติดเชื้อ อย่างเป็นระบบ มีการประสานงาน ทีม และเชิงรุก ดังตัวอย่าง:

“ตอนแรกเมื่อเริ่มมีข่าวคนติดเชื้อเจ็บป่วยทั่วประเทศ ก็ยังเคยคิดกันว่ามันห่างไกลบ้านเรามาก แต่เริ่มรู้สึกกลัวกันเมื่อเริ่มมาระบาด มีการปิดหมู่บ้านเพื่อสกัดเชื้อ ชาวบ้านในชุมชน ตื่นกลัว จนกระทั่งเมื่อมีประกาศให้ “อยู่บ้านหยุดเชื้อ”

“หยุดเชื้อเพื่อชาติ” ผู้คนกลับถิ่นฐานเดิม กลุ่มอสม.จนท.สื่อสารกันในช่องทางไลน์ แล้วเริ่มมีการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย/บ้านเขตรับผิดชอบ”

ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแกนนำชุมชน รู้สึกกลัว ต้นตระหนก เป็นห่วงคนอื่นมากกว่าตนเอง โดยเฉพาะประชาชนในเขตรับผิดชอบของเราเอง ไม่อยากให้ใครติดเชื้อ แต่ต้องป้องกันตัวเองให้ดี เพราะกลัวติด คนรอบข้าง แต่สะท้อนความภาคภูมิใจในจิตอาสาของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติการครั้งนี้ ซึ่งเป็นจุดแข็ง ทุกคนมีการประเมินการทำงานที่ของตัวเองในการเฝ้าระวัง 7-10 คะแนน ส่วนใหญ่คนในชุมชน รับเชื้อจากนอกหมู่บ้าน สำหรับด้านการประสานงาน ประชาสัมพันธ์และการบริการ รู้สึกได้ว่า รวดเร็ว

เข้าใจ เข้าถึงชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน เห็นจากความร่วมมือของประชาชนในชุมชนมีการแบ่งทุน ทำบุญ สาธารณะชุมชน ชุมชนให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือกันทุกกิจกรรม ช่วยได้ช่วย ช่วยไม่ได้ประสานงานหาคนช่วย และรู้สึกได้ว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นที่พึ่งของชุมชน ดังตัวอย่าง:

“เริ่มมีการพูดคุยกัน เริ่มต้นตัว กลุ่มอสม. เริ่มมีการตรวจสอบ สอดส่องในเขตรับผิดชอบของตนเองว่ามีคนที่มาจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่หรือไม่ และการตรวจสอบติดตามเชิงรุกถึงบ้านเพื่อควบคุม ป้องกัน ได้ทันเวลา รวมทั้งให้ข้อมูลประชาชนช่วยกันสอดส่องดูแล คนต่างถิ่นที่เข้ามาในชุมชน”

ประเด็นที่ 3 บทบาทการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 มีส่วนร่วมเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในชุมชน พบว่าการดำเนินการในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในลักษณะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลาดังนี้

ช่วงก่อนการระบาด มีการดำเนินการร่วมกับเครือข่ายภายในชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยดำเนินการตั้งแต่ปี 2563 เมื่อรัฐบาลมีประกาศให้ “อยู่บ้านหยุดเชื้อ” “หยุดเชื้อเพื่อชาติ” โดยมีการเตรียมการเฝ้าระวังดังนี้

1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนรองรับสถานการณ์และเฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยได้แบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น 11 กลุ่ม โดยประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงติดตาม ตรวจสอบร่วมกับทุกทีม ดังตัวอย่าง: *“มีการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับ อสม.ทุกคน ในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนรองรับ แบ่ง อสม. 11 ทีม โดยประธานกลุ่มลงสำรวจพื้นที่ทุกทีม”*

2) ทำงานเป็นทีม โดยเริ่มสำรวจพื้นที่ ในเขตรับผิดชอบของตนเอง เพื่อติดตามเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงเดินทางเข้ามาในพื้นที่ พบปัญหาว่า การลงติดตามเพียงลำพัง ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากประชาชน เช่น ไม่ให้เข้าตรวจสอบในบ้าน จึงพบว่าไม่ครอบคลุมในการสำรวจกลุ่มเสี่ยง จึงมีการปรับแผนนำวิเคราะห์แก้ปัญหา โดยลงเดินตอนเย็นทุกวันแบ่งกันเป็นทีม ทำหน้าที่เป็นทีมเวิร์ค ซึ่งประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือต่อมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและการดำเนินงานของ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นอย่างดี

3) ติดตามข่าวสารสถานการณ์การระบาด ตลอดระยะเวลา ๒ ปีที่ผ่านมาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศ ประชุมทีมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมความพร้อม พร้อมทั้ง กระตุ้น รณรงค์ และประชาสัมพันธ์กับประชาชน เชิญชวนฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19

4) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านทุกเดือน ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แก่คนในชุมชน สามารถสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ

ช่วงการระบาด กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้กลวิธี ควบคุมการระบาดอย่างหนัก เริ่มตั้งแต่สิ้นปี 2563 ถึงต้นปี เริ่มมีการ ค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง หรือบุคคลภายนอกที่เดินทางเข้ามาในชุมชน รวมทั้งติดตามสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ที่พักอาศัยในเขตเทศบาล (Home Quarantine) หรือโรงเรียนในเขตสถานที่ศูนย์พักคอย จนมาถึงการจัดหาบ้านให้กักตัวหรือการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ทางจังหวัดลำปาง นำโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน จึงเป็นที่มาของกิจกรรม “ลำปาง โมเดล เคาะถึงประตูบ้าน” โดยร่วมดำเนินการแบ่งเป็น 3 หน้าที่หลักๆที่ต้องดำเนินการร่วมไปพร้อมๆกันดังนี้

1) ปฏิบัติการบริการด้านหน้า อสม.ทำหน้าที่ออกปฏิบัติงาน เคาะประตูบ้าน ปฏิบัติงานประจำ จุดคัดกรองชุมชน เช่นงานบุญร่วมกับฝ่ายปกครอง มีการประเมินกลุ่มคน HI นำประวัติการเจ็บป่วย ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่. ร่วมกันในการดำเนินการเชิงรุก แล้วติดตามเยี่ยมตามความจำเป็นและความต้องการ ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านจนครบ 14 วัน เยี่ยมตรวจวัดอุณหภูมิ แจกอาหารและหน้ากากอนามัย แลกไลน์การทำงานยึดคคคของ อสม.ใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นที่พึ่งของประชาชน ประชาสัมพันธ์ ไม่ปิดบังข้อมูล ให้ความรู้ในการล้างมือ เว้นระยะห่าง เป็นต้น

2) ต้นทุนสนับสนุน มีสถานีสภาพชุมชน (มี 12 จุด มี วัสดุอุปกรณ์บริการ) ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติงานให้กับ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้าน มีกองทุนคลังสะพานบุญ เกิดจากการบริจาคทุนทรัพย์ในการดำเนินการ บริจาคอาหารแห้งเป็นกองทุนคลังสะพานบุญ ที่เป็นทุนต้นๆในการดูแล HI ของคนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือ ดูแลกลุ่ม HI มีครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านโควิด กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาปลูกผัก แจกอาหารฟรี 14 วัน

3) สื่อสารหลากหลายช่องทาง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่นักสืบชุมชน แจ้งข่าวสารให้รหัส.การลงข้อมูลทางไลน์ ในการประสานงาน และให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อ เช่น กลุ่มไลน์ชมรม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้าน/ตำบล มีการตั้งกลุ่มไลฟ์สด ในการตอบคำถามและการประชาสัมพันธ์. โดยมี กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คนรับหน้าที่ตอบคำถาม และต้องเตรียมหาข้อมูลให้พร้อมต่อสถานการณ์ตลอดเวลา มีการให้ข้อมูลตรง เสียงตามสาย ตลาดสด ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งช่วงมีและไม่มีผู้ติดเชื้อเพิ่ม เป็นต้น

4) ธรรมนูญป้องกันโควิด ในการดำเนินงานมีมาตรการควบคุม เฝ้าระวังและปฏิบัติชัดเจน แต่กรณีที่ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือตามมาตรการการกักตัว จะมีประชาชนใกล้เคียง ช่วยแจ้งข่าว หมออนามัยครอบครัวและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงติดตามบ้านเป้าหมายดำเนินการตักเตือน ร่วมกับผู้นำชุมชน เทศบาลเมืองเขลางค์นคร ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีห่มดเกล้า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ หากยังไม่ปฏิบัติตาม จะขอความร่วมมือระดับอำเภอต่อไป ประชาชนในชุมชน มองเห็นทีมทำงานอย่างเข้มข้น บริการถึงบ้าน บริการดี ประชาชนไว้วางใจ จึงให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการ

ช่วงผ่อนคลาย หลังจากที่รัฐบาลประกาศมาตรการผ่อนคลายเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังคง ปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวัง และคัดกรองบุคคลภายนอกที่เดินทางเข้ามาภายในชุมชนและยังคงเคร่งครัด ในมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ การกินอาหารปรุงสุก ใช้ช้อนส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า การรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และการคัดกรองโดยการตรวจวัด อุณหภูมิคนที่เข้าร่วมงานหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน และยึดถือเป็นภารกิจ/หน้าที่ของ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยไม่ต้องรอการประสานงานหรือการสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารจะได้รับข้อมูลแจ้งจาก ศูนย์บริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากพบคนในพื้นที่ติดเชื้อ จะโทรแจ้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตรับผิดชอบหรือทางไลน์ ประสานงาน ติดต่อศูนย์ให้เบอร์โทรศูนย์ แจ้งญาติไปรับยาแทน จากนั้นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมตามมาตรการ จนครบ 14 วัน

ประเด็นที่ 4 การได้รับการพัฒนา/อบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแกนนำชุมชน ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ในชุมชนนั้นพบว่า ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่ประชาชนในชุมชน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารออนไลน์ Facebook Live ในหมู่บ้าน เพื่อตอบคำถามประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งจะมี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า ร่วมให้ความรู้กับประชาชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนได้รับความรู้การพัฒนา/อบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จาก เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตลอดเวลา ข้อมูลสถานการณ์การระบาด Update ตลอดเวลา กรณีเร่งด่วน ใช้ ช่องทาง group Line ดังตัวอย่าง

“มีการรวมกลุ่มสม.จิตอาสาปลูกผักแจกชาวบ้านที่กักตัว ติดเชื้อ จิตอาสาเยี่ยม เชิงรุกเคาะประตูบ้าน เริ่มมีการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย/ Facebook Live ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ และเป็นกลุ่มผู้นำในการฉีดวัคซีนโควิด เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน รวมทั้งได้รับความรู้เพิ่มเติม ในการเพิ่มศักยภาพในการทำ swab แก่สม.ในการป้องกันควบคุมเพื่อหยุดการแพร่ระบาดในวงกว้าง รวมทั้งจัดระบบการส่งยาและอุปกรณ์แก่ผู้ติดเชื้อ อย่างเป็นระบบ”

ประเด็นที่ 5. ปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนประสบความสำเร็จดังนี้

ปัจจัยภายใน คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้มแข็ง ทำงานมุ่งมั่น จริงใจ ความเป็นมิตร ทำงานลงพื้นที่ ไม่มีวันหยุด กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำตัวเป็นน้ำครึ่งแก้ว คือพร้อมที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมความรู้ ประสบการณ์ ที่สามารถนำมาใช้ในการทำงานพื้นที่ได้อย่างเต็มความสามารถได้ตลอดเวลา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนร่วมแรงร่วมใจ ทำงานด้วยจิตบริการ ลงตรวจสอบจริง ทำงานเป็นทีม สร้างความเชื่อมั่น ในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง ให้ความรู้แก่ชาวบ้านต่อเนื่อง

มีประธานชุมชนมีภาวะผู้นำและเป็นนักประชาสัมพันธ์ กระบวนการ เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว เช่นเป็นผู้นำการฉีดวัคซีนเป็นตัวอย่างว่าไม่มีอันตรายต่อชีวิต

ทีมพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ที่นำประกาศนโยบายหมู่บ้านที่เข้มแข็ง (อย่าให้ได้ปิดหมู่บ้าน) คอยเสริมแรง ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ มีคุณภาพ ลงเชิงรุกในพื้นที่ด้วยกัน การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรค อย่างเคร่งครัดและสามารถถ่ายทอดลงสู่ระดับชุมชนโดยมองเป็นจุดแข็ง

ปัจจัยภายนอก คือ ภาครัฐเครือข่ายนอกชุมชน ได้แก่ ห้างร้านเอกชนต่างๆ เครือข่ายนอกหมู่บ้าน ศูนย์การช่วยเหลือต่างๆนอกหมู่บ้าน ที่นำปัจจัย ข้าวของจำเป็นมาบริจาค ที่ส่งเสริมการดำเนินงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ การมีภาคีเครือข่ายเข้มแข็งนอกชุมชน ที่หลากหลาย สหสาขา ทั้งหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปัจจัยด้านวัตถุ เช่นการช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ของเยี่ยมจำเป็น อาหาร พุนทรัพย์ในการดำเนินการ กิจกรรมควบคุมโรค ปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่นการส่งเสริม ให้กำลังใจ การอบรมพัฒนาเพิ่มเติม การรับข้อมูลข่าวสารที่ทันเวลา ในการควบคุม การสื่อสารและการประสานงานที่รวมเร็วมีประสิทธิภาพ

กระบวนการ คือ มีกระบวนการการทำงานเป็นทีม การประสานงานที่มีทิศทางเดียวกัน มีวิธีการประสานความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ ก่อนดำเนินการทุกขั้นตอนมีการประชุม วิเคราะห์ปัญหา ก่อนวางแผน อย่างเป็นขั้นตอน ประกอบกับการมีวิสัยทัศน์ของพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ทำงานแบบ “สอนหาปลา ไม่แจกปลา” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานแบบจิตอาสาช่วยได้ช่วย ช่วยไม่ได้ประสานงานหาคนช่วย ด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในทุกชุมชน จึงทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำเร็จและมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ไม่พบการระบาดของโรคยาวนานในแต่ละชุมชน การช่วยเหลือและสนับสนุนในการบริหารจัดการ

ผู้ป่วยโควิดแบบการกักตัวแยกที่บ้าน (Home isolation) การบริหารจัดการในการสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างการกักตัวแยกที่บ้าน

ขั้นตอนการทำงานและการประสานงานในชุมชน มีวิธีการประสานความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพดังนี้

1. เมื่อมีคนติดเชื้อโรคโควิด-19 คือเมื่อประชาชนในชุมชน ตรวจพบบุคคลที่สงสัยและเข้าข่ายโรคโควิด-19 ในชุมชน ประชาชนดังกล่าวจะแจ้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตชุมชนของตนเอง เพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขเบื้องต้น

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตที่พบผู้ติดเชื้อ รายงานผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ เพื่อแจ้งข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหวมดเกล้า เพื่อรับการรักษาระดับปฐมภูมิ เช่นการติดตามอาการผิดปกติ ภาวะไข้ อาการทั่วไป และเพื่อการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน

3. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เกินศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขฯ ในพื้นที่ จะมีการส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลลำปางต่อไป

4. กรณีผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ (High Risk: HR) ต้องได้รับการกักตัวตามมาตรการของกรมควบคุมโรคตามระยะเวลาที่กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคน /อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตรับผิดชอบที่มีผู้ติดเชื้อจะได้รับแจ้งจากศูนย์บริการสาธารณสุข ทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์ จากนั้นทีมลงพื้นที่ถึงบ้านผู้ติดเชื้อ ให้คำแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้นทันที สอบสวนคัดกรองระบาด กักบริเวณหรือประสานงานเพื่อส่งตัวรักษาต่อ ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ตรวจ Swab แจกอุปกรณ์ในการป้องกัน ให้ข้อมูลความรู้ในการรักษาป้องกันตนเอง

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ทำหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ในแต่ละหมู่บ้านประกาศเสียงตามสาย/line /Facebook ให้ความรู้ข่าวสารการป้องกันการปฏิบัติตัววิธีใหม่ ลดความตื่นตระหนกในชุมชน และมีการตรวจเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง สอบถามอาการทางโทรศัพท์ ทางไลน์ ในเขตรับผิดชอบของสม.

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกรรมการฝ่ายบริหารจัดการเรื่องการส่งอาหาร และส่งยา/เวชภัณฑ์ ที่จำเป็น ให้แก่ผู้ติดเชื้อ จนสามารถยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคได้ ในด้านการดำเนินการช่วยเหลือเคาะประตูบ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สื่อสารกันในช่องทางไลน์ มีกลุ่มจิตอาสาปลูกผักในชุมชน ร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาปลูกผักแจกชาวบ้านที่กักตัวและติดเชื้อ

7. มีการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย ตลาดสด ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งช่วงมีและไม่มีระบาด /บ้านเขตรับผิดชอบ ให้ข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัว ตามวิธีใหม่/ แก่ทุกครัวเรือน มีการตั้ง group line เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารและการตรวจสอบติดตามเชิงรุกถึงบ้านเพื่อควบคุม ป้องกัน ได้ทันเวลา กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้รวมตัวกัน ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ และเป็นกลุ่มผู้นำในการฉีดวัคซีนโควิดเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน

8. มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ เพื่อตรวจสอบติดตามเชิงรุกถึงบ้านเพื่อควบคุม ป้องกัน ได้ทันเวลา รวมทั้งให้ข้อมูลประชาชนช่วยกันสอดส่องดูแล คนต่างถิ่นที่เข้ามาในชุมชน และจากการ หยุดเชื้อเพื่อชาติกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำรวจ ติดต่อเทศบาลประชาสัมพันธ์คนในหมู่บ้านช่วยกัน เช่นการร่วมบริจาค/ส่งอาหาร ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย แจ้งผู้นำชุมชน หมออนามัยครอบครัวออกเยี่ยมบ้าน ด้วยรถพ่วง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวต่างๆ มีการประเมินผู้ติดเชื้อกลุ่มที่แยกกักตัว ลงชุมชน เยี่ยมบ้านจนกระทั่งหายป่วย มีสถานีสภาพชุมชน 12 จุด มีอุปกรณ์บริการ ที่มีความพร้อมบริการดี ประชาชนไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ

9. มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ที่ต้องบริหารจัดการตัวเอง ครอบครัว บริหารเวลา แบ่งงานแบ่งหน้าที่รับผิดชอบจัดบริการงานสาธารณะ เพื่อส่วนรวม มีการประชุมปรึกษาหารือกันทุกเรื่อง

10. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน โดยเริ่มมีการตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์ สอดส่องในเขตรับผิดชอบของตนเองว่ามีคนที่มีมาจากต่างจังหวัดเข้ามาในพื้นที่หรือไม่

11. การได้รับความรู้เพิ่มเติม การเพิ่มศักยภาพในการทำ swab เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้จัดอบรม เพิ่มศักยภาพแก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมเพื่อหยุดการแพร่ระบาดในวงกว้าง รวมทั้งจัดระบบการส่งยาและอุปกรณ์แก่ผู้ติดเชื้อ อย่างเป็นระบบ มีการประสานงาน ทีม และเชิงรุก รับ/ส่งข้อมูลทางไลน์ และมีการประชุมกันตลอดกับเจ้าหน้าที่ทุกเดือน ประชุมด่วนบ่อยครั้ง (ศูนย์รับเรื่อง แจ้งทางไลน์กลุ่ม แต่ละหมู่บ้าน ประชุมทุกเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสัมผัส เชื่อมประสานข้อมูลต่อ)

ประเด็นที่ 6 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนได้แก่ การสื่อสาร บางครั้งไม่ตรงกัน ประชาชนบางกลุ่ม ไม่ให้ข้อมูลความจริง จากกลัวการถูกแบ่งแยก ต้องกักตัว เสียเวลาในการทำมาหากิน ส่งผลต่อการควบคุมการระบาด การเข้าถึงประชาชนบางกลุ่ม เช่นกรณีเป็นคนนอกหมู่บ้านมาอาศัย ทำให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร ไม่ปฏิบัติตามมาตรการของกรมควบคุมโรคของบุคคลนอกพื้นที่ ประกอบกับช่วงของ มาตรการการผ่อนปรนของกรมควบคุมโรค จึงทำให้มีอัตราการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่ ยังคงมีอยู่เป็นระยะ จำนวนบุคลากรลดลง คือ ในช่วงของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้มีจำนวน บุคลากรในหน่วยงาน ศูนย์บริการสาธารณสุขลดลง ส่งผลให้เกิดภาระงานที่มากขึ้นสำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานต่อไป

มาตรการการดำเนินการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคน ร่วมกับเทศบาลเมืองเขลางค์นคร ศูนย์บริการสาธารณสุข และหลายหน่วยงาน ในพื้นที่บ้านศรีหมวดเกล้า นำประวัติการเจ็บป่วยผู้ติดเชื้อที่ต้องรักษาควบคุมอาการ ประสานงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการกำกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันในการดำเนินการเชิงรุก กรณีที่เฝ้าระวัง ประชาชนไม่ทำตามหมอนอนามัยครอบครัว แจ้งให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /ตักเตือน/ขอความร่วมมือระดับอำเภอ กรณีผู้ติดเชื้อไม่ทำตามมาตรการการกักตัว จะมีประชาชน ช่วยแจ้งข่าว และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงติดตามบ้านเป้าหมาย ทำธรรมเนียมป้องกันโควิด และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกครั้งโดย เคาะประตูแจกตามบ้าน ดังตัวอย่าง: “กรณีที่ประชาชน ไม่ให้ความร่วมมือ ดำเนินการ ร่วมกับเทศบาลเขลางค์ ศบส และหลายหน่วยงาน ในพื้นที่ ตักเตือนและขอความร่วมมือระดับอำเภอ หากยังไม่ทำตาม ต้องรับผิดชอบเอง และประชาสัมพันธ์ กฎ กติกาที่ต้องปฏิบัติร่วมกันเป็น ธรรมเนียมป้องกันโควิด ให้ชาวบ้านทุกครั้ง”

ประเด็นที่ 7 การดำเนินงาน การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน ผู้ที่มีส่วนร่วมประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ วัดและพระสงฆ์, กลุ่ม LA 21 เทศบาลเมืองเขลางค์นคร, หน่วยกู้ภัยอัมรินทร์, โรงเรียนในเขตพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า (สถานที่ศูนย์พักคอย) มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, เครือข่ายเยาวชนทุกคน, กลุ่มแม่บ้าน/กลุ่มพัฒนาสตรีทุกชุมชน, กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขลางค์นคร, กษัตริย์จังหวัดลำปาง, ชมรมผู้สูงอายุ, ร้านค้า/ร้านอาหารในชุมชน บริจาคข้าวกล่องสำหรับผู้ที่ยากไร้, พมจ.ลำปาง, ประธานชุมชนและกรรมการชุมชน ทุกชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ

สาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข-อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคน, ผู้นำชุมชน, กลุ่มแม่บ้าน, ร้านค้าชุมชน, เครือข่ายทุกกลุ่มในชุมชน, กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขลางค์นคร วัดประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงเรียนในเขตรับผิดชอบ และเนื่องจากทุกชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับประสบการณ์การรับมือโรคระบาดในชุมชน โดยมีภาคีเครือข่ายของทุกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกัน จึงทำให้ชุมชนเข้มแข็ง สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาและจัดการรับมือโรคระบาดในชุมชนได้อย่างยั่งยืน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนทำงานชุมชน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ประกอบกับความพร้อมของบุคลากร ทีมงานทุกภาคส่วนในการดำเนินการ การประสานงานที่มีคุณภาพ 2 ทาง รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องสื่อสารต่างๆ รวมถึงแบบฟอร์มการลงข้อมูลการจัดเก็บข้อมูล มีมาตรการในการดำเนินการควบคุมป้องกันที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ชาวบ้านในช่องทางต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่าง:

“เมื่อมีการตรวจพบบุคคลที่สงสัยและเข้าข่ายโรคโควิด-19 ในชุมชน ประชาชนดังกล่าวจะต้องแจ้ง อสม. ในชุมชนของตนเอง เพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขเบื้องต้น เช่นการติดตามอาการ ภาวะไข้ อาการทั่วไป พร้อมทั้งมีการรายงานผ่านระบบสื่อสารออนไลน์ และมีเครือข่ายทั้งในชุมชนและภายนอกชุมชนในการช่วยสอดส่อง เป็นหูเป็นตา ช่วยบริหารจัดการเรื่องการส่งอาหาร ส่งยา/เวชภัณฑ์ ที่จำเป็น จนสามารถยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคได้”

อภิปรายผล

การถอดบทเรียนความสำเร็จการบริหารจัดการ การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (focus group) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแกนนำ ผู้นำชุมชน และทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 256 คน ดังนี้

ประเด็นที่ 1. สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของชุมชนในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาแม้หลายพื้นที่จะมีการระบาด แต่ชุมชนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำไปสู่ความสำเร็จการบริหารจัดการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จุดเริ่มต้นคือ การร่วมรับรู้ต่อสถานการณ์โควิด 19 ในชุมชน ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับ Nawsuwan, Singweratham & Damsangsawas (2020). ที่ศึกษาสถานการณ์ การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ตั้งแต่ต้นปี 2563 ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยทุกพื้นที่ชุมชน มีการดำเนินการรับมือการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกระดับ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ได้ร่วมมือเป็นปรกาด่านหน้าที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง มุ่งมั่น และเสียสละ ร่วมมือเคียงคู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทำให้ชุมชน สามารถควบคุมสถานการณ์ การเกิดโรคได้ดีเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศในโลก จนเป็นที่ยอมรับและได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลก และทำให้ทั่วโลกรู้จักอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 2. ความรู้สึกกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา รู้สึกสำนึกในถิ่นเกิด เกิดความภาคภูมิใจ ในการทำงานอย่างเข้มแข็ง เป็นตัวอย่างในการปฏิบัติตัวที่ดี เสียสละ มีจิตบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirilak (2020). ที่ศึกษาประสบการณ์การตอบสนองต่อการแพร่ระบาด

ของโรคโควิด 19 ผลการศึกษาพบว่า คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ได้ร่วมมือเป็นปราชญ์ด้านหน้าที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง มุ่งมั่น และเสียสละ ร่วมมือเคียงคู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทำให้ชุมชนสามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดไว้ได้

ประเด็นที่ 3. บทบาทการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 การทำบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มศักยภาพ ตั้งแต่กระบวนการคิด ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนรองรับสถานการณ์ ลงมือปฏิบัติการเชิงรุก บริการด้านหน้า เคาะประตูบ้าน บริการต่อเนื่องทุกช่วงของสถานการณ์ เพื่อชุมชน ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับธรรมนูญป้องกันโควิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nawamawat, Sittisart, Lekphet & Thianthawon (2021) ที่ศึกษาการใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ โดยชุมชนได้พัฒนาเป็น แอปพลิเคชันชื่อ “EpiScanCovid 19” ในพื้นที่และกำกับติดตามการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ อสม. และชุมชน สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อ/ผู้สัมผัสเชื้ออย่างรวดเร็วและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ได้ ชุมชนตื่นรู้สถานการณ์ความเสี่ยงในพื้นที่และวางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

ประเด็นที่ 4. การได้รับการพัฒนา/อบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน จากการดำเนินการ จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานเชิงรุก ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่สอดคล้องกับ Cameron, Johnson, Willis, Lloyd & Smith (2020) ที่ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ 3 พื้นที่ของภูมิภาคตะวันตกเฉียงใต้ประเทศอังกฤษ ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนและจัดหาทรัพยากรอย่างเหมาะสม และยังยืนยันถึงความสำคัญของอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมและการสนับสนุนที่เหมาะสมมีผลต่อการดำเนินงานช่วยเหลือประชาชนของอาสาสมัครอย่างแท้จริง

ประเด็นที่ 5. ปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนประสบความสำเร็จ ปัจจัยภายใน ด้านตัวบุคคล ที่มุ่งมั่น พยายาม เสียสละ จิตสาธารณะ ไม่หวังผลตอบแทน มีภาวะผู้นำ และเป็นตัวอย่างด้านพฤติกรรมในการป้องกันที่ดี ปัจจัยภายนอก มีต้นทุน เครือข่ายสนับสนุนทั้งในและนอกชุมชน และมีกระบวนการ มีการบริหารจัดการและดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ทำงานเป็นทีม เชิงรุก ยั่งยืนและมีความต่อเนื่อง ใช้กระบวนการสื่อสารที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ มีมาตรการธรรมนูญโควิด แนวปฏิบัติที่ชัดเจนรวมถึงการมีกลยุทธ์ที่เข้าถึงประชาชนในชุมชน ให้ร่วมมือกันปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้อย่างเป็นรูปธรรม มีการประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ก่อนดำเนินการทุกขั้นตอนมีการประชุม วิเคราะห์ปัญหา ก่อนวางแผน สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonpal (2021). ที่ศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ดังที่ Nawsuwan, Singweratham & Damsangsawas (2020) กล่าวว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ได้แก่ การกินร้อน ช้อนส่วนตัว การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือที่ถูกวิธี การเว้นระยะห่างทางสังคม และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมในสถานที่แออัด เป็นพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ที่บุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกระดับควรปฏิบัติ

ประเด็นที่ 6. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน จะพบได้ว่าอุปสรรคต่อการบริหารการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งในด้านการสื่อสารและจำนวนบุคลากรที่ลดลง แต่ยังสามารถดำเนินการประชุมปรับแผนกลยุทธ์และควบคุมกำกับเน้นมาตรการ ร่วมกับการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนเห็นถึงการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ดำเนินการทำงานเป็นทีม มีจิตอาสา มุ่งมั่นเสียสละ

ประเด็นที่ 7. ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน จากการดำเนินการ พบว่าภาคีเครือข่าย ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน สะท้อนการประสานความร่วมมือ ทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ให้เกิดสำนึกรักถิ่นเกิด ชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกันพัฒนาชุมชนให้ปลอดโควิด สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และมวลชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้สำเร็จต่อเนื่อง พร้อมพัฒนาสู่ชุมชนเข้มแข็งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการการควบคุมป้องกันปัญหาโรคอุบัติวิฤติอื่น ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

2.สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพบุคคล และการกำหนดนโยบายด้านงบประมาณวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาด้านสวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไปอย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ทักษะที่สำคัญต่างๆ นำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการเป็นต้นแบบและผู้นำด้านสุขภาพให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

2.การศึกษาการส่งเสริมหรือสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ที่เป็นพี่เลี้ยงทั้งในด้านวิชาการ สนับสนุนด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆในการดำเนินการ รวมถึงสนับสนุนการใช้สื่อเทคโนโลยีที่รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ต่างๆและเข้ากับบริบทพื้นที่

3.ศึกษาในระดับผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่ด้านนโยบายทางภาครัฐ กฎระเบียบและมาตรการ ที่ชัดเจน รวมถึงการสนับสนุนด้านงบประมาณ สวัสดิการ การสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งถึงต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Boonpal P., (2021). *The Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Villages along the Thai-Myanmar Border of Village Health Volunteers (VHVs) and Migrant Health Volunteers (MHVs) in Tha Song Yang District, Tak Province*. Retrieved 17 November 2022 from: [http://203.157.71.172/academic/web/files/2021/research_\(In_Thai\)](http://203.157.71.172/academic/web/files/2021/research_(In_Thai))

- Cameron, A. M., Johnson, E. K., Willis, P. B., Lloyd, L. E., & Smith, R. C. (2020). Exploring the role of volunteers in social care for older adults. *Quality in Ageing and Older Adults*. 21 (2) 129-139.
- Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. (2020). *Factors that influence whether healthcare workers follow infection prevention and control guidelines for respiratory infectious diseases*. Retrieved 10 October 2022 from: <https://www.evidence4health.org/publications-multimedia/podcast-factors-that-influence-whether-healthcare-workers-follow-infection>.
- Lampang Provincial Public Health Office. (2021). Official Statistics Registration System. Lampang: Lampang Provincial Public Health Office. (In Thai)
- Miao Q, Schwarz S, Schwarz G. (2021). Responding to COVID-19: Community volunteerism and coproduction in China. *World Development*. Elsevier, 137(C). doi: 10.1016/j.worlddev.2020.105128
- Miao, Qing & Schwarz, Susan & Schwarz, Gary, 2021. "Responding to COVID-19: Community volunteerism and coproduction in China," *World Development*, Ministry of Public Health. (2022). *Surveillance of COVID-19 in the community*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Nawsuwan, K., Singweratham, N. & Damsangsawas, N. (2020). Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 14(2), 92-103. (In Thai)
- Nawamawat, J., Sittisart, V. Lekphet, K., & Thianthawon, P. (2021). The village health volunteers (VHVs) and community participation for prevention and surveillance of Covid-19 infection by using the geographic information system (GIS). Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (In Thai)
- Sirilak S., (2020). *Experience of Thailand's response to the COVID-19 epidemic*. Bangkok: The Veterans Relief Organization under the Royal Patronage of His Majesty the King. (In Thai)
- Tejativaddhana, P., Suriyawongpaisal, W., Kasemsup, V., & Suksaroj, T. (2020). The Roles of Village Health Volunteers: COVID-19 Prevention and Control in Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(3), 18-22. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i3.477> (In Thai)
- World Health Organization. Coronavirus. Retrieved 30 April 2022 from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
- Wonhsuwan N., (2017.) *The Participative Management*. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (In Thai)

Model of Integrated Primary Care System Management Based on People-Centered Approach

Nutthaporn Panchakhan^{1*}, Yongyuth Kaewtem^{*}

(Received: August 10, 2023, Revised: August 10, 2023, Accepted: September 2, 2023)

Abstract

This mixed-method research purposed to propose a suitable integrated primary healthcare system management model that was grounded in a people-centered approach. The participants consisted of 212 patients with chronic disease within the primary care cluster. Data was procured through the administration of questionnaires and the facilitation of group discussions among 61 professionals. Qualitative data was analyzed using descriptive and inferential statistics to examine the structural equation modeling with Smart PLS Graph 4.0, while qualitative data was analyzed through systematic content analysis.

The level of opinions among chronic disease patients who visit family medicine clinics was remarkably high regarding health factors and treatment goals (Mean = 3.95, SD = .80 Mean = 3.73, SD = .97). In contrast, the factors related to treatment plans, self-care behaviors, and treatment outcomes were of a moderate (Mean = 3.40, SD = 1.18, Mean = 3.04, SD = .80 Mean = 3.03, SD = .95) The structured primary healthcare system, with an emphasis on the populace as the central focus, exhibits patient self-care behaviors as a mediating element that influences therapeutic outcomes. Health factors and treatment goals were crucial initial considerations that significantly impact treatment outcomes. The personal at family medicine clinics establish service systems that prioritize patient needs, encourage patient involvement in devising their healthcare plans, and involve families in setting care goals to ensure the continuity and efficacy of care and enable individuals to engage in self-care that is appropriate to their circumstances.

Keywords: Primary Care System; People-Centered Approach; Patients with Chronic Diseases; Primary Care Cluster

^{*}Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: muinuttha16@gmail.com Tel: 084-0429463



รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจันธ^{1*}, ยงยุทธ แก้วเต็ม*

(วันรับบทความ: 10 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ: 10 สิงหาคม 2566., วันตอบรับบทความ: 2 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 212 คน ในคลินิกหมอครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 61 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา และ สถิติอนุมานการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม Smart PLS 4.0 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัวในเรื่องปัจจัยสุขภาพ เป้าหมายการรักษา อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, SD = .80 และ Mean = 3.73, SD = .97) ส่วนปัจจัยในเรื่องแผนการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40, SD = 1.18, Mean = 3.04 SD = .80, Mean = 3.03, SD = 0.95) ตามลำดับ โดยรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ ปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นตัวแปรคั่นกลางของความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยมีปัจจัยสุขภาพและการมีเป้าหมายการรักษาเป็นปัจจัยเริ่มต้นสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยบุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวควรมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; ประชาชนเป็นศูนย์กลาง; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; คลินิกหมอครอบครัว

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: muinuttha16@gmail.com Tel: 084-0429463

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศทั่วโลกต้องการเพิ่มสถานะสุขภาพของคนในประเทศของตนให้ดีขึ้น ทั้ง ๆ ที่ทรัพยากรมีเท่าเดิมหรือลดลงกว่าเดิม มีหลายประเทศพยายามสร้างระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่เพื่อให้บริการด้านสุขภาพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งไม่ยากที่จะสร้างระบบสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้ เพราะการที่แต่ละประเทศมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตลอดจนโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นทำให้การรักษาต้องใช้ต้นทุนที่สูงขึ้น ทำให้ความคาดหวังของประชาชนต่อระบบสุขภาพเพิ่มสูงมากขึ้นตามมา (Alberta Health service, 2012) จากบริบทที่เปลี่ยนแปลงนำมาสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยหลักการใช้ชุมชนเป็นฐาน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน ให้บริการด้านหน้าในการดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยในปี พ.ศ.2559 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะขยายหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมทั่วประเทศ อีกทั้งรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 (Office of the Constitutional Court, 2017) ได้กำหนดว่าให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine doctor, FM) ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยกำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลักในการขับเคลื่อนระบบ โดยมีหลักการสำคัญ คือการนำจุดแข็งที่ว่า “บริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน” ของระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมุ่งเน้นให้ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิผล รวมถึงบูรณาการระบบบริการในระดับต่างๆ ไปพร้อมกับสร้างระบบการบริหารจัดการให้เป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้เข้ากับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” ทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้ดี ส่งผลต่อการลดภาระโรค พร้อมกับการเพิ่มสุขภาวะ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้อย่างเต็มศักยภาพ (Ministry of Public Health, 2016) อีกทั้งพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน การมีกองทุนตำบล และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งจะเป็นกลไกการจัดการปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอที่มีการตราเป็นกฎกระทรวง มหาดไทยเพื่อให้ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) โดยมีกลไกการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็น 2 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) พบว่า ในปี 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 5.2 ล้านคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13.2 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.8 และร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย โดยในปี 2564 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด สาเหตุของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน ภาวะเครียด การทำงานหนัก สภาพแวดล้อมที่ไม่ดี โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุม

น้ำหนัก เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมความเครียด ตรวจสุขภาพเป็นประจำ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถรักษาได้ด้วยยา แต่การรักษาที่ดีที่สุดคือการควบคุมโรคด้วยตนเอง

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยได้ดำเนินการมาตรการต่างๆ เช่น ส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพประจำปี เลิกสูบบุหรี่ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนใหม่ๆ เพื่อใช้ในการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย ประชาชนทุกคนควรร่วมมือกันป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) จากข้อมูลต่างๆ แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังเป็นภาระโรคสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น การวิจัยนี้จึงใช้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคที่เป็นตัวแทนสะท้อนคุณภาพการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Srithamrongsawat, Suriyawongpaisan, Sornsriwichai, Labbenjakul & Sriyakul, 2020) โดยให้หน่วยบริการนำร่องปรับรูปแบบการจัดบริการ ตามองค์ประกอบ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายตามความเสี่ยงโดยเน้น กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (pre DM/ pre HT) และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled) ให้มีชื่อแพทย์และทีมสุขภาพประจำครอบครัวโดยให้กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวได้มีส่วนร่วม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การส่งเคราะห์และคืนข้อมูลที่เป็นในการดูแลตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนวัตกรรมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการดูแลตนเอง รายบุคคล/ครอบครัว นำมาซึ่งการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา โดยหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ อาทิ เช่น ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา ตามที่ Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019) พบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khumkaew (2023) และ Kerdmongkol, Amnatsatsue & Rattanasoungthum (2017) ส่วน Sukkawaspong (2019) พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย HT มีค่าความดันโลหิต Systolic BP ลดลง และการศึกษาของ Kosonjit & Noimuenwa (2017) และการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีการพัฒนาผู้จัดการดูแลและระบบการจัดการเพื่อให้เกิดผู้ประสานงานการดูแล (care coordinator) รวมถึงการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบล อีกทั้งการจัดระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการจัดการเชื่อมโยงประสานระหว่างเครือข่าย บริการปฐมภูมิหรือคลินิกหมอครอบครัวกับโรงพยาบาล ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการจัดการปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จังหวัดเชียงใหม่ ในพื้นที่อำเภอสารภี ได้ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์สาธารณสุข และจัดบริการปฐมภูมิให้กับประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว 3 ทีม จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine: FM) ประจำแห่งละ 1 คน รับผิดชอบประชากร 13 ตำบล 106 หมู่บ้าน 30,626 หลังคาเรือน ประชากร 81,182 คน ทีมหมอครอบครัวดำเนินงานโดยสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสารภีและทีมบุคลากรจาก PCC ให้บริการภาคเช้า ด้านการรักษาพยาบาล ส่วนภาคบ่ายจะลงพื้นที่เพื่อไปดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันโรค ทั้งที่เป็นงานปกติตามกลุ่มวัย งานเชิงนโยบาย รวมทั้งงานด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรในหน่วยงานปกครองส่วน

ท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานที่เป็นปัญหาในพื้นที่ คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 อันดับแรกคือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยมองว่าการจัดตั้ง PCC ช่วยให้งานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคดีขึ้น ด้านการดำเนินงานโรคเรื้อรังของอำเภอสารภีมีผู้จัดการดูแล (Care manager: CM) และผู้ดูแล (Caregiver: CG) ครอบคลุมพื้นที่ ตลอดจนมีการดำเนินงานตามกลุ่มวัยและการคัดกรองต่างๆ เชิงรุกในชุมชน ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการลงไปปฏิบัติงานตามเวลาของประชาชน นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อและการให้คำปรึกษา (Consult) ผ่านการใช้ไลน์ หรือโทรศัพท์ และมีกรรมการในแต่ละงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับรพ.สต. ซึ่งจะมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการประสานกับ อปท. โดยงานคลินิกหมอครอบครัวได้มองเห็นความสำคัญเรื่อง ปัจจัยสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการในคลินิกหมอครอบครัว การจัดทำแผนการรักษาเกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยมีการกำหนดเป้าหมายการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผู้รับบริการมีการปฏิบัติตนที่ดีและมีผลการรักษาที่ดีตามมา (Saraphi Provincial Health Office, 2020)

จากการที่คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีการดำเนินงานโดยอาศัยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา การปฏิบัติตน เป้าหมายการรักษา ผลของการรักษา แต่ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนและการมีรูปแบบในการให้บริการที่เป็นภาพรวมของคลินิกหมอครอบครัว อีกทั้งการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เคยมีการสรุปในภาพรวมของการดำเนินงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษานั้นมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกหมอครอบครัว และรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมนั้นควรเป็นอย่างไรเพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านงานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 (H1): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา
- สมมติฐานที่ 2 (H2): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา
- สมมติฐานที่ 3 (H3): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 4 (H4): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 5 (H5): เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน
- สมมติฐานที่ 6 (H6): การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 7 (H7): ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 8 (H8): แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา
- สมมติฐานที่ 9 (H9): เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา

นิยามศัพท์

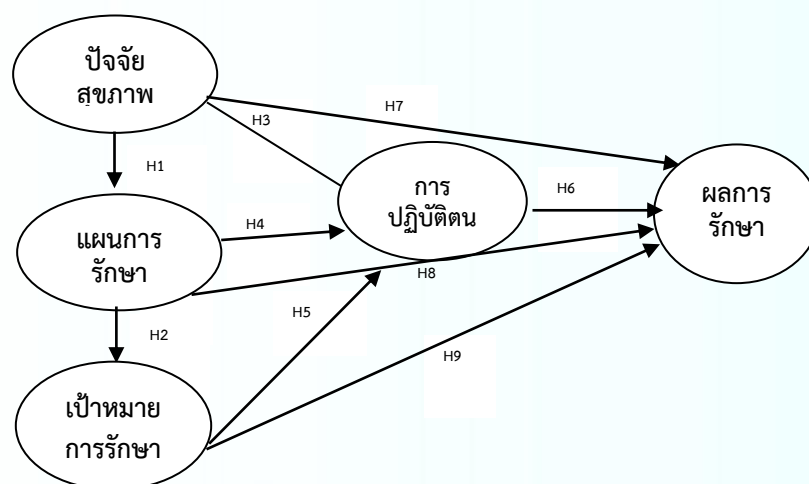
คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เรียกว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 Cluster

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ (integrated care) หมายถึง การจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมโยงภายในระบบบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute care) การดูแลรักษาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Primary care) และระบบบริการด้านสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลรักษาในระยะยาว (Long-term care) ระบบการศึกษา ระบบการสร้างอาชีพ ระบบที่อยู่อาศัย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

การบริการสุขภาพโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered care) หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดในการจัดระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการตรวจรักษา หรือมุ่งเน้นการดูแลรักษาความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการโรคของผู้ป่วยโดยพิจารณาโรคร่วมของผู้ป่วย ในการวิจัยนี้ดูเรื่องปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังและมุ่งเน้นการจัดการกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระยะยาว (Starfield, 2011)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง บุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปี หรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดต่อ (Non-infectious disease) เป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method design) ประกอบด้วย โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยมาตรวัดตัวแปรทุกตัวตามกรอบแนวคิด และระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

จำนวน 61 คน โดยนำผลการศึกษาเชิงคุณภาพมาสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณใน ระยะที่ 1 โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เสริมและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในเชิงอธิบายเป็นลำดับ (The explanatory sequential design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ที่มีภูมิลำเนาและขึ้นทะเบียนรับบริการกับสถานพยาบาลในพื้นที่อำเภอสารภี จำนวน 33,533 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาและขึ้นทะเบียนรับบริการเป็นประจำกับศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสารภี โรงพยาบาลสารภี และ PCC หนองยางตอนแฝก สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร โดยการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีค่าสูงเพียงพอมีความน่าเชื่อถือ จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Comrey and Lee, 1992) คือ จำนวน 200 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 212 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสารภีหรือคลินิกหมอครอบครัวหนองยางตอนแฝก 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย 4) มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลสารภี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมครบทุกขั้นตอนจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เชิงปริมาณ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการที่ผู้ป่วยรับบริการ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาบริการครั้งล่าสุด ผลการดูแลรักษา ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุด สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลของโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบสอบถามกลางของทีมวิจัยหลักคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Srithamrongsawat et al., 2020) เพื่อประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากทีมดูแลสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของ Likert's Rating Scale โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมากที่สุด ถึงคะแนน 1 หมายถึงการปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด การแปลผล คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = การปฏิบัติที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ การทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามกลางของทีมวิจัยหลักคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว จึงไม่ได้มีการหาค่าความเที่ยงต่อ แต่การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้แต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของทั้งฉบับ เท่ากับ .89 สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ของภาษา เนื้อหาและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้ทฤษฎีเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study) โดยมุ่งศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ตามการรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่กระทำตามแนวคิดของฮัสเซล (Husserl, 1965) ซึ่งเป็นการศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ การดำเนินชีวิต และบรรยายปรากฏการณ์ที่เป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหออัครครบถ้วน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายปฐมภูมิอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สารภี แพทย์ที่รับผิดชอบ PCC/ สสอ. ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล 10 คน ทีมบุคลากรของ รพ.สต./สสอ. 51 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 61 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ 2) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยตรงได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย เป็นต้น 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นจะมีผลทำให้เกิดปัญหารุนแรงระหว่างเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: เชิงคุณภาพ

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสำหรับการประชุมระดมความคิดเห็นกับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ โดยแยกกลุ่มตามพื้นที่ปฏิบัติงานเป็น 4 ประเภท คือ พื้นที่ที่เป็นคลินิกหออัครครบถ้วนที่ร่วมในโครงการวิจัย พื้นที่คลินิกหออัครครบถ้วนที่ไม่อยู่ในโครงการวิจัย คลินิก DM/HT ของโรงพยาบาล และพื้นที่ รพ.สต.ทั่วไป ซึ่งแนวคำถามหลักมาจากเครื่องมือกลางของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Srithamrongsawat et al., 2020) เป็นแนวคำถามให้แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงงานโดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในแต่ละด้าน 1) การพัฒนาความรู้ทักษะต่อผู้รับบริการ 2) บรรยากาศการทำงาน 3) การพัฒนาความรู้ทักษะเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยได้รับการอนุญาตให้บันทึกเสียงแล้วนำไปถอดคำต่อคำโดยเปลี่ยนชื่อ สถานที่เป็นรหัสแทน

ความเชื่อถือของวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับเชิงคุณภาพผู้วิจัยให้ความสำคัญในเรื่องความน่าไว้วางใจของข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดมความคิดเห็นได้มีการทวนสอบข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นของข้อมูล โดยก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยสรุปบทวนประเด็นที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบก่อนที่จะวิเคราะห์ข้อมูล และทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ เพื่อช่วยในการลงรหัสและตีความหมายข้อมูลได้ถูกต้อง เมื่อได้ผลการวิเคราะห์ที่เป็นข้อสรุปได้นำเสนอให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทราบอีกครั้ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือ จะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างอาสาสมัครและผู้วิจัย (Polit & Beck, 2018) เพื่อยืนยันความถูกต้องเป็นการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล (member check)

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สำรวรายชื่อผู้ป่วยโรคโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษาและเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 2) ผู้วิจัยได้จัดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามแก่บุคลากรและผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการตอบแบบสอบถาม 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามฯ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยตนเอง 4) สำหรับข้อมูลเชิง

คุณภาพด้วยวิธีการประชุมระดมความคิดเห็น โดยแยกเป็นกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลสารภีที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหน่วยงานปฐมภูมิ และกลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยแนวคำถามถึงโครงสร้าง และให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น มีผู้จัดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการประชุม ใช้เวลาประชุมประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อประชุมเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานในทีม บทบาทที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ และข้อมูลกระบวนการปฏิบัติงานของตัวอย่างใช้ สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตนเอง ผลของการรักษา และผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ด้วยโปรแกรม Smart PLS 4.0

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการประชุมระดมความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในแต่ละด้าน เช่น 1) การพัฒนาความรู้ทักษะต่อผู้รับบริการ 2) บรรยากาศการทำงาน 3) การพัฒนาความรู้ทักษะเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมผู้วิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ หรือ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลข COA. MURA2019/1018) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2562 (งานวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว และ ไม่ได้ไปรบกวนกลุ่มตัวอย่างหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จ แต่ด้วยงานมีปัญหาในเรื่องระยะเวลาในการวิเคราะห์ อภิปรายผลประกอบกับวิกฤตสถานการณ์โควิด จึงทำให้การนำเสนอผลการศึกษาล่าช้า แต่เนื่องจากเห็นว่าจะงานมี ประโยชน์ต่อการดำเนินงานคลินิกหอบหืดในด้านการปฐมภูมิ จึงขออนุญาตนำมาเผยแพร่เพื่อประโยชน์ใน เชิงวิชาการ) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 212 คน โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 64.15 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77.36 การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 78.30 ไม่มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หลัก ร้อยละ 50.47 ส่วนข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.42 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.55 รับบริการด้านสุขภาพ ครั้งล่าสุดใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (120-139 และ/หรือ 80-89) ร้อยละ 55.66 กรณีผู้ป่วยเบาหวาน มีระดับ FBS ล่าสุด มากกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 64.78 ส่วนใหญ่ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.13

สำหรับผลการวิเคราะห์ระดับของตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร พบว่า ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน คลินิกหอบหืดในเรื่องปัจจัยสุขภาพ, เป้าหมายการรักษา อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยในเรื่องแผนการรักษา, การปฏิบัติตน และผลของการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
1. ปัจจัยสุขภาพ	3.95	0.80	มาก
2. แผนการรักษา	3.40	1.18	ปานกลาง
3. เป้าหมายการรักษา	3.73	0.97	มาก
4. การปฏิบัติตน	3.04	0.80	ปานกลาง
5. ผลของการรักษา	3.03	0.95	ปานกลาง

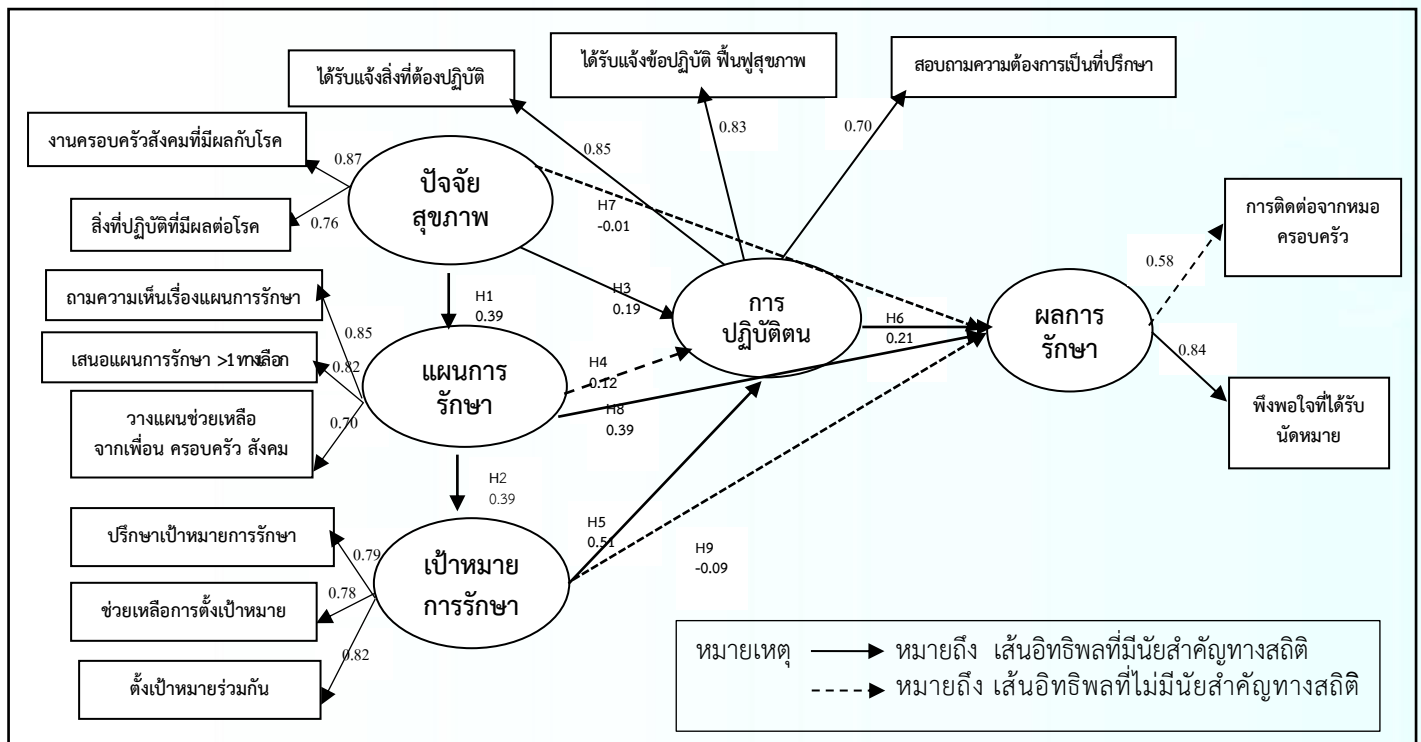
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม Smart PLS 4.0 พบว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยสุขภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การปฏิบัติตน และผลของการรักษา โดยปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	สรุปผล
H1: ปัจจัยสุขภาพ → แผนการรักษา	0.397	5.705**	สนับสนุน
H2: แผนการรักษา → เป้าหมายการรักษา	0.392	6.355**	สนับสนุน
H3: ปัจจัยสุขภาพ → การปฏิบัติตน	0.197	3.612**	สนับสนุน
H4: แผนการรักษา → การปฏิบัติตน	0.121	1.933	ไม่สนับสนุน
H5: เป้าหมายการรักษา → การปฏิบัติตน	0.516	8.999**	สนับสนุน
H6: การปฏิบัติตน → ผลของการรักษา	0.215	2.342**	สนับสนุน
H7: ปัจจัยสุขภาพ → ผลของการรักษา	-0.011	0.137	ไม่สนับสนุน
H8: แผนการรักษา → ผลของการรักษา	0.393	5.304*	สนับสนุน
H9: เป้าหมายการรักษา → ผลของการรักษา	-0.099	1.063	ไม่สนับสนุน

หมายเหตุ ** หมายถึง $t\text{-stat} \geq 2.58 (p\text{-value} \leq 0.01)$, * หมายถึง $t\text{-stat}$ อยู่ระหว่าง 1.96-2.58 ($p\text{-value} \leq 0.05$)

จากตารางที่ 2 พบว่า 1) สมมติฐานที่ 1: ปัจจัยสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อแผนการรักษา 2) สมมติฐานที่ 2: แผนการรักษามีอิทธิพลทางตรงต่อเป้าหมายการรักษา 3) สมมติฐานที่ 3: ปัจจัยสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติตน 4) สมมติฐานที่ 5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 5) สมมติฐานที่ 6: การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา และ 6) สมมติฐานที่ 8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐาน ดังภาพที่



ภาพที่ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

จากภาพที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ความพึงพอใจที่ได้รับนัดหมาย) ได้รับอิทธิพลทางตรงมาจากปัจจัยการปฏิบัติตน (ได้รับแจ้งสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ข้อปฏิบัติฟื้นฟูสุขภาพ สอบถามความต้องการเป็นที่ปรึกษา) และปัจจัยเรื่องแผนการรักษา (ถามความเห็นเรื่องแผนการรักษา เสนอแผนการรักษา >1 ทางเลือก วางแผนช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว สังคม) ขณะเดียวกันปัจจัยสุขภาพ (งาน ครอบครัว สังคมที่มีผลกับโรค และสิ่งที่ปฏิบัติที่มีผลต่อโรค) และการมีเป้าหมายการรักษา (ปรึกษาเป้าหมายการรักษา ช่วยเหลือการตั้งเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายร่วมกัน) มีอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านปัจจัยการปฏิบัติตน (ตัวแปรคนกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการประชุมระดมความคิดเห็นจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบเครือข่ายปฐมภูมิคลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการฯ พบว่า

1 เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ควรเสริมแรงและเน้นให้ผู้ป่วยสนใจและดูแลตนเองก่อน และให้ผู้ป่วยบอกความต้องการในการดูแลของตนเองต่อเจ้าหน้าที่”

“การทำงานควรมุ่งที่การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น”

“หากจะดูแลผู้ป่วย เราควรดูแลอย่างเข้าใจบริบทของผู้ป่วยด้วย”

“ควรสอบถามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย บนพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยเป็นหลักด้วย”

“เน้นความต้องการผู้ป่วยที่อยู่บนความเป็นไปได้ ไม่ใช่ความต้องการของทีมหรือเจ้าหน้าที่”

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“เน้นผู้ป่วยให้วางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การจัดเมนูอาหารและบันทึกการกินในแต่ละวัน เพื่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง”

“วางแผนการลงพื้นที่ นัดหมายติดตามผู้ป่วยให้ชัดเจนเพื่อให้คำปรึกษาที่พบปัญหาจากการดูแลตนเอง”

“เจ้าหน้าที่ควรวางแผนและสร้างร่วมมือร่วมใจในการทำงาน”

“มีการวางแผนที่ดีและสร้างทีมงานให้เข้มแข็ง เพื่อให้การจัดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด เน้นการทำงานเป็น ทีม หล่อหลอมไปด้วยกัน จึงจะเกิดความสำเร็จได้”

“เน้นผลลัพธ์และการกำหนดเป้าหมายการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ร่วม กำหนดเองสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

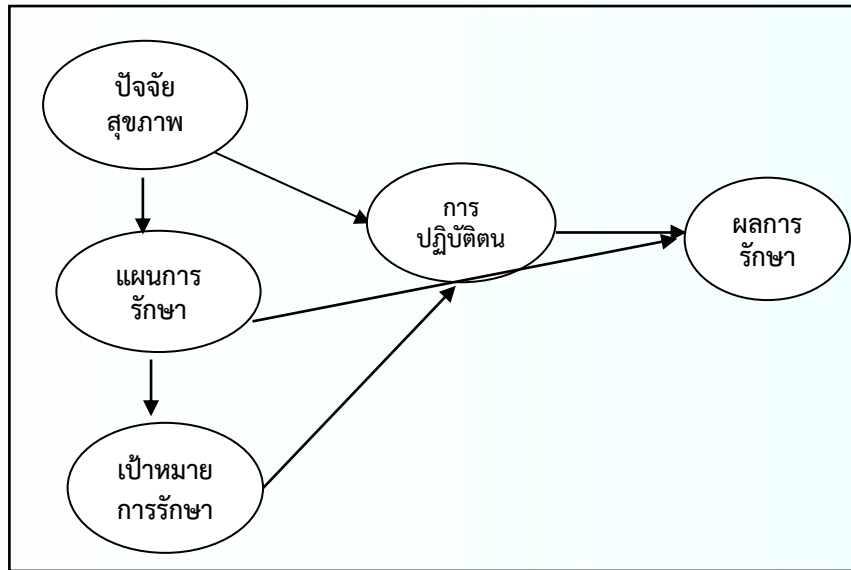
3. มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ในการดูแล ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ควรให้ญาติ-ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว”

“การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ดูเป็นรายบุคคลแบบครอบคลุมทุกด้าน มีการประสานสห วิชาชีพและเครือข่าย ในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาบุคลากร CG และหมอ ครอบครัว ให้มีทักษะและความรู้ในการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วน ร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ สูงสุด รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน”

“ควรมีปรับ mind set ทีมให้ตรงกัน เน้นการดูแลให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สำหรับระบบการบริการก็เน้นการพัฒนา facility ของหมอครอบครัวให้มี ศักยภาพเพียงพอ”

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐาน 6 สมมติฐาน ดังนี้ 1) H1: ปัจจัย สุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา 2) H2: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา 3) H3: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 4) H5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน 5) H6: การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา 6) H8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการ รักษา และผลการทดสอบไม่เป็นไปตามสมมติฐาน 3 สมมติฐาน ดังนี้ 1) H4: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติตน 2) H7: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา 3) H9: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับ ผลของการรักษา และจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพนำไปสู่รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณา การโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตาม วัตถุประสงค์ คือ ปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นตัวแปรต้นความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยมี ปัจจัยสุขภาพและการมีเป้าหมายการรักษาเป็นปัจจัยเริ่มต้นสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยบุคลากรของ คลินิกหมอครอบครัวควรมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้มีการวางแผน การดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนั้นรูปแบบการ จัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะนำเสนอดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

อภิปรายผล

การอภิปรายผลตามแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานการวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐาน เนื่องจากการวิจัยการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพบได้น้อย ผู้วิจัยจึงนำเสนอความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันของตัวแปรที่เป็นปัจจัยในแต่ละสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแผนการรักษา ด้วยเพราะปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้การรักษาโรคหลักมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019) ที่ว่าปัจจัยสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมมติฐานที่ 2: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการรักษา สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Horapleard, Toontom & Siwina (2019) ที่พบว่า การใช้สมุดคู่มือประจำตัว เพื่อกำกับ ติดตามให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกำกับ ติดตามตนเอง สามารถเฝ้าระวังและประเมินตนเองได้ สมมติฐานที่ 3: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ดังการศึกษาของ Promsuwan (2017) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้ง Chobthamasakul (2021) พบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ทัศนคติต่อการปฏิบัติตน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและการรับรู้สมรรถนะของตน มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paesuea (2015) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ถ้าผู้ป่วยมีความรู้และรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้และดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกวิธีก็จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สมมติฐานที่ 5: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ตามที่ Chunrum, Chaichana & Chaosuansreechroen (2016) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของโรงพยาบาลสุคริริน จังหวัด

ตรัง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 สมมติฐานที่ 6: การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา ดังผลการวิจัยของ Horapleard, Toontom & Siwina (2019) พบว่า การฝึกการดูแลตนเองด้านอาหาร การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับประสบการณ์ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น จนนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น และยังพบว่าการปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การดื่มกาแฟ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมีโรคแทรกซ้อน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Buraphunt, Muangsom, 2013) สมมติฐานที่ 8: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม (Share care plan) ของผู้ให้บริการที่ออกแบบการดูแลตามสถานะสุขภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khumkaew (2023) และ Kerdmongkol, Amnatsatsue & Rattanasoungthum (2017) ที่ได้จัดทำโปรแกรมการจัดการรายกรณีสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ส่วน Sukkawaspong (2019) พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย HT มีค่าความดันโลหิต Systolic BP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายจากการที่มีแพทย์ไปตรวจมากขึ้นเป็น 3 วัน/สัปดาห์ ทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อปรึกษา ได้รับคำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosonjit & Noimuenwa (2017) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

สำหรับผลการทดสอบที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน 3 สมมติฐาน ได้แก่ สมมติฐานที่ 4: แผนการรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแผนการรักษาอาจจะไม่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยทุกราย แต่อาจจะเหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วย สอดคล้องกับเรื่องการนำแผนการรักษาตามแนวความคิดในเรื่องการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาของโคแกน และเบทรุส (Kogan and Betrus, 1984) ที่นำเทคนิคการกำกับตนเองมาใช้ในผู้ป่วยไมเกรน โรคความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะจากความเครียด พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและมีอาการดีขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยการร่วมให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้แผนการรักษาเหมาะสมกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย สมมติฐานที่ 7: ปัจจัยสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา เหตุที่ปัจจัยสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาอาจเป็นเพราะปัจจัยเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเชิงลึกของแต่ละบุคคลที่จะต้องนำมาพิจารณาอย่างละเอียดก่อนทำการรักษาด้วยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ สอดคล้องกับ Saengsinsorn (2021) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับสูงนั้นการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรคำนึงถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดระดับความดันโลหิตลงได้ และสมมติฐานที่ 9: เป้าหมายการรักษามีความสัมพันธ์กับผลของการรักษา เหตุที่เป้าหมายการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา อาจเป็นเพราะไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันก่อนทำการรักษาซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการให้บริการคลินิกหออัครวาทที่จะต้องมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลรับรู้ปัญหาและตั้งเป้าหมายของตนเอง สอดคล้องกับ Promdee & Chaitrong (2020) พบว่าการจัดการรายกรณีเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองและให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากไม่ปฏิบัติตามด้านสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและให้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตโดยให้ปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง

สำหรับรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับนัดหมายจากทีมหมอครอบครัว ซึ่งได้รับอิทธิพลทางตรงมาจากปัจจัยการปฏิบัติตนของผู้ป่วยซึ่งเป็นตัวแปรต้นกลางของความสำเร็จของผลลัพธ์ของการรักษา โดยเป็นผลมาจากการได้รับแจ้งสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ข้อปฏิบัติพื้นฐานสุขภาพจากบุคลากรในงานคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว โดยทีมหมอครอบครัวได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยทีมหมอครอบครัวได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการให้ความสำคัญเป็นห่วงในมุมมองของแนวคิดการดูแลสุขภาพหมอครอบครัวแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ด้วยการสอบถามความต้องการเป็นที่ปรึกษา สอดคล้องกับแนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ ที่สร้างฐานของระบบบริการสุขภาพให้กว้างและแข็งแรง ที่อาจเรียกว่า ระบบสุขภาพชุมชน บริการใกล้บ้านใกล้ใจ คนไทยทุกคนมีหมอประจำครอบครัว เพื่อนำสู่เป้าหมายสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) ในการสร้างสุขภาพดี ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดด้วยคุณภาพสูง โดยการปรับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะลดจำนวนผู้ป่วยที่มาแน่นที่โรงพยาบาลให้ลดลง เปิดโอกาสให้ทำงานยากๆ ด้วยคุณภาพที่สูงขึ้น (Wasi, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเป็นหลักคิดในการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ อาทิ ผู้ป่วยใช้ซองซีปใส่ใส่สมุดบันทึกและข้อมูลการนัด การคืนข้อมูลเพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกความก้าวหน้า การร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการทำงานกับชุมชน ต้องเข้าใจสภาพและวิถีชีวิตของชุมชน การถ่ายทอดข้อมูล การประสานงานลงสู่ครอบครัวโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อสร้างกระแสให้เกิดการยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนทำให้เกิดการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Paimoolpiam et al., 2016) ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยตั้งอยู่ใกล้บ้านและใกล้ชุมชนของผู้ป่วย สำหรับปัจจัยเรื่องแผนการรักษา พบว่า บุคลากรมีการสอบถามความเห็นผู้รับบริการเรื่องแผนการรักษา รวมทั้งมีการนำเสนอแผนการรักษา >1 ทางเลือก ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหารแทนการปรับขนาดยาที่รับประทานของผู้ป่วยเบาหวาน หรือ การออกกำลังกายแทนการรับประทานยาลดไขมัน เป็นต้น โดยมีการวางแผนช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว สังคม ซึ่งถือว่าเป็นงานบริการที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวในการสร้างสุขภาพดี ดูแลผู้ป่วยด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพ (Wasi, 2017) ในขณะเดียวกันผลลัพธ์ของการรักษา คือ ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับนัดหมายจากการรับบริการที่ทีมงานหมอครอบครัวนั้นได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยสุขภาพทั้งในด้านงาน ครอบครัว สังคมที่มีผลกับโรค และสิ่งที่ปฏิบัติที่มีผลต่อโรค และการมีเป้าหมายการรักษา ได้แก่ การได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา การได้รับความช่วยเหลือการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยผ่านตัวแปรต้นกลางคือปัจจัยการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแล มีการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาความจำเป็นของตนเอง (Kaewtem, Panchakhan, Suntep, Wongthida & Nirattisai, 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาเรื่อง การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Sattayasomboon, 2020) ซึ่งจากหลักฐาน พบว่า วิธีการออกแบบระบบบริการที่ได้ผลดี นอกจากการให้การดูแลรักษาแล้วก็เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต มีการรวมการจัดการศึกษาในการจัดการตนเอง โดยการให้มาตรการความรู้เสริมเกี่ยวกับความดันโลหิต ผ่านสื่อทางไกลเพื่อผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การบริหารยาในการควบคุมความดันโลหิต โปรแกรมส่วนใหญ่ยึดหลักที่สำคัญ คือ มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดันโลหิต มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น การวัดค่าความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามสอนรายกลุ่มทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งผลจากการศึกษาที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของงานคลินิกหมอครอบครัวในครั้งนี้พบว่า บุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวควรที่จะมีการจัดระบบการให้บริการโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแล และควรเน้นการสื่อสารผู้ป่วยในเชิงบวกเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อาทิเช่น 1) เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง 3) มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง และด้วยเหตุที่คลินิกหมอครอบครัวสามารถให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม ตั้งแต่การป้องกัน การรักษาฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน คลินิกหมอครอบครัวสามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูง ทีมหมอครอบครัวมีทักษะและประสบการณ์ที่สูง คลินิกหมอครอบครัวมีราคาไม่แพง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก โดยรัฐบาลควรสนับสนุนให้คลินิกหมอครอบครัวมีจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง ที่พบว่า การบริการคลินิกหมอครอบครัวควรเป็นการบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ การให้บริการเชิงรุก ส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชน โดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนรวมชุมชนเป็นต้นตั้งเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน (WannaKul, 2023) การมองเห็นคุณค่าและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kaewtem, Panchakhan, Wannalai & Foochuen, 2020) รวมทั้งการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดระยะเวลาในการรอรับบริการคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อลดความแออัดของคลินิกและเพิ่มคุณภาพการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวควรพัฒนาระบบการติดตามผลการรักษา เพื่อประเมินผลการรักษาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านงานคลินิกหมอครอบครัว โดยเน้นการให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพที่เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ด้วยการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อดูผลการศึกษาที่เกิดขึ้นว่ามีอิทธิพลต่อกันอยู่หรือไม่ เช่น ตัวแปรแผนการรักษากับตัวแปรการปฏิบัติตน ตัวแปรปัจจัยสุขภาพกับตัวแปรผลของการรักษา และตัวแปรเป้าหมายการรักษากับตัวแปรผลของการรักษา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวิธีการดำเนินการให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน เพื่อการจัดการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้โอกาสและให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติของอำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้งที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- Alberta Health Service. (2012). Workforce Model Transformation Project, Workforce Model Transformation (WMT) Leading Practices, Definitions, and References, September
- Buraphunt R., Muangsom N. (2013). Factors Affecting Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus of Patients in Sangkhom Hospital, Udonthani Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 6(3): 102-109. (in Thai)
- Chobthamasakul S. (2021). Causal Factors Affecting Health Promoting Behaviors of Ramkhamhaeng University Personnel. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. Vol. 22 No.1 January - April 2021: 422-431. (in Thai)
- Chunrum K., Chaichana B., Chaosuansreechroen K. (2016). Self-care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Development of Model Integration with AIC Technique (Sukhirin Hospital). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 3(3): 179-193. (in Thai)
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Chronic Non-Communicable Diseases (NCD)*. (in Thai). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Chronic Non-Communicable Diseases (NCD)*. (in Thai). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E. (2011). Person-centered care-ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*. 10(4):248-51.
- Horapleard S., Toontom N., Siwina S. (2019). Application of Self-care Behavior Promotion

- Program and Social Support For Diabetic Patients at Ban Khaotakhong Health Promoting Hospital, Kasetwisai District, Roi Et Province, Thailand. *Academic Journal of Community Public Health*. 5(2): 52-67. (in Thai)
- Husserl, E. (1965). *Philosophy as a rigorous science*. In *Phenomenology and the crisis of philosophy*. New York: Harper and Row.
- Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In. Kanfer & A.P. Goldstein. (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods*. (3rd edition) (pp. 283-338). New York: Pergamon.
- Kaewtem Y., Panchakhan N., Wannalai U., Foochuen Y., (2020). The Causal Model Affecting Caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district, Mueang, Lampang Province *Research and Development Health System Journal*. 13(3):42-51.
- Kaewtem Y., Panchakhan N., Suntep W., Wongthida K., Nirattisai P. (2022). The Key Success and Failure Factors in Health Literacy to Reduce Salty Consumption Ban Pa Hiang Community, Mueang District, Lampang Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 13(3):28-44.
- Kerdmongkol P., Amnatsatsue K., Rattanasoungthum P. (2017). Effect of a Case Management Program for Older People with Diabetic Retinopathy. *Journal of Public Health Nursing* 31(2): 1-10. (in Thai)
- Khumkaew J. (2023). Self-Assessment of Primary Healthcare Service Delivery System at Family Medicine Clinics for Managing Non-Communicable Chronic Diseases in Municipal Districts. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(3): 894-907. (in Thai)
- Kogan, H.N., & Betrus, P.A. (1984). Self-management: a nursing mode of Therapeutic influence. *Advance in Nursing Science*, (7), 55-73.
- Kosonjit R., Noimuenwa P. (2017). Effectiveness of Case Management in Patients with Diabetic Mellitus at Pak Phli Hospital, Nakhon Nayok Province. *Nursing Journal*. 44(1): 26-38. (in Thai)
- Leutz WN. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*.
- Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
- Ministry of Public Health. (2016). *Primary Care Cluster Guideline for Health Care Units*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Office of the Constitutional Court. (2017). *Constitution of the Kingdom of Thailand B.E.2560 (2017)*. P. Press. Co. Ltd. s 258. (in Thai)
- Paesuea S. (2015). Factors related to self-care behavior of patients with type 2 diabetes in urban community Bangkok. Master of Public Health Thesis Graduate School Mahidol University. (in Thai)



- Paimoolpiam P., et al. (2023). Model Development to Improve Accessibility of Diabetes and Hypertension Patients with Participation of Community Network, Maesakorn Health Promoting Hospital, Wiang Sa District, Nan Province. *Journal of Health Science*. 25(3): 394-400. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Promdee A., Chaitrong T. (2020). Effectiveness of Case Management among Patients with Diabetes Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital. *Research and Development Health System Journal*. 13(1): 292-299. (in Thai)
- Promsuwan K. (2017). Factors related to health promotion behaviors of Nongmaikaen elderly club members, Chachoengsao Province. Dissertation, Chachoengsao: Rajabhat Rajanagarindra University. (in Thai)
- Royal Thai Government Gazette. (2019). *Primary Health System Act 2019*. Retrieved 30 April 2019 from <https://shorturl.at/DQU01>. (in Thai)
- Saengsinsorn P. (2021). A Study of Factors Related to Health Behavior of People at Risk of Diabetes and Hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research And Academic Journal*. 2(2): 43-54. (in Thai)
- Saraphi Provincial Health Office. (2020). *Inspection and supervision of the Ministry of Public Health, Health Region 1*. Chiang Mai. (in Thai)
- Sattayasomboon T. & Sattayasomboon Y. (2020). Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 7(2), 232-243. (in Thai)
- Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisan P, Sornsriwichai W, Labbenjakul S, and Sriyakul D. (2020). Research project to develop an integrated and people-centered primary service system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI) (in Thai).
- Starfield B. (2011). Is Patient-Centered Care the Same as Person-Focused care. *Perm J*. 15(2):63-9.
- Sukkawaspong S. (2019). Evaluation of the operation of Mueang Pak Chong primary care cluster. *Reg 11 Med J*, 33(1):73-89. (in Thai)
- Taengsakha K., Maneesriwongul W., Putawatana P. (2019). Factors Related to Adherence to Treatment in Essential Hypertensive Patients with Early Renal Insufficiency. *Rama Nurs J*. 25(1): 87-101. (in Thai)
- WannaKul, S. (2023). The Study of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of Primary Care Cluster, Ban Si Muat Klao Sub District Health Promoting Hospital, Mueang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 6(2), 43-65.
- Wasi P. (2017). *Thai Health System in the Decade*. Nonthaburi: Office of the National Health Commission (NHO). (in Thai).

The Effects of Teaching by Experts by Experience for Development of Knowledge, Critical thinking, Problem Solving and Nursing Skills

Janjeera Yanachai^{1*}, Prachuab Lamluk^{**}, Atchara Sittiruk^{*}

(Received: December 30, 2023, Revised: December 21, 2023, 2023, Accepted: October 9, 2023)

Abstract

The quasi-experimental research aims to study a result of teaching by simulation-based learning using experts' experience in developing competency of knowledge, critical thinking, problem solving and nursing skills. The participants of this study were 127 third years nursing students who had enrolled Nursing Practicum II in the year 2020, at Boromarajonani College of Nursing, Lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Purposive sampling had been divided into two groups whose 64 persons were in first arms that got EBE teaching for two weeks and normal teaching for two weeks while those 63 persons got normal teaching for four weeks. Instrument included three sections of surveys: 1) knowledge evaluation forms, 2) critical thinking and problem- solving evaluation forms, and 3) nursing skills evaluation forms. Quantitative data were analysed using descriptive statistics and hypothesis testing statistics were used independent and dependent t-test.

The result was found the average score of the Knowledge skill, critical thinking and problem-solving, and nursing skill mean scores of the experimental group were higher than control group with p -value <0.05 . Research suggests that should be used EBE teaching all of nursing practicum subject for development of nursing skills.

Keywords: Experts by Experience; Knowledge; Critical thinking and Problem Solving

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

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

¹Corresponding author: Janjeera905@gmail.com Tel: 097-9644263



ผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ต่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล

จันทร์จิรา ยานะชัย^{1*}, ประจวบ แหลมหลัก **, อัจฉรา ลิทธิรักษ์*

(วันรับบทความ: 14 ธันวาคม 2565, วันแก้ไขบทความ: 21 ธันวาคม 2566, วันตอบรับบทความ: 30 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา ด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 127 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเข้า กลุ่มทดลองจำนวน 64 คน ได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์และวิธีปกติระยะเวลา 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจำนวน 63 คนได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีปกติระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวทางการสอนแบบการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ มีแบบประเมินสมรรถนะ 3 ชุดคือ ชุดที่ 1 ด้านความรู้ ชุดที่ 2 ด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และชุดที่ 3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน และไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะควรจัดการเรียนการสอนพยาบาลแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ในภาคปฏิบัติทุกรายวิชาเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ทักษะปฏิบัติการพยาบาล; ความรู้; การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.,คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

¹ผู้ประสานงาน: Janjeera905@gmail.com Tel: 097-9644263

บทนำ

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโลกยุคผันผวน สลับซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นเพราะเป็นกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลพิจารณาข้อเท็จจริงและประเด็นปัญหาก่อนการตัดสินใจ ต้องมีเจตคติในการแสวงหาความรู้ สามารถจำแนกข้อมูล นำความรู้มาอนุมานได้ตรงความเป็นจริงและถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้เกิดทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในคลินิกมีผลลัพธ์ที่ปลอดภัย (Chidmongkol, Tongphet & Khonyang, 2016) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมีการเรียนการสอนทั้งในชั้นเรียนและการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงในผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เฉพาะเจาะจง และคาดการณ์ไม่ได้ นักศึกษาพยาบาลควรเรียนรู้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด ความรู้ ทักษะมีความจำเป็นและสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยและอาจารย์ผู้สอนควรจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับนักศึกษาอย่างหลากหลาย และหลายเหตุการณ์ (Potgieter, 2012)

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เน้นการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในสถานการณ์จริงและเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญที่กระบวนการคิดของผู้เรียนที่เน้นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) (Faculty of Nursing, Prabromarajchanok Institute, 2022) สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการสร้างคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลให้มีเกิดทักษะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ไขปัญหา สามารถการปฏิบัติการพยาบาลได้ การสอนควรเน้นการบูรณาการวิธีการสอนในหลายๆวิธี (Wongsaree, 2022; Ar-yuwat, Sangkamgul, Kireeawutiwong, 2019) ผู้สอนควรปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้บรรยายมาเป็นผู้ที่ออกแบบสถานการณ์ เป็นผู้กระตุ้นชี้แนะให้นักศึกษาได้คิด เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติทักษะด้วยตนเองอย่างเต็มที่ขณะเรียน สะท้อนคิด นำเสนอ อภิปราย และติดตามให้เป็นไปตามกระบวนการสอน และประเมินผลความคิดอย่างมีวิจารณญาณควบคู่กับผลการเรียนรู้ในทักษะอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และมีความสุขจะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีการคิดที่มีวิจารณญาณมากขึ้น (Wongsaree, 2022) การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ไขปัญหาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

การจัดการเรียนการสอนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ (Experts by Experience: EBE) เป็นการสอนด้วยการนำผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์โดยตรงของการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ กำหนดให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Experts) ให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมในด้านการเรียนการสอน มีบทบาทและส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน โดยให้นักศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษาให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ กำหนดประสบการณ์ที่ต้องเรียนรู้ เตรียมการค้นหาสถานการณ์จริงที่กำหนดขึ้นสำหรับการเรียนรู้ และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Videmšek, 2017) การเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ช่วยสร้างเสริมและพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญให้กับนักศึกษาพยาบาล ด้วยการฝึก การคิด การถาม การพูด การสื่อสาร การรับฟัง การตั้งคำถาม การสังเกตอาการและอาการแสดง ปฏิบัติต่างๆ การตรวจร่างกาย เพื่อการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยแล้วตั้งคำถามด้วยตนเองว่า ปรากฏการณ์ที่พบเห็นนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร และนักศึกษาแสวงหาความรู้ทางวิชาการด้วยตนเองเพื่อนำมาอธิบายในสิ่งที่ตนเองตั้งคำถาม จนเกิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้การสอนด้วยวิธี EBE ที่ไม่ปฏิบัติครบทุกขั้นตอนจะส่งผลให้นักศึกษาไม่บรรลุเป้าหมายของทักษะการเรียนรู้ โดยเฉพาะขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเรียนเพื่อการลดความกังวลของนักศึกษาซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่สุด และขั้นตอน

การสรุปผลการเรียนรู้ด้วยกระบวนการสะท้อนคิด ผู้สอนควรมีการวางแผน เตรียมการสะท้อนคิด เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ การคิดรวบยอด สามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลและนำทักษะดังกล่าวไปใช้ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคตได้ (Horgan, A., Manning, F., Donovan, M. O., Doody, R., Savage, E., Bradley, S. K., ... & Happell, B., 2020) ข้อดีของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงที่มีความซับซ้อน แปลกใหม่ สถานการณ์มีความเฉพาะเจาะจงและคาดการณ์ไม่ได้ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถคิดวิเคราะห์ ระบุปัญหาทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย (Potgieter, E., 2012)

ปัจจุบันการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวช โดยการนำผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและมีอาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติมาร่วมในการจัดการเรียนรู้ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ พบว่าเกิดประโยชน์ด้านการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลแบบองค์รวม การพัฒนาทักษะปฏิบัติ ทักษะด้านการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ (Horgan et al, 2020) และส่งผลให้นักศึกษามีการยอมรับผู้ป่วยและเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธ์กับการฟื้นฟูของสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านสังคมและการดูแลอย่างเป็นระบบ และทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทั้งต่อผู้เรียนและผู้ป่วย และผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญได้ (Happell et al., 2022) จากการประโยชน์ของการสอนแบบการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ ในรายวิชาสุขภาพจิตของนักศึกษา หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่เรียนโดยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีความรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มที่เรียนกับครูผู้สอน และนักศึกษาตระหนักรู้ถึงคุณค่าของผู้ป่วยในฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ว่าเป็นแหล่งของการสร้างองค์ความรู้ การเรียนรู้ทัศนคติ แนวคิดและหลักการ ความผิดปกติและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Videmšek, 2017) อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนากลยุทธ์ของวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ซึ่งยังขาดความสมบูรณ์และไม่ครอบคลุมโดยสาเหตุเกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อม การสะท้อนคิดและการพัฒนาทักษะความรู้ (Happell et al., 2022; Horgan et al, 2020)

จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการเรียนรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้มีน้อยและพบในการศึกษาวิจัยในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยการใช้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสบการณ์ตรงและอาการคงที่แล้วเป็นทีมในการจัดการเรียนการสอน แต่ไม่พบการนำมาใช้ในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ซึ่งมีบริบทแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยทางกายและจิตใจโดยตรง และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมในด้านการเรียนการสอน ให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจริง โดยมีอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้อย่างใกล้ชิดในทุกสถานการณ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดสถานการณ์จะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลและผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากวิธีการสอนแบบอื่นๆ เช่น การสอนแบบใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation based learning) จะให้นักศึกษาได้แสดงทักษะตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์จำลองที่มีการกำหนดข้อมูลที่คล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริง (Khamnee, 2005) แต่มีข้อจำกัดของการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ผู้ป่วยเสมือนเป็นหุ่นจำลองที่ไม่สามารถโต้ตอบกับผู้เรียนได้ โปรแกรมการควบคุมหุ่นจำลองโดยอาจารย์ผู้สอนต้องมีความรู้ในการใช้งานหุ่นและโปรแกรมการควบคุมเป็นอย่างดีจึงจะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ และการจัดสิ่งแวดล้อมในบางสถานการณ์ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมได้ตรงกับสถานการณ์จำลองทั้งหมดได้เนื่องจากมีพื้นที่จำกัด มีสถานการณ์จำลองที่หลากหลาย อุปกรณ์ทางการแพทย์เสมือนจริงมีราคาแพง การใช้หุ่นจำลองอาจทำให้ผู้เรียนยากที่จะเข้าถึงจิตใจที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่วนการใช้ผู้ป่วยเสมือน (standardize patient) ที่แสดงตามบทบาทที่อาจารย์ผู้สอนกำหนดซึ่งต้องได้รับการเตรียมความพร้อมมาเป็นอย่างดี เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

สอนแบบผู้ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญ ในรายวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้ โดยประเมินประสิทธิภาพต่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองกลุ่มที่ใช้การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มที่ใช้การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์สูงกว่ากลุ่มที่ใช้การสอนตามปกติ

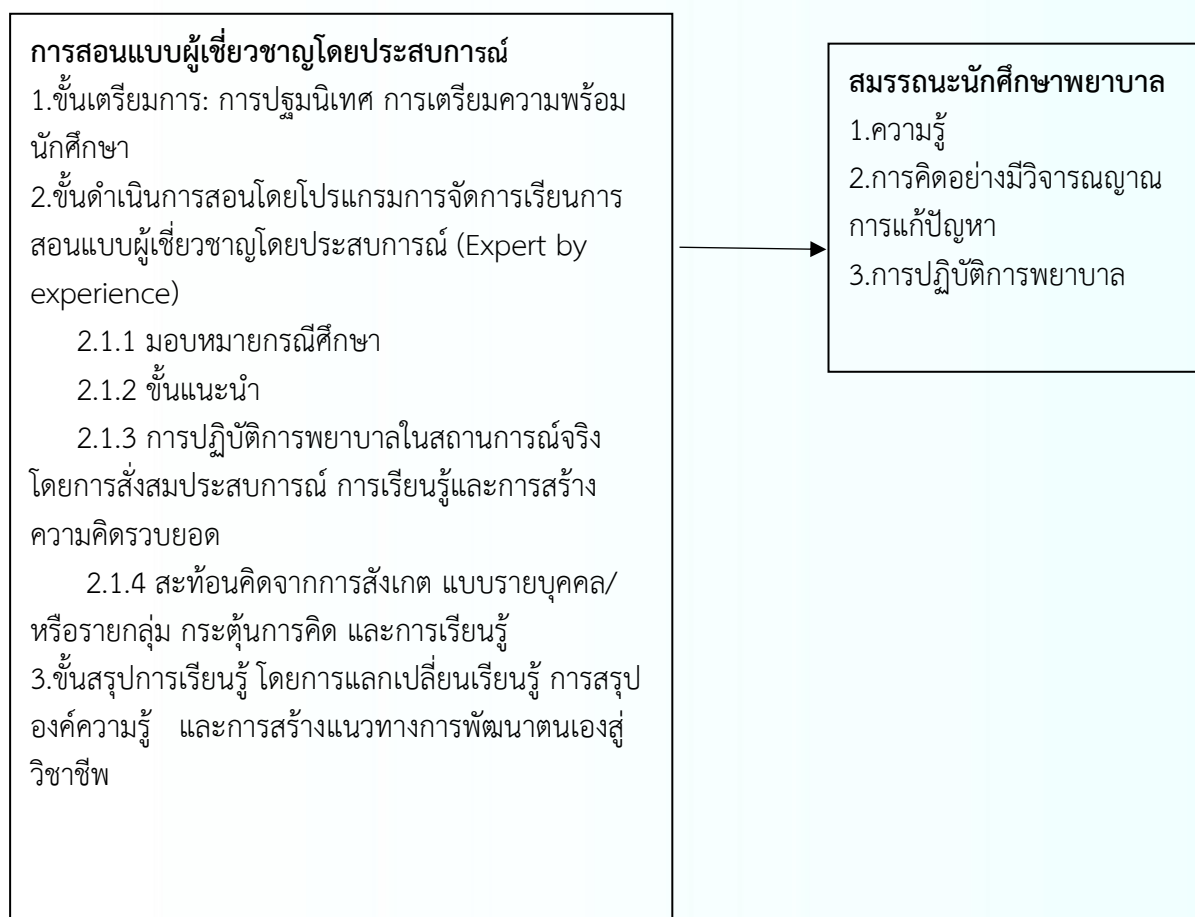
ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษา คือ 1) ด้านเนื้อหาศึกษาผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ต่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านทักษะความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 41 ปีการศึกษา 2563 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560 จำนวน 127 คน กลุ่มทดลองจำนวน 64 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 63 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอลบ (Kolb's theory of experiential learning) เป็นฐาน ประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้ 4 องค์ประกอบ (Kolb, 2001) ดังนี้ 1) การปฏิบัติเพื่อสัมผัสประสบการณ์ (Concrete Experience) 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflection Observation) 3) การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization) และ 4) การสร้างแนวทางพัฒนา (Active Experimentation) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ด้วยการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์เพื่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยนักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองจากผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์ตรง กำหนดให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นส่วนหนึ่งของทีมในด้านการเรียนการสอน โดยการนำผู้ป่วยจริงที่มีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจ กำหนดให้ผู้ป่วยมีฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญและให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการฝึกการคิด การถาม การพูด การสื่อสาร การรับฟัง การตั้งคำถาม การสังเกตอาการและอาการแสดง ปฏิบัติต่างๆ การตรวจร่างกาย เพื่อการค้นหาคำผิดปกติก่อกำเนิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยแล้วตั้งคำถามด้วยตนเองว่า ปรากฏการณ์ที่พบเห็นนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร และนักศึกษาแสวงหาความรู้ทางวิชาการด้วยตนเองเพื่อนำมาอธิบายในสิ่งที่ตนเองตั้งคำถาม จนเกิด

การสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ขณะฝึกภาคปฏิบัติอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้เริ่มตั้งแต่ขั้นเตรียมการได้แก่การปฐมนิเทศ ขั้นดำเนินการสอน ได้แก่ มอบหมายกรณีศึกษา ขั้นแนะนำ ดำเนินการตามสถานการณ์จริงที่กำหนด ดำเนินการสะท้อนคิด และขั้นสรุปการเรียนรู้ ให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดรวบยอด และการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถบรรลุสมรรถนะด้านทักษะความรู้ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 41 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2563 จำนวน 127 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 กลุ่มตัวอย่าง มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองจำนวน 64 คน ได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ (Expert by Experience: EBE) เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และฝึกด้วยวิธีตามปกติ(ตามคู่มือฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนควบคุม จำนวน 63 คน ได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีตามปกติ ระยะเวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 กลุ่มแตกต่างกัน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าของ input parameters ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองและการจัดแบ่งกลุ่มฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบหลักสูตรและมีการหมุนเวียนนักศึกษามาจากการฝึกวิชาอื่นก่อนหน้าจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองเป็น จำนวน 64 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 63 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 127 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้การสอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ประกอบด้วย องค์ประกอบดังนี้

1.1 การมอบหมายกรณีศึกษา โดยผู้สอนมอบหมายกรณีศึกษาให้นักศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ มีการเชื่อมโยงความรู้ และเชื่อมโยงจากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การมอบหมายกรณีศึกษาของการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1.1 กรณีศึกษาที่เป็นสถานการณ์ในภาวะวิกฤติระยะสั้น (short scenario) หรือเป็นเหตุการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ เช่น การพยาบาลแรกรับในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน การพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว การดูแลผู้ป่วยที่คาท่อหลอดลม เป็นต้น เป็นสถานการณ์ที่ต้องรีบให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนทันที เป็นกรณีศึกษาที่ปัญหามีความยุ่งยากและซับซ้อน ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติและเรียนรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีระยะเวลาของการสิ้นสุดเหตุการณ์ชัดเจน

1.1.2 กรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2-3 วัน ขึ้นไป เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การบาดเจ็บไขสันหลัง ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว การหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มอบหมายกรณีศึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อการประเมิน ฝ้าติดตามและเรียนรู้จากผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้ป่วย

1.2 การแนะนำ (Introduction) และกล่าวสรุปก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Pre-brief) โดยผู้สอนอธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์การเรียนรู้ และผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะเกิดกับนักศึกษาหลังเสร็จสิ้น Scenario แนะนำแนวทางการเชื่อมโยงประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ โดยการกระตุ้นให้นักศึกษาฝึกตั้งคำถามในสิ่งที่นักศึกษาตรวจพบที่เกิดขึ้นได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร แหล่งศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ เพื่อนำมาอธิบายและหาคำตอบในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และชี้แจงบทบาทของผู้เรียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ความปลอดภัยของผู้เรียน และสิ่งของระบบสนับสนุนขณะที่ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่กำหนดขึ้น อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ก่อนให้นักศึกษาเข้าเรียนรู้จากสถานการณ์จริงตามที่กำหนดไว้

1.3 ดำเนินการตามสถานการณ์จริงที่กำหนด (Scenario) โดยให้นักศึกษาเริ่มฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง กับผู้ป่วยจริง โดยการประเมิน พูดคุย สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถ่ายทอดประสบการณ์การเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก การตรวจร่างกาย สังเกตจากสถานการณ์จริงที่กำลังเกิดขึ้น ค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย นักศึกษาอธิบายและให้ความหมายกับสิ่งที่ตรวจพบ ฝึกคิดวิเคราะห์และค้นหาความแตกต่างจากประสบการณ์การเรียนรู้เดิมและเชื่อมโยงจากองค์ความรู้เดิม การระบุปัญหาผู้ป่วย การเรียนรู้จากเหตุการณ์และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสะสมประสบการณ์ และการสะท้อนคิดระหว่างการฝึกปฏิบัติเพื่อนำมาสร้างความคิดรวบยอด โดยระหว่างการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกเป็นผู้ดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดสถานการณ์

1.4 การสะท้อนคิด (reflective) โดยดำเนินการสะท้อนคิดทุกครั้งหลังสิ้นสุดเหตุการณ์ และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ทันที ดำเนินการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม กระทำบริเวณท้ายเตียงหรือห้องประชุมในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้น Descriptive phase ให้นักศึกษาอธิบายความคิด ความรู้สึก กับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือสิ่งที่นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลขณะกำลังเผชิญในสถานการณ์วิกฤตินั้น ขั้น Analysis phase โดยให้นักศึกษาได้สะท้อนคิด บอกเล่าในสิ่งที่ตนเองคิด การตัดสินใจและสิ่งที่ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทบทวน และวิเคราะห์เหตุผลการกระทำหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ และขั้น Application phase โดยนักศึกษากล่าวประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นหรือบางช่วงของเหตุการณ์ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดที่ต้องการการพัฒนา นำเสนอประเด็นการเรียนรู้ และองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติจากผู้ป่วย และการนำความรู้ไปปรับใช้ในอนาคต ในรายที่นักศึกษาให้การพยาบาลแบบดูแลต่อเนื่อง ให้ดำเนินการสะท้อนคิดทุกวันหรือเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย

1.5 สรุปการเรียนรู้ (Debrief) โดยผู้สอนดำเนินการวางแผนสรุปการเรียนรู้ (Debrief plan) และให้การเรียนรู้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ นักศึกษาฝึกอธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้ ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นและให้ความหมายของการเรียนรู้ ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ ด้วยกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเพื่อฝึกการถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มนักศึกษา สรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพบเหตุการณ์แบบเดียวกันในอนาคต

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านความรู้ รวมคะแนนทั้งชุด 10 คะแนน ประกอบด้วย

1.แบบทดสอบวัดความรู้ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ พัฒนาตามเนื้อหา สารที่สอดคล้อง และครอบคลุมตามลักษณะวิชา ผ่านระบบการวิพากษ์ข้อสอบ และวิเคราะห์คุณภาพข้อสอบ แบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือกต่อข้อ จำนวน 40 ข้อๆละ 1 คะแนน ถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 40 คะแนนเป็นร้อยละ 5

2.แบบประเมินความรู้วัดจากการเขียนรายงานทางการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยระดับคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นถูกต้องเป็นระบบ และสามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเพียงบางส่วน ต้องได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจึงจะมีความถูกต้องสมบูรณ์ และระดับคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเมื่อมีตัวอย่างให้ศึกษาเพิ่มเติม หรือต้องได้รับการสอนซ่อมเสริม ถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 52 คะแนนเป็นร้อยละ 5 ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนจำนวน 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยจำนวน 1 ท่าน และผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา รวมคะแนนทั้งชุด 20 คะแนน ประกอบด้วย

1.โจทย์สถานการณ์จำลอง จำนวน 4 สถานการณ์ นำโจทย์สถานการณ์จำลอง ทั้ง 4 สถานการณ์ที่ปรับปรุงแล้ว ไปดำเนินการทดสอบนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 รุ่น 39 ถ่วงน้ำหนักคะแนนเต็มจากทั้ง 4 สถานการณ์เป็นร้อยละ 5

2. แบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล พัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 52 คะแนน เป็นร้อยละ 5

3. แบบประเมิน mapping concept พัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 24 คะแนน เป็นร้อยละ 5

4. แบบประเมินการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล และแบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล พัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 52 คะแนนเป็นร้อยละ 5

แบบประเมินในข้อ 2 3 และ 4 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยระดับคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นถูกต้องเป็นระบบ และสามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเพียงบางส่วน ต้องได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจึงจะมีความถูกต้องสมบูรณ์ และระดับคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเมื่อมีตัวอย่างให้ศึกษาเพิ่มเติม หรือต้องได้รับการสอนซ่อมเสริม

ชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล พัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 25 ข้อ แบบมาตราประมาณค่าแบบ Likert ชนิด 4 ระดับ โดยระดับคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นถูกต้องเป็นระบบ และสามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถอธิบายให้เหตุผลสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ได้ ระดับคะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเพียงบางส่วน ต้องได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจึงจะมีความถูกต้องสมบูรณ์ และระดับคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง แสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเมื่อมีตัวอย่างให้ศึกษาเพิ่มเติม หรือต้องได้รับการสอนซ่อมเสริมถ่วงน้ำหนักคะแนนจากเต็ม 100 คะแนนเป็นร้อยละ 50

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพแบบวัดความรู้ ใช้วิธีทดสอบคุณภาพด้วยค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก แทน Reliability ที่อาจจะต้องแยกแบบวัดความรู้ออกมาหาคุณภาพที่แตกต่างจากชุดอื่น) โดย 1) ประเมินความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิพากษ์จากคณะกรรมการหลักสูตรและผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 5 คน และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 2) นำแบบทดสอบไปทดลองใช้ในนักศึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าความยากง่ายมีค่าอยู่ระหว่าง 0.40-0.59 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.39 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20 เท่ากับ 0.75, KR-21 เท่ากับ 0.68)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ชุดที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางการพยาบาล 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC (The Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ เครื่องมือชุดที่ 1 เท่ากับ 0.70 เครื่องมือชุดที่ 2 เท่ากับ 0.70 และเครื่องมือชุดที่ 3 เท่ากับ

0.83 ส่วนโรงพยาบาลการณัจ้างลอง จำนวน 4 สถานการณ์ หาดชนีความสอดคล้องของการสังเกตของแบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจารย์ผู้คุมสอบ ประจำสถานี่ละ 3 คน จำนวน 4 สถานี่ สังเกตพฤติกรรมนักศึกษาและให้คะแนนตามแบบฟอร์มรายการประเมินทักษะปฏิบัติทางคลินิก อาจารย์ผู้คุมสอบกระทำไปพร้อมกัน และเป็นอิสระต่อกัน นำผลการสังเกตมาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกตมากกว่า หรือเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี่ นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่รับรอง E 2562-035 วันที่ 11 ตุลาคม 2562-11 ตุลาคม 2563 กลุ่มควบคุมจะได้รับการชดเชยโดยการจัดกิจกรรมการสอนด้วยวิธีการเดียวกับกลุ่มทดลองเพื่อการส่งเสริมทักษะทั้ง 3 ด้านภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เมื่อพิสูจน์ได้ว่า intervention นี้ ดีกว่าแบบควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มควบคุมจำนวน 7 กลุ่มๆละ 7- 8 คน รวมเป็น 63 คน ได้รับการฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธีปกติตลอด 4 สัปดาห์

2.กลุ่มทดลอง จำแนกนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มทดลองจำนวน 8 กลุ่มๆละ 8 คน รวมเป็น 64 คน โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มแรกที่ได้รับการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ด้วยวิธีปกติใน 2 สัปดาห์แรกและ ฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธี EBE ในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลัง จำนวน 4 กลุ่มๆละ 8 คน รวม 32 คน และกลุ่มสองได้รับการฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธี EBE ในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรก และฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธีปกติใน 2 สัปดาห์หลัง จำนวน 4 กลุ่มๆละ 8 คน รวม 32 คน วิธีการทดลองประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นเตรียมการ เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฐมนิเทศนักศึกษาเกี่ยวกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 วัตถุประสงค์ การจัดการเรียน การสอนการสอน อธิบายวัตถุประสงค์ การวัดและประเมินผลในรายวิชา และวิธีดำเนินการจัดการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์

2.2 ขั้นดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลลำปาง ตามโปรแกรมการทดลอง มีขั้นตอนทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่สอนแบบวิธีปกติทุกประการ แต่กลุ่มทดลองที่มีการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพิ่มเติมกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
1. การ มอบหมาย กรณีศึกษา	ผู้สอนมอบหมายกรณีศึกษาโดยให้นักศึกษาเรียนรู้ จากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ 1.1 กรณีศึกษาที่เป็นสถานการณ์ในภาวะวิกฤติ ระยะสั้น (short scenario) หรือเป็นเหตุการณ์ที่ คาดการณ์ไม่ได้ต้องให้การพยาบาลเร่งด่วน ปัญหา ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การมอบหมายเป็นแบบ รายบุคคลหรือรายกลุ่ม	ทุกวัน	1.อาจารย์ผู้สอน



กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่สอนแบบวิธีปกติทุกประการ แต่กลุ่มทดลองที่มีการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพิ่มเติมกิจกรรมดังต่อไปนี้ (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
	1.2 กรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2-3 วัน ขึ้นไป การมอบหมายเป็นแบบรายบุคคล	วันแรกของการฝึกและ/หรือทุก 2-3 วัน/หรือเปลี่ยนกรณีศึกษา	
2.การแนะนำ (Introduction)	ผู้สอนกล่าวสรุปก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Pre-brief)	ทุกครั้งก่อนเริ่มฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง	1.อาจารย์ผู้สอน
3. ดำเนินการตามสถานการณ์จริงที่กำหนด (Scenario)	3.1 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วยจริง 3.2 นักศึกษาฝึกอธิบาย และให้ความหมายกับสิ่งที่ตรวจพบจากผู้ป่วยและเหตุการณ์จริง 3.3 การคิดวิเคราะห์ และค้นหาความแตกต่างจากประสบการณ์การเรียนรู้เดิมและเชื่อมโยงจากองค์ความรู้เดิม การระบุปัญหาผู้ป่วย การตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาล 3.4 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสะสมประสบการณ์	ทุกวัน -หลังสิ้นสุดสถานการณ์ทันที	1.อาจารย์ผู้สอน 2.ผู้ป่วย 3.อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก
4.การสะท้อนคิด (reflective)	4.1 ดำเนินการสะท้อนคิดทุกครั้งหลังสิ้นสุดเหตุการณ์และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ทันที 4.2 ดำเนินการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม 4.3 กรณีที่ให้การพยาบาลแบบดูแลต่อเนื่อง ให้ดำเนินการสะท้อนคิดทุกวันหรือเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย	-ทุกครั้งหลังสิ้นสุดสถานการณ์ -ทุกวัน/หรือมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	1.อาจารย์ผู้สอน 2. อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก 3.นักศึกษาและเพื่อน



กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่สอนแบบวิธีปกติทุกประการ แต่กลุ่มทดลองที่มีการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพิ่มเติมกิจกรรมดังต่อไปนี้ (ต่อ)

5.สรุปการเรียนรู้ (Debrief)	5.1การวางแผนสรุปการเรียนรู้ (Debrief plan) และให้การเรียนรู้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 5.2 กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม		1.อาจารย์ผู้สอน 2. อาจารย์พี่เลี้ยง แหล่งฝึก 3.นักศึกษาและเพื่อน
6.นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา	อาจารย์ผู้สอน นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดสถานการณ์	ทุกวันและ/หรือ ทุกครั้งที่มอบหมายกรณีศึกษาที่เป็น Short scenario	1.อาจารย์ผู้สอน
กลุ่มควบคุม			
ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินการ
1.ปฐมนิเทศ นักศึกษา	1.1อาจารย์ผู้สอน อธิบายลักษณะวิชา วัตถุประสงค์ และ ผลลัพธ์การเรียนรู้ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ งาน ที่มอบหมาย การวัดประเมินผล 1.2 หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฐมนิเทศระบบบริการ ภายในหอผู้ป่วย บุคลากรและสถานที่	วันแรกของการฝึก	1.อาจารย์ผู้สอน 2.หัวหน้าหอผู้ป่วย
2.มอบหมาย กรณีศึกษา	มอบหมายงานกรณีศึกษา1 ราย/นักศึกษา 1คน โดยเขียนรายงานการศึกษาดังนี้ 2.1 การวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย 2.2 การวางแผนการพยาบาลรายบุคคล 2.3 pre-post conference 2.4 ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 1 ครั้ง 2.5 nursing round 3-4 คน/1 เรื่อง/ หอผู้ป่วย	วันแรกของการฝึกและทุก 3 วันเมื่อเปลี่ยนกรณีศึกษา	1.อาจารย์ผู้สอน
3.ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล	ฝึกปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติ	ทุกวัน	1.อาจารย์ผู้สอน 2.นักศึกษา
4.การสะท้อนคิด	เขียนรายงานการสะท้อนคิด สัปดาห์ละ 1ครั้ง	ทุกวันศุกร์	1.อาจารย์ผู้สอน 2.นักศึกษา
5.นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา	อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกดำเนินการ นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล เป็นรายบุคคล	ทุกวัน	1.อาจารย์ผู้สอน
6.ประเมินผลลัพธ์ การเรียนรู้	ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และสมรรถนะนักศึกษา	สัปดาห์ที่2และ4	1.อาจารย์ผู้สอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ด้านทักษะความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษา ใช้สถิติการวิเคราะห์คือ การหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย dependent t-test และ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 62 คน (ร้อยละ 96.87) และเพศชายจำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.13) อายุเฉลี่ย 21.48 ± 1.56 ปี และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 60 คน (ร้อยละ 95.24) และเพศชายจำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.76) อายุเฉลี่ย 20.45 ± 0.23 ปี

2. สมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณการแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล หลังการทดลองจำแนกตามแบบประเมินการวัดสมรรถนะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถนะ	กลุ่มทดลอง (n=64)		กลุ่มควบคุม (n=63)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ความรู้ (รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.79	.61	6.45	.63
1.1 แบบทดสอบวัดความรู้ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	2.89	.35	2.93	.45
1.2 แบบประเมินความรู้วัดจากการเขียนรายงานทางการพยาบาล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.90	.38	3.52	.34
2. การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา (รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน)	15.07	1.09	13.78	1.09
2.1 แบบประเมินจากการทดสอบด้วยสถานการณ์จำลอง (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.47	.25	3.15	.45
2.2 แบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.89	.35	3.61	.31
2.3 แบบประเมิน mapping concept (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.87	.46	3.47	.31
2.4 แบบประเมินการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล และแบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.84	.36	3.54	.27
3. การปฏิบัติการพยาบาล (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	39.85	2.74	37.69	2.71

จากตารางพบว่าค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านทักษะความรู้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล หลังการทดลองจำแนกตามแบบรายการประเมินสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกรายการ ยกเว้นค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบวัดความรู้ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความรู้						
กลุ่มทดลอง	6.60	.73	6.91	.67	-2.92	.007*
กลุ่มควบคุม	6.24	.75	6.32	.64	-0.85	.404
2. การคิดอย่างมีวิจารณญาณและ การแก้ปัญหา						
กลุ่มทดลอง	14.92	1.49	15.18	.90	-1.22	.231
กลุ่มควบคุม	12.93	.96	13.39	1.07	-2.455	.020*
3. การปฏิบัติการพยาบาล						
กลุ่มทดลอง	39.26	4.72	40.60	2.75	-1.69	.101
กลุ่มควบคุม	36.32	3.43	36.74	2.77	-5.35	.597

* $p\text{-value} \leq 0.05$

จากตารางพบว่าหลังการเข้าโปรแกรมการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังใช้การสอนโดยวิธีปกติ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้เพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมรรถนะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา หลังการเข้าโปรแกรมการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของสมรรถนะด้านความรู้ และการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหา และการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independence t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{d}$	S.D.	t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้								
กลุ่มทดลอง	6.60	.73	6.91	.67	.345	.109	3.168	.002*
กลุ่มควบคุม	6.24	.75	6.32	.64				
2. การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหา								
กลุ่มทดลอง	14.92	1.49	15.18	.90	1.296	.193	6.690	.000*
กลุ่มควบคุม	12.93	.96	13.39	1.07				
3. การปฏิบัติการพยาบาล								
กลุ่มทดลอง	39.26	4.72	40.60	2.75	2.154	.482	4.463	.000*
กลุ่มควบคุม	36.32	3.43	36.74	2.77				

*p-value ≤ 0.05

จากตารางพบว่าสมรรถนะด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหา และปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าด้านความรู้กลุ่มที่ใช้การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.91 (S.D.=0.67) (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ใช้การสอนตามปกติคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.32 (S.D.=0.64) ด้านการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหา กลุ่มที่ใช้การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 (S.D.=0.90) (จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ใช้การสอนตามปกติคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.39 (S.D.=1.07) ส่วนด้านการปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มที่ใช้การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.60 (S.D.=2.75) (จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ใช้การสอนตามปกติคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.74 (S.D.=2.77)

อภิปรายผล

ผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านทักษะความรู้ การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหา และปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษพบว่าภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับสมรรถนะนักศึกษาด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ซึ่งอธิบายได้ว่า การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ สามารถพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ การคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณและการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความรู้ จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการสอนโดยการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง การใช้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยตรงซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ ช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างความรู้ของผู้เรียนซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ การประเมินผู้ป่วยในสถานการณ์จริงที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การค้นหาความผิดปกติจากตัวผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า กรณีศึกษาที่หลากหลาย การจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยอาจารย์ผู้สอนให้หลากหลาย ภายในเวลาที่กำหนดและมีระยะเวลาสิ้นสุดชัดเจน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการคิดวิเคราะห์ และตั้งคำถามกับตนเองว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร แล้วใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎี และการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อหาคำตอบมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล เกิดการสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวทำให้นักศึกษาก่อสร้างองค์ความรู้ได้ด้วยตนเอง นักศึกษาให้ความสำคัญในตัวผู้ป่วยว่าเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถพัฒนาความรู้จากการเรียนรู้ที่ได้จากตัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยความรู้และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยมีอาจารย์ผู้สอนในคลินิกเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีประไพ อินชัยเทพ (Inchaithep, 2019) สิ่งที่นักศึกษาค้นพบและเผชิญในสถานการณ์จริงในคลินิกที่ซับซ้อนจะทำให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่ และเปลี่ยนแปลงมุมมองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่หลากหลาย นำไปสู่การพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะจำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล นักศึกษาเกิดกระบวนการคิดแบบต่อเนื่อง ตลอดเวลา มีการคิดต่อยอด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นและเกิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Videmšek (2017) พบว่านักศึกษาที่เรียนโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีความรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มที่เรียนกับครูผู้สอน และนักศึกษาตระหนักถึงคุณค่าของผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์โดยเป็นต้นกำเนิดของการสร้างองค์ความรู้ ความสำคัญของการเรียนรู้จากทัศนคติ แนวคิดและหลักการ ความผิดปกติและปัญหาสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้นักศึกษาค้นพบองค์ความรู้ที่แท้จริง และสอดคล้องกับ Potgieter (2012) นักศึกษาพยาบาลควรมีการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ในผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เฉพาะเจาะจง และคาดการณ์ไม่ได้ นักศึกษาพยาบาลควรรู้ในวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด ความรู้ ทัศนคติมีความจำเป็นและสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้สอนควรจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้หลากหลาย และหลายเหตุการณ์

ดังนั้นการเรียนรู้จากผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยตรงในฐานะผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นแหล่งความรู้และเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุด โดยบทบาทของผู้สอนเป็นเพียงผู้ชี้แนะการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด การค้นหาประเด็นการเรียนรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย สนับสนุนและจัดบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้

ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า กระบวนการจัดการเรียนการสอนสำคัญหลายกระบวนการ ได้แก่ นักศึกษามีการเรียนรู้จากความผิดปกติ เหตุการณ์ที่หลากหลาย และสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ จะเป็นตัวกระตุ้น (stimuli) ให้นักศึกษาเกิดการคิด วิเคราะห์ ตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร นำไปสู่การค้นคว้าหาความรู้มาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ระบุปัญหาทางการพยาบาลได้ และตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยบทบาทของผู้สอนทำหน้าที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการค้นหาสถานการณ์ การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนความรู้ที่ค้นพบและถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้ และทัศนคติ และใช้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยโดยตรงเข้ามามี

ส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อาจารย์ผู้สอนจะดำเนินการสะท้อนคิดเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการคิด วิเคราะห์ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างเสรี แสดงความคิดเห็นโดยอิสระโดยไม่มีการปิดกั้น ความคิดของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1996) การสะท้อนคิดช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้พิจารณา จุดบกพร่องจากการปฏิบัติการพยาบาล ทาวิธีการแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลและความรู้ ทางการพยาบาล การคิดเชื่อมโยงอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางคลินิก สอดคล้องกับวิจิตร งาม และสุรีย์ ทองวิเชียร (Kusoom & Tongvichean, 2017) การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ นักศึกษาพยาบาล ด้วยการจัดการเรียนการสอนด้วยการให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ผู้สอนสรุปการเรียนรู้จากการแสดงบทบาท ช่วยฝึกทักษะ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การ แก้ปัญหา และกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการสอนนักศึกษาพยาบาลเจนเนอร์ชั่นแซดให้คิด อย่างมีวิจารณญาณ ต้องสอนโดยการใช้การวิธีการสอนในหลายๆ วิธี โดยบูรณาการให้เป็นโปรแกรมเดียวกัน จัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย อธิบายกิจกรรมการเรียนการสอนที่ชัดเจน ก่อนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามโปรแกรมที่ ออกแบบไว้ โดยผู้สอนเป็นผู้ที่ออกแบบสถานการณ์ เป็นผู้กระตุ้น เป็นผู้ชี้แนะให้นักศึกษาได้คิด เปิดโอกาสให้ นักศึกษาได้ปฏิบัติทักษะด้วยตนเองอย่างเต็มที่ (Wongsaree, 2019) โดยผู้สอนเป็นผู้ติดตามให้เป็นไปตาม กระบวนการสอน ประเมินผลการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสร้างบรรยากาศในการเรียนให้ผู้เรียนเกิดความสุข จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิดที่มีวิจารณญาณมากขึ้นวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมล ขอผล และคณะ (Khorphon.et.al,2019) การสะท้อนคิด (Reflective thinking) ถือเป็นการ จัดการเรียนการสอนวิธี หนึ่งที่สามารถส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของพยาบาลสำหรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (clinical practice) เพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ คิดวิเคราะห์ มีการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการ พยาบาลได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลมีการเรียนรู้จาก สถานการณ์จริง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยโดยตรงที่มีลักษณะทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เฉพาะเจาะจง และคาดการณ์ไม่ได้ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลควรเรียนรู้ในวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างไรให้ผู้ป่วย ได้รับความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่เกิดขึ้น ตัดสินเลือกวิธีปฏิบัติการ พยาบาลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ และเห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นจากการให้การพยาบาล จน สามารถทำให้นักศึกษานำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในครั้งต่อไปได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Happell et al. (2019) พบว่าการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตด้วยการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดย ประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านสังคมและการดูแลอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Horgan (2020) ศึกษาวิจัยในวิชาการพยาบาลจิตเวช พบว่า การเรียนการสอน วิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เรียนในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะ ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสอดคล้องกับการศึกษาของ Potgieter (2012) การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ในผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกที่มีความซับซ้อน เฉพาะเจาะจง และคาดการณ์ไม่ได้ นักศึกษาพยาบาลจะเกิดการเรียนรู้ในวิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ภายใต้สถานการณ์ที่มีเวลาจำกัด



ข้อจำกัดของการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากการจัดกลุ่มนักศึกษาจัดกลุ่มโดยผู้รับผิดชอบหลักสูตร และเป็นนักศึกษาที่หมุนเวียนมาจากการฝึกภาคปฏิบัติในวิชาอื่นๆ มาก่อนหน้านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติด้วยวิธีการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหาในทุกรายวิชา

เอกสารอ้างอิง

- Baker, C. R. (1996). Reflective Learning: A Teaching Strategy for Critical Thinking. *Journal of Nursing Education*, 35(1): 19-22.
- Chidmongkol, R., Tongphet, P., & Khonyang, W. (2016). Teaching for enhancing critical thinking of nursing students in clinical practice. The Southern College Network J Nurse and Public
- Wongsaree.C. (2019). Teaching to Critical thinking in Generation Z Nursing Student: A Review of Literature. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 20(1), 21-30. (in Thai)
- Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. (2022). *Handbook of Using Bachelor of Nursing Science Program (Improving Program 2022)*. Praboromarajchanok Institute. Ministry of Public Health. (in Thai).
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Kolb, D. A., Boyatzis, R. E., & Mainemelis, C. (2001). Experiential learning theory: Previous Research and new directions. *Perspectives on thinking, learning, and cognitive styles*, 1(8), Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Koski, J., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2019). Changing attitudes: *The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study*. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 480–491. 227-247.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Koski, J., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2019). *Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study*. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 480–491.



Horgan, A., Manning, F., Donovan, M. O., Doody, R., Savage, E., Bradley, S. K., ... & Happell, B. (2020). *Expert by experience involvement in mental health nursing education: The co-production of standards between Experts by Experience and academics in mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 553-562.

Khamnee, T. (2005). *Instructional Design: Wide choice. Bangkok: Chulalongkorn printing.* (in Thai).

Potgieter, E. (2012). Clinical teaching: Developing critical thinking in student nurses: Education. *Professional Nursing Today*, 16(2), 4-8.

Ar-yuwat.S. (2017). Problem-Based Learning (PBL): The Challenges of Nursing Education to Foster The 21st Century Learning. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 27(2), 15-30. (in Thai).

Inchaithep.C. (2019). Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 6(1), 1-10. (in Thai).

Khorphon.S, Pankeaw.J, Sarobol.T, Choopun.K, & Chomchan.S., Boonlue.N. (2019). Promoting of Critical Thinking Skills in Nursing Students Through Reflective Thinking. *Nursing Journal*, 46(1), 87-101.

Videmšek, P. (2017). Expert by experience research as grounding for social work education. *Social Work Education*, 36(2), 172-187.

Kusoom.W., Tongvichean.S., (2017) *Developing Critical Thinking Skill for Nursing Students.The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 25(3), 1-8. (in Thai)

Factors Predicting the Nutritional Status among Pregnant Women at Kokha Hospital, Lampang Province

Panumas koonyodying*, Parichart Tulapan^{1*}, Nattida Chiangdee**
Ubonwan Kanjanaporncharean^{***}, Ratta Udomthada^{***}

Received: August 7, 2023, Revised: October 27, 2023, Accepted: September 19, 2023

Abstract

This predictive research aimed to examine personal data, knowledge, beliefs, nutritional status. Factors predicting nutritional status among pregnant women at Kokha Hospital, Lampang Province. The sample comprised of 137 pregnant women who received antenatal care the Kokha Hospital, Lampang Province. The sample group was sampled purposively. Data collection was conducted using personal questionnaires, including questions regarding beliefs about maternal food consumption and a knowledge test on maternal food consumption. Personal data, beliefs, and knowledge related to maternal food consumption were analyzed using descriptive statistics. The predictors of nutritional status among pregnant women from the Vallop curve of maternal nutrition were analyzed using logistic regression analysis.

The study found that 74.5% of the sample group was aged between 20-34 years, 60.9% were single-parent families, and 43.1% were in their second pregnancy. Among the participants, it was observed that 48.9% possessed a high school education or higher, 46% had their pre-pregnancy body mass index (BMI) within the normal range, and 65.7% exhibited a favorable nutrition status. Beliefs toward maternal dietary habits were found to be relatively low (Mean= 2.37, SD= 0.17), while knowledge about maternal nutrition was demonstrated to be considerable, with an average score of 15.77 (SD= 2.61). The following factors were found to be predictive of the nutritional status of pregnant women: their beliefs and knowledge regarding maternal food consumption, as well as their pre-pregnancy BMI and age.

Keywords: Beliefs; Knowledge; Predictive Factors; Nutritional Status; Pregnant women

*Instructors, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

**Student Nurse, Year 3, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

***Registered Nurse, Professional level, Kokha Hospital, Lampang Province

¹Corresponding author: parichart.t@mail.bcnlp.ac.th Tel: 081-3877428



ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง*, ปาริชาติ ตูลาพันธุ์^{1*}
ณัฐธิดา เชียงดี**, อุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ***, รัตันดา อุดมธาดา***

(วันรับบทความ: 7 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ: 27 ตุลาคม 2566, วันตอบรับบทความ: 19 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยปัจจัยทำนาย (Predictive design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความเชื่อ ภาวะโภชนาการ และปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 137 คน คัดเลือกแบบเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์จากกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ (Vallop curve) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multinomial logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 74.5 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60.9 ตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 43.1 ระดับการศึกษาตั้งแต่ ปวช./ปวส.ขึ้นไป ร้อยละ 48.9 BMI ก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.0 และภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.7 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.37, SD = 0.17) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.0 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.77 (SD = 2.61) ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และอายุของหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ความเชื่อ; ความรู้; ปัจจัยทำนาย; ภาวะโภชนาการ; หญิงตั้งครรภ์

*อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

**นักศึกษาระดับปริญญาตรีปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

¹Corresponding author: parichart.t@mail.bcnlp.ac.th Tel: 081-3877428

บทนำ

การตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนับตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์โดยอวัยวะต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงไปให้เหมาะสมกับการทำงานของร่างกาย เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการที่จะเสริมสร้างความเจริญเติบโตให้กับทารกในครรภ์และทำให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีความแข็งแรงสมบูรณ์ตลอดระยะตั้งครรภ์ 40 สัปดาห์ (Lertsakornsiri, 2019) หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จะส่งผลเสียแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น การขาดวิตามินเอส่งผลให้ตาบอดในเวลากลางคืน (night blindness) การขาดแคลเซียมสัมพันธ์กับภาวะความดันเลือดสูงและคลอดก่อนกำหนด การขาดสังกะสีส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว การขาดธาตุเหล็กส่งผลให้เกิดภาวะเลือดจางในมารดา และการขาดไอโอดีนทำให้เกิดภาวะ hypothyroidism เป็นต้น ส่วนผลเสียต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การพัฒนาของรกทำให้รกมีขนาดเล็ก และเลือดมาเลี้ยงลดลง เกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และทารกคลอดก่อนกำหนด การขาดกรดโฟลิกส่งผลต่อการเกิดความพิการของระบบ ประสาทของทารก เป็นต้น (Maleerat, et al, 2022) โดยเฉพาะปัญหาของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม นอกจากมีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดแล้ว ในขวบปีแรกยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทุพโภชนาการ และพัฒนาการล่าช้ามากกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ (Chivanon, 2022) ดังนั้นโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์และระหว่างการตั้งครรภ์มีความสำคัญกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ทารกที่คลอดมีน้ำหนักแรกเกิดที่ดีมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของมารดาในช่วงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมของทารกในครรภ์ (Jitaree, 2021)

สถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยปีงบประมาณ 2564-2566 สถิติทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 6.39, 6.46 และ 6.68 ตามลำดับ สถิติของจังหวัดลำปางคิดเป็นร้อยละ 6.67, 7.96 และ 9.20 และโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง คิดเป็นร้อยละ 4.85, 8.68 และ 11.17 ตามลำดับ (DOH, Dashboard, 2023) โดยจะเห็นว่าแนวโน้มของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยของจังหวัดลำปาง และโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง มีแนวโน้มที่สูงขึ้นซึ่งมากกว่าเกณฑ์ของตัวชี้วัดของระดับประเทศที่กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกินร้อยละ 7 โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมีหลายปัจจัย เช่น ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โรคประจำตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุของมารดาน้อยกว่า 16 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี การดูแลสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม ลำดับการตั้งครรภ์ และประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา เป็นต้น (Chivanon, 2022) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ และส่งผลต่อภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Bootsri & Sirisophon, 2020) อายุครรภ์ ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ (Na-sangiem & Kuasit, 2022) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ (Winalaivanakoon, 2019; Leelatiwanon, 2017) ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ (Leelatiwanon, 2017; Chakona & Shackleton, 2019; Phonkusol & Sangin, 2020) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มีผลต่อภาวะโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน (Boonjeem, Xuto & Supavitpatana, 2019 & Boonyakiat & Junyam, 2017 & Ruchob, Sinsuksai, Phahuwatanakorn & Boriboonhirunsarn, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ.2006 ได้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนหนึ่งเกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น และพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานต่างๆ การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ

อิทธิพลระหว่างบุคคลเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและยังมีผลโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (Danyuthasilpe, 2018) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสำคัญมาก เพราะว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Wutthisan, Siriarunrat & Tachasuksri, 2017)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ดีโดยเฉพาะต่อทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในระยะยาว สาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ให้มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความเชื่อ และภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

1. ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปางอยู่ในระดับใด
2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ความรู้ และความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์สามารถทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์หรือไม่

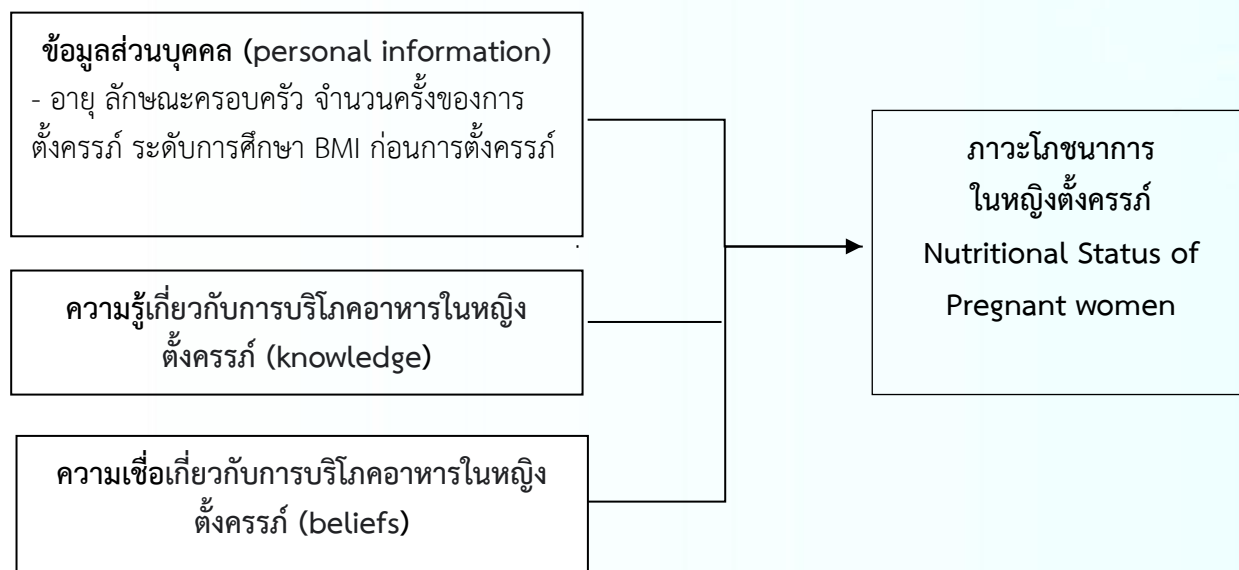
สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ความรู้ และความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์สามารถทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ.2006 ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง) (Danyuthasilpe, 2018) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกับภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ (Na-sangiem & Kuasit, 2022) อายุของหญิงตั้งครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ (Chivanon, 2022) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ (Leelatiwanon, 2017; Winalaivanakoon, 2019) ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ (Leelatiwanon, 2017; Chakona & Shackleton, 2019; Phonkusol & Sangin, 2020) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (Ruchob, Sinsuksai, Phahuwatanakorn. & Boriboonhirunsarn, 2016; Boonyakiat

& Junyam, 2017; Boonjeem, Xuto & Supavititpatana, 2019) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ตามมา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ 2) ด้านประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง 3) ด้านระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม – 30 เมษายน พ.ศ.2566

นิยามศัพท์

ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง การยอมรับ และเชื่อว่าสิ่งที่หรือปฏิบัติบอกกล่าวมาเป็นความจริง โดยไม่ต้องมีเหตุผลใดมาสนับสนุนหรือพิสูจน์ ซึ่งความเชื่อนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ สามารถวัดได้จากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับรู้และความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ กับการบริโภคอาหาร ทั้งในด้านประโยชน์ ข้อห้ามในการรับประทานอาหารระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้อง สามารถวัดได้จากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ค่าร้อยละของดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ 21 ของหญิงตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ทำการศึกษา นำมาจุดในกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ (Vallop curve) และอ้างอิงการทำนายน้ำหนักของทารกแรกเกิดของ Vallop curve งานวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี 2) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้อย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive design) โดยศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 743 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยใช้สัดส่วนร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 148 คน เก็บข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 92.56 (Qualtrics, 2023) มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง 2) หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเกาะคา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป 3) หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์จากการบันทึกค่าร้อยละดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ 21 โดยแบ่งภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี 2) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง 3) ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้อย (Department of health, Ministry of Public Health, 2020)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามจากงานวิจัยของ ชารินันท์ สีสาทิวนานนท์ ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากตัวชี้วัดและระบบงานโภชนาการของไทย จากสำนักโภชนาการกรมอนามัย (Leelatiwanon, 2017) ลักษณะแบบสอบถามจะมีคำถามสั้นๆ จำนวน 13 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3-5, 7 และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ 2, 6, 8-13 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ เชื่อแน่นอน ค่อนข้างเชื่อ ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่เชื่อ และไม่เชื่อแน่นอน ให้คะแนน เป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

(5) เชื่อแน่นอน หมายถึง ท่านมีความเชื่อว่าการปฏิบัติข้อนั้นเป็นจริง

(4) ค่อนข้างเชื่อ หมายถึง ท่านค่อนข้างเชื่อว่าการปฏิบัติข้อนั้นเป็นจริง

(3) ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าความเชื่อนั้นเป็นจริง

(2) ค่อนข้างไม่เชื่อ หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่เชื่อว่าการปฏิบัติข้อนั้นเป็นจริง

(1) ไม่เชื่อแน่นอน หมายถึง ท่านไม่เชื่อว่าการปฏิบัติข้อนั้นเป็นจริง

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามทางบวก

เชื่อแน่นอน (5), ค่อนข้างเชื่อ(4), ไม่แน่ใจ(3), ค่อนข้างไม่เชื่อ(2) และไม่เชื่อแน่นอน(1)

- ข้อคำถามเชิงลบ

เชื่อแน่นอน (1), ค่อนข้างเชื่อ(2), ไม่แน่ใจ(3), ค่อนข้างไม่เชื่อ(4) และไม่เชื่อแน่นอน(5)

ระดับความเชื่อใช้เกณฑ์ (Srisaad, 2018) ดังนี้

- คะแนน 4.51 – 5.00 เชื่อมากที่สุด

- คะแนน 3.51 – 4.50 เชื่อมาก

- คะแนน 2.51 – 3.50 เชื่อปานกลาง

- คะแนน 1.51 – 2.50 เชื่อน้อย

- คะแนน 1.00 – 1.50 เชื่อน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

เป็นแบบทดสอบที่ต้องการทราบความรู้ด้านการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามจากงานวิจัยของ ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์ (Leelatiwanon, 2017) ลักษณะแบบสอบถามมีจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวในด้านการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามให้ เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ (ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบผิดจะได้ 0 คะแนน) โดยถ้าตอบ ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง และตอบไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง และคิดระดับความรู้ ดังนี้

- ดีมาก คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 (≥ 15 คะแนน)
- ดี คะแนน ร้อยละ 70 – 79 (13-14 คะแนน)
- พอใช้ คะแนน ร้อยละ 60 – 69 (≤ 12 คะแนน)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 ส่วนแบบทดสอบความรู้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (K-R 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง
3. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคาจังหวัดลำปาง เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ
4. ผู้วิจัยและพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ โดยข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยในภาพรวม
5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามลงบันทึกข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2566-013 รับรองระหว่างวันที่ 11 มกราคม 2566 – 11 มกราคม 2567 หลังจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงประโยชน์ของการวิจัย และให้ความมั่นใจว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในรายงานการวิจัย และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ถ้าหากมีความไม่พร้อมหรือไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ และภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multinomial logistic regression) แบบ enter method และตรวจสอบ multicollinearity ด้วย การทดสอบสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) และสัมประสิทธิ์คราเมอร์สวี (Cramer's V coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลเกศา จังหวัดลำปาง จำนวน 137 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 74.5 ครอบครัวยาว ร้อยละ 60.6 ตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 43.1 ระดับการศึกษาตั้งแต่ ปวช./ปวส. ขึ้นไป ร้อยละ 48.9 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 46.0 และภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 137)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
< 20 ปี	12	8.8
20-34 ปี	102	74.5
35 ปีขึ้นไป	23	16.8
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	83	60.6
ครอบครัวขยาย	54	39.4
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ตั้งครรภ์แรก	49	35.8
ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	59	43.1
ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม	25	18.2
ตั้งครรภ์ครั้งที่สี่	4	2.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	3.6
ประถมศึกษา	7	5.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	25.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	16.8
ประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.) ขึ้นไป	67	48.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 137) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์		
ค่า BMI < 18.5 น้ำหนักน้อย/ผอม	20	14.6
ค่า BMI 18.5 – 22.9 อยู่ในเกณฑ์ปกติ	63	46.0
ค่า BMI 23.0 – 24.9 น้ำหนักเกิน	20	14.6
ค่า BMI 25.0 – 29.9 โรคอ้วนระดับที่ 1	20	14.6
ค่า BMI 30 ขึ้นไป โรคอ้วนระดับที่ 2	14	10.2

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (SD= 0.16) หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อในระดับมากที่สุดในเรื่องการรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 (SD= 0.65) โดยค่าเฉลี่ยของความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแยกเป็นรายข้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์

ประเด็นของความเชื่อ	Mean	S.D.	ระดับความเชื่อ
1.การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ 3 มื้อ ทำให้สุขภาพร่างกายของหญิงตั้งครรภ์และทารกในท้องแข็งแรง	4.62	.65	มากที่สุด
2.การรับประทานอาหารเช้า เพราะทำให้ทารกตัวเล็ก คลอดง่าย	2.13	1.23	น้อย
3. การดื่มน้ำมะพร้าวมากๆ จะทำให้ทารกผิวสวย และมีไขติดตัวน้อย	3.26	1.11	ปานกลาง
4.อาหารเผ็ดจัด เค็มจัด จะทำให้ ทารกในท้องจะสบาย	3.15	1.24	ปานกลาง
5.หวาน ของมัน ไขมันสัตว์ จะทำให้ทารกตัวใหญ่คลอดยาก	2.83	1.19	ปานกลาง
6.การรับประทานข้าวกับปลาเค็มเป็นประจำ เพราะทารกจะตัวเล็ก คลอดง่าย	1.81	1.04	น้อย
7.การรับประทานผักที่เป็นเถา จะทำให้ไปพันรก ทำให้ทารกคลอดยาก	1.69	.96	น้อย
8.การรับประทานผัก ผลไม้ ที่เชื่อว่าเป็นของเย็น เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ฟักทอง เงาะ ลำไย จะทำให้ทารกในท้องหัวแข็ง	1.73	.99	น้อย
9.การรับประทานไข่จะทำให้ทารกมีไขมันตามตัว และคลอดยาก	1.69	.92	น้อย
10.การรับประทานยาบำรุงเลือด จะทำให้เด็กอ้วน คลอดยาก	1.99	1.16	น้อย
11.การรับประทานเนื้อ จะทำให้ปวดเมื่อยตามร่างกาย	1.87	1.07	น้อย
12.การรับประทานอาหารที่เป็นแปด เช่น กุ้งแปด ปาท่องโก๋ จะทำให้คลอดลูกแปด หรือทารกตัวติดกัน	1.58	.99	น้อย
13.ขณะตั้งครรภ์ สามารถดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ ได้เหมือนก่อนการตั้งครรภ์	2.53	1.27	ปานกลาง
รวม	2.37	.16	น้อย

3. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาคือระดับดี 33 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ส่วนระดับพอใช้มีน้อยที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 และค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.77 คะแนน ($\bar{X}$ = 15.77, SD = 2.61) ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์

ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก ($\geq$ ร้อยละ 80)	89	65.0
ดี (ร้อยละ 70-79)	33	24.1
พอใช้ (ร้อยละ 60-69)	15	10.9
ค่าเฉลี่ย = 15.77 S.D. = 2.61		

4. ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมาคือ ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 24.1 และภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้อย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

ระดับภาวะโภชนาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี	90	65.7
ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง	33	24.1
ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับน้อย	12	10.2

5. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ (Be) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ (Know) อายุ (Age) และ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (BMI) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 42.7 (R^2 = .427) ทั้งนี้ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่าไม่มี Multicollinearity (r = 0.121 – 0.526) ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะโภชนาการในระดับ 3 ได้สูงสุดได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ (Know) รองลงมาคือ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ (Be) และอายุ (Age) ผลการวิเคราะห์สามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ต่อไปนี้

$$\text{Logit}[P(y: \text{level}3)] = 17.804 + 4.177(\text{Know}) + 2.82(\text{Be}) + 1.804(\text{Age}) - 1.414(\text{BMI})$$

ส่วนปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะโภชนาการในระดับ 2 ได้สูงสุดได้แก่ อายุ (Age) รองลงมาคือ ดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการวิเคราะห์สามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ต่อไปนี้

$$\text{Logit}[P(y: \text{level}2)] = 8.440 - 3.014(\text{BMI}) + 5.381(\text{Age})$$

ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ได้ แสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์

Factors	B	S.E.	Wald	df	p
ภาวะโภชนาการระดับ 3 ^a					
Intercept	17.804	24.212	0.422	1	.009
Be	2.820	1.346	8.318	8	.040
Know	4.177	0.646	20.373	4	.000
BMI	-1.414	1.650	16.756	8	.000
Fam	0.437	4.002	0.707	2	.442
EDU	0.467	6.419	0.106	10	.352
Age	1.804	2.676	10.635	4	.031
ภาวะโภชนาการระดับ 2 ^a					
Intercept	8.449	7.458	0.044	1	.279
Be	0.057	.108	0.279	8	.597
Know	0.457	9.497	0.012	4	.127
BMI	-3.014	4.290	11.026	8	.044
Fam	0.094	5.528	0.112	2	.324
EDU	0.399	9.400	0.024	10	.158
Age	5.381	6.675	7.127	1	.007

a: The reference category is :ภาวะโภชนาการระดับ 1

Cox & Snell $R^2 = .332$, Nagelkerke $R^2 = .427$

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.77 คะแนน (SD= 2.61) การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีคะแนนในระดับดีมากนั้น เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ หากพบว่ามีปัญหาจะสอบถามปัญหากับหญิงตั้งครรภ์และส่งพบแพทย์ พร้อมทั้งประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อดูแลภาวะโภชนาการต่อไป ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ด้านโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ การให้ความรู้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการได้ (Suriyanimitsuk & Disapirom, 2018) นอกจากนี้การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ของคนไทย จะได้รับการสอนเมื่อศึกษาในโรงเรียน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างยังสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ หรือสื่อต่าง ๆ ทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติในการดูแล

ตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวัลณ์ วินาลัยวานากูล ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Winalaivanakoon, 2019) และการศึกษาของธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจังหวัดเพชรบุรี พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Rungsiriwattanakit, 2018)

ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (SD= 0.16) อาจเนื่องมาจากความเชื่อเหล่านี้เป็นความเชื่อที่มีมาในสมัยโบราณ ความเชื่อบางอย่างอาจส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ เช่น ความเชื่อให้รับประทานอาหารน้อยลง ให้ทานข้าวกับปลาเค็มจะทำให้ทารกตัวเล็กคลอดง่าย การรับประทานไข่จะทำให้ทารกมีไขมันตามตัวและคลอดยาก การรับประทานยาบำรุงเลือดจะทำให้เด็กอ้วนคลอดยาก การรับประทานเนื้อจะทำให้ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ในปัจจุบันจากระบบการศึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ได้รับมาจากการสอนสุขศึกษา และการเผยแพร่บนสื่อโซเชียลต่าง ๆ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อในสมัยโบราณเหล่านี้ลดลง แตกต่างกับการศึกษาของ ชากอนา และชาเคิลตัน (Chakona & Shackleton, 2019) ได้ศึกษาข้อห้ามด้านอาหารและความเชื่อทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารและความชอบในอาหารของหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของเคนยา, ประเทศแอฟริกาใต้ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อท้องถิ่นเกี่ยวกับการห้ามรับประทานอาหาร คือ ผลไม้แห้งจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา มันฝรั่ง ผลไม้ ถั่ว ไข่ ฟักทอง และฟักน้ำเต้า ส่วนใหญ่เรียนรู้ข้อห้ามและข้อปฏิบัติจากแม่หรือย่าและในกลุ่มสังคม การศึกษาของศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล, นิรัชรา ลิลละย์กุล, จามรี สอนบุตร และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล ได้ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อในเรื่องการรับประทานอาหารและยา เช่น เชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือดทำให้เด็กโตคลอดยาก ขณะตั้งครรภ์ห้ามรับประทานมากจะทำให้หมดลูกขยายตัว ทารกมีขนาดใหญ่ส่งผลให้คลอดยาก ให้กินปลาแห้ง ปลาเค็ม เป็นต้น (Leangpunsakul, Lillakul, Sornbut & Sittisarunkul, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ ผลกุล และศิริวรรณ แสงอินทร์ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติ ในเขตจังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความเชื่อที่ว่ากินอาหารจำพวกไข่จะทำให้ลูกมีไขมันมากและคลอดยาก และการกินของร้อนจะทำให้ลูกในท้อง ไม่สบายตัวและไม่แข็งแรง (Phonkusol & Sangin, 2020)

ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 65.5 และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 65.0 และยังมีระดับการศึกษาประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.) ขึ้นไป ร้อยละ 48.9 สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้และระดับการศึกษาที่สูง จะมีภาวะโภชนาการที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากความรู้ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสอนสุขศึกษาแล้ว ปัจจุบันยังมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่เผยแพร่หลากหลายช่องทาง เช่น ทางระบบอินเทอร์เน็ต สื่อทางโซเชียลต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของชนาภา งามฉาย, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 92.38 โดยได้รับจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 67.62 (Ngamchay, Tachasuksri & Siriarunrat,

2020) เช่นเดียวกับการศึกษารณาลองงาม และชนันชา อุปฮาด ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตร้อยละ 70.80 ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.40 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.40 (Clongngam & Ubahad, 2020)

2. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และอายุของหญิงตั้งครรภ์ สามารถรวมทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ได้ ($R^2 = .427$) สอดคล้องกับการศึกษาของชนาภา งามฉาย, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (Ngamchay, Tachasuksri & Siriarunrat, 2020) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานอาหาร สามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ($B = .142$, $p = .031$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานอาหารสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแรงจูงใจสำคัญส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป แสดงให้เห็นว่า การศึกษาบ่งบอก ถึงความรู้ความสามารถของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตณัย มณีนวล, รมย์กมล วิจิตรจันทร์, ชยพล ทูลภิรมย์ และเกษมศรี ถนอมนวล (Maneenuan, Wijitjan, Toonpirom & Tanomnuan, 2018) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่ตำบลอัยเยอร์เวง อำเภอเบตง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และอายุของหญิงตั้งครรภ์ สามารถรวมทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ได้ ($R^2 = .427$) จากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ ผลกุล และศิริวรรณ แสงอินทร์ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติ ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมของตนเองมาก จะส่งผลทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่ดี เช่น ความเชื่อในการกินอาหารจำพวกไข่จะทำให้ลูกมีไข่มากและคลอดยาก และการกินของร้อนจะทำให้ลูกในท้องไม่สบายตัวและไม่แข็งแรง (Phonkusol & Sangin, 2020) ความเชื่อเหล่านี้เป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ตามมาได้ จากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในระดับมากที่สุด คือ ความเชื่อในการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 3 มื้อ ความเชื่อนี้เป็นข้อมูลและเป็นที่รู้ทางด้านวิชาการที่ได้รับการยอมรับและเป็นคำแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์นั่นเอง

BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า BMI ก่อนการตั้งครรภ์ ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และอายุของหญิงตั้งครรภ์ สามารถรวมทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ได้ ($R^2 = .427$) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (pre-pregnancy BMI) ถือเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดในการกำหนดการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ซึ่งดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่ควรเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ก็จะมีความแตกต่างกันด้วย

(Boonjeem, Xuto & Supavititpatana, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์ บุญเกียรติ และผกากรอง จันทร์แยม ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในสตรีที่ตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Boonyakiat & Junyam, 2017) และการศึกษาของรุ่งนภา รัชชอบ, นิตยา สิ้นสุกใส, วรรณพาหุวัฒน์กร และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่สามารถทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Ruchob, Sinsuksai, Phahuwatanakorn & Boriboonhirunsarn, 2016) โดยพบว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ (< 18.5 กิโลกรัม/เมตร²) มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-24.9$ กิโลกรัม/เมตร²) 6.69 เท่า จากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมี BMI ก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.0 และพบว่ามีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับดี จึงวิเคราะห์ได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลทำให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีตามมา

อายุของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ได้ ($R^2 = .427$) งานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ซึ่งอายุที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ คือ 20-35 ปี การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งยังไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และวุฒิภาวะ ทางอารมณ์ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ได้ เช่น ภาวะโลหิตจาง ทูโปชนาการ การแท้งบุตร ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และการตั้งครรภ์ในหญิงที่ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี อาจมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) เป็นต้น (Srisawad, 2017)

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ควรนำปัจจัยที่ทำนายภาวะโภชนาการไปใช้ในการวางแผนการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น การให้ความรู้ การส่งเสริมความเชื่อที่ถูกต้องในการปฏิบัติตน โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหาร การส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายที่เหมาะสม ตลอดระยะเวลาของการดูแลขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะซีด เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด
3. ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ โดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม



เอกสารอ้างอิง

- Boonjeem W., Xuto P. & Supavititpatana B. (2019). Effect of dietary promotion through self-monitoring program on gestational weight gain of pregnant women. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(4), 177-185. (in Thai)
- Boonyakiat S. & Junyam P. (2017). Self-care behavior of nutrition among pregnant women at prenatal care clinic of Chaopaya Apaipubejhr Hospital Prachinburi province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 34(4), 270-281. (in Thai)
- Bootsri W. & Sirisophon A. (2020). Predicting factors of promoting behaviors among pregnant women receiving antenatal care services at Community Hospital, Nakhonsawan Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 60-70.
- Chakona G. & Shackleton C. (2019). Food taboos and cultural beliefs influence food choice and dietary preferences among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. Retrived 1 July, 2023, from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31694181/>
- Chivanon N. (2022). *Nursing care of low birth weight infants*. Chonburi: Burapha Faculty of Nursing. (in Thai)
- Clongngam T. & Ubahad C. (2020). Factors Influencing the self-care behavior of pregnant women, Sisaket province. *Research and Development Health System Journal*, 13(3), 19-26. (in Thai)
- Danyuthasilpe C. (2018). Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 132-141. (in Thai)
- Department of health, Ministry of Public Health. (2020). *Mother and Child Health Handbook*. Department of Health, Ministry of Pubic Health.
- DOH, Dashboard. (2022). Percentage of newborns weighing less than 2,500 grams. Retrived 2 January, 2023, from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbw>
- Jitaree W. (2021). The study on growth situation of Thai children from newborn to 6 months: Case studies from Supanburi, Loei and Satun. Retrived 20 January, 2023, from: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/download06/download?id=71529&mid=32009&mkey=m_document&lang=th&did=22643.
- Leangpunsakul S., Lillakul N., Sornbut J. & Sittisarunkul P. (2015). Situations and factors affecting the success of maternal and child health work in 3 southern border provinces. Retrived 1 July, 2023, from: https://oec.anamai.moph.go.th/th/more-news-php-cid-65-filename-index/download?id=60392&mid=32952&mkey=m_document&lang=th&did=17875
- Leelatiwanon T. (2017). Factors influencing eating behaviors among teenage pregnant women. Retrived 5 January, 2023, from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11878/1/415792.pdf>

- Lertsakornsiri M. (2019). *Nursing women during pregnancy and childbirth*. (2^{ed}). Bangkok: Chamchuri Products. (in Thai)
- Maleerat P. et al. (2022). Pregnancy outcome in undernutrition mothers: A multicenter retrospective cohort study. *Srinagarind Medical Journal*, 37(6), 565-575. (in Thai)
- Na-sangiem D. & Kuasit U. (2022). The factors predicting self-care behaviors among adolescent pregnant women in provinces in the 7th health region. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 261-273.
- Ngamchay C., Tachasuksri T. & Siriarunrat S. (2020). Predicting factors of eating behaviors among pregnant women working in industrial factories. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 48-59. (in Thai)
- Phonkusol C. & Sangin S. (2020). The factors predicting health behaviors among Pregnant migrant women in Chon Buri province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(4), 128-144. (in Thai)
- Qualtrics. (n.d.). (2023). Determining sample size: how to make sure you get the correct sample size. Retrived 16 October, 2023, from: <https://www.qualtrics.com/au/experience-management/research/determine-sample-size/?rid=ip&prevsite=en&newsite=au&geo=TH&geomatch=au>
- Ruchob R., Sinsuksai N., Phahuwatanakorn W. & Boriboonhirunsarn D. (2015). Factors predicting delivery of low birth weight infants. *Nursing Science Journal of Thailand*, 33(3), 18-29. (in Thai)
- Rungsiriwattanakit T. (2018). The development of model to promoting self-care behaviors of adolescence pregnancy, Phetchaburi Province. Retrived: 15 October, 2023, from https://mis.krirk.ac.th/librarytext/SAS/2561/F_THANAWAT_%20%20%20RUNGSIRIWATTANAKIT.pdf
- Srisaad B. (2018). *Basic Research*. (10th ed). Bankok: Suweeriyasan. (in Thai)
- Srisawad K. (2017). Role of midwife in preconception care. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(4), 157-165. (in Thai)
- Suriyanimitsuk T. & Disapirom T. (2018). Nurse's roles in nutrition promotion among pregnant women. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(2), 176-180. (in Thai)
- Winalaivanakoon C. (2019). Selected factors related to health responsibility behaviors among pregnant adolescents in Amnat Charoen Province. *Journal of Nursing Siam University*, 20(39), 8-19. (in Thai)
- Wutthisan K., Siriarunrat S., & Tachasuksri T. (2017). Relationships between health beliefs and eating behaviors of pregnant women who had overweight before pregnancy. *Chonburi Hospital Journal*, 42(1), 19-26. (in Thai)

The Effect of program knowledge and skills for basic life support of Nursing Practice Course of 1st year nursing students

Piripat Techakanta^{*}, Phoomin Doungsuriya^{1*}, Suchart Kreuangchai^{**}

(Received September 24, 2023, Revised: October 3, 2023, Accepted: November 20, 2023)

Abstract

This research constituted a one-group pre-test- post-test quasi-experimental design aimed at examining the influence of teaching and learning programs on the knowledge and fundamental life support skills of first-year nursing students. Data was gathered from a sample comprising 50 first-year nursing students who had not yet received basic life support training during August to October 2023. The experimental apparatus comprised fundamental life-sustaining programs, pretest and posttest questionnaires, and a skills questionnaire, which exhibited reliability coefficients of 1.0, 0.95 and 0.91, respectively. The data were examined through descriptive statistical analysis and a paired sample t-test.

The results of the study following the experiment revealed the mean scores of basic life support knowledge among first-year nursing students ($M=17.2$, $SD=4.84$) were significantly higher than prior to the intervention ($M=2.52$, $SD=1.76$) ($t=20.08$, $p<.05$). The mean scores for basic life support skills after the program were found to be significantly higher than before ($M=9.40$, $SD=0.75$) as compared to before experiment ($M=3.48$, $SD=1.19$). This difference was statistically significant ($t=30.94$, $p<.05$).

Therefore, the curriculum for the first-year nursing students' course on basic life support in nursing practice can be leveraged to cultivate precise decision-making abilities, critical thinking skills, and practical proficiency.

Keywords: Knowledge; Skills; Basic life support

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{**} Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding: Phoomin.d@mail.bcnlp.ac.th Tel: 0816837770

ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1

พิริพัฒน์ เตชะกันทา*, ภูมินทร์ ดวงสุริยะ^{1*}, สุชาติ เครื่องชัย**

(วันรับบทความ : 24 กันยายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 3 ตุลาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 20 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 และไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนฯ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีค่าความเชื่อมั่น 1.0, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติค่าที่แบบจับคู่ (paired sample t-test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังเข้าโปรแกรม ($M=17.2$, $SD=4.84$) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($M=2.52$, $SD=1.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=20.08$, $p<.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังเข้าโปรแกรม ($M=9.40$, $SD=.75$) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ($M=3.48$, $SD=1.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=30.94$, $p<.05$)

ดังนั้นโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ การตัดสินใจ และทักษะการปฏิบัติ โดยมีจุดเน้นในการประมวลผลที่สามารถทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรู้; ทักษะ; การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Phoomin.d@mail.bcnlp.ac.th โทร 0816837770

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (sudden cardiac arrest) เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดจากการหยุดทำงานของหัวใจ และการหายใจ ส่งผลทำให้การไหลเวียนเลือดและการนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างของร่างกายหยุดชะงัก ผู้ป่วยจึงเกิดอาการหมดสติ ไม่มีชีพจร หยุดหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด (Patel & Hipskind, 2023) ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก จากการรายงานของ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการเสียชีวิตของประชากรนอกโรงพยาบาลที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 20 – 140 คน ต่อ 100,000 ประชากร และพบว่ามีเพียงร้อยละ 2-11 ที่มีอัตราการรอดชีวิตจากการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Tsao et al., 2023) นอกจากนั้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เฉลี่ย 436,000 คน ต่อปี และมากกว่า 350,000 คน ที่เป็นกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (Meaney et al., 2013) โอกาสในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิต หรือการทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตกลับมาทำงานอีกครั้ง (return of spontaneous circulation) ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย อาทิเช่น อายุ โรคประจำตัว รวมถึงยังมีปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น การพบเหตุ ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือขั้นเบื้องต้น และการกระตุ้นการเข้าถึงของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนั้นในสถานการณ์จริงที่ประชาชนได้พบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มักมีสภาวะจิตใจที่ตื่นตระหนก สับสน ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ ส่งผลให้การกระตุ้นขั้นตอนการช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างล่าช้า ทำให้ผู้ประสบเหตุมีโอกาสในการเสียชีวิตสูงขึ้น (Saengpanit, 2018)

สาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งมาจากการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบว่าประชากรในกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 350,000 คน ต่อปี (Tsao et al., 2023) สำหรับในประเทศไทย มีการรายงานถึงสถิติของอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็น 1 ใน 5 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิต ซึ่งพบในกลุ่มประชากรช่วงอายุ 30 – 69 ปี เฉลี่ยเสียชีวิต 33.61 คน ต่อ 100,000 ประชากร (Division of Non Communicable Disease, 2022) นอกจากนั้นยังมีสาเหตุการเสียชีวิตแบบกระทันหันที่เกิดจากการได้รับการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ อาทิเช่น จมน้ำ อุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น (Sriklo, Yujaiyen, & Sriamonruttanakul, 2018)

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจัดเป็นกระบวนการที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่จะสามารถทำให้มีการไหลเวียนโลหิตกลับมาทำงานอีกครั้ง (return of spontaneous circulation) โดยกระบวนการดังกล่าว จะเริ่มตั้งแต่การรับรู้เหตุและการกระตุ้นระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (rapid recognition) การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (early CPR) การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (early defibrillation) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (early advanced life support) การให้การดูแลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (post cardiac arrest care) และการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู (recovery and survivorship) กระบวนการดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กันหรือเรียกว่า ห่วงโซ่การรอดชีวิต (chain of survival) (American Heart Association, 2020) นอกจากนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ กับอัตราการรอดชีวิตยังขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาตั้งแต่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจนถึงการได้รับการช่วยเหลือและการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ ภายในเวลา 4 นาที รวมถึงการเข้าถึงการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายใน 8 นาที (Huang, He, Yang, Liu, & Jones, 2014; Sriklo, Yujaiyen, & Sriamonruttanakul, 2018) จะเห็นได้ว่ากระบวนการตั้งแต่ระยะรับรู้เหตุ จนถึง การส่งต่อให้การดูแลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ถือเป็นขั้นตอนสำคัญ ที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้อย่างทันท่วงที และมีโอกาสเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

การจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (active learning) ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ผ่านกระบวนการลงมือปฏิบัติ อาทิ เช่น การสอนโดยการบรรยายร่วมกับการดูสื่อวิดีโอและสาธิตย้อนกลับ การเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์จำลอง ผสมผสานกับการเรียนรู้ที่เน้นการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้แสดงผลย้อนกลับ (real time feedback) (Norkaeo, Treenon, Nattaya, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee, 2018; Ruangrit, Keawpimon, & Sengloiluean, 2021) กระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านการเรียนรู้ที่สามารถสร้างความรู้อย่างเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ ภายใต้การตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy) ที่กล่าวว่า หากบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะทำให้เกิดความรู้ และความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ เมื่อได้ลงมือปฏิบัติจะทำให้เกิดความชำนาญและสามารถต่อยอดสู่ความมั่นใจในการนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง (Anderson & David, 2001)

นักศึกษาพยาบาลถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในวิชาชีพที่จะสามารถให้การดูแลสุขภาพของประชาชนได้ โดยสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะต้องสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน คือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังนั้นการวางรากฐานในด้านความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่ก้าวเข้าสู่วิชาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 นอกจากนั้นยังเป็นการพัฒนาทักษะความสามารถเชิงสมรรถนะ (soft skill) ในการคิด ตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม สำหรับการส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 เพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถมีความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลัง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หลังได้รับโปรแกรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

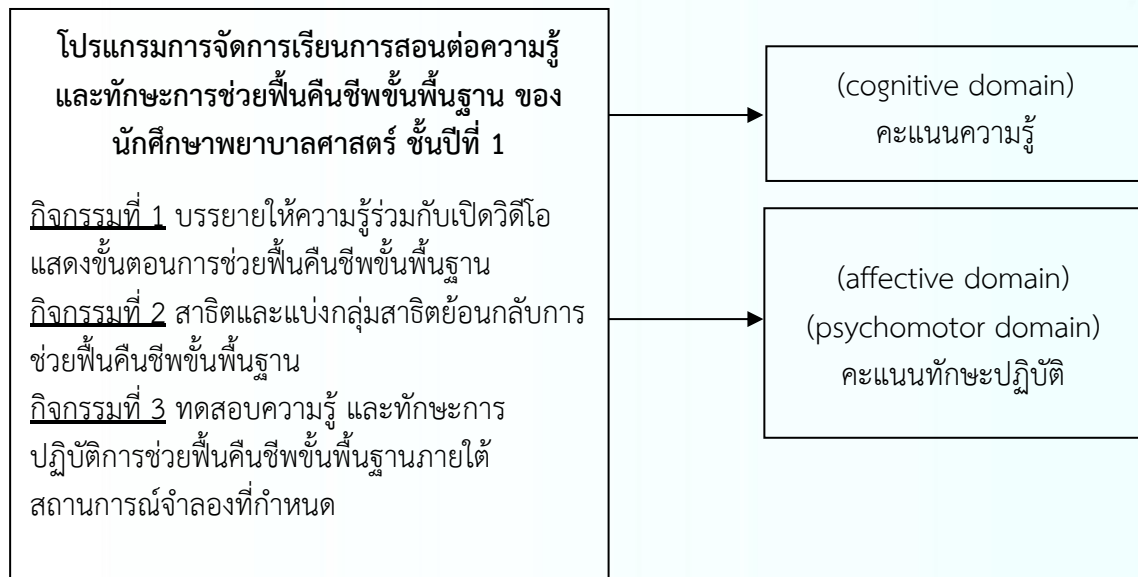
ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน 2) ขอบเขตด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ และทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 3) ขอบเขตด้านสถานที่ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่จังหวัดลำปาง และ 4) ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2566

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (one group pre test - post test quasi experimental research) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy) (Anderson & David, 2001) ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือการฝึกฝนที่ผ่านมา ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้น

จากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ นอกจากนั้นคุณภาพการเรียนการสอนที่แตกต่างกันก็จะส่งผลทำให้เกิดประสิทธิผลที่แตกต่างกันได้ โดยมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความคิด (cognitive domain) 2) ด้านความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (affective domain) และ 3) ด้านความชำนาญ (psychomotor domain)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 170 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (sample random sampling) คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) คือ ไม่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนเข้ารวมการศึกษาในครั้งนี้ การได้มาของจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์คำนวณ effect Size 0.5 และกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% (Norkaeo, Treenon, Nattaya, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee, 2018) ซึ่งคำนวณได้ 45 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวจากการวิจัย (drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 50 คน เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอในการหาข้อสรุปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 บรรยายให้ความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามแนวปฏิบัติ 2020 ร่วมกับการดู วิดีโอแสดงขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 สาธิตและแบ่งกลุ่มสาธิตย้อนกลับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยเริ่มกระบวนการตั้งแต่การ ประเมินความปลอดภัย การประเมินสภาพผู้ประสบเหตุและขั้นตอนการขอความช่วยเหลือในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การกดหน้าอกและการช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ โดยใช้ระยะเวลาในและแบ่งการฝึกภาคปฏิบัติเป็นคู่ คู่ละ 2 นาที เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 7 วัน ก่อนถึงวันประเมินผล

กิจกรรมที่ 3 ทำการประเมินความรู้จากการใช้แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจำนวน 20 ข้อ ผ่านแบบทดสอบที่สร้างจาก google form ใช้เวลา 30 นาที ประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายใต้สถานการณ์จำลองที่กำหนด และวัดผลประสิทธิภาพจากหุ่นจำลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ และแบ่งสอบเป็นคู่ คู่ละ 2 นาที เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเอกสารวิชาการ ตำรา ในหัวข้อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2020 (American Heart Association, 2020) จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อสอบเชิงสถานการณ์ในการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ และแนวปฏิบัติตามมาตรฐานความรู้ตามแนวทางการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน 2020 จำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมในการทำแบบทดสอบ 20 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ผ่านของคะแนนความรู้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 80 (16 คะแนน) (Bloom, 1975)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเอกสารวิชาการ ตำรา ในหัวข้อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2020 (American Heart Association, 2020) วัดทักษะตั้งแต่การรับรู้เหตุและการกระตุ้นระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ตามห่วงโซ่การช่วยชีวิต มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมคิดเป็น 10 คะแนน หากปฏิบัติถูกต้องจะได้ 1 คะแนน แต่หากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ผ่านของคะแนนทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 80 (8 คะแนน) (Bloom, 1975)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (content validity) โดยโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 1.0, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .974 และหุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (laerdal skill reporter manikin) ได้ผ่านทดสอบการเปรียบเทียบมาตรฐาน ทั้งการวัดอัตราความเร็วในการกดหน้าอก ความลึก ตำแหน่งการวางมือ การปล่อยการคืนตัวของหน้าอก รวมถึงระยะเวลาการหยุดกดหน้าอก ตามแนวทางการช่วยชีวิต ปี 2020

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยขออนุมัติเพื่อดำเนินการวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประจำปีการศึกษา 2566 ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ประชาสัมพันธ์การวิจัยและติดต่อประสานงาน กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มีคุณลักษณะ เข้าเกณฑ์มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และปัจจัยเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้น

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ โดยใช้แบบประเมินความรู้การ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผ่านระบบ google form ใช้ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ 30 นาทีและทำการ ประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบ่งนักศึกษาเป็นคู่ ใช้เวลาในการประเมิน ทักษะต่อคน คนละ 2 นาทีต่อ ภายใต้อาณัติที่กำหนด ระยะเวลาการประเมินทักษะการปฏิบัติ 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 โดยใช้ระยะเวลาในการบรรยายให้ความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืน ชีพขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการให้ดูวิดีโอสาธิต ใช้ระยะเวลา 30 นาที และแบ่งการฝึกภาคปฏิบัติ โดยใช้ผู้สอนจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นคณะผู้วิจัยและผ่านการทดสอบการช่วยฟื้นคืนชีพ จากสถาบันรับรองมาตรฐานของสมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดแบ่งนักศึกษาเป็นคู่ และใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติคนละ 2 นาที เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 7 วัน ก่อนการประเมินผล

สัปดาห์ที่ 3 ประเมินความรู้หลังการเรียน โดยใช้แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผ่าน ระบบการทำแบบทดสอบใน google form ในระยะเวลา 30 นาที และ ทำการประเมินทักษะ โดยใช้แบบประเมิน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และวัดผลประสิทธิภาพจากหุ่นจำลอง โดยแบ่งเป็นคู่สลับการทดสอบ และใช้ ระยะเวลาคนละ 2 นาทีต่อสถานการณ์ที่กำหนด เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง

4. รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอน ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมีคุณภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

- เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ด้วยสถิติค่าที่แบบจับคู่ (paired sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2566-085 วันที่ 18 สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์ อักษรนำเสนอ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94 มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี ($M=18.54$, $SD=.5$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ paired sample t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=20.08$, $p<.05$) กล่าวคือ คะแนนหลังได้รับความรู้ของของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนได้ความรู้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

	n	score	M	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	50	20	2.52	1.76	20.08	.000
หลังเข้าโปรแกรม			17.2	4.84		

* $p\text{-value} < .05$

ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หัวข้อที่ 1 การกระตุ้นการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนเข้าโปรแกรมนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจสอบความปลอดภัยและโทร 1669 คิดเป็นร้อยละ 50 แต่หลังเข้าโปรแกรม มีตรวจสอบความปลอดภัยและโทร 1669 รวมถึงประเมินการตอบสนอง คิดเป็นร้อยละ 100 หัวข้อที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนเข้าโปรแกรมส่วนใหญ่ตำแหน่งการวางมือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 98 หลังเข้าโปรแกรมส่วนใหญ่คลำชีพจร และประเมินการหายใจ ไม่เกิน 10 วินาที และการปล่อยหน้าอกคืนตัว ทำได้ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100 และหัวข้อที่ 3 การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ ก่อนเข้าโปรแกรมนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้พิจารณาความปลอดภัยก่อนกดกดปุ่ม shock คิดเป็นร้อยละ 100 หลังเข้าโปรแกรม นักศึกษา สามารถเปิดเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติและปฏิบัติตามคำสั่ง ติดแผ่นได้อย่างถูกต้อง และพิจารณาความปลอดภัยก่อนกดกดปุ่ม shock คิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่าง (n=50 คน)

ข้อมูลรายละเอียด	ก่อนเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
หัวข้อที่ 1 การกระตุ้นการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		
-ตรวจสอบความปลอดภัยและโทร 1669	25 (50)	50 (100)
-ประเมินการตอบสนอง	20 (40)	50 (100)
หัวข้อที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ		
-คลำชีพจร และประเมินการหายใจ ไม่เกิน 10 วินาที	18 (36)	50 (100)
-อัตราการกด 100-120 ครั้ง/นาที	7 (14)	38 (76)
-ความลึก 5-6 เซนติเมตร	11 (22)	41 (82)
-ตำแหน่งการวางมือ	1 (2)	41 (82)
-การปล่อยหน้าอกคืนตัว	20 (40)	50 (100)
หัวข้อที่ 3 การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ		
-เปิดเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติและปฏิบัติตามคำสั่ง	29 (58)	50 (100)
-ติดแผ่นของเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติได้อย่างถูกต้อง	43 (86)	50 (100)
-พิจารณาความปลอดภัยก่อนกดกดปุ่ม Shock	0 (0)	50 (100)

การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อัตราการกดหน้าอก ก่อนเข้าโปรแกรม มีอัตราการกดหน้าอกมากกว่า 120 ครั้ง/นาที คิดเป็นร้อยละ 86 ($M=136.55$, $SD=7.84$, $range=124-150$) และหลังเข้าโปรแกรม มีอัตราการกดหน้าอกอยู่ในช่วง 100-120 ครั้ง/นาที คิดเป็นร้อยละ 76 ($M=111.78$,



$SD=4.70$, range=100-120) ความลึกของการกดหน้าอก ก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนใหญ่ความลึกของการกดหน้าอกน้อยกว่า 5 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 46 ($M=4.41$, $SD=.38$, range=3.5-4.9) และหลังเข้าโปรแกรมความลึกของการกดหน้าอก อยู่ในช่วง 5-6 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 82 ($M=5.51$, $SD=.28$, range=5-6) การวางมือถูกตำแหน่ง ก่อนเข้าโปรแกรมตำแหน่งการวางมือถูกตำแหน่งมี คิดเป็นร้อยละ 2 และหลังเข้าโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 82 (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n=50$ คน)

ข้อมูลรายละเอียด	ก่อนเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังเข้าโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)
อัตราการกดหน้าอก		
-น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที	0 (0)	2 (4)
-100-120 ครั้ง/นาที	7 (14)	38 (76)
-มากกว่า 120 ครั้ง/นาที	43 (86)	10 (20)
ความลึกของการกดหน้าอก		
-น้อยกว่า 5 เซนติเมตร	23 (46)	0 (0)
-5-6 เซนติเมตร	11 (22)	41 (82)
-มากกว่า 6 เซนติเมตร	16 (32)	9 (18)
ตำแหน่งการวางมือ		
-ตำแหน่งการวางมือถูกตำแหน่ง	1 (2)	41 (82)

ทักษะของกลุ่มตัวอย่างต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ทักษะก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=30.94$, $p<.05$) กล่าวคือ คะแนนหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างต่อทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทักษะของกลุ่มตัวอย่างต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

	n	score	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	50	10	3.48	1.19	30.94	.000
หลังเข้าโปรแกรม			9.40	0.75		

* $p\text{-value} <.05$

อภิปรายผล

การศึกษาวัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-19 ปี ($X=18.54$, $SD=0.5$) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaiwong และคณะ (2021) ที่พบว่า อายุเฉลี่ยต่อการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ที่ 18.75 ปี อธิบายได้ว่า ในช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มี

ความคิด ความกล้า รวมถึงการตัดสินใจโดยใช้หลักเหตุผลพิจารณาไตร่ตรองในการแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อน นอกจากนั้นยังจัดเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายเต็มที่ มีความคล่องตัวที่สามารถเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะเฉพาะเจาะจงได้อย่างเหมาะสม กล้าที่จะเรียนรู้ ทดลองกับสิ่งที่ได้รับมอบหมาย หรือสิ่งที่สนใจ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังบ่งชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายหลังการอบรม 17.2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 จากคะแนนที่กำหนดเกณฑ์ผ่าน นอกจากนั้นในส่วนคะแนนการตัดสินใจเชิงสถานการณ์ ซึ่งถูกคิดค่ารวมกับคะแนนทั้งหมด เมื่อนำมาแยกวิเคราะห์ พบว่า ภายหลังการเข้าอบรมมีค่าคะแนนผ่าน คิดเป็นร้อยละ 100 จากคะแนนที่กำหนดเกณฑ์ผ่าน ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะในเชิงความคิด วิเคราะห์ พิจารณาไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณ และตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (Norkaeo, Treenon, Nattaya, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee, 2018)

สำหรับผลการวิจัยของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จุดเน้นของกิจกรรมจะเป็นการเรียนการสอนที่ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเชิงการคิดวิเคราะห์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา อีกทั้งยังมีการสะท้อนผลลัพธ์จากหุ่นที่แสดงผลถึงประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และปรับแก้ไข นอกจากนั้นยังเน้นให้ผู้เรียนได้มีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 7 วัน จนทำให้การปฏิบัตินั้นมีความมั่นใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เรียนมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=20.08, p<.05$) และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.48, p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Ruangrit, Keawpimon, & Sengloiluean (2021) พบว่า กิจกรรมการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีการกำหนดสถานการณ์จำลองร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะเป็นการพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ และความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ

ประสิทธิภาพทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสิทธิภาพในการกอดหน้าอกตามเกณฑ์ (100-120 ครั้ง/นาที) ร้อยละ 76 อย่างไรก็ตามยังคงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราการกอดหน้าอกที่มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ถึงร้อยละ 20 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Partiprajak (2015) ที่พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการฝึกปฏิบัติ รวมถึงมีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพแล้ว ยังคงมีอัตราการกอดหน้าอกที่มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ถึงร้อยละ 90 อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเกิดความกดดันจากสถานการณ์ในการฝึกหรือการทดสอบ มีความตื่นเต้น หรือเกิดความวิตกกังวล ทำให้ประสิทธิภาพในการกอดหน้าอกไม่อยู่ในช่วงของเกณฑ์ที่กำหนด (100-120 ครั้ง/นาที) ดังนั้นในการกำหนดมาตรฐาน และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถฝึกทักษะให้เกิดความถูกต้อง และนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มีจัดกิจกรรมซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ อาทิเช่น การบรรยายให้ความรู้ร่วมกับการเปิดวิดีโอสาธิต การแบ่งกลุ่มสาธิตและสาธิตย้อนกลับ มีระยะเวลาการฝึกอย่างต่อเนื่อง การทดสอบความรู้และทักษะปฏิบัติภายใต้การกำหนดสถานการณ์จำลอง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีมาประมวลผลย้อนกลับผ่านหุ่นจำลองในการฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับการใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ที่กล่าวว่า บุคคลเมื่อเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และหากเมื่อมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็จะเกิดผลลัพธ์ที่มีความชำนาญในสิ่งที่ได้เรียนรู้มากขึ้น (Anderson & David, 2001) นอกจากนั้นการใช้สถานการณ์เป็นตัวกำหนดความซับซ้อนจะสามารถช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนอย่างคล่องแคล่ว และเกิดผลลัพธ์ในความมั่นใจ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การดูสื่อวิดีโอ เอกสารประกอบการสอนที่ดี รวมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติ กระบวนการดังกล่าวจะก่อให้เกิดการ

เรียนรู้ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี (Srisuk, Apiratwarakul, Ienghong, Rattanaseeha, Kotruchin, & Buranasakda, 2017; Norkaeo, Treenon, Nattaya, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee, 2018; Chaiwong et.al, 2020; Robkob, Inchaithep, & Thinwang, 2022) ดังนั้นการวางแผนจัดการเรียนการสอน ที่ให้การบรรยายและควบคู่กับการฝึกปฏิบัติพร้อมกับการให้คำแนะนำ จะสามารถทำให้ผู้เรียน มีความรู้ ความเข้าใจ และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนต่อความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการวัดผลติดตามเป็นระยะ เพื่อให้ผู้เรียนมี ผลลัพธ์ต่อการเรียนรู้ และทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการเปรียบเทียบระดับความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานใน นักศึกษาทุกชั้นปี และเปรียบเทียบสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปีต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. (2020). High lights of the 2020 American Heart Association guidelines for CPR and ECC. Retrieved from https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf
- Anderson, LW., & David, K. (2001). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Retrieved from <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of Education. New York: David McKay Company.
- Chaiwong, N., Phakpho, K., Kraisin, W., Sakha, M., Kambang, W., Phimathai, P., & Pakdelun, K. (2021, July 29-30). The Effects of Learning Skill Development of Basic Life Support to Sudden Cardiac Arrest Program for Student of Buriram Rajabhat University, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani. (in Thai).
- Division of Non Communicable Disease. (2022). The report non communicable diseases. Retrieved 23 June 2023, from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Report2565NCDs.pdf>. (in Thai)
- Huang, Y., He, Q., Yang, L. J., Liu, G. J., & Jones, A. (2014). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) plus delayed defibrillation versus immediate defibrillation for out-of-hospital cardiac arrest. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(9), CD009803. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009803.pub2>
- Meaney, P. A., Bobrow, B. J., Mancini, M. E., Christenson, J., de Caen, A. R., Bhanji, F., Abella, B. S., Kleinman, M. E., Edelson, D. P., Berg, R. A., Aufderheide, T. P., Menon, V., Leary, M., & CPR Quality Summit Investigators, the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, and the Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and

- Resuscitation (2013). Cardiopulmonary resuscitation quality: [corrected] improving cardiac
- Patel , K., & Hipskind, J. E. (2023). Cardiac Arrest. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(4), 417–435.
- Norkaeo, D., Treenon, P., Nattaya, C., Kanbupar, N., Teanthong, S., & Kaewmanee, C. (2018). Nursing students knowledge and skills about Basic Life Support (BLS): The effects of simulation-based learning, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 84-95. (in Thai).
- Partiprajak, S. (2015). Relationship between knowledge, perceived self-efficacy in Basic Life Support (BLS) and chest compression performance among undergraduate nursing students. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(1), 119-134. (in Thai).
- Patel , K., Hipskind, J. E., & Akers, S. W. (2023). Cardiac Arrest (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Robkob, W.,Inchaithep, S. & Thinwang, W. (2022). Development of learning outcomes based on learning and evaluation redesigned using standardized patient in Simulation-Based Learning (SBL) in mental health and psychiatric nursing courses. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(1), 228-252. (in Thai).
- Ruangrit, R., Keawpimon, P., & Sengloiluean, K. (2021). Knowledge, skills and self-confidence in Basic Life Support and Automated External Defibrillator (AED) using among under graduated nursing students, *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(2), 125-141. (in Thai).
- Saengpanit, C. (2018). Factors associated with successful prehospital resuscitation of out of hospital cardiac arrest by emergency medical service, Uttaradit hospital. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 85-96. (in Thai).
- Srisuk, P., Apiratwarakul, K., Ienghong, K., Rattanaseeha, W., Kotruchin, P., & Buranasakda, M. (2017). Effectiveness of Basic Life Support and Automated External Defibrillator short-course training in undergraduate students. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 332-337. (in Thai).
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., Kalani, R., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2023). Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93–e621.

The Development of Model for Enhancing Health Literacy according to the 3E 2S Behaviors of the Elderly with chronic disease in Lampang Province

Ussanee Wannalai^{*}, Budsarin Padwang^{1*}, Wipa Iamsumang Jaramillo^{*}

(Received September 2, 2023, Revised: September 3, 2023, Accepted: December 8, 2023)

Abstract

This research and development study aimed to identify the problems and need, develop a model, and assess the effectiveness of health literacy in promoting 3E 2S behaviors among older people in Lampang province. The participants had been divided into three groups: 1) 385 older people were recruited to investigate problems, needs, and situations, 2) 20 public health professionals who were tasked with promoting health, along with 20 older individuals, and 3) 60 individuals were recruited to participate in this study. These individuals had been divided into an experimental and control group. The research instrument demonstrated a content validity index of 0.93, and its Cronbach's alpha coefficient reached 0.83. The gathered information was subjected to content analysis, frequency distribution, and test statistic analysis.

The results showed that the health literacy problems and requirements according to the 3E 2S behaviors were found to be at a moderate level of severity ($\bar{x}=2.12$, S.D.= 0.65). The investigation into the model of health literacy among the elderly, based on 3E 2S behaviors, revealed that following utilization, the older people demonstrated an enhancement in both health knowledge and the 3E 2S behaviors. The experimental group exhibited superior mean scores in health literacy and health behaviors, as well as lower mean scores in cumulative sugar intake, prior to the trial. It was determined that there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) between the experimental and control groups, with the former showing a notable difference compared to the latter

Keywords: model development; health literacy promotion based on 3 E 2 Behavioral principles, elderly people.

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute,

¹Corresponding: budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel: 081-6837770



พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก พฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง

อุษณีย์ วรรณาลัย*, บุศรินทร์ ผัดวัง^{1*}, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล*

(วันรับบทความ : 2 กันยายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 3 กันยายน 2566, วันตอบรับบทความ : 8 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุอำเภอเมืองลำปางเพื่อศึกษาความรอบรู้และสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จำนวน 385 คน 2) กลุ่มพัฒนารูปแบบเป็น ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คน และกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอเมืองลำปาง 20 คนและ 3) กลุ่มตัวอย่างทดลองประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองลำปาง แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถาม ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.83 และ 2) แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา และพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา แจกแจงความถี่และสถิติทดสอบที

ผลวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้และสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.12, S.D.= .65) 2) รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1.กิจกรรม การประเมินสุขภาพตนเอง 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. กิจกรรมกระเจองาสะทอนชีวิตเน้นทักษะการสื่อสาร เล่นเกมส์สื่อสาร และ Share & Learn 4.กิจกรรมรู้จักเลือก รู้จักใช้ ทักษะการตัดสินใจฟันให้ไกล ไปให้ถึง และ 5. กิจกรรมเราทำได้ ง่ายนิดเดียว เน้นทักษะการจัดการจัดการตนเอง และ 3) ประสิทธิภาพผลของโปรแกรม พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม 3 อ 2 ส กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: รูปแบบ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ2ส, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ budsarin.p@mail.bcnlp.ac.th Tel:081-8839717

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วจากปี 2563 ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมดและกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) ในปี 2565 นี้ (National Statistical Office, 2020) จังหวัดลำปางเป็นหนึ่งในจังหวัดในภาคเหนือของประเทศไทย ที่มีประชากรสูงอายุจำนวนถึง 177,846 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Lampang Provincial Public Health Office. 2021) ซึ่งตามกระบวนการสูงอายุ (aging process) วัยผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบ สภาพปัญหาทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุมิมากมายหลายด้านและการมีโรคประจำตัวต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Duangthipsirikul, 2013) ข้อมูลปีงบประมาณ 2559-2562 ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40-44 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 18-20 อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.85 และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.19 (National Statistical Office, 2020) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมอารมณ์ และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ และพบว่าการมีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว (Duangthipsirikul, 2013) จากการศึกษาข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ บ่งชี้ว่ากลุ่มโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้และมีหลายมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการในระดับประชากร ซึ่งผลลัพธ์คือสามารถรักษาชีวิตและลดภาระโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับประเทศไทยนั้น มีมาตรการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เช่น แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553-2557 Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2021) มีการกำหนดนโยบายโดยกรอบการดำเนินงานยังคงอยู่ภายใต้นโยบาย 3 อ 2 ส อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในแต่ละส่วนยังคงขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน อีกทั้งความเข้มข้นในการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ทำให้ผลสัมฤทธิ์ไม่ปรากฏให้เห็นได้ชัดเจน จึงได้ปรับแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ในปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่ง World Health Organization (1998) นิยามไว้คือ “ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” และมีประสิทธิผล ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะเข้าใจสารสนเทศและบริการทางสุขภาพขั้นต้นที่จำเป็นเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยทักษะในการรับรู้เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆได้ด้วยตนเอง การจำแนกระดับความสามารถด้านนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือการรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร (Information literacy) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) เป็นการขยายแนวคิดให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการคิดหาวิธีการเพิ่มพูนความสามารถให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (Nutbeam, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับ Health literacy นั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) (Parker, 2000) ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Walt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้

และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Gangsaw, & Prasertsri, 2015; Bains, 2011; Osborn, Paasche-Orlow, Bailey, & Wolf, 2011; Padwang, Wannalai, & Iamsung Jaramillo, 2023) และการศึกษาของ (Friis, Vind, Simmons & Maindal, 2016) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับการดูแลสุขภาพแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 30.83 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จากการศึกษาด้านปัจจัย ยังพบปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ การอ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ เมื่อไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ อาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ Health literacy อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะขาดการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้การไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการสื่อสารใหม่ๆก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด ส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น (Berkman, Davis & McCormack, 2010; & Kim, 2009) ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริม Health literacy เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้นั่นเอง

จากสถานการณ์จังหวัดลำปางข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสูงขึ้น ในขณะเดียวกันความสำคัญของการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรม จังหวัดลำปางยังไม่มีการพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุม เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนั้นคณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภายใต้นโยบาย 3 อ 2 ส ในการพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ รู้เท่าทันตัวเองสูงขึ้น เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

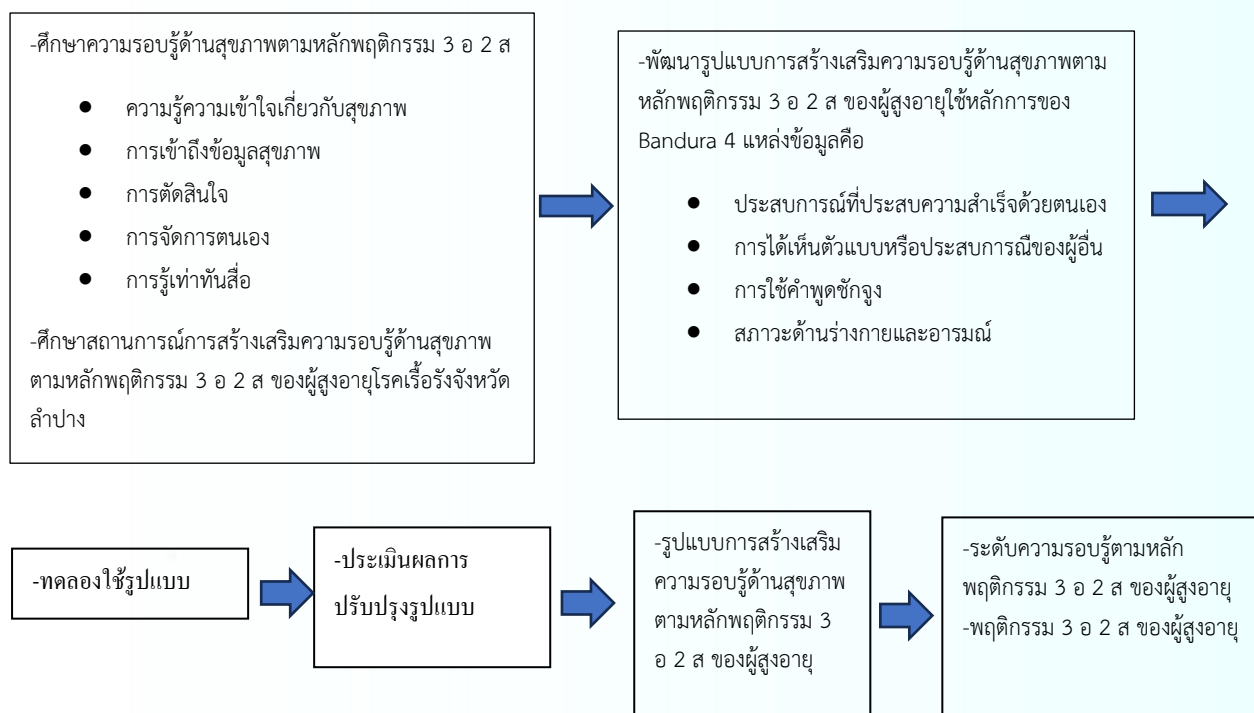
1. ศึกษาความรู้และการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง
2. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง
3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้านคือ 1) ด้านเนื้อหาศึกษาความรู้และความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ 2.1) กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอเมืองลำปาง จำนวน 385 คน 2.2) กลุ่มพัฒนารูปแบบเป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คนและ 2.3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอเมืองลำปาง จำนวน 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทดลองประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในอำเภอเมืองลำปาง แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีห่มวัดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 – ตุลาคม 2565

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ภายใต้ นโยบาย 3 อ 2 ส และแนวคิดส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นโดยการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ของ Bandura (1977) มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส (Nutbeam, 2008) ของผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยแบ่ง ออกเป็น 4 ขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการพัฒนา (Analysis Research₁:R₁) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ประชากร เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเมือง โดยใช้วิธีของ Taro Yamane ที่ความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้จำนวน 385 คน และใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling) ดังนี้

1. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยแบ่งตามเขตการปกครองอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 19 ตำบล ได้แก่ ตำบลเวียงเหนือ ตำบลหัวเวียง ตำบลสวนดอก ตำบลสบตุ๋ย ตำบลพระบาท ตำบลชมพู ตำบลกล้วยแพะ ตำบลปงแสนทอง ตำบลบ้านแลง ตำบลบ้านเสด็จ ตำบลพิชัย ตำบลทุ่งผาย ตำบลบ้านเอื้อม ตำบลบ้านเป่า ตำบลบ้านคำ ตำบลบ่อแฮ้ว ตำบลต้นธงชัย ตำบลนิคมพัฒนา และตำบลบุญนาควพัฒนา จากนั้นทำการจับสลากแต่ละกลุ่มได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ตำบลศรีหวมดเกล้า เขตรับผิดชอบ ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systemic Random Sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เขตรับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยที่ $k = \text{ค่าคงที่}$ โดย $N = \text{จำนวนประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เขตรับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 891 คน}$ และ $n = \text{กลุ่มตัวอย่าง 385 คน}$ ดังสูตรคำนวณอ้างอิงค่าคงที่ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง $k = N/n$ ดังนี้

$$= 891/385$$

$$= 2.31$$

$$= 3$$

ผู้วิจัยสุ่มหมายเลขหาตำแหน่งเริ่มของสมาชิกระหว่าง 1 ถึง 3 โดยการจับสลากได้หมายเลข คือ 1 ($r = 1$) ดังนั้นจะนำเครื่องมือวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มจากผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เขตรับผิดชอบศูนย์บริการสุขภาพบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยการสุ่มเป็นระบบ ได้ลำดับสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง คือ $r + k, r + 2k, r + 3k$, ตามลำดับจนครบ 385 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้
4. สามารถเดินทางออกนอกบ้าน ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง
5. เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีค่าคะแนนจุดตัด 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
6. เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q ถ้าไม่มีคำตอบ ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ แต่ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้เสี่ยงโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 27 คะแนน
7. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นตามแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ในส่วน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ (Indrakamhang, 2017) ในส่วนประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30.2 ส. เครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัดความรู้ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. โดยทั้ง 2 เครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80 และนำมา ปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR20) ผลลัพธ์ที่ได้เท่ากับ 0.92 และการวิเคราะห์แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมด จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ และค่าความถี่ ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30.2ส.ของผู้สูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนออกแบบรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ [(Design and Development:) Development₁ (D₁)] เป็นขั้นตอนการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ ประชากรประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรคด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน และตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 20 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ 5 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนา 2 ประเด็น ได้แก่ สภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และ ความต้องการในกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความอุ่มตัว แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 คน เข้าร่วมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหาสรุปผล สภาพปัญหาและความต้องการในกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส และนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปตรวจสอบความเป็นไปได้จากการทำกลุ่ม โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ปรับตามข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโปรแกรม ความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยจึงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปดำเนินงานต่อ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ [Implementation: Research₂ (R₂)] แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling).โดยพื้นที่ที่ถูกเลือก ในอำเภอเมือง ได้แก่ พื้นที่ตำบลศรีหมวดเกล้า จำนวน 4-5 คนต่อหนึ่งหมู่บ้าน จนครบ 52 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุคนที่ป่วยเป็นเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
2. อ่านออกเขียนได้ (เพราะต้องให้กรอกแบบสอบถาม)
3. ต้องใช้โทรศัพท์มือถือได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดลำปาง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคร่วม จำนวนปีที่เจ็บป่วย การรักษาและค่าน้ำตาลที่ได้รับการตรวจครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ 1) ทักษะการรู้คิด มีลักษณะเป็นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ มี 4 ตัวเลือกว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน-2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการรู้เท่าทัน 5) ทักษะการจัดการเงื่อนไข 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน การแปลผลดังนี้คือ การแสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับต่ำ, การแสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับปานกลาง และการแสวงหาข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ระดับดี

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็นค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน นำค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและจัดระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน การแปลผลดังนี้

- 1.00-2.33 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม3อ.2ส.ในระดับต่ำ
- 2.34-3.67 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม3อ.2ส.ในระดับปานกลาง
- 3.68-5.00 มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม3อ.2ส.ในระดับดี

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้แบบประเมินวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงโครงสร้างเชิงเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR20) ที่ได้เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ระยะก่อนทดลอง เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านศรีหมวดเกล้าเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2.ระยะทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดรูปแบบโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ มีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง 5 กิจกรรม โดยการลงพื้นที่ทำวิจัย จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์และเริ่มดำเนินกิจกรรม โดยทั้ง 5 กิจกรรม มีการดำเนินการวางแผนควบคุม เพื่อไม่ให้ส่งผลต่อการดำเนินวิจัย และใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมเช่น เพศ และอายุของกลุ่มตัวอย่าง ในกิจกรรมที่ 1 รู้ทันสุขภาพเน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการให้กลุ่มทดลองประเมินสุขภาพ (Pre-test) ของตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลหรือการสืบค้นทางสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุ มั่นใจ เข้าใจเบาหวานเน้นทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภายใต้ 30.2ส. และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม กิจกรรมที่ 3 กระจกเงาสะท้อนชีวิต เน้นทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการเล่นเกมสื่อกิจกรรมการสื่อสาร ให้กลุ่มทดลองดูคลิปวิดีโอ ทบทวนซ้ำ จากนั้นมีการรวมกลุ่มเล่าประสบการณ์การจัดการโรคเบาหวานของแต่ละคน และให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 4 รู้จักเลือก รู้จักใช้ ทักษะการตัดสินใจ เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนความรู้ในสถานการณ์ทางเลือกและตัดสินใจเลือกปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 5 เราทำได้ ง่ายนิดเดียว เน้นทักษะการจัดการตนเอง เป็นการวางแผนการจัดการตนเอง จากนั้นให้ความรู้การจัดการตนเองโดยจัดให้กลุ่มทดลองมีเพื่อนคอยช่วยเหลือกัน มีการให้ความรู้หลัก 30.2ส. และมีการติดตามผลโดยให้กลุ่มทดลองจดบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว และค่าน้ำตาลในเลือดลงในสมุดของตนเองทุกสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2, 3 ผู้วิจัยติดตามผลของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 2 โดยผ่านทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ภายหลังทดลอง และมีการติดตามการจดบันทึกในสมุดของกลุ่มทดลองตามนัด และสัปดาห์ที่ 3 ติดตามผลของกลุ่มทดลอง และทบทวนกิจกรรมอีกครั้งหนึ่ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านศรีหวมดเกล้าโดยให้ความรู้ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจ จากแพทย์และพยาบาลจากห้องตรวจและแจกแผ่นพับให้กลับไปทบทวน

3.ระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูล post test โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30.2ส.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ และค่าความถี่ ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30.2ส.ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.การทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent t-test วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ [Evaluation: Development₂ (D₂)]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง E2565-057 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมและเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและพัฒนางานบริการพยาบาลเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุก

เมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหา ของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.22 มีช่วงอายุ 65-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.67 สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 71.33 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.67 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.89 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 84.67 โดยมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.54 มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 และรับการรักษาโรคเบาหวานโดยยาเกินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.00 ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.39, S.D.=0.60) พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.10, S.D.= 0.57)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1). กิจกรรมที่ 1 การรู้ทันสุขภาพเน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินสุขภาพตนเอง โดยฝึกลงบันทึกผลสภาวะสุขภาพเกี่ยวกับตน ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว ค่าน้ำตาลในเลือด และมีรูปแบบการรักษาของตนเอง และกิจกรรมการรอบรู้ เท่าทัน ด้วยการเล่นเกม Shop and Share ร่วมกับการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในรูปแบบของ Mapping 2). กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุ มั่นใจ เข้าใจเบาหวานเน้นทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรม 2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภายใต้ 3 อ 2 ส และ 2.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สะท้อนคิด) ในประเด็นการจัดการ โรคเบาหวาน ภายใต้แนวคิด 3อ. 2ส. ในรูปแบบของ Mapping 3) กิจกรรมที่ 3 กระเจงเงาะสะท้อนชีวิตเน้นทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรม 3.1 เล่นเกมสสื่อสาร 3.2 ดูซ้ำ จำได้ โดยชมวิดีโอ 3.3 Share & Learn 4) กิจกรรมที่ 4 รู้จักเลือก รู้จักใช้ ทักษะการตัดสินใจ ประกอบด้วยกิจกรรม 4.1 ฝันให้ไกล 4.2 ไปให้ถึง 5) กิจกรรมที่ 5 เราทำได้ ง่ายนิดเดียว เน้นทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 5.1 สร้างสัญญาใจโดยเขียนสัญญาใจ ลงนามและให้บัดดี้ลงนามร่วม นำไปติด ในคู่มือ 5.2 จัดการอย่างไร และ 5.3 วางแผนกำกับติดตาม แต่ละกิจกรรมในรูปแบบใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3.1 ผลการเปรียบเทียบผลของของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปางก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (SD = 0.65) และหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ. 2ส มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (SD = 0.46) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง						หลังทดลอง					
	Mean	S.D.	ระดับ	t	df	p-value	Mean	S.D.	ระดับ	t	df	p-value
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ												
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ												
กลุ่มทดลอง	2.09	1.14	ปานกลาง	1.150	54	.255	2.96	0.79	ดี	4.831	47.392	<.001
กลุ่มควบคุม	1.76	1.98	ปานกลาง				1.66	1.17	ปานกลาง			
ทักษะการรู้คิด												
กลุ่มทดลอง	0.59	0.17	ปานกลาง	-0.633	54	.530	0.72	0.18	ดี	0.677	54	.501
กลุ่มควบคุม	0.61	0.12	ปานกลาง				0.63	0.16	ปานกลาง			
ทักษะการสื่อสาร												
กลุ่มทดลอง	2.14	1.17	ปานกลาง	1.203	54	.234	2.73	0.93	ดี	4.458	54	<.001
กลุ่มควบคุม	1.78	1.04	ปานกลาง				1.62	1.00	ปานกลาง			
ทักษะการรู้เท่าทัน												
กลุ่มทดลอง	2.44	1.22	ปานกลาง	0.587	54	.560	2.86	1.06	ดี	2.613	54	.012
กลุ่มควบคุม	2.26	1.14	ปานกลาง				2.06	1.24	ปานกลาง			
ทักษะการจัดการเงินไข												
กลุ่มทดลอง	2.62	0.99	ปานกลาง	1.802	54	.077	3.14	0.63	ดี	5.783	54	<.001
กลุ่มควบคุม	2.17	0.86	ปานกลาง				1.90	0.93	ปานกลาง			
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ												
กลุ่มทดลอง	1.09	0.80	ต่ำ	-0.680	54	.499	1.92	0.71	ปานกลาง	2.887	54	.006
กลุ่มควบคุม	1.24	0.84	ต่ำ				1.28	0.93	ต่ำ			
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม												
กลุ่มทดลอง	2.12	0.65	ปานกลาง	1.091	54	0.280	2.76	0.46	ดี	5.949	54	<.001
กลุ่มควบคุม	1.94	0.55	ปานกลาง				1.84	0.62	ปานกลาง			
พฤติกรรมสุขภาพ												
กลุ่มทดลอง	2.92	0.39	ปานกลาง	-2.274	54	0.270	3.69	0.31	ดี	2.442	54	0.018
กลุ่มควบคุม	3.16	0.53	ปานกลาง				3.17	0.51	ปานกลาง			
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม												
กลุ่มทดลอง	134.82	33.02	สูง	0.101	54	0.92จ	120.86	30.70	ปกติ	-2.204	54	0.032
กลุ่มควบคุม	133.71	97.39	สูง				136.96	54.60	สูง			

p-value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลของของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองและหลังทดลองภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	Mean	S.D.	t	df	p-value	Mean	S.D.	t	df	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ										
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ										
ก่อนทดลอง	2.09	1.14	-3.707	27	.001	1.76	1.98	0.548	27	.588
หลังทดลอง	2.96	0.79				1.66	1.17			
ทักษะการรู้คิด										
ก่อนทดลอง	0.59	0.17	-3.871	27	.001	0.61	0.12	-0.542	27	.592
หลังทดลอง	0.72	0.18				0.63	0.16			
ทักษะการสื่อสาร										
ก่อนทดลอง	2.14	1.17	-2.857	27	.008	1.78	1.04	0.874	27	.390
หลังทดลอง	2.73	0.93				1.62	1.00			
ทักษะการรู้เท่าทัน										
ก่อนทดลอง	2.44	1.22	-1.578	27	.126	2.26	1.14	0.700	27	.490
หลังทดลอง	2.86	1.06				2.06	1.24			
ทักษะการจัดการเงื่อนไข										
ก่อนทดลอง	2.62	0.99	-2.584	27	.016	2.17	0.86	1.591	27	.123
หลังทดลอง	3.14	0.63				1.90	0.93			
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ										
ก่อนทดลอง	1.09	0.80	-4.037	27	.000	1.24	0.84	-0.181	27	.858
หลังทดลอง	1.92	0.71				1.28	0.93			
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม										
ก่อนทดลอง	2.12	0.65	-4.819	27	.000	1.94	0.55	0.959	27	.346
หลังทดลอง	2.76	0.46				1.84	0.62			
พฤติกรรมสุขภาพ										
ก่อนทดลอง	2.92	0.39	-5.802	27	.000	3.16	0.53	2.852	27	.080
หลังทดลอง	3.69	0.31				3.17	0.51			
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม										
ก่อนทดลอง	134.82	33.02	2.092	27	.045	133.71	97.39	-1.675	27	.105
หลังทดลอง	120.86	30.70				136.96	54.60			

p-value <.05

จากตารางที่ 2 ผลของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference not significance)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ พบว่าผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางพฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังเบาหวานที่มีระยะของเวลาเจ็บป่วยในระยะหนึ่ง ซึ่งได้เข้าถึงระบบบริการรักษาที่มีบุคลากรทาง สาธารณสุขให้คำแนะนำช่วยเหลือ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้มี ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับผู้อื่นที่เจ็บป่วยด้วย โรคเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดีจึงส่งผลให้มีการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ (Meebunmak, 2019) ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาเป็นไปตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ กล่าวว่า บุคคลที่มีความรอบรู้เพิ่มขึ้นย่อมเกิดทักษะในการดูแลจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น จากผลการศึกษาผู้สูงอายุ อาจเข้าถึงข้อมูลและบริการเพราะเจ็บป่วยไม่นาน อยู่ ณ ช่วงเวลา 0 – 5 ปี มีการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพที่ ได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือ นำมาซึ่งการคิด พิจารณา ตัดสินใจ ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีความสามารถ รู้เท่าทัน สื่อสารสนเทศ อันนำมาซึ่งการตัดสินใจในการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเอง จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. สอดคล้องกับการศึกษาของ Singsem, Krainara & Thiprat (2019) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง ผล การศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ ผล การศึกษาพบว่ารูปแบบการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของ ผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ 1) กิจกรรมที่ 1 รู้ทันสุขภาพเน้นทักษะ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุ มั่นใจ เข้าใจเบาหวานเน้นทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน 3) กิจกรรมที่ 3 กระเจงเงาะสะท้อนชีวิตเน้นทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4) กิจกรรมที่ 4 รู้จักเลือก รู้จักใช้ ทักษะการตัดสินใจ 5) กิจกรรมที่ 5 เราทำได้ ง่ายนิดเดียว เน้นทักษะการจัดการจัดการตนเอง โดย การฝึกปฏิบัติ ตามแนวทางการเลือกตัดสินใจเลือกปฏิบัติตัวที่บันทึกการวางแผนการปฏิบัติตนหรือการจัดการ ตนเองภายใต้ 3อ 2ส ในคู่มือ ในประเด็น อ อาหาร:จัดจานอาหาร เมนูอาหาร อ ออกกำลังกาย: มีช่องทางเลือกการ ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ไม่กระแทบปลายมือปลายเท้า อ อารมณ์ : ด้วยกำหนดลมหายใจ ส สุรา: ฝึกทักษะการปฏิเสธในการลด ละ เลิก การดื่ม สูบบุหรี่ :ฝึกทักษะการปฏิเสธ และ 3) วางแผนกำกับติดตามโดย กำหนดร่วมกับคู่มือ บันทึกลงในคู่มือ ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน

สุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ เนื่องจากรูปแบบ การสร้างเสริมความรู้เกิด จากความต้องการของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ ในการสร้างขั้นตอนในการ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากการดำเนินกิจกรรมการสร้าง เสริมความรู้ ในการศึกษาวิจัยที่หลากหลาย แล้วนำมาพิจารณาในสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ต้องอาศัย กลวิธีในการเสริมสร้างความรู้ ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน มุ่งการสร้าง โอกาสให้ ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชน มีความสามารถในการ ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ ดีต่อสุขภาพ (Division of Health Education Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2018)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $0.05(p < 0.05)$ และหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ดีวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้าน สุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จนั้น เกิดจากการพัฒนารูปแบบการสร้าง เสริมความรู้ด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นเป็นกรใช้กิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของ บุคคลที่ไปกระตุ้นความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรู้คิด ทักษะการ สื่อสาร ทักษะการจัดการเงื่อนไข และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อันนำไปสู่การพัฒนาความรู้ของตนเอง และจากผลการติดตามสัปดาห์ที่ 2, 3 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองรู้สึกมั่นใจในการจัดการและการดูแล สุขภาพตนเอง มีการเรียนรู้แสวงหาข้อมูล แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มที่เข้าร่วม รวมทั้งมีความสนใจสื่อสื่ เทคโนโลยีมากขึ้นที่จะนำมาช่วยพัฒนาความรู้ตนเองอีกทั้งยังมีคู่มือที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแล ตนเองทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่สามารถช่วยในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากพบแพทย์เท่านั้น ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมและรับคู่มือ กลับไปทบทวน จึงทำให้มีการหลงลืมและละเลยการปฏิบัติตัวเพื่อมีสุขภาพที่ดี ผลของการใช้คู่มือยังทำให้กลุ่ม ทดลองมีความรู้สึกตระหนักถึงการดูแลภาวะสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการได้รับคู่มือกลับไปทบทวน จึง ทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 70-125 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่มองว่าการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม กับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้ ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและ แหล่ง ประโยชน์ ต่างๆ (Division of Health Education Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตาม หลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้
- 2.สามารถนำวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของ ผู้สูงอายุเรื้อรังนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรังอื่นๆได้



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Bains, S.S. (2011). Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes Technol. Ther.*, 13(3):335-41.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy*: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Berkman ND, Davis TC, McCormack L. (2010). Health literacy: What is it?, *Journal of Health Communication*. 15, 9-19.
- Padwang, B., Wannalai, U., Iamsumang Jaramillo, W. (2023). Relationships between Health Literacy and 3E 2S Health Behavior of the Elderly with Diabetes in Mueang Lampang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10 (1) 213- 228.
- De Walt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. (2004). Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med*, 19:1228-39.
- Division of Health Education Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2018). Building and assessing health literacy and health behaviors. (revised version). Nonthaburi: *Ministry of Public Health*. (In Thai)
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). Annual Report 2021. Department of Disease Control, Division of Non-Communicable Diseases, Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Diseases in Thailand. Graphic and Design Publishing House, Nonthaburi. (In Thai)
- Duangthipsirikul, S. (2013). Research report, 2013 Thai Elderly Health Survey under the Elderly and Disabled Health Promotion Program. Nonthaburi: Elderly Health Group Bureau of Health Promotion, Department of Health, *Ministry of Public Health*. (In Thai)
- Friis, K., Vind, B.D., Simmons, R.K., & Maingdal, H.T. (2016). The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: a Danish population-based study. *J Diabetes Res*, 1-7.
- Ginggeaw, S., Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 25(3):43-54. (in Thai).
- Indrakamhang, U. (2017). Complete Report on Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales, Division of Health Education. *Department of Health Service Support Ministry of Public Health*. (In Thai)
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.

- Kim, SH. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs*, 18:2337-43.
- Lampang Provincial Public Health Office. (2021). Official statistics registration system. population by age Lampang Province: *Lampang Provincial Public Health Office*. (In Thai)
- Meebunmak, Y. (2019). Health literacy of the elderly in a semi-urban community in Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 6 (Special Issue), 129-141. (In Thai)
- National Statistical Office, (2020). The 2020 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: *Text and Journal Publication*. (In Thai)
- Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of Health literacy. *Soc Sci Med*, 67:2072-8.
- Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M.K., Bailey, S.C., & Wolf, M.S. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav*, 35(1):118-28.
- Parker, R.M. (2000). The Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot. Int.*, 15:277-91.
- Singsem, P., Krainara, P., & Thiprat, W. (2019). Study of the relationship between health literacy and health behaviors according to 30.25. of the elderly in Nong Trut Subdistrict, Trang Province. The health literacy level of the elderly was not good. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Uttaradit*, 11(1) 37-51. (In Thai)
- World Health Organization, (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit. Geneva: *World Health Organization*.

Health Literacy and Self-Care Behaviors of Hypertension Persons in Lampang Province

Kannika Kongbunkird^{1*}, Panadda Sawasdee^{*}, Ekkarat Chuaintha^{*}
Sriprapai Inchaithep^{*}, Woraporn Thinwang^{*}, Maneerat Punsawat^{**}

(Received October 17, 2023, Revised: October 18, 2023, Accepted: December 12, 2023)

Abstract

This descriptive research aimed to examine Health Literacy and Self-Care Behaviors of Hypertension Persons in Lampang Province, Thailand. A stratified random sampling was employed to select a representative sample of 500 individuals diagnosed with hypertension. The research instrument comprised personal information, Health Literacy, and self-care behaviors of hypertension persons. The statistical inference employed was instrumental in ascertaining the content validity, with coefficients of 0.97 and 0.86, as well as the Cronbach's Alpha Coefficient, which was found to be 0.85 and 0.74, respectively.

The prevailing demographic data indicated that the majority of the participants were females with an average age of 59.71 years, married, and had attained an elementary level of education. The individuals demonstrated a notably high level of Health Literacy, with a percentage of 51.6%. Their functional health literacy aspects was found to be at a moderate level, accounting for 46.0%. Additionally, their self-care behaviors were observed to be at an elevated level, with 73.4% of participants engaging in these behaviors. Physical exercise was recorded at a moderate level among these individuals, accounting for 60.4% of their self-care behaviors. Healthcare professionals devise and execute initiatives aimed at increasing public awareness of hypertension, with a particular emphasis on educating older adults. The provision of training and capacity building opportunities for community health volunteers can facilitate the promotion of self-care practices, such as regular exercise, among individuals diagnosed with hypertension, ultimately contributing to effective care.

Keywords: Self-care behaviors; health literacy; hypertension persons

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

** Nurse Instructor, Faculty of Nursing Chiangrai Rajabhat University

¹Corresponding author: Kannika.K@mail.bcnlp.ac.th Tel 080-5120006

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดลำปาง

กรรณิการ์ กองบุญเกิด^{1*}, ปนัดดา สวัสดิ์*, เอกรัตน์ เชื้ออินธา*
ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ*, วรภรณ์ ทินวัง*, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์**

(วันรับบทความ : 17 ตุลาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 18 ตุลาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปางจำนวน 500 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าเท่ากับ 0.85 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59.71 ปี สถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 51.60 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.00 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.40 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.40) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

*อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์พยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹ผู้ประพันธ์บทความ Kannika.K@mail.bcnlp.ac.th Tel 080-5120006

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบกลุ่มอายุช่วง 30–79 ปีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนเป็น 1.28 พันล้านคนในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจตรวจสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี 2564 พบว่าคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน และมีเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและอยู่ระหว่างการรักษา (Strategy and planning division of Office, 2019) และในจังหวัดลำปาง พบอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีพ.ศ. 2562-2564 จำนวน 28,409, 33,254 และ 35,212 ราย ตามลำดับ (Lampang Provincial Public Health Office, 2021) จากสถานการณ์ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2560-2562 ยังพบว่า มีอัตราการตายจำนวน 13.07, 13.13 และ 14.21 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 (ภาคเหนือ) มีอัตราการตาย 22.15, 22.94 และ 24.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในจังหวัดลำปางมีอัตราการตาย 15.57, 16.71 และ 24.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Strategy and planning division of Office, 2019)

ปัญหาสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค ทำให้คนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคนี้ไม่ได้ให้ความสนใจตนเองและรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง (Thai Hypertension Society, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่ อายุ เพศ มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษา เป็นต้น (Nunyapruk, 2019) และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่ พฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร รับประทานยา และการออกกำลังกาย (Nunyapruk, 2019; Purateeranrath, 2019) โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เพียงพอ ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น จำกัดหรืองดการดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว ส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (Jioprakitkul, 2020) ดังนั้นการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อสุขภาพการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด (Satiprasert, 2015; Sripaksa, 2018; Thai Hypertension Society, 2019; Thamchareontakul & Samranbua, 2017) ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Bawornthip, Aungwattana, & Sripetchwandee, 2023) ระดับปานกลาง (Kareesun, Malathum, & Sutti, 2019) และระดับดีมาก (Mabchantuk, & Piyabanditkul, 2021) แสดงให้เห็นว่าแม้จะเป็นกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกัน พฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีความแตกต่างกัน และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า เพศ อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Bawornthip, Aungwattana, & Sripetchwandee, 2023) ปัจจัย

ด้านความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิต (Phonchaimat, & Saengoen, 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Kareesun, Malathum, & Sutti, 2019)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional health Literacy) ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health Literacy) และระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำหรือไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล คือ ความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ระดับการศึกษา ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และปัจจัยระดับสังคม คือ การมีส่วนร่วม ช่องทางในการสื่อสารความรู้ และกระบวนการในการสื่อสารความรู้สุขภาพ (Choeisuwat, 2017) ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรค และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ (Thongma, 2020)

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 123 - .403$, $p < 0.05$) (Bawornthip, Aungwattana, & Sripetchwandee, 2023) จากการศึกษาดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี การศึกษาของ Kareesun, Malathum, & Sutti. (2019) พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ Mabchantuk, & Piyabanditkul. (2021) ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ข้อมูลทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนไทย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการภาวะสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ถ้าหากพิจารณากระบวนการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะเห็นได้ว่ามีความเชื่อมโยงกับการสร้างแรงจูงใจภายในบุคคล เพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบัน

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปางที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เพียงร้อยละ 55.46 โดยยังไม่บรรลุเป้าหมายของจังหวัดลำปางที่ตั้งไว้อยู่ที่ร้อยละ 60 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Lampang Provincial Public Health Office, 2021) ส่งผลให้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัว ดังนั้นการศึกษาถึงระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยให้เข้าใจความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปาง

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย คือ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปางในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลและ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในจังหวัดลำปาง จำนวน 500 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2565

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปาง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลและ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในจังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปางจำนวน 500 ราย จากจำนวนประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปางจำนวน 113,161 ราย คำนวณโดยโปรแกรม G power กำหนด effect size = 0.15, alpha=0.05, power=0.95 ดังนี้ 1) อำเภอลำปาง จำนวน 100 ราย 2) อำเภอเถิน จำนวน 100 ราย 3) อำเภอเสริมงาม จำนวน 75 ราย 4) อำเภอสันกำแพง จำนวน 75 ราย 5) อำเภอวังเหนือ จำนวน 75 ราย และ 6) อำเภอฮ้าง จำนวน 75 ราย เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท และ 3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1. มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอันตราย และ 2. ขณะเข้าร่วมวิจัยต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคร่วม กลุ่มยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณ์ญาณ รวมทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ การให้คะแนนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง มีระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง มีระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง มีระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านนานครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านเลย เกณฑ์ในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 42-56 คะแนน หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง 28-41 คะแนน หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ 14-27 คะแนน หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยนำคะแนนดิบที่เป็นคะแนนรวมมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนสูง หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านการมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อนั้นเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นเลย เกณฑ์ในการประเมินระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 71-90 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง 51-70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และ 30-50 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยนำคะแนนดิบที่เป็นคะแนนรวมมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index: IOC) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าเท่ากับ 0.86

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีสอดคล้องภายใน (Internal Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าเท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ความถี่ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2564/078 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยในกระบวนการขอเชิญกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับปัจจุบัน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการระบุชื่อและถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะทางการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งหมด 500 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.80 มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ร้อยละ 48.20 และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.80 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 45.40 เกือบครึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 45.80 เกินครึ่งมีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 52.60 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 70.40 มีการใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 1-3 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 87.80 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่สามารถคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 52.80

เมื่อแยกวิเคราะห์ตามสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 และ 72.30 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าเกินครึ่งของกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.40 และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี ร้อยละ 54.55 ทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 40.30 และ 50.76 ตามลำดับ กว่าครึ่งหนึ่งมีโรคร่วมอื่น ๆ ร้อยละ 52.50 และ 52.27 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 38.10 และ 37.90 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.40 และ 17.80 ตามลำดับ ด้านการใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสองกลุ่ม มีการใช้ยา 1-3 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 87.80 และ 89.80 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำแนกตามสถานะสุขภาพ (n= 500 คน)

สถานะสุขภาพ	ควบคุมได้ จำนวน (ร้อยละ)	ควบคุมไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	168 (71.20)	191 (72.30)
ชาย	68 (28.80)	73 (27.70)
อายุ (ปี)		
< 40 ปี	6 (2.50)	13 (4.92)
40-60 ปี	97 (41.10)	144 (54.55)
> 60 ปี	133 (56.40)	107 (40.53)
Min - Max = 30-81 คะแนน, Mean = 59.71 ปี		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค		
1-5 ปี	95 (40.30)	134 (50.76)
6-10 ปี	70 (29.70)	77 (29.16)
>10 ปี	71 (30.10)	53 (20.08)
Min - Max = 1-30 คะแนน, Mean = 7.73 ปี		
โรคประจำตัว หรือการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไขมันในเลือดสูง	90 (38.10)	100 (37.90)
เบาหวาน	34 (14.40)	47 (17.80)
โรคหัวใจและหลอดเลือด	10 (4.20)	12 (4.50)
โรคเกาต์/เข้าเสื่อม	11 (4.70)	9 (3.40)
โรคไต/ไตวายเรื้อรัง	2 (0.80)	6 (2.30)
อัมพาต และหลอดเลือดสมอง/พาร์กินสัน	5 (2.10)	1 (0.40)
หอบหืด	2 (0.80)	2 (0.80)
โรคปอดเรื้อรัง เช่น ถุงลมโป่งพอง วัณโรค	0 (0.00)	1 (0.40)
จำนวนเม็ดของยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ต่อวัน		
1-3 เม็ด	202 (85.60)	237 (89.80)
4-6 เม็ด	24 (10.20)	23 (8.70)
7-10 เม็ด	2 (0.80)	3 (1.10)
มากกว่า 10 เม็ด	2 (0.80)	0 (0.00)
อื่น ๆ	6 (2.50)	1 (0.40)



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.60 เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.00 ขั้นการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.00 และขั้นการมีวิจรณ์ญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.40 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 500)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	12	2.40
ระดับต่ำ (14-27 คะแนน)	12	2.40
ระดับปานกลาง (28-41 คะแนน)	230	46.00
ระดับสูง (42-56 คะแนน)	258	51.60
Min - Max = 14-56 คะแนน, Median = 42.00 คะแนน		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน		
ระดับต่ำ (5-10 คะแนน)	174	34.80
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	230	46.00
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	96	19.20
Median = 12.00 คะแนน		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร		
ระดับต่ำ (5-10 คะแนน)	33	6.60
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	192	38.40
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	275	55.00
Median = 16.00 คะแนน		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจรณ์ญาณ		
ระดับต่ำ (4-8 คะแนน)	22	4.40
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	166	33.20
ระดับสูง (13-16 คะแนน)	312	62.40
Median = 14.00 คะแนน		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.40 สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 48.60 การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.40 การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.00 การรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.20 การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.40 และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 500)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม		
ระดับปานกลาง (51-70 คะแนน)	133	26.60
ระดับสูง (71-90 คะแนน)	367	73.40
Min - Max = 52-90 คะแนน, Median = 74.00 คะแนน		
พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมอาหาร		
ระดับต่ำ (6-9 คะแนน)	14	2.80
ระดับปานกลาง (10-13 คะแนน)	243	48.60
ระดับสูง (14-18 คะแนน)	243	48.60
Median = 13 คะแนน		
การออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	71	14.20
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	302	60.40
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	127	25.40
Median = 11 คะแนน		
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	29	5.80
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	226	45.20
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	245	49.00
Median = 12 คะแนน		
การรับประทานยา		
ระดับต่ำ (6-9 คะแนน)	6	1.20
ระดับปานกลาง (10-13 คะแนน)	38	7.60
ระดับสูง (14-18 คะแนน)	456	91.20
Median = 17 คะแนน		
การจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	7	1.40
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	186	37.20
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	307	61.40
Median = 13 คะแนน		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
รายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 500) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	7	1.40
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	25	5.00
ระดับสูง (7-9 คะแนน)	468	93.60
Median = 9 คะแนน		

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yakiangngam, Jaikhamwang, & Onmoy (2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 73.27, S.D. = 9.70) ในงานได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองตามนโยบาย เมื่อพบว่าเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับความรู้ทันทีและมีการติดตามวัดความดันโลหิตและแจ้งค่าความดันโลหิตให้ทราบเป็นระยะ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Codrington, Panuthai, & Khampolsiri (2021). ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 36.10, S.D. = 9.57) ได้อธิบายว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดในการมองเห็น การได้ยิน รวมถึงการทำความเข้าใจกับข้อมูลใหม่ ผู้สูงอายุต้องใช้ทักษะทางปัญญาได้พอสมควร จึงส่งผลให้ผลการศึกษพบความรู้ระดับปานกลาง ในการศึกษาครั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะความรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ขั้นการมีวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับสูง มีเพียงขั้นพื้นฐานเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จะนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตามระดับขั้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความ จำนวนตัวเลข สัญลักษณ์ต่าง ๆ ได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษา (ร้อยละ 100) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานในการอ่าน การเขียนได้ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.80) เมื่อพบข้อความที่ยากหรือพบคำศัพท์ทางการแพทย์ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ ต้องการให้ผู้อื่นช่วยอ่านหรือแปลความหมายให้ หรืออาจละเลยในการอ่านข้อความเนื่องจากเป็นข้อความซับซ้อน ไม่คุ้น ไม่เข้าใจความหมาย และอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.00) อาจมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน และการจดจำ หรือต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับข้อความที่อ่านหรือเขียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner (2016) ที่พบว่า อายุที่มากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานลดลง จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาไม่สูงแต่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thangkratok, Boonpradit & Palacheewa (2022) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถร่วมทำนายความรู้ด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยมีเหตุผลเพิ่มเติมว่า ทุกครั้งที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำ ข้อมูลการรักษา จากบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังได้พูดคุยซักถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาไม่สูงและมีข้อจำกัดในการอ่านหรือเขียน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ทักษะที่เพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐาน สามารถเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะและประยุกต์ใช้ข้อมูล ข่าวสารใหม่ๆ ที่หลากหลายจากการสื่อสารกับบุคคลอื่นและตัดสินใจนำไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ดี อาจเป็นเพราะปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นอย่างมาก เทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างจึงต้องเรียนรู้และปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี แม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.00) กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และหลายช่องทาง อาทิ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 75.80) ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องและทันสมัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ได้ (Padwang, Wannalai & Jaramillo, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสามารถเลือกเฉพาะข้อมูลที่ต้องการได้ (ร้อยละ 53.60) และบ่อยครั้งที่กลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้/ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ร้อยละ 53.60) ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเพียงพอมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และตัดสินใจนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดี อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้ว 1-5 ปี (ร้อยละ 45.80) เกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วม (ร้อยละ 52.60) ส่งผลให้ต้องปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะในการตัดสินใจเลือกข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ในงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสามารถเปรียบเทียบและตัดสินใจนำข้อมูลที่ได้รับมาดูแลสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 51.20) เพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ และอาจเป็นไปได้ว่าทุกครั้งที่มาตรวจตามนัดกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ploysuwan, et al., (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($p=.001$) โดยอธิบายเพิ่มเติมว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจะหาข้อมูลมาดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ariyasit (2023). ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 61.8$, S.D. = 5.5) ในงานได้อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน

ระดับสูง ส่งผลให้มีความสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อความสุขภาพต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) ทั้งนี้การควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมารับการตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.80) ซึ่งเพศหญิงมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเนื่องจากเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ดี (Khanaroek & Chanpet, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanarong, Toonsiri & Rattanagreethakul (2019) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 92.86$, $SD = 15.53$) การควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางอาจอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (ร้อยละ 48.20) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 45.40) รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 22.40) อาจส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเลือกรับประทานอาหาร ไม่มีเวลาเพียงพอในการเลือกซื้ออาหารเพื่อนำไปประกอบอาหารด้วยตนเอง มีความจำเป็นที่จะต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารประเภทแกงถุง ทำให้ไม่มีโอกาสเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส รวมถึงบางครั้งยังดื่มเกลือหรือน้ำปลาลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว (ร้อยละ 63.40) ทำให้มีผลต่อการจำกัดการบริโภคเกลือ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ Kaewphoka & Pho-am (2018) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารประเภทแกงถุง เนื่องจากสะดวกส่งผลให้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.40$, $S.D. = 0.491$)

ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.40) โดยกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 28.2) มีการออกกำลังกายเป็นประจำกล่าวคือ ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาที และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง โดยแต่ละครั้งออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาที (ร้อยละ 59.4) และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 12.4) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอต่ำกว่าที่ควรปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.00) อยู่ในวัยผู้สูงอายุส่งผลให้มีการออกกำลังกายที่น้อยลงจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวหรือการทรงตัว การมองเห็นลดลงตามความเสื่อมตามวัย (Manluan, Kanchanasit & Suthiphan, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kareesun, Malathum, & Sutti (2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่าด้านอื่น ๆ โดยได้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุโดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ลดลง ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายจากบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 86.60) ต้องทำงานทุกวันส่งผลให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และ มากกว่าครึ่งมีโรคร่วม (ร้อยละ 52.60) เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Chanhom & Numkham (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่าลักษณะงานที่ทำ โรคประจำตัว และอิทธิพล

จากสิ่งแวดล้อมกับกิจกรรมทางกาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 80.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.00) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 44.80) ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกระตุ้นประสาท เช่น น้ำชา กาแฟ (ร้อยละ 46.40) สามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 49.60) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งงดสูบบุหรี่ / หลีกเลี่ยงพฤติกรรมการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.80) มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6–8 ชั่วโมง (ร้อยละ 66.40) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ดี อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง และทุกครั้งจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าโรคที่เกิดจากการควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้ คือ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง ได้ จากผลการศึกษารังนี้พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีโรคร่วม (ร้อยละ 52.60) ส่วนใหญ่พบเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 38.60) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.20) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 4.40) หลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 1.20) จึงอาจทำให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nunyapruk et al., (2019) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.20) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพและใช้ข้อมูลสุขภาพตัดสินใจในการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เพราะอาจเชื่อว่าการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และให้ความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาลดความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ไม่เพิ่มยาหรือลดยาเอง (ร้อยละ 87.20) รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ (ร้อยละ 89.60) ไม่หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าการของตนเองดีขึ้น (ร้อยละ 83.00) เมื่อยาหมด ไม่นำยาลดความดันโลหิตของคนอื่นมารับประทานแทน (ร้อยละ 87.80) ไม่ซื้อยาลดความดันโลหิตตามร้านขายยามารับประทานเอง (ร้อยละ 90.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prakobchai et al., (2014) ที่พบว่า พฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก โดยในงานได้อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับการสอนสุขศึกษาเป็นระยะๆ จากทีมสุขภาพและพยาบาล เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ไม่มีการปรับยาเอง จึงรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นต่อแผนการรักษาส่งผลให้พฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงตัวยาและมีความครอบคลุมค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาและการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanukaewet al., (2022) ที่พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาลมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (ร้อยละ 70.40) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 1-3 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 87.80) ซึ่งจำนวนเม็ดยาไม่มาก ไม่ซับซ้อนจนเกินไป จึงอาจส่งผลทำให้การรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.40) อธิบายได้ว่า ช่วงปีแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญกับภาวะเครียด เนื่องจากการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเรื้อรังมักส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การเพิ่มบทบาทให้ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจรวมถึงการจัดการความเครียดสามารถนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ภาวะปกติได้สำเร็จ (Whankaw, Bureelard & Chuasathuchon, 2019) โดยผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 42.40) ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นในการเรียนรู้ที่จะปรับตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.20) ซึ่งการเจ็บป่วยที่นานขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้เรียนรู้ ปรับตัวและมีประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการวินิจฉัยโรค โดยพบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดมักจะหาวิธีจัดการความเครียด ได้แก่ การฟังเพลง ดูทีวี รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือ (ร้อยละ 56.4) ปรึกษากับผู้ใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 48.00) เป็นต้น จึงอาจส่งผลทำให้การจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ariyasit (2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดีมาก อธิบายเพิ่มเติมว่าเมื่อมีความรู้เรื่องการจัดการความเครียดเพียงพอจะช่วยให้สามารถเลือกทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้

ด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.60) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 87.20) และเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเองจะรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด (ร้อยละ 81.00) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไม่สามารถคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ตามค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 52.80) ยังคงต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจต้องการแสวงหาข้อมูลสุขภาพเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงหน่วยบริการด้านสุขภาพและเดินทางมาตรวจตามนัดได้ง่าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ และมากกว่าครึ่งได้รับการดูแล เอาใจใส่จากคูสมรส ลูก และ/หรือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 72.80) ในการรับส่งเมื่อมาตรวจตามนัดทำให้มีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ Chaiyata, Numkham, & Rakkapao (2020) ที่พบว่าพฤติกรรมมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำปาง



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุมัติงบประมาณประจำปี งบประมาณ 2565 เพื่อสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ariyasit, J. (2023). The correlation Between Health Literacy and Health Behavior In Hypertension patient. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 20(3), 117-23. (In thai)
- Bawornthip, P., Aungwattana, S., & Sripetchwandee, N. (2023). The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors Among Uncontrolled Hypertensive Patients in Muang District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU*. 50(1), 284-299. (In thai)
- Chaiyata, E., Numkham, L., & Rakkapao, N. (2020). The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. *Thai Science and Technology Journal*. 28(1), 182-196. (In thai)
- Chanhom, J., & Numkham, L. (2020). Factor Affecting Physical Activity among People with Risk of Hypertension in Muang District, Lampang Province. *Thai Science and Technology Journal*, 20(3), 546-560. (In thai)
- Choeisuan, V. (2017). Health Literacy: Concept and Application for Nursing Practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197. (In thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health Literacy and Self-management Among Elderly Monks with Hypertension. *Nursing Journal*, 48(4), 268-280. (In thai)
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International journal of nursing sciences*, 5(3), 301-309.
- Hanarong, A., Toonsiri, C., & Rattanaagreeethakul, S. (2019). Factors Affecting Eating Behaviors among Hypertensive Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 52-65. (In thai)
- Jiopraditkul, 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. (In thai)
- Kaewphoka, N., & Pho-am, A. (2018). Health Perception Associated with behavior of Hypertension Prevention Among people lived in Yannawa Sub - district, Sathorn District, Bangkok province. *Primary Health Core Division Journal*, 12(4), 50-56. (In thai)
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti N. (2019). Relationships among Health Literacy, Knowledge

- about Hypertension Control, and Health Behavior in Older Persons with Hypertension. *Rama Nurs J*, 25(3), 280-292. (In thai)
- Khanaroek, S., and Chanpet, U. (2019). Health behavior of the working age population aged 15-59 in Health Regional 5 Area, *Chophayom Journal*, 30(1), 154-164
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Psychological Sciences*, 71(3), 445-457. (In thai)
- Lampang Provincial Public Health Office. (2021). Statistics on patients with high blood pressure in Lampang province. Retrieved November 2023. from http://www.lpho.go.th/?page_id=13
- Mabchantuk. C., & Piyabanditkul. L. Relationships Between Health Literacy and Personal Factors and Health Behaviors of Hypertension Patients in Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. *Romphruek Journal*, 40(1), 196-219. (In thai)
- Manluan, K., Kanchanasit, W. and Suthiphan, N., (2019). The Elderly Health Behavior In Bannongprong District Health Promotion Hospital, Amphoe Mueang, Buriram Province. *The 6th National Conference Nakhonratchasima College (NMCCON 2019)*. Date 30 March 2019. 889-897. (In thai)
- Nunyapruk, C. (2019). Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors among Hypertensive Patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. *Journal of Health Education*, 42(1), 109-203. (In thai)
- 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. (In thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Padwang, B., Wannalai, U., & Jaramillo, W. (2023). Relationships between Health Literacy and 3E2S Health Behavior of the Elderly with Diabetes in Mueang Lampang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(1), 213-225. (In thai)
- Phonchaimat. C., & Saengoen. S. (2020). The Factors Related to Self-care Behaviors of Hypertension Patients in The Elderly Club in Bang Nok Khwaek Sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhram. *The Journal of Development Administration Research*, 10(1), 172-177. (In thai)
- Ploysuwan, C., Pantaewan, P., Puengching, T., & Rattanakamonkarn, C. (2020). Factors Related to Health Literacy of the Elderly with Hypertension in Nongprue Community, Samut Prakan Province. Retrieved 13 November 2023. From <http://hcuir.lib.hcu.ac.th:8080/xmlui/handle/123456789/1348>
- Purateeranrath, P. (2019). The Relationships between Health Beliefs and Health Behaviors

- Among Essential Hypertension Patients of Hypertension Clinic, Surin Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals*, 34(2), 257-272. (In thai)
- Satiprasert, W. (2015). Effects of Coaching on Health Behaviors and Blood Pressure of Patients with Uncontrolled Essential Hypertension. *Journal of Nursing and Education*, 8(3), 33-51. (In thai)
- Sripaksa, K. (2018). The effect of illness perception modification program on medication adherence and blood pressure level among hypertensive patients without complications. *Thai Journal of Nursing*, 67(3), 10-18. (In thai)
- Strategy and planning division of Office. (2019). The situation of patients with high blood pressure in Lampang province. Retrieved 13 November 2023. From <https://spd.moph.go.th/>
- Tanukaew, D., Watanakijkrilert, D., Sriyuktasuth, A., & Chattranukulchai, P. (2022). Factors Predicting Medication Adherence in Patients with Essential Hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 127-143. (In thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension*. Retrieved 3 September 2023. From <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/cop/clinical/rdu/rduguideline/20373/>
- Thamchareontakul, B, & Samranbua, A. (2017). Optional Healthy Lifestyle for High Blood Pressure Reduction. *The journal of Baromarajonani Collage of Nursing Nakhonratchasima*, 23(2), 121-132. (In thai)
- Thangkratok, P., Boonpradit, P., & Palacheewa, N. (2022). Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 215-230. (In thai)
- Thongma, P. (2020). Health Literacy and Health Outcomes in Hypertensive Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50-62. (In thai)
- Whankaw, N., Bureelerd, O. A., & Chuasathuchon, C. (2019). The Effectiveness of Behavior Modification with 3 Self Health and Social Support on Health Behaviors of Hypertensive Patients, the 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital. *UBRU Journal for Public Health Research*, 8(2), 98-110. (In thai)
- Yakiangngam, W., Jaikhamwang, N., & Onmoy, P. (2020). Health Literacy and Health Promotion Behaviors for Hypertension Risk Groups in Elderly, Thungkrachor Subdistrict, Bantak District, Tak Province. *Academic Journal Uttaradit Rajabhat University Science and Technology (for Local Development)*, 15(2). 97-116. (In thai)

Health Status and Social Support among End-stage Renal Disease Patients with Peritonitis Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Somsri Thatan^{*}, Waraporn Srijanpal^{*}, Arunya Namwong^{*}, Papatchaya Thanyapansin^{*}

Received October 6, 2023, Revised: October 7, 2023, Accepted: December 12, 2023

Abstract

The occurrence of peritonitis in end-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis was a critical complication that warrants close monitoring and careful management. This descriptive study aimed to investigate the health status and social support, as well as the factors associated with social support, among a purposively sampled group of 87 end-stage renal disease patients with peritonitis who were receiving ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at a general hospital in Phayao Province. The research instrument was comprised of three components: 1) a biographical information form, 2) a health evaluation form, and 3) a social support questionnaire. The reliability of the social support questionnaire was established through Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's test, and Spearman's rank correlation.

The results of the study indicated that the average annual duration of undergoing CAPD was 2.05 years (mean = 2.05, S.D. = .77). The average number of time a patient experienced peritonitis was 1.76 years (mean = 1.76, S.D. = 1.09), and the average duration of receiving peritonitis treatment was 1.70 years (mean = 1.70, S.D. = 1.09). The overall mean level of social support was at a high level (mean = 4.34, S.D. = .71). A statistically significant association was observed between the primary caregiver in the family and social support ($p < .05$). In light of the importance of peritonitis prevention in CAPD patients, healthcare providers ought to take into account the patients' health status and promote the engagement of their principal caregivers in the family for long-term and uninterrupted care.

Keywords Health Status; Social Support; End-stage Renal Disease Patients Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; Peritonitis

^{*} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: somsri.t@bcnpy.ac.th Tel. 093-1782834



ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มี ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สมศรี ทาทาน^{1*}, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล*, อรัญญา นามวงศ์*, ปัทมยา ธัญปานสิน*

(วันรับบทความ : 6 ตุลาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 7 ตุลาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ควรเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา จำนวน 87 ราย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยต่อปีของการล้างไตทางช่องท้อง จำนวนครั้งที่ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และการเข้ารับการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบต่อเนื่อง เฉลี่ย 2.05 ปี (Mean = 2.05, S.D.=0.77) 1.76 ปี (Mean = 1.76, S.D.=1.09) 1.70 ครั้ง (Mean = 1.70, S.D.=1.09) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.34 S.D. = .71) และปัจจัยด้านผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ; การสนับสนุนทางสังคม; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย; การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : Somsri.t@bcnpy.ac.th โทร 093-1782834

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic renal disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจากการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Vijitsoonthornkul, 2022) ทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไต 1.4 ล้านคน ใน ค.ศ. 2019 สูงขึ้นร้อยละ 20 จาก ค.ศ. 2010 (Vijitsoonthornkul, 2022) โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก จากการศึกษาภาระโรค 204 ประเทศ ระหว่าง ค.ศ. 1990-2019 ขององค์การอนามัยโลก พบโรคไตเรื้อรังเป็นภาระโรคอันดับที่ 29 สำหรับประเทศไทย จากรายงานจำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-5 พ.ศ. 2560-2564 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปีพ.ศ. 2563-2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรวมทุกระยะ 1,046,113 ราย และ 1,007,251 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) จำนวน 62,081 ราย และ 59,531 ราย ตามลำดับ (Vijitsoonthornkul, 2022)

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรคเรื้อรัง เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยหลักที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะในระยะสุดท้าย ซึ่งไตจะเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ และผู้ป่วยต้องการการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ซึ่งการบำบัดทดแทนไต มี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม (hemodialysis : HD) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation : KT) (Chieochanthanakij, 2021) พบว่าตั้งแต่พ.ศ. 2561-2562 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 151,343 ราย และ 170,774 รายตามลำดับ ได้รับการฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม 114,262 ราย และ 129,724 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม 16,997 ราย และ 15,462 ราย ตามลำดับ และได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 30,869 ราย และ 34,467 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 4,799 ราย และ 3,598 ราย ตามลำดับ (The nephology society of Thailand, 2020; Vijitsoonthornkul, 2022)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น เนื่องจากตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย สนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการแรก (CAPD first) ซึ่งอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียม รวมทั้งลดค่าใช้จ่าย เมื่อเปรียบเทียบกับฟอกเลือด (Tiawilai & Tantivichitvej, 2020) ข้อดีของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ สามารถควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ได้ง่าย ช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่าวิธีอื่น ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความปลอดภัย และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Klomjit, Kattah & Cheungpasitporn, 2021) แต่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) การติดเชื้อช่องทางออกของสายและอุโมงค์รอบสาย (exit site and tunnel infection) การสูญเสียการดึงน้ำของเยื่อช่องท้อง (ultrafiltration failure) ภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เป็นการอักเสบของเยื่อช่องท้องบริเวณแนวผนังช่องท้องด้านในและส่วนปกคลุมอวัยวะภายในช่องท้อง ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโลหิตจาง ภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะขาดวิตามินดี โรคอ้วน เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุ (Kritmetapak, 2017) การป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยเฉพาะการดูแลตนเอง

ขณะอยู่ที่บ้าน ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเหมาะสม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบให้การจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การขาดความรู้ในการดูแลการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของตนเองและญาติ การขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม และสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การขาดความตระหนักในการดูแลตนเองและทักษะในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ไม่ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต (Thongtong, 2018)

ภาวะสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาและการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว พบว่า ระดับการศึกษา การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน โรคเบาหวาน และระดับความเข้มข้นของเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์โดยควบคุมตัวแปรเชิงเดี่ยว สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน และโรคเบาหวานเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Tiawilai & Tantivichitvej, 2020) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าดัชนีมวลกลายน้อยกว่า 18.5 และระยะเวลาหลังการล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องน้อยกว่า 12 เดือนก็มีความสัมพันธ์กับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Poltacha, Noktong & Changjeraja, 2018) ส่วนหนึ่งของปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง และการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Malatham, Kongiem & Intarasombat, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง (Chinnoros, Deepanya & Phusanawun, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความรู้ในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอำนาจในการทำนายการจัดการตนเองมากที่สุด (Artiwitichayanon, Keeratiyutawong & Duangpaeng, 2015)

จังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 14,181 ราย มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 860 ราย (Phayao Provincial Public Health Office, 2022) โรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดพะเยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการบำบัดทดแทนไต 2 วิธี คือ การฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดโดยเครื่องไตเทียม จากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลพะเยา 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ปี พ.ศ. 2561 74 ราย จาก 167 ราย (ร้อยละ 44.31) ปี พ.ศ. 2562 58 ราย จาก 166 ราย (ร้อยละ 34.94) และปี พ.ศ. 2563 86 ราย จาก 169 ราย (ร้อยละ 50.89) (Phayao Hospital, 2021) และข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลเชียงคำ ปี พ.ศ. 2561 มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 42 ราย จาก 158 ราย (ร้อยละ 26.58) ปี พ.ศ. 2562 52 ราย จาก 163 ราย (ร้อยละ 31.90) และปี พ.ศ. 2563 67 ราย จาก 195 ราย (ร้อยละ 34.36) (Chiang Kham Hospital, 2021) ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปี จำนวน 2-4 ครั้งต่อ

ราย (Phayao Hospital, 2021) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษา บางรายต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยบางรายมารับการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดหรือต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งโดยตัวผู้ป่วยเองและญาติที่ดูแล รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนการดูแลทั้งจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจจะมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบได้ อย่างไรก็ตามควรศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยร่วมด้วยซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันและลดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบหรือการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

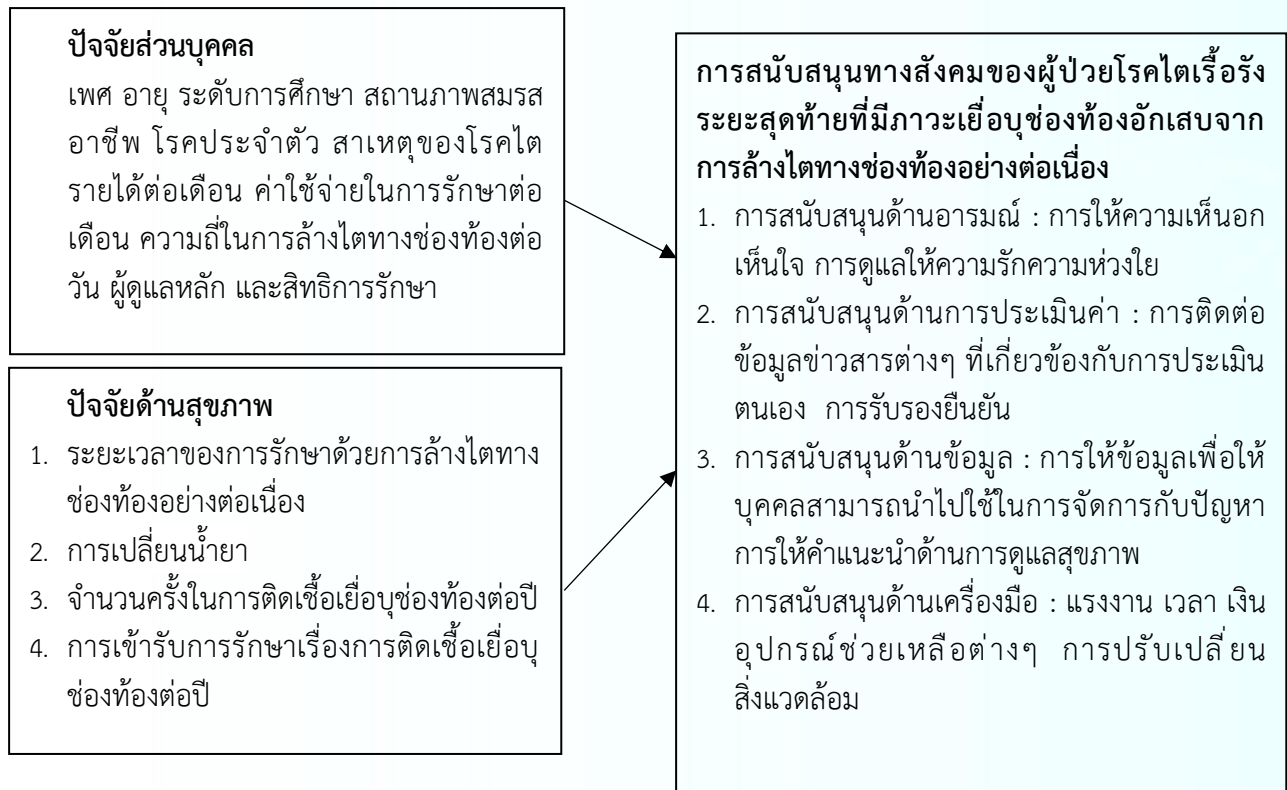
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา จำนวน 87 ราย โดยทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 29 ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านประเมินค่า (appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) ซึ่งวิลลาวัลย์ รัตน (Rattana, 2009) ได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยตามคำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่าง ๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรูและการประเมินตนเองจากบุคคลอื่น ซึ่งอยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน แล้ว ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purpose sampling) โดยเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทุกคนที่เข้ารับการรักษา ซึ่งมีชื่ออยู่ในแฟ้มประวัติทะเบียนการรักษา ที่หน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 ธันวาคม 2565 จำนวน 108 ราย โดย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัยว่ามีเยื่อช่องท้องอักเสบและได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหรือผสมในน้ำยาล้างไต สามารถฟัง พูด สื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการเอาสายล้างไตทางช่องท้อง (tenckhoff) ออก และเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และไม่สะดวกในการตอบคำถาม ซึ่งระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยได้รับการเอาสาย tenckhoff ออกเนื่องจากการไม่ตอบสนองต่อการให้ยาฆ่าเชื้อ และเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 11 ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 10 ราย ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว สาเหตุของโรคไต รายได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเดือน ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องต่อวัน ผู้ดูแลหลัก และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ด้านระยะเวลาของการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนน้ำยา จำนวนครั้งในการติดเชื้อมือของช่องท้องต่อปี และการเข้ารับการรักษาร่องการติดเชื้อมือของช่องท้องต่อปี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยวิลาวัลย์ รัตน (Rattana, 2009) จากแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ประกอบด้วย 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 5 ข้อ, ด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ, ด้านการประเมินพฤติกรรม 4 ข้อ และด้านอารมณ์และสังคม 6 ข้อ ซึ่งเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง จริงมากที่สุด 4 หมายถึง จริงมาก 3 หมายถึง จริงปานกลาง 2 หมายถึง จริงน้อย 1 หมายถึง จริงน้อยที่สุด การแปลความหมายของระดับการสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมีระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมีระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมีระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมีระดับสูง และคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมีระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดยวิลาวัลย์ รัตน (Rattana, 2009) ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา จำนวน 30 ราย จากนั้นได้นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาคลอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมือของช่องท้อง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสถิติการทดสอบสถิติฟิชเชอร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงราย เลขที่ 004/2565 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2565 และโรงพยาบาลพะเยา เลขที่ COA No. 167 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.92 มีอายุเฉลี่ย 60.25 ปี (S.D. 10.83) มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 39.08 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.37 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.61 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.83 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 43.68 รองลงมาเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.93 สาเหตุของโรคไต ความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 43.68 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,920.00 บาท โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000.00 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.01 ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเดือนเฉลี่ย 1362.00 บาท โดยน้อยกว่า 2,000.00 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.76 ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 82.76 ผู้ดูแลหลักคือคู่สมรส ร้อยละ 62.07 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 91.95

ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 1-5 ปี ร้อยละ 58.62 ($\bar{X}=2.05$, S.D.=0.77) การเปลี่ยนน้ำยาผู้ป่วยทำด้วยตนเองหรือญาติทำให้ร้อยละ 49.43 จำนวนครั้งที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 1 ครั้ง ร้อยละ 58.62 ($\bar{X}=1.76$, S.D.=1.09) และเข้ารับการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบต่อปี มากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 58.62 ($\bar{X}=1.70$, S.D.=1.09) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(n = 87)

ข้อมูล	ความถี่	ร้อยละ
ระยะเวลาของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 2.05 S.D. 0.77)		
น้อยกว่า 1 ปี	18	20.69
1 – 5 ปี	51	58.62
6 – 10 ปี	13	14.94
มากกว่า 10 ปี	5	5.75
การเปลี่ยนน้ำยา		
ทำเอง/ญาติทำให้	43	49.43
ทำเอง	35	40.23
ญาติทำให้	9	10.34
จำนวนครั้งที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ($\bar{X}$ =1.76, SD = 1.09)		
1 ครั้ง	51	58.62
2 ครั้ง	16	18.39
3 ครั้ง	13	14.94
มากกว่า 3 ครั้ง	7	8.05
การเข้ารับการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบต่อปี ($\bar{X}$ 1.76 S.D. 1.09)		
1 ครั้ง	51	58.62
2 ครั้ง	16	18.39
3 ครั้ง	13	14.94
มากกว่า 3 ครั้ง	7	8.05

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 4.34 (S.D. = 0.71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 87 ราย)

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนนเฉลี่ย		
	mean	S.D.	ระดับ
1. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.40	0.41	สูง
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.36	0.36	สูง
3. ด้านการประเมินพฤติกรรม	4.49	1.41	สูง
4. ด้านอารมณ์และสังคม	4.18	0.52	สูง
รวม	4.34	0.71	สูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=87)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม				Fisher's Exact Test	Sig
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	รวม		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	0 (0.00)	52 (55.97)	1 (1.15)	53 (60.92)	2.662	.270 ^b
หญิง	1 (1.15)	31 (35.63)	2 (2.30)	34 (39.08)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
อายุ						
31-40 ปี	0 (0.00)	3 (3.45)	1 (1.15)	4 (4.60)	13.441	.367 ^b
41-50 ปี	0 (0.00)	14 (16.09)	0 (0.00)	14 (16.09)		
51-60 ปี	1 (1.15)	22 (25.29)	1 (1.15)	24 (27.59)		
61-70 ปี	0 (0.00)	33 (37.93)	1 (1.15)	34 (39.08)		
71-80 ปี	0 (0.00)	11 (12.64)	0 (0.00)	11 (12.64)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=87) (ต่อ)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม				Fisher's Exact Test	Sig
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	รวม		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0.00)	5 (5.75)	0 (0.00)	5 (5.75)	17.366	.576 ^b
ประถมศึกษา	0 (0.00)	54 (62.07)	3 (3.45)	57 (65.52)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (1.15)	12 (13.79)	0 (0.00)	13 (14.94)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0 (0.00)	7 (8.05)	0 (0.00)	7 (8.05)		
ปวช.	0 (0.00)	1 (1.15)	0 (0.00)	1 (1.15)		
ปริญญาตรี	0 (0.00)	2 (2.30)	0 (0.00)	2 (2.30)		
ปริญญาโท	0 (0.00)	2 (2.30)	0 (0.00)	2 (2.30)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
สถานภาพสมรส						
โสด	1 (1.15)	5 (5.75)	0 (0.00)	6 (6.90)	17.255	.136 ^b
คู่	0 (0.00)	69 (79.31)	2 (2.30)	71 (81.61)		
หม้าย	0 (0.00)	6 (6.90)	1 (1.15)	7 (8.05)		
หย่า	0 (0.00)	3 (3.45)	0 (0.00)	3 (3.45)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87(100.00)		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0 (0.00)	30 (34.48)	0 (0.00)	30 (34.48)	13.868	.454 ^b
เกษตรกร	1 (1.15)	36 (41.38)	2 (2.30)	39 (44.83)		
ค้าขาย	0 (0.00)	8 (9.20)	0 (0.00)	8 (9.20)		
รับจ้างทั่วไป	0 (0.00)	5 (5.75)	1 (1.15)	6 (6.90)		
รับราชการ	0 (0.00)	3 (3.45)	0 (0.00)	3 (3.45)		
พระภิกษุ	0 (0.00)	1 (1.15)	0 (0.00)	1 (1.15)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
โรคประจำตัว						
ความดันโลหิตสูง	0 (0.00)	44 (50.57)	1 (1.15)	45 (51.72)	11.278	.588 ^b
เบาหวานและความดัน	1 (1.15)	31 (35.63)	2 (2.30)	34 (39.08)		
โลหิตสูง	0 (0.00)	5 (5.75)	0 (0.00)	5 (5.75)		
การอุดกั้นของทางเดิน	0 (0.00)	2 (2.30)	0 (0.00)	2 (2.30)		
ปัสสาวะ	0 (0.00)	1 (1.15)	0 (0.00)	1 (1.15)		
เบาหวาน	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
อื่นๆ						
รวม						



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อ
ช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=87) (ต่อ)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม				Fisher's Exact Test	Sig
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	รวม		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
สาเหตุของไตวายเรื้อรัง						
ความดันโลหิตสูง	0 (0.00)	44 (50.57)	1 (1.15)	45 (51.72)	11.278	.588 ^b
เบาหวานและความดัน	1 (1.15)	31 (35.63)	2 (2.30)	34 (39.08)		
โลหิตสูง	0 (0.00)	5 (5.75)	0 (0.00)	5 (5.75)		
การอุดตันของทางเดิน	0 (0.00)	2 (2.30)	0 (0.00)	2 (2.30)		
ปัสสาวะ	0 (0.00)	1 (1.15)	0 (0.00)	1 (1.15)		
เบาหวาน	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
อื่นๆ						
รวม						
รายได้ต่อเดือน						
น้อยกว่า5,000 บาท	1 (1.15)	64 (73.56)	2 (2.30)	67 (77.01)	3.321	.656 ^b
5,000-10,000 บาท	0 (0.00)	15 (17.24)	1 (1.15)	16 (18.39)		
มากกว่า10,000บาท	0 (0.00)	4 (4.60)	0 (0.00)	4 (4.60)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
ค่าใช้จ่ายในการรักษา						
ต่อเดือน	1 (1.15)	23 (26.44)	0 (0.00)	24 (27.59)	-.108a	.317 ^a
น้อยกว่า 500 บาท	0 (0.00)	33 (37.93)	2 (2.30)	35 (40.23)		
500 – 1,000 บาท	0 (0.00)	13 (14.94)	0 (0.00)	13 (14.94)		
1,001-2,000 บาท	0 (0.00)	14 (16.09)	1 (1.15)	15 (17.24)		
มากกว่า 2,000 บาท	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
รวม						
ผู้ดูแลหลัก						
คู่สมรส	0 (0.00)	53 (60.92)	1 (1.15)	54 (62.07)	27.550	.040 ^{b*}
บุตร	0 (0.00)	21 (24.14)	0 (0.00)	21 (24.14)		
ญาติ	0 (0.00)	5 (5.75)	0 (0.00)	5 (5.75)		
บิดา มารดา	1 (1.15)	4 (4.60)	1 (1.15)	6 (6.90)		
ไม่มีผู้ดูแล	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.15)	1 (1.15)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
สิทธิการรักษา						
หลักประกันสุขภาพ	0 (0.00)	77 (88.51)	3 (3.45)	80 (91.95)	15.281	.749 ^b
สวัสดิการข้าราชการ	0 (0.00)	3 (3.45)	0 (0.00)	3 (3.45)		
สวัสดิการคนพิการ	0 (0.00)	2 (2.30)	0 (0.00)	2 (2.30)		
สวัสดิการสำหรับบอสม.	0 (0.00)	1 (1.15)	0 (0.00)	1 (1.15)		
พระภิกษุ	1 (1.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.15)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อ
ช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=87) (ต่อ)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม				Fisher's	Sig
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	รวม	Exact Test	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
ระยะเวลาของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง						
น้อยกว่า 1 ปี	0 (0.00)	17 (19.54)	1 (1.15)	18 (20.69)	.101	.353 ^a
1 – 5 ปี	0 (0.00)	49 (56.32)	2 (2.30)	51 (58.62)		
6 – 10 ปี	0 (0.00)	13 (14.94)	0 (0.00)	13 (14.94)		
มากกว่า 10 ปี	1 (1.15)	4 (4.60)	0 (0.00)	5 (5.75)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา						
ทำเอง/ญาติทำให้	0 (0.00)	40 (45.98)	3 (3.45)	43 (49.43)	4.365	.347 ^b
ทำเอง	1 (1.15)	34 (39.08)	0 (0.00)	35 (40.23)		
ญาติทำให้	0 (0.00)	9 (10.34)	0 (0.00)	9 (10.34)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
จำนวนครั้งที่ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ						
1 ครั้ง	1 (1.15)	48 (55.17)	2 (2.30)	51 (58.62)	.026	.813 ^a
2 ครั้ง	0 (0.00)	15 (17.24)	1 (1.15)	16 (18.39)		
3 ครั้ง	0 (0.00)	13 (14.94)	0 (0.00)	13 (14.94)		
มากกว่า 3 ครั้ง	0 (0.00)	7 (8.05)	0 (0.00)	4 (4.60)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		
ด้านการเข้ารับการรักษาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบต่อปี						
1 ครั้ง	1 (1.15)	48 (55.17)	2 (2.30)	51 (58.62)	.026	.813 ^a
2 ครั้ง	0 (0.00)	15 (17.24)	1 (1.15)	16 (18.39)		
3 ครั้ง	0 (0.00)	13 (14.94)	0 (0.00)	13 (14.94)		
มากกว่า 3 ครั้ง	0 (0.00)	7 (8.05)	0 (0.00)	4 (4.60)		
รวม	1 (1.15)	83 (95.40)	3 (3.45)	87 (100.00)		

*p<.05, B = Fisher's Exact Test, a = Spearman

อภิปรายผล

ผลการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว สาเหตุของไตวายเรื้อรัง รายได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเดือน ความถี่ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลัก และสิทธิการรักษา ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มาก

ที่สุด ผู้ดูแลหลักคือคู่สมรส เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง (Ardkhithkarn, Pothiban, & Lasuka, 2013) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นผู้ที่ทำให้การช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากภาวะความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย (Sirapo-ngam, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Singmanee, Vannarit & Tachaudomdach, 2017) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเองจากบุคคลอื่น ซึ่งอยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้ตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่า และเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Rattana, 2009) จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มี 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์การล้างไตทางช่องท้องและการดำเนินชีวิต (peritoneal dialysis tasks and life tasks ; instrumental support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) และการสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) ซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับเครือข่ายการสนับสนุนที่มีอยู่และมุมมองการสนับสนุนของแต่ละคน (Fox, Quinn, James, Venturato & King-Shier, 2020)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ ร้อยละ 41 ($p < 0.01$) (Ardkhithkarn, Pothiban & Lasuka, 2013) การสนับสนุนทางสังคมด้านความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ความรัก ความเชื่อใจ ด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และการสนับสนุนด้านการประเมินใช้ข้อมูลย้อนกลับต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Karatani & Sriratanaprat, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Rattana, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Lortajakul C. , Ratanapariyanuch, S. & Sanamjang, P. , 2018) เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยประสบการณ์การมีอาการจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภาวะโรคร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า แรง

สนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด (Banjonggeb, Somboontanont, Leelahakul, Puwarawuttipanich, 2016)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบาทหลักๆ ได้แก่ 1) บทบาทในการปฏิบัติการพยาบาล 2) บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) บทบาทด้านการสื่อสาร 4) บทบาทการดูแลแบบองค์รวมภายใต้จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 5) บทบาทการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง และ 6) บทบาทการประสานงาน ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Thongtong, 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ และด้านอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และด้านการศึกษา นำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทางสังคม ไปให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษาผลของการส่งเสริมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Ardkhithkarn, S., Pothiban, L. & Lasuka, D. (2013). Self-Management Behaviors and Predicting Factors in Elders with End Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. Nursing Journal Volume. 40(supplement), 22-32. (in Thai).
- Artiwitchayanon, A., Keeratiyutawong, P. & Duangpaeng, S. (2015). Predictors of Self-Management in Patient with Chronic Kidney Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. Ramathibodi Nursing Journal. 21(2),172-185. (in Thai)
- Banjonggeb, P. ,Somboontanont, W. ,Leelahakul,V.,Wimonrat Puwarawuttipanich,W (2016). Factors Predicting Functional Status in End Stage Renal Disease Older Adults Receiving Hemodialysis. Journal of Nursing Science. 34(4), 57-67.
- Chiang Kham Hospital. (2021). Medical record information peritoneal dialysis unit. (in Thai).

- Chieochanthanakij, R. (2021). Risk Factor of Peritonitis in CAPD Patients in Sawanpracharak Hospital Nakhon Sawan Province. *Sawanpracharak Medical Journal*. 7(1), 3-7. (in Thai)
- Chinnoros, S., Deepanya, C. & Phusanawun, S. (2020). Social Support and Quality of Life among End-stage Renal Disease Hemodialysis Patients. *Journal of Phrapokklao Nursing collodge*. 31(1), 43-50. (in Thai).
- Chinnoros, S., Deepanya, C. & Phusanawun, S. (2020). Social Support and Quality of Life among End-stage Renal Disease Hemodialysis Patients. *Journal of Phrapokklao Nursing collodge*. 31(1), 43-50. (in Thai).
- Fox, D. E., Quinn, R. R., James, M. T., Venturato, L., & King-Shier, K. M. (2020). Social support in the peritoneal dialysis experience: a qualitative descriptive study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 7, 2054358120946572. Retrieved 1 Oct 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32843986/doi:10.1177/2054358120946572>
- Karalai, S. & Sriratanaprat, J. (2018). Relationships between Social Support and Health Promoting Behavior among Pregnant Teenagers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 26(1), 1-10. (in Thai).
- Klomjit, N., Kattah, A.G. & Cheungpasitporn, W. (2021). The Cost-effectiveness of Peritoneal Dialysis Is Superior to Hemodialysis: Updated Evidence From a More Precise Model. *Kidney Med*. 3(1), 15–17. doi:10.1016/j.xkme.2020.12.003. Retrieved 1 Oct 2021 from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873827/>.
- Kritmetapak, K. (2017). Infectious Complications of Peritoneal Dialysis: Peritonitis. Retrieved 1 Oct 2021 from [https://cimjournal.com/wp-content/uploads/2022/01/InfectiousComplication of Peritoneal Dialysis: Peritonitis.pdf](https://cimjournal.com/wp-content/uploads/2022/01/InfectiousComplicationofPeritonealDialysisPeritonitis.pdf).
- Lortajakul C. , Ratanaprariyanuch, S. & Sanamjang, P. (2018). Depression, Social Support, and Quality of Life of the End Stage Chronic Kidney Disease Patients with Hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 30(3) : 141-152
- Malatham, P., Kongiem, J. & Intarasombat, P. (2009). Relationship of Family Support and Friend Support to Life Satisfaction of Older Adults in Rural Areas. *Ramathibodi Nursing Journal*. 15(3), 431-448. (in Thai).
- Phayao Hospital. (2021). Medical record information peritoneal dialysis unit. Phayao Hospital. (in Thai).
- Phayao Provincial Public Health Office. (2022). Health data center Chronic disease patients (Group 3). Retrieved 6 Jun 2021 from: <https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Poltacha, S., Noktong, S., & Changjeraja, W. (2018). Factors Related with Peritonitis in CAPD Patients at Buengkan Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*. 1(3), 3-10. (in Thai).
- Rattana, W. (2009). Health care behavior and social support with elderly's of live quality of aging club at Suratthani central hospital. Master of Education Degree in Development Psychology, Srinakharinwirot University (in Thai).



- Singmanee, C., Vannarit, T., & Tachaudomdach, C. (2017). Effect of Family Support on Health Behaviors among Persons with End Stage Renal Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing Journal*. 44(2), 78-88. (in Thai).
- Sirapo-ngam, Y. (1996). Family caregiver: Concept and research issues. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2(1), 84-94. (in Thai).
- The nephology society of Thailand. (2021). Thailand renal replacement therapy year 2020. Retrieved 1 Aug 2021 from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf> (In Thai)
- Thongtong, S. (2018). Nursing role in supporting self-management of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis patients. *Journal of Health Research and Innovation*. 1(1), 46-57. (in Thai).
- Tiawilai, T. & Tantivichitvej, R. (2020). The Incidence and Risk Factors of First Peritonitis Episode in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients of Photharam Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 39(1), 51-64. (in Thai).

Prevalence and Factors Associated with Frailty Among Community-Dwelling Older People

Lalita Songapiwatkul^{**}, Wattarocho hongtanod^{*}
Wanida Yesong^{*}, Arunya Namwong^{1**}

Received October 31, 2023, Revised: November 2, 2023, Accepted: December 21, 2023)

Abstract

Frailty in the elderly should be emphasized and screened at the beginning to provide appropriate and high-quality prevention and treatment. This descriptive study aimed to investigate the prevalence of frailty and factors related to frailty among the elderly in the community, classified by age, gender, status, education, underlying disease, body mass index, polypharmacy, nutritional status, and activity of daily living. The samples consisted of 150 elderly people aged over 60 years old living in the Ban Tom Subdistrict Community, Muang District, Phayao Province. The instruments for collecting data consisted of a personal information questionnaire, Mini Nutritional Assessment (MNA), Barthel ADL Index, and FRAIL scale assessment. Testing reliability using repeated testing (test-retest reliability) revealed the reliability of the tools to be 0.99, 1.00, and 0.99, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square and Fisher's exact tests.

The results of this study showed that the prevalence of fragility in the elderly was 10.00%, and age, body mass index, nutritional status, and ability to perform daily activities were significantly associated with frailty ($p < .01$). Based on this study, healthcare professionals should consider factors such as advancing age, low body mass index, malnutrition, and limitations in activities of daily living when conducting screenings and developing healthcare models tailored to the needs of elderly individuals with fragile conditions.

Keywords: Prevalence; Frailty; Factors; Community-Dwelling Older People

^{*}The fourth-year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**}Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: arunya.n@bcnpy.ac.th Tel. 086-4201586



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ลลิตา ทรงอภีวัฒน์กุล*, วัฒโรชา ทองโดนด*

วนิดา เยส่อง*, อรัญญา นามวงศ์^{1**}

(วันรับบทความ : 31 ตุลาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 29 พฤศจิกายน 2566, วันตอบรับบทความ : 21 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ควรให้ความสำคัญในการเริ่มต้นประเมินและคัดกรองอย่างเหมาะสมเพื่อให้การป้องกันและรักษาอย่างมีคุณภาพ วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย การใช้ยาหลายชนิด ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 150 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และแบบประเมิน FRAIL scale แบบประเมินผ่านการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .99, 1.00, .99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการเกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 10.00 และ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางได้โดยเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายต่ำ มีปัญหาภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: ความชุก; ภาวะเปราะบาง; ปัจจัย; ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

* นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประสานงาน : arunya.n@bcnpy.ac.th โทร. 086-4201586

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าโครงสร้างของประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีโอกาสเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึง 1.4 พันล้านคนหรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12 จากปี พ.ศ. 2563 เป็น 2 เท่าคือ ร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2593 และแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่อายุเกิน 80 ปี ที่อยู่ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 ถึง ปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึง 426 ล้านคน ทั่วโลก ซึ่งพบมากในประเทศที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำและรายได้ปานกลางถึง ร้อยละ 80 โดยประเทศที่พัฒนาแล้วกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์เกือบทั้งหมด และประเทศที่กำลังพัฒนามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน (World Health Organization, 2022) นอกจากนี้หากพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวน ร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2563 มีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 16 ในปี 2593 ซึ่งมีมากกว่า 2 เท่า ของจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีแนวโน้มมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ขณะที่อัตราการเสียชีวิตต่ำลง และมีอัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รายงานจำนวนผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 12,814,778 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.40 จากจำนวนประชากรประเทศไทยทั้งหมด 66,054,830 คน โดยแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 56.69 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.38 ช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 11.43 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในรายภาค พบว่า ภาคเหนือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 21.95 ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (Department of Older Persons, 2023a) ทั้งนี้การมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจึงอาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นผลทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุตามมาได้ (Department of Older Persons, 2023b)

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปริมาณสำรองที่ลดลงของร่างกายส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดจึงทำให้ระบบทางสรีรวิทยาหลายระบบทำงานลดลง โดยเฉพาะในเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ชายและในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งภาวะเปราะบางสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความพิการ จนอาจเสียชีวิตในที่สุด โดยภาวะเปราะบางมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไปจากทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ คือน้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมโดยไม่ตั้งใจ หรือมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 ปีจากน้ำหนักตัวเดิม (weight loss) มีอาการหมดแรง อ่อนล้า (exhaustion) อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) การเคลื่อนไหวช้าลง (low walking speed) และการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Bandein-Roche et al., 2015; Fried et al., 2001) ผลกระทบของภาวะเปราะบาง (frailty) ส่งผลต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกายคือทำให้การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการรักษาภาวะสมดุลของร่างกายลดลง ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย เกิดโรคเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคไต เนื้องอก โรคปอด กล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร การรับรู้และความเข้าใจลดลง ภาวะสมองเสื่อม และมีแนวโน้มเจ็บป่วยง่ายขึ้น (Doody et al., 2022; Wu, Lin, & Hsiung, 2015) ทางด้านจิตใจเกิด ภาวะซึมเศร้า มีอาการเครียด ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น การออกไปพบปะกับคนในสังคมได้น้อยลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีอัตราการเกิดโรคต่าง ๆ ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น (Gomes et al., 2018)

มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในต่างประเทศ โดยการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของทวีปเอเชีย พบว่ามีอัตราความชุก ร้อยละ 20.5 และอัตราความชุกของภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ($p = 0.01$) (To, Doan, Ho, & Liao, 2022) รวมถึงการศึกษาแนวโน้มการเกิดภาวะเปราะบางและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปีก่อนหน้าที่จะเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่เกษียณอายุจำนวน 14 ประเทศในทวีปยุโรป พบว่า เพศหญิงมีระดับของการเกิดภาวะเปราะบางสูงกว่าเพศชาย รวมถึงอายุที่เพิ่มขึ้น และภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีภาวะเปราะบางอยู่ในระดับต่ำ (Jenkins et al., 2023) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น มีโรคประจำตัวและโรคร่วมหลายโรค มีการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) มีโอกาสส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น (Chen, Chen, Lue, Tseng, & Wu, 2014) นอกจากนี้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จำนวน 14 การศึกษาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศจีนเกี่ยวกับความชุกและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.9 ถึง 17.4 โดยความชุกโดยรวมคือ ร้อยละ 10 กลุ่มอายุที่มีความชุกมากที่สุดคือ อายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป พบถึง ร้อยละ 25 โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 11 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 8 โดยปัจจัยด้าน อายุ เพศหญิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ และการมีโรคร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงควรมีแนวทางในการประเมินและคัดกรองก่อน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ (He et al., 2019) รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุจำนวน 384 ราย ในประเทศโปรตุเกส พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การมีโรคร่วมหลายโรค และการได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sousa et al., 2021) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจำนวน 1,205 ราย ที่ประเทศชิลี พบว่า ปัจจัยด้านการใช้ยาจำนวนหลายชนิด (OR: 1.51, $p < .05$) การมีน้ำหนักเกิน (OR: 1.560, $p < 0.01$) และความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (OR: 2.590, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Arauna et al., 2020) รวมถึงผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางร่วมด้วย (Hsu & Chang, 2015; Shilpa & Norman, 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 62 เรื่อง เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั่วโลก พบว่า ในทวีปเอเชียพบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพและด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการ ประวัติการล้ม รวมถึงการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในทวีปเอเชียมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางค่อนข้างสูง (Qin et al., 2022)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยในภูมิภาคต่างๆ โดยภาคกลางมีการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 420 คน พบว่า มีความชุกของภาวะเปราะบางถึง ร้อยละ 32.14 โดยปัจจัยด้านสถานภาพสมรสคือเป็นหม้ายจะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่า นอกจากนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การใช้ยาหลายชนิด การมีโรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ภาวะซึมเศร้า และภาวะ พร่องทางปัญญา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Jaidee & Sasat, 2017) และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 ราย พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบาง เท่ากับ ร้อยละ 58.7 และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Netchan, Thato & Sasat, 2019) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุพื้นที่ชุมชนตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในผู้สูงอายุ 140 ราย พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.9 โดยปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การใช้ยาหลายชนิด การมีโรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา การมีภาวะซึมเศร้า ภาวะบกพร่องทางด้านการรู้คิด ภาวะโภชนาการและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และมีอำนาจทำนายได้ถึง ร้อยละ 54 (Kulprateepunya et al., 2021) ส่วนในภาคเหนือมีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางในผู้สูงอายุ 314 ราย พบความชุก ร้อยละ 26.4 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะเปราะบางสูงถึง ร้อยละ 47.4 (Boribun, Lerttrakarnnon & Siviroj, 2017)

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยติดอันดับ 1 ใน 5 ของจังหวัดในภาคเหนือที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 25.35 ในปี พ.ศ. 2566 (Department of older person, 2023a) และตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรค่อนข้างหนาแน่น เนื่องจากเป็นที่ตั้งของศูนย์ราชการร่วมด้วย ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนประชากร ทั้งหมด 12,615 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 3,019 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 23.93 โดยมีผู้สูงอายุผู้สูงอายุวัยกลาง 70 ปีถึง 79 ปี มีจำนวน 846 คน ร้อยละ 28.02 และวัยปลายคืออายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวน 371 คน ร้อยละ 12.28 (Phayao Provincial Public Health Office, 2023) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นประกอบกับมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยตอนกลางและตอนปลายเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางร่วมด้วยซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมามากขึ้น การศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนรวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านต๋อม จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

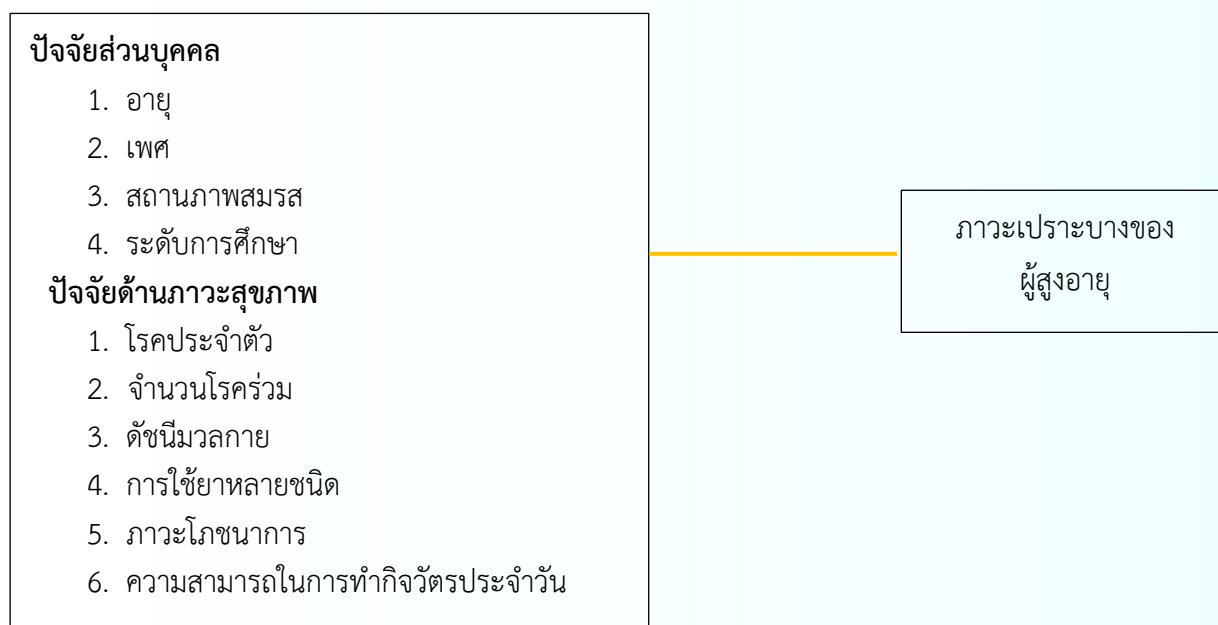
การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนโรครวม ดัชนีมวลกาย การใช้ยาหลายชนิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 150 ราย ศึกษาในพื้นที่ ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่สืบเนื่องมาจากแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยอย่าง



ต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ โดยเฉพาะอายุซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง (Netchan et al., 2019) เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะ การมีโรคร่วม การใช้ยาหลายชนิด ภาวะพร่องโภชนาการ ดัชนีมวลกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบาง ทำให้กำลังสำรองของร่างกายลดลงและมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยมีลักษณะที่สำคัญคือมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไปจาก 5 ข้อ ได้แก่ 1) การมีน้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือมากกว่า ร้อยละ 5 ในเวลา 1 ปี 2) มีอาการหมดแรง อ่อนล้า 3) อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง 4) การเคลื่อนไหวช้าลง และ 5) การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จึงส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม (Bandein-Roche et al., 2015; Fried et al., 2001)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว การมีโรคร่วม ดัชนีมวลกาย การใช้ยาหลายชนิด ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา รวมจำนวนทั้งสิ้น 2,637 คน ปี พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Netchan, Thato & Sasat (2019) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .08 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) มีขนาดเล็กถึงปานกลาง คือ .03 ได้กลุ่มตัวอย่าง 143 ราย กำหนดจำนวนการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 171 ราย และเมื่อ

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างครบถ้วนมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวนทั้งสิ้น 150 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุลงทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านต๋อม จำนวน 18 หมู่บ้าน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือไม่พร้อมจะเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น และ 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว การมีโรคร่วม การใช้ยาหลายชนิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini-Nutritional Assessment : MNA Short form) (Guigoz, 2006) โดยประเมินในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การให้คะแนนคือ รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนได้ 0-2 คะแนน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง ได้ 0-3 คะแนน ความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ 0-2 คะแนน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะเครียด รุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน ได้ 0-2 คะแนน ปัญหาทางจิตประสาทได้ 0-2 คะแนน ดัชนีมวลกาย 0-3 หรือเส้นรอบวงน่อง 0-3 คะแนน หากประเมินดัชนีมวลกายไม่ได้ โดยมีเกณฑ์ระดับความรุนแรงของภาวะโภชนาการมีคะแนนเต็ม 14 คะแนน ถ้าคะแนน 12-14 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ คะแนน 8-11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และคะแนน 0-7 คะแนน คือขาดสารอาหาร

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ฉบับภาษาไทยดัดแปลงโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2016) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร 0-2 คะแนน การดูแลใบหน้า 0-1 คะแนน การลุกจากที่นอน/การลุกจากเตียงไปเก้าอี้ 0-3 คะแนน การใช้ห้องน้ำ 0-2 คะแนน การเคลื่อนที่ภายในห้อง/บ้าน 0-3 คะแนน การสวมใส่เสื้อผ้า 0-2 คะแนน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 0-2 คะแนน การอาบน้ำ 0-1 คะแนน การกลั่นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0-2 คะแนน การกลั่นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0-2 คะแนน เกณฑ์ระดับความรุนแรง แปลผลคือ คะแนน 0-4 หมายถึง ต้องการการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ 5-8 หมายถึง ต้องการพึ่งพิงรุนแรง 9-11 หมายถึง ต้องการพึ่งพิงปานกลาง และ 12-20 หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตาม FRAIL scale (Sriwong et al., 2022) โดยในแบบประเมินมีทั้งหมด 5 คำถาม ที่ประเมินภาวะต่าง ๆ 5 ข้อ ได้แก่ 1) อาการอ่อนเพลีย 2) การขึ้นบันได 10 ขั้นต้องหยุดพักหรือมีอุปกรณ์ช่วยเดิน 3) การเดิน 300-400 เมตรหยุดพักหรือมีอุปกรณ์ช่วยเดิน 4) การมีโรคร่วม และ 5) ประเมินน้ำหนักตัวที่ลดลง โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะดังกล่าวและ 1 คะแนน หมายถึง มีภาวะดังกล่าว โดยมีคะแนนรวม 0 - 5 คะแนน หากมีคะแนนรวม 3 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่พื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 20 คน และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดสอบความคงที่ (stability) ของแบบวัดด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) และวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์

สัน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ MNA (Short form) Barthel Activities of Daily Living: ADL และ FRAIL scale เท่ากับ 0.99, 1, 0.99 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา แล้ว ทีมผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงติดต่อและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม เพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยคนละ 30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว การมีโรคร่วม ดัชนีมวลกาย การใช้ยาหลายชนิด ภาวะโภชนาการ ADL และภาวะเปราะบาง โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และสถิติทดสอบของเยตส์ (Yates' Chi-square test) หลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลตัวแปรด้าน อายุ ADL และภาวะเปราะบาง ไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนตัวแปร ดัชนีมวลกาย เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ REC 013/65 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิโดยมีเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมถึงแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล แต่จะใช้รหัสตัวเลขของแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิด นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลที่ใช้จะถูกทำลายหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จสมบูรณ์ ภายใน 3 ปี

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความชุกของภาวะเปราะบาง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน มีความชุกของภาวะเปราะบาง เท่ากับ ร้อยละ 10.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะเปราะบางของกลุ่มตัวอย่าง (n = 150)

ภาวะเปราะบาง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเปราะบาง	135	90.00
มีภาวะเปราะบาง	15	10.00
รวม	150	100.00

2. ข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะเปราะบาง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

2.1 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 43.70 และ 42.22 ตามลำดับ และมีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.07 มีอายุเฉลี่ย 72.07 ปี (S.D. = 8.14) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางมากที่สุด ร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.48 โดยเพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีจำนวน ร้อยละ 80 นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 65.93 รองลงมาคือ เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน ซึ่งมีภาวะเปราะบางเกินครึ่ง ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.07 โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.569$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะเปราะบาง และความสัมพัธ์กับภาวะเปราะบางของกลุ่มตัวอย่าง (n =150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	No Frailty	Frailty	Chi-square test (χ^2)	df	p-value
อายุ (ปี)					
60-69	59 (43.70)	2 (13.33)	8.569	2	.014 ^{*a}
70-79	57 (42.22)	7 (46.67)			
80 ขึ้นไป	19 (14.07)	6 (40.00)			
Mean = 72.07 ปี, S.D. = 8.14 Minimum = 60 ปี Maximum = 98 ปี					
เพศ					
ชาย	52 (38.52)	3 (20.00)	1.994	1	.158 ^a
หญิง	83 (61.48)	12 (80.00)			
สถานภาพสมรส					
โสด	4 (2.96)	-	2.756	2	.218 ^b
สมรส/คู่	89 (65.93)	7 (46.67)			
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	42 (31.11)	8 (53.33)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	127 (94.07)	15 (100.00)	.132	1	.716 ^c
สูงกว่าประถมศึกษา	8 (5.93)	-			

* $p < .05$, a=Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, c=Yates' Chi-Square test

3. ภาวะสุขภาพกับภาวะเปราะบางและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

3.1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะเปราะบางส่วนมากมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 43.70 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางมีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 Kg/m² มากกว่าครึ่งถึงร้อยละ 53.33 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะเปราะบางส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยาหลายชนิด ร้อยละ 77.78 แต่ในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางมีการใช้ยาหลายชนิดถึง ร้อยละ 40.00 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะเปราะบางส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวถึง

ร้อยละ 68.89 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางมีโรคประจำตัวเป็นจำนวนมากถึง ร้อยละ 86.67 รวมถึงส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 76.92 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะเปราะบางยังมีภาวะโภชนาการที่อยู่ในระดับพร่องโภชนาการมากที่สุด ร้อยละ 67.41 ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะเปราะบางมีภาวะพร่องโภชนาการทุกคน ร้อยละ 100 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพามากที่สุด ร้อยละ 96.30 แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางอยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนมากว่าครึ่ง ร้อยละ 53.33 ดังแสดงในตารางที่ 3

3.2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=10.205, p<.01$; $\chi^2 = 35.972, p<.01$; $\chi^2 = 5.435, p<.05$) ตามลำดับ ส่วนการใช้ยาหลายชนิด โรคประจำตัว และจำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพ ภาวะเปราะบาง และความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของกลุ่มตัวอย่าง (n =150)

ภาวะสุขภาพ	No Frailty	Frailty	Chi-square test	df	p-value
ดัชนีมวลกาย					
< 18.5 ต่ำกว่าเกณฑ์	22 (16.30)	8 (53.33)	10.205	3	.009**b
18.5-22.9 สมส่วน	59 (43.70)	5 (33.33)			
23.0-24.9 น้ำหนักเกิน	23 (17.04)	-			
≥ 25 อ้วน	31 (22.96)	2 (13.33)			
การใช้ยาหลายชนิด					
ใช่	30 (22.22)	6 (40.00)	1.446	1	.226 ^c
ไม่ใช่	105 (77.78)	9 (60.00)			
โรคประจำตัว					
มี	93 (68.89)	13 (86.67)	1.290	1	.256 ^c
ไม่มี	42 (31.11)	2 (13.33)			
จำนวนโรคร่วม					
มี 1 โรค	38 (40.86)	3 (23.08)	1.521	1	.218 ^a
มี 2 โรคขึ้นไป	55 (59.14)	10 (76.92)			
ภาวะโภชนาการ					
พร่องโภชนาการ	91 (67.41)	15 (100.00)	5.435	1	.020* ^c
โภชนาการปกติ	44 (32.59)	-			
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน					
มีภาวะพึ่งพา	5 (3.70)	8 (53.33)	35.972	1	.000** ^c
ไม่มีภาวะพึ่งพา	130 (96.30)	7 (46.67)			

**p<.01, *p<.05, a=Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, c=Yates' Chi-Square test

อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน มีภาวะเปราะบาง จำนวน 15 คน ร้อยละ 10.00 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุดถึง ร้อยละ 86.67 และยังมีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 Kg/m^2 มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 53.33 และมีภาวะพร่องโภชนาการทุกคน ร้อยละ 100 รวมถึงการอยู่ในภาวะพึ่งพิงมีจำนวนมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 53.33 นอกจากนี้ยังมีจำนวนโรครวม 2 โรคขึ้นไป มากเกินครึ่ง ร้อยละ 76.92 และมีการใช้ยาหลายชนิด ร้อยละ 40.00 ซึ่งภาวะสุขภาพดังกล่าวมีส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางมากขึ้น โดยเฉพาะอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกายตามมา ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย การเดินช้าลง มีภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา แร่งข้อมือเริ่มลดลง ซึ่งเป็นภาวะที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเป็นสำคัญ และเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะก่อนเปราะบาง และเปราะบางในที่สุด (Hwang & Hong, 2019; Li et al., 2021) รวมทั้งอายุที่เพิ่มมากขึ้นยังทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุถดถอยลงตามลำดับ อายุจึงเป็นคุณลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง (Netchan et al., 2019) นอกจากนี้การพบความชุกภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ทอริมาน (meta-analysis) เกี่ยวกับความชุกของภาวะเปราะบาง จำนวน 14 เรื่องของประเทศจีน ซึ่งพบระหว่าง ร้อยละ 5.9 ถึง 17.4 (He et al., 2019) แม้การศึกษาจะไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ To, Doan, Ho, Liao (2022) พบรายงานความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชนผู้สูงอายุในเอเชียมีอัตราความชุกรวมของความเปราะบางอยู่ ร้อยละ 20.5 และการศึกษาของ Jaidee & Sasat (2017) พบรายงานความชุกของภาวะเปราะบางผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32.1 รวมถึงการศึกษาของ Kulprateepunya., et al (2021) พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 22.9 ก็ตาม ทั้งนี้ความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่อาจจะมีค่าแตกต่างกันตามลักษณะของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากการศึกษารังนี้พบความชุกของภาวะเปราะบางในกลุ่มที่อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปถึง ร้อยละ 86.67 ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา ที่พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุตอนกลางถึงตอนปลาย โดยพบในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี มากที่สุด โดยภาวะเปราะบางมีโอกาสเกิดได้ค่อนข้างสูงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Chen et al., 2014, Boribun et al., 2017; Jenkins et al., 2023; He et al., 2019)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

ผลการศึกษา พบว่า ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ภาวะโภชนาการ และอายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ ($p < .05$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การที่อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางมากที่สุดถึง ร้อยละ 86.67 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนกลางและปลาย ย่อมมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Morarit, Taypa, Boonyod, & Siviroj (2018) กล่าวว่าอายุที่มากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อม ถดถอยลง ความแข็งแรงลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย และการศึกษาของ Jaidee & Sasat (2017) ที่พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 62 เรื่อง เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยใน

ชุมชนทั่วโลก พบว่า อายุซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุทวีปเอเชีย (Qin et al., 2022) โดยอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น (Jenkins et al., 2023; He et al., 2019) ส่วนดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 kg/m^2 ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับพร่องโภชนาการ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี และมีอายุเฉลี่ย 72 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของร่างกายหลายระบบ โดยเฉพาะ ความสามารถในการรับรสลดลงทำให้ความอยากอาหารลดลง มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น จำนวนฟันที่สามารถบดเคี้ยวได้มีไม่ถึง 20 ซี่ มีปัญหาฟันผุ ใส่ฟันปลอม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaidee & Sasat (2017) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั่วโลก พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Qin et al., 2022) และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจำนวน 1,205 ราย ที่ประเทศชิลี พบว่า ปัจจัยด้านความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (OR: 2.590, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เช่นกัน (Arauna et al., 2020) ส่วนปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบาง พบอยู่ในภาวะพึ่งพา มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 53.33 ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานลดลงแสดงถึงการมีภาวะอ่อนแอ เหนื่อยง่าย การเดินและการเคลื่อนไหวช้าลง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงตามคุณลักษณะของภาวะเปราะบาง (Fried et al., 2001) จึงมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาหรือโดยสมบูรณ์ ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ย่อมมีความเสื่อมถอยของระบบต่างของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการนั่งหรือนอนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อพร่อง ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันลดลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลของระบบต่างๆของร่างกายได้ง่ายขึ้น จึงอาจมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงจากการรับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ลดลง (Bandeem-Roche et al., 2015) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จำนวน 14 การศึกษาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศจีน พบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (He et al., 2019) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบาง (Hsu & Chang, 2015; Shilpa & Norman, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่มิพบพบเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญและจัดการกับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่พบในผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปในชุมชน และศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเปราะบางในระดับภาคเหนือ โดยทบทวนปัจจัยหลักทั้งปัจจัย



ภายในผู้สูงอายุและปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัว ผู้ดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลโดยตรง ต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

2. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางในชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- Arauna, D., Cerda, Á., García-García, J. F., Wehinger, S., Castro, F., Méndez, D., Alarcón, M., Fuentes, E., & Palomo, I. (2020). <p>Polypharmacy Is Associated with Frailty, Nutritional Risk and Chronic Disease in Chilean Older Adults: Remarks from PIEI-ES Study</p> *Clinical Interventions in Aging, Volume 15*, 1013–1022.
<https://doi.org/10.2147/cia.s247444>
- Bandeem-Roche, K., Seplaki, C. L., Huang, J., Buta, B., Kalyani, R. R., Varadhan, R., Qin, X., Walston, J. D., & Kasper, J. D. (2015). Frailty in Older Adults: a nationally representative profile in the United States. *The Journals of Gerontology: Series A*, 70(11), 1427–1434.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glv133>
- Boribun, N., Lerttrakarnnon, P., & Siviroy, P. (2017). Prevalence and associated factors of the frailty among community-dwelling elders in Sermngam district, Lampang province. *Journal of Medicine and Health Science*, 24(2), 45–54. (in Thai)
- Chen, L., Chen, C., Lue, B., Tseng, M., & Wu, S. (2014). Prevalence and associated factors of frailty among elderly people in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 8(3), 114–119.
<https://doi.org/10.1016/j.ijge.2013.12.002>
- Department of Older Persons. (2023a). *Older statistics, June 2023 by Looker Studio*. Available from: [https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449.\(2023, June 22\).](https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449.(2023, June 22).) (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023b). *Elderly care*. Available from: [https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449. \(2023, November 22\)](https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449. (2023, November 22))
- Doody, P., Asamane, E. A., Aunger, J. A., Swales, B., Lord, J., Greig, C., & Whittaker, A. C. (2022). The prevalence of frailty and pre-frailty among geriatric hospital inpatients and its association with economic prosperity and healthcare expenditure: A systematic review and meta-analysis of 467,779 geriatric hospital inpatients. *Ageing Research Reviews*, 80, 101666. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101666>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J. D., Newman, A. B., Hirsch, C. H., Gottdiener, J. S., Seeman, T. E., Tracy, R. P., Kop, W. J., Burke, B. G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157.
<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Gomes, C. D. S., Guerra, R. O., Wu, Y. Y., Fernandes, J., Gómez, F., De Albuquerque Sousa, A. C. P., & Pirkle, C. M. (2018). Social and economic predictors of worse frailty status

- occurrence across selected countries in North and South America and Europe. *Innovation in Aging*, 2(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igy037>
- Guigoz Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us?. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 10(6), 466–485.
- He, B., Ma, Y., Wang, C. M., Jiang, M., Geng, C., Chang, X., Ma, B., & Han, L. (2019). Prevalence and Risk Factors for Frailty among Community-Dwelling Older People in China: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 23(5), 442–450. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1179-9>
- Hsu, H., & Chang, W. C. (2014). Trajectories of frailty and related factors of the older people in Taiwan. *Experimental Aging Research*, 41(1), 104–114. <https://doi.org/10.1080/0361073x.2015.978219>
- Hwang, Y., & Hong, G. S. (2019). Predictors of subjective age in community-dwelling older adults in Korea. *Geriatrics Nursing*, 40(3), 314–319. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.008>
- Jaidee, S., & Sasat, S. (2017). A study of frailty in older people resided in community, Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 117–136. (In Thai).
- Jenkins, N., Welstead, M., Stirland, L., Hoogendijk, E. O., Armstrong, J., Robitaille, A., & Muñiz-Terrera, G. (2023). Frailty trajectories and associated factors in the years prior to death: evidence from 14 countries in the survey of health, aging and retirement in Europe. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03736-1>
- Kulprateepunya, K., Nuangchaiyot, P., Kogluecha, P., Chaytawee, K., Butsri, K., Detphon, G., Khemgaew, K., Raksawong, K., Chuakaew, K., & Klamngeo, K. (2021). Factors affecting frailty in the elderly in Patum sub-district Mueang district Ubon Ratchathani province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(10), 183–194. (in Thai).
- Li, Y., Liu, M., Miyawaki, C. E., Sun, X., Hou, T., Tang, S., & Szanton, S. L. (2021). Bidirectional relationship between subjective age and frailty: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02344-1>
- Morarit, S., Taypa, K., Boonyod, W., & Siviroj, P. (2018). Frailty phenotype characteristics of community-dwelling frail elderly people in a sub-district. *Naresuan Phayao Journal*, 11(2), 56–60. (in Thai).
- National Health Security Office. (2016). Long term care handbook. Bangkok: National Health Security Office. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc13.pdf. (January 3, 2023). (in Thai).
- Netchan, P., Thato, R., & Sasat, S. (2019). Selected factors related to frailty older persona in public residential home. *Journal of the Police Nurses*, 11(1), 61–72. (in Thai).
- Phayao Provincial Public Health Office. (2023). *Population report by gender, age group, Phayao Province: Health Data Center*. Available from:

- https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0. (November 20, 2023). (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research Principles and Method* (6th edition). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Qin, Y., Hao, X., Lv, M., Zhao, X., Wu, S., & Li, K. (2023). A global perspective on risk factors for frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 105, 104844. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104844>
- Shilpa, K., & Norman, G. (2022). Prevalence of frailty and its association with lifestyle factors among elderly in rural Bengaluru. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(5), 2083. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1679_21
- Sriwong, W. T., Mahavisessin, W., Srinonprasert, V., Siriussawakul, A., Aekplakorn, W., Limpawattana, P., Suraarunsumrit, P., Ramlee, R., & Wongviriyawong, T. (2022). Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02863-5>
- Sousa, C. R., Coutinho, J. F. V., Neto, J. B. F., Barbosa, R. G. B., Marques, M. B., & Diniz, J. L. (2022). Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>
- To, T., Doan, T., Ho, W., & Liao, W. L. (2022). Prevalence of Frailty among Community-Dwelling Older Adults in Asian Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 10(5), 895. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050895>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- World Health Organization. (2022). Aging and health. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. (November 24, 2023)
- Wu, I., Lin, C., & Hsiung, C. A. (2015). Emerging roles of frailty and inflammaging in risk assessment of age-related chronic diseases in older adults: the intersection between aging biology and personalized medicine. *Biomedicine*, 5(1). <https://doi.org/10.7603/s40681-015-0001-1>

The Effects of Health Education using the LINE Application and Promoting Self-management on Blood Sugar Levels (2-hour postprandial), Appropriate Weight Gain and Pregnancy outcomes among Women with Gestational Diabetes Mellitus at Lampang Hospital

Patthera Pakantha* Kanokon Panyaso^{1**} Homnauan Kanchaing*

Received August 30, 2023, Revised: October 3, 2023, Accepted: December 19, 2023

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate and compare the average postprandial blood sugar levels at 2 hours, appropriate weight gain, and pregnancy outcomes in women with Gestational Diabetes Mellitus between two groups: one that received and promoted self-management, and the other that received routine health education, at the Antenatal Clinic and Labor Room, Lampang Hospital. The sample consisted of 90 participants, divided into two groups. The research instruments comprised of a personal data and obstetric data questionnaire, a blood glucose record form, and a pregnancy outcome record form. The statistical independent t-test and Fisher's exact test was use for analysis.

The study's findings indicated that women in the experimental group with Gestational Diabetes Mellitus exhibited significantly less appropriate weight gain compared to the control group. The showed a significant increase in weight of 8.7 ± 4.8 kg and 11.2 ± 6.7 kg, respectively ($p=0.004$). The experimental group displayed a significantly greater rate of weight gain, at 71.11%, compared to the control group's 40.0% ($p<.05$). There were no significant differences observed in mean 2-hour postpartum blood sugar levels or pregnancy outcomes between the two groups.

The utilization of LINE applications and the promotion of self-management may prove beneficial in assisting women afflicted with gestational diabetes mellitus in managing their appropriate weight gain. Hence, it is suggested that such practices be implemented in hospitals that offer comparable levels of service.

Keywords: Gestation Diabetes Mellitus; Self-management; Appropriated Weight Gain; Birth outcomes; Health education

* Lampang Hospital

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: kanokon.p@mail.bcnlp.ac.th Tel: 082-5536018

ผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP), น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และผลลัพธ์ของ การตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง

พัทธธีรา ปากันทะ*, กนกอร ปัญญาโส^{1**}, หอมนวล กรรเชียง*

(วันรับบทความ : 30 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 3 ตุลาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 19 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง(2hrPP), น้ำหนักที่เหมาะสมและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ณ ห้องฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปางและได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 45 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์, แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP), แบบบันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น, แบบบันทึกผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Fisher exact test

ผลการศึกษา พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.7 ± 4.8 กก. และ 11.2 ± 6.7 กก.ตามลำดับ ($p=0.004$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมร้อยละ 71.1 ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 40.0 ($p= .006$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 2hrPP และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

การศึกษานี้สิ่งที่ดำเนินการหลักคือทำให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้สามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมได้ จึงควรนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลที่มีระดับการบริการขนาดเดียวกัน

คำสำคัญ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์; การจัดการตนเอง; การเพิ่มน้ำหนักที่เหมาะสม; ผลลัพธ์การตั้งครรภ์;
การสอนสุขศึกษา

* โรงพยาบาลลำปาง

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานงาน: kanokon.p@mail.bcnlp.ac.th Tel: 082-5536018

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus) คือ ภาวะเบาหวานที่วินิจฉัยขณะตั้งครรภ์ และอาจจะไม่หายไปภายหลังการคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ความชุกของภาวะเบาหวาน พบร้อยละ 12.3 ในสตรีตั้งครรภ์ (Sirirat, Boriboonhirunsarn, Ruangvutilert & Yapan, 2022). สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์สูงขึ้น คาดการณ์ว่ามีความชุกถึงร้อยละ 22.9 สถิติของ โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2562 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 15.6 (Statistical report Siriraj Hospital, 2018) จากสถิติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 9 (Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Chiang Mai University, 2016) และจากสถิติกลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง พบอุบัติการณ์ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 8.5, 7.8, 9.9, 11.45 และ 11.36 ในปี 2561, 2562, 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ (Obstetrics and Gynecology Group Lampang Hospital., 2022) กลไกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากขณะตั้งครรภ์รกมีการสร้างฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้าแลคโตเจน (Human placental lactogen: hPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมัน เพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกตินั้นจะตรวจพบว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในขณะอดอาหาร (fasting hypoglycemia) ภาวะระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงหลังมื้ออาหาร (postprandial hyperglycemia) และการมีระดับอินซูลินที่สูงมาก (hyperinsulinemia) ซึ่งฮอร์โมน hPL จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24 – 28 สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ 34 – 36 สัปดาห์ (Cunningham, 2014) เมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมากขึ้นและดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) หรือครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ หากระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด (fasting blood glucose) > 105 mg/dl จะเพิ่มอัตราการตายของทารกในครรภ์ ในช่วง 4 – 8 สัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอด (Cunningham, 2014) ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) เป็นภาวะที่พบบ่อยในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะอินซูลินเกิน (hyperinsulinemia) ทำให้เพิ่มอัตราการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มีการสะสมของไขมันบริเวณไหล่และท้องของทารกในครรภ์ ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่ที่สูงขึ้นรวมถึงการบาดเจ็บระหว่างการคลอด ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia) โดยพบว่าค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดต่ำกว่า 35 mg % และหากมีการต่ำของระดับน้ำตาลในเลือดของทารกอย่างฉับพลันนั้นเพิ่มโอกาสเนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจนเกิดภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy) ได้ (Cunningham, 2014)

การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นความเสี่ยงสูงที่มีอัตราการเกิดเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน โรงพยาบาลศูนย์ลำปางเป็นแห่งหนึ่งที่ให้บริการรักษาพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ปกติและครรภ์เสี่ยงสูงในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และรับการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลในเครือข่ายและในเขตสุขภาพที่ 1 เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีที่มีโรคร่วมจนควบคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักไม่ได้ ในระบบการฝากครรภ์หลังการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อพบว่าเป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์จะเข้ากลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งมีระบบการดูแลพิเศษ โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์เป็นผู้จัดการรายกรณีร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินการดูแล และให้สุศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องเบาหวานขณะ

ตั้งครรภ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ อินซูลินและการกำจัดความเครียด ทั้งแบบรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยมีการใช้ power point ประกอบการสอน สอนการออกกำลังกายโดยใช้หนังสือ สอนการควบคุมอาหารโดยใช้โมเดลอาหารและแจกสมุดประจำตัวเบาหวาน และเข้าพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตามนัด จากนั้นมีการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ติดตามน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมในทุกครั้งที่มาตามนัดและติดตามผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ในระยะคลอด จากสถิติย้อนหลัง 5 ปี พบว่ามีอัตราการเกิดเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง น้ำหนักที่เหมาะสม และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง

ผลการดำเนินงานยังพบภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านมารดา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงเกินค่าที่กำหนด (80-120mg%) ร้อยละ 12.4 11.5 และ 6.4 สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² มีถึงร้อยละ 47.7, 48.5 และ 45.6 พบมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่เหมาะสมกับดัชนีมวลกายถึงร้อยละ 39.8, 47.6 และ 36.4 ตามลำดับ (Obstetrics and Gynecology Group Lampang Hospital., 2022) นอกจากนี้ยังพบอัตราการผ่าตัดคลอดจากภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion, [CPD]) หรือการคลอดล่าช้าหรือทารกตัวโตร้อยละ 35.9, 83.6 และ 84.1 และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Dextrostix, [DTX]) <50 mg% ร้อยละ 4.7, 4.2 และ 4.3 และทารกตัวโตมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม ร้อยละ 6.1, 4.5 และ 3.9 ตามลำดับ (Obstetrics and Gynecology Group Lampang Hospital., 2022) จากการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ถ้าหากรับประทานอาหารมากทำให้น้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ มีโอกาสเกิดเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่า 3.30 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลปกติและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (Deputy, Sharma & Kim, 2015) วิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าสตรีตั้งครรภ์ชอบรับประทานอาหารหวาน ครอบครัวมักจะทำอาหารที่มีรสหวานให้รับประทาน อาชีพที่ต้องทำงานเป็นช่วงเวลามักจะไม่มีเวลาที่แน่นอน การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลมาก ประกอบกับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้สตรีตั้งครรภ์บางคนไม่ได้เข้าพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาตามที่นัดหมายไว้ ขาดการกระตุ้นเตือนจากพยาบาลผู้ดูแล จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการนำเทคโนโลยีจากมือถือมาใช้ในการสอนสุขศึกษาในรูปแบบ line application เพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองให้ได้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ในสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด 19 และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การปรับพฤติกรรม และดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้สอดคล้องกับภาวะเบาหวานที่เป็นอยู่ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ (Limruangrong, 2016)

จากแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer & Gaelick-Bays. (1991) เชื่อว่าไม่มีใครสามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้นอกจากตนเอง โดยกระบวนการจัดการตนเอง (Self-management) ประกอบ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Observation) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีความตระหนักรู้ถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองก่อน โดยอาจจะต้องมีแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องคอยชี้แนะให้ความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ เมื่อสตรี

ตั้งครรรค์นำไปปฏิบัติแล้ว สามารถประเมินผลความสำเร็จได้ตรงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็จะทำให้ควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่องและทำให้พฤติกรรมสุขภาพมีความเหมาะสมและยั่งยืน การติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีค่าปกติแตกต่างจากเดิม (Sitkulan & Kumtip, 2020) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานจากการตั้งครรรค์ร่วมกับติดตามการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรรค์โดยใช้โทรศัพท์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwannarat, Tachasuksri & Siriarunrat, 2019)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์ ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์และศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้มีผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์ที่ดี และสามารถเลี้ยงดูทารกในครรภ์ที่คลอดออกมาให้เจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และ การส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ
2. สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ
3. สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และ การส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ

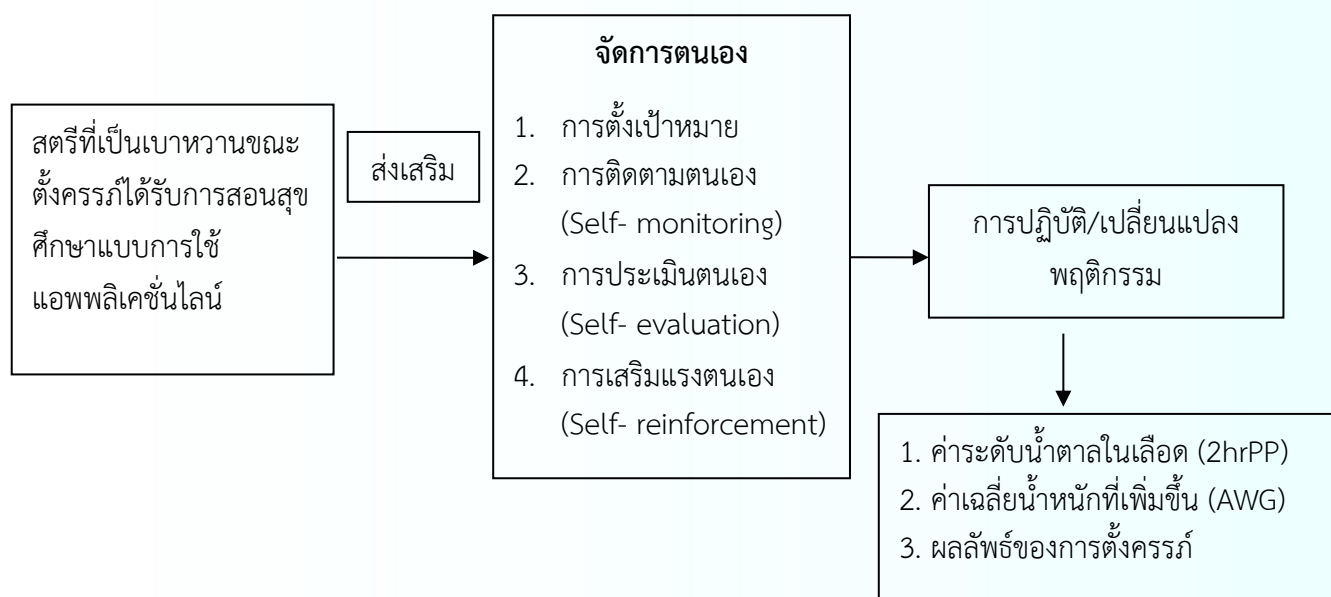
ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษามีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมและผลลัพธ์ของการตั้งครรรค์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรรค์ โรงพยาบาลลำปาง ตัวแปรต้น คือ วิธีการสอนสุขศึกษา การส่งเสริมการจัดการตนเอง ตัวแปรตาม คือ ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัว 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง

คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำปางและได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 45 ราย 3) ด้านพื้นที่: ห้องฝากครรภ์และห้องคลอดของโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา: ระหว่าง 1 มกราคม – 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด Kanfer and Gaelick-Bays. (1991) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดย Kanfer & Gaelick-Bays เชื่อว่าไม่มีใครสามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้นอกจากตนเองโดยกระบวนการจัดการตนเอง (Self-management) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self- monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Observation) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self- evaluation) และขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self- reinforcement) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีความตระหนักรู้ถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองก่อน โดยอาจจะต้องมีแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องคอยชี้แนะให้ความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ เมื่อสตรีตั้งครรภ์นำไปปฏิบัติแล้ว สามารถประเมินผลความสำเร็จได้ตรงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็จะทำให้ควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่องและทำให้พฤติกรรมสุขภาพมีความเหมาะสมและยั่งยืน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาแบบกึ่งทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (Quasi-experimental research (two group comparison design))

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษานี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำปาง และได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง ระหว่าง 1 มกราคม – 26 กรกฎาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำปาง และได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่าง 1 มกราคม – 26 กรกฎาคม 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .3 (ขนาดปานกลาง) (Cohen, 1988) ความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทำนาย (Power Analysis) ที่ .90 จากค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทาน อาหาร 2 ชั่วโมง (2hrPP) ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง 120.60 (17.80) และกลุ่มควบคุม 136.20 (23.90) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Zandinava, Shafaei, Charandabi, Homayi & Mirghafourvand, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 ราย

กลุ่มทดลองคัดเลือกจากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำปางซึ่งได้มาจากการ สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ได้รับการสอนแบบ การใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมคัดเลือกจากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำปางในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนได้รับการสอนแบบปกติ โดยกำหนด คุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. เป็นหญิงไทยที่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1.1 คู่มือแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ 1.2 แบบการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับสตรีที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตาม ตนเอง (Self- monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self- evaluation) และ 4) การเสริมแรงตนเอง (Self- reinforcement)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทาง สุติศาสตร์ 2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP) 2.3 แบบบันทึกน้ำหนักที่ขึ้นอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ BMI ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือด (2hrPP) = 70-120 mg%, ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม (AWG) และ ผลลัพธ์ของการ ตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 3 ด้านจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา (content validity index: CVI) ด้านความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเท่ากับ 0.98 ด้านความ ชัดเจนของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เท่ากับ 0.99 และปรับแก้ตามการใช้ศัพท์ทาง การแพทย์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ภายหลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจึงนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ณ ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จำนวน 10 ราย (pilot study) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82



การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่มารับบริการในวันพุธสัปดาห์ที่ 1 และ 3

ครั้งที่ 1

1. พบผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์
3. สอนสุขศึกษาตามปกติประกอบด้วยเรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยใช้โปรแกรมการนำเสนอ คู่มือ โมเดลอาหารประกอบการสอน โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 2 พบผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัยทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์เสี่ยงสูง

คือ	อายุครรภ์ 0-28	สัปดาห์	นัดทุก 4	สัปดาห์
	อายุครรภ์ 28-34	สัปดาห์	นัดทุก 2	สัปดาห์
	อายุครรภ์ 34	สัปดาห์ขึ้นไป	นัดทุก 1	สัปดาห์

เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนการหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันกรณีที่เกิดปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลหรือควบคุมน้ำหนักไม่ได้

ครั้งที่ 3 ดูแลตามมาตรฐานการคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและติดตามผลลัพธ์ของการคลอด

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่มารับบริการในวันพุธสัปดาห์ที่ 2 และ 4

ครั้งที่ 1

1. พบผู้วิจัยและหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. แนะนำการใช้สมาร์ทโฟนที่มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์และเข้าไลน์กลุ่ม
3. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
4. สอนสุขศึกษาประกอบด้วยเรื่อง เบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 30 นาที

5. ส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วยขั้นตอนที่ต่อเนื่อง 4 ขั้นตอน ดังนี้

5.1 การตั้งเป้าหมาย มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย และหรือผู้ช่วยวิจัย ในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตัวตนเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ เกิดผลดีต่อทารกในครรภ์และตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไว้วางใจและบอกเล่าพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติอยู่ตามความเป็นจริง

5.2 การติดตามตนเอง (Self- monitoring) ฝึกให้มีการบันทึกและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้ง ผ่าน Application line

5.3 การประเมินตนเอง (Self- evaluation) เป็นการนำข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักที่บันทึกไว้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลและตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

5.4 การเสริมแรงตนเอง (Self- reinforcement) ให้คำชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายจะทำให้เกิดแรงจูงใจทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมยังคงอยู่และต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 สื่อสารทางไลน์กับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเมื่อมาตรวจตามนัด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์เสี่ยงสูง

คือ	อายุครรภ์ 0-28	สัปดาห์	นัดทุก 4	สัปดาห์
	อายุครรภ์ 28-34	สัปดาห์	นัดทุก 2	สัปดาห์
	อายุครรภ์ 34	สัปดาห์ขึ้นไป	นัดทุก 1	สัปดาห์

เพื่อติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนการหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันกรณีที่เกิดปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลหรือควบคุมน้ำหนักไม่ได้

ครั้งที่ 3 ดูแลตามมาตรฐานการคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและติดตามผลลัพธ์ของการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP), น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Fisher exact test โดยสถิติ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือ ระดับน้ำตาลในเลือด และ น้ำหนัก ส่วนสถิติ Fisher exact test ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีขนาดเล็กเพื่อทดสอบแตกต่างกันของประชากร โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นแบบนามบัญญัติหรือแบบเรียงลำดับ (Researcher Thailand, 2566)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ 055/65 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2565 วันหมดอายุ 26 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา โดยผู้ร่วมวิจัยไม่ได้รับค่าตอบแทนการเจาะเลือด โดยการเจาะแต่ละครั้งเป็นไปตามมาตรฐานการวินิจฉัยเพื่อการรักษาของแพทย์ตามแนวทางการมาฝากครรภ์ 8 ครั้ง ซึ่งค่าใช้จ่ายเบิกได้ตามสิทธิการรักษาพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน และทุกคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จากกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 45 ราย กลุ่มทดลอง 45 ราย โดยสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18-35 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 31.67 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช./ปวส. อาชีพแม่บ้าน มีรายได้ 20,001 – 30,000 บาท รายได้เฉลี่ยประมาณ 25,200 บาท ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 48.85 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ยประมาณ 26.40 กก./ม.² อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ชนิดของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ GDMA1 คิดเป็นร้อยละ 84.44 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ

71.11 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ค่าน้ำตาลในเลือดครั้งแรกโดยไม่ไดงดอาหารและน้ำ เฉลี่ย 192.02 mg % ค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อการวินิจฉัย ครั้งที่ 1-4 เฉลี่ย 93.28, 206.0, 187.25 และ 142.52 mg % ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ > 6 ชั่วโมง เฉลี่ย 91.40 mg % คือค่าแรก (ครั้งที่ 1/4) ของการตรวจด้วย 100 gms OGTT ค่าน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง เฉลี่ย 113.7 mg % แหล่งความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เคยได้รับ คิดเป็นร้อยละ 57.78

ส่วนสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18-35 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 32.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท รายได้เฉลี่ยประมาณ 23,666 บาท ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 18.50-24.99 กก./ม.2 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ยประมาณ 29.56 กก./ม.2 อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ชนิดของ โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ GDMA1 คิดเป็นร้อยละ 68.86 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการผ่าตัด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นครรภ์หลังคิดเป็นร้อยละ 64.44 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ค่าน้ำตาลในเลือดครั้งแรกโดยไม่ไดงดอาหารและน้ำ เฉลี่ย 178.64 mg % ค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อการวินิจฉัย ครั้งที่ 1-4 เฉลี่ย 96.55, 208.82, 199.2 และ 144.95 mg % ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ > 6 ชั่วโมง เฉลี่ย 87.66 mg % ค่าน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง เฉลี่ย 111.06 mg % แหล่งความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เคยได้รับ คิดเป็นร้อยละ 51.11 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 90)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ(ปี)					
18 – 35	31	68.89	34	75.56	0.638
>35 ขึ้นไป	14	31.11	11	24.44	
Mean (SD)	32.40	(5.22)	31.67	(5.30)	0.510
Min-Max	21	42	18	42	
สถานภาพสมรส					
คู่	39	86.67	43	95.56	0.133
โสด/หย่า/ร้าง	6	13.33	2	4.44	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	18	40.00	15	33.33	0.646
มัธยมศึกษาตอนต้น/	11	24.44	14	31.11	
มัธยมศึกษาตอนปลาย					
ปวช./ปวส.	16	35.56	16	35.56	
อาชีพ					
แม่บ้าน	12	26.68	16	35.56	0.063
รับจ้าง	18	40.00	15	33.33	



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 90) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เกษตรกรรม	2	4.44	5	11.11	
ค้าขาย	10	22.22	5	11.11	
ธุรกิจส่วนตัว	2	4.44	2	4.44	
รับราชการ/ พนักงานราชการ	1	2.22	2	4.44	
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)					
≤ 10,000	6	13.33	5	11.11	0.018*
10,001 – 20,000	20	44.44	9	20.00	
20,001 – 30,000	9	20.00	22	48.89	
>30,000	10	10.00	9	20.00	
Mean (SD)	23666	(12756.64)	25200	(9255.47)	0.601
Min-Max	5000	60000	5000	40000	
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กก./ม. ²)					
<18.50	2	4.44	2	4.44	0.099
18.50-24.99	18	40.00	9	20.00	
25 - 29.99	13	28.89	12	26.67	
≥30	12	26.67	22	48.89	
Mean (SD)	29.56	(6.19)	26.40	(5.94)	0.015*
Min-Max	18.25	46.84	17.03	41.65	
อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน (สัปดาห์)					
<12	33	73.33	33	73.33	0.507
12+1 – 28	11	24.45	12	26.67	
28+1 – 34	1	2.22	0	0	
ชนิดของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์					
GDMA1	31	68.89	38	84.44	0.067
GDMA2	14	31.11	7	15.56	
ประวัติโรคประจำตัว					
มี	12	26.67	9	20.00	0.063
ไม่มี	33	73.33	36	80.00	
ประวัติการผ่าตัด					
มี	16	35.56	13	28.89	0.357
ไม่มี	29	64.44	32	71.11	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 90) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	16	35.56	13	28.89	0.504
ครรภ์หลัง	29	64.44	32	71.11	
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก					
<12	33	73.33	33	73.33	0.507
12+ ¹ -24	8	17.78	10	22.22	
24+ ¹ -28	4	8.89	2	4.45	
ค่าน้ำตาลในเลือดครั้งแรกโดยไม่ไดงดอาหารและน้ำ (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)					
Mean (SD)	178.64	(31.67)	192.02	(46.78)	0.063
Min-Max	140	280	144	344	
ค่าน้ำตาลในเลือดเพื่อการวินิจฉัย (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)					
ครั้งที่ 1					
Mean (SD)	96.55	(33.89)	93.28	(22.31)	0.612
Min-Max	67	180	62	224	
ครั้งที่ 2					
Mean (SD)	208.82	(34.11)	206.0	(32.99)	0.706
Min-Max	160	327	96	289	
ครั้งที่ 3					
Mean (SD)	191.20	(50.00)	187.25	(40.61)	0.702
Min-Max	69	163	65	173	
ครั้งที่ 4					
Mean (SD)	144.95	(42.18)	142.52	(34.30)	0.780
Min-Max	120	423	125	299	
ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและน้ำ $\geq$ 6 ชั่วโมง (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)					
Mean (SD)	87.66	(19.51)	91.40	(17.27)	0.348
Min-Max	65	173	69	163	

*p-value<.05

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP) หลังการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการสอน 2 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 99.15 mg% (SD=20.57) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 107.15 mg% (SD=29.69) ซึ่งไม่แตกต่าง (p>.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP) หลังการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 90)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ระดับน้ำตาลในเลือด (Mg%)	99.15	20.57	107.15	29.69	0.125

*p-value<.05

พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.7 ± 4.8 กก. และ 11.2 ± 6.7 กก.ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมร้อยละ 71.1 ส่วน กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 40.0 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม (AWG) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 90)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม (AWG)					
เหมาะสม	32	71.11	18	40	0.006*
ไม่เหมาะสม	13	28.89	27	60	
Mean (SD)	8.71	4.802	6.74	11.23	0.004*

*p-value<.05

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการได้รับอินซูลินในระหว่างตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 31.11 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 15.56 อายุครรภ์ที่คลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 77.78 ชนิดของการคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 53.34 น้ำหนักทารกแรกคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยกับ 3,036.44 กรัม (SD=508.04) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยกับ 3,121 กรัม (SD=592.67) ส่วนใหญ่น้ำหนักทารกแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2501-3,999 กรัม คิดเป็นร้อยละ 84.44 เท่ากัน Apgar's score ที่ 1 และ 5 นาที กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 9.03 คะแนน (SD=0.99) และ 8.66 คะแนน (SD=1.54) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 9.80 คะแนน (SD=0.69) และ 9.71 (SD=0.63) ตามลำดับ การบาดเจ็บจากการคลอดของทารกกลุ่มทดลองไม่มีคิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 97.78 และ DTX ทารก 1 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ >50 mg% คิดเป็นร้อยละ 95.56 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.02 mg% (SD=27.04) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ >50 mg% คิดเป็นร้อยละ 95.56 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.33 mg% (SD=18.55) ซึ่งผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทุกด้านซึ่งไม่แตกต่าง (p>.05) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 90)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (45)		กลุ่มควบคุม (45)		p-value
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	
การได้รับอินซูลินในระหว่างตั้งครรภ์					
Diet control	31	68.89	38	84.44	0.067
Insulin	14	31.11	7	15.56	
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)					
< 37	6	13.33	10	22.22	0.383
≥ 37	39	86.67	35	77.78	
ชนิดของการคลอด					
ND	20	44.44	20	44.44	0.440
C/S	21	46.67	24	53.34	
V/E	3	6.67	1	2.22	
Other	1	2.22	0	0	
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)					
<2,500	6	13.33	6	13.33	1.000
2501-3,999	38	84.44	38	84.44	
>4,000	1	2.22	1	2.22	
Mean (SD)	3036.44	(508.04)	3121	(592.67)	0.468
Min-Max	1670	4190	1360	4030	
Apgar's score					
ที่ 1 นาที					
Mean (SD)	9.02	(0.99)	8.66	(1.54)	0.195
Min-Max	4	10	2	10	
ที่ 5 นาที					
Mean (SD)	9.80	(0.69)	9.71	(0.63)	0.525
Min-Max	6	10	7	10	
การบาดเจ็บจากการคลอดของทารก					
ไม่มี	45	(100)	44	(97.78)	0.320
มี	0	0	1	(2.22)	
DTX ทารก 1 ชั่วโมงหลังคลอด (mg %)					
<50mg%	2	(4.44)	2	(4.44)	1.000
≥50mg%	43	(95.56)	43	(95.56)	
Mean (SD)	81.02	(27.04)	77.33	(18.55)	0.452
Min-Max	42	170	24	113	

*p-value<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา “ผลของการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง” ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 “สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ” จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 99.15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=20.57) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 107.15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=29.69) ซึ่งไม่แตกต่าง ($p>.05$) อย่างไรก็ตามพบมีความแตกต่างกันด้านคลินิกโดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลดีต่อการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์กระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตลอดระยะเวลาศึกษา หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เปี่ยงเบน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดที่มากจนใกล้เกณฑ์ผิดปกติในแต่ละครั้งที่ได้รับการตรวจและส่งผลมาได้รับทราบทางแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยจะมีการกระตุ้นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เปี่ยงเบนให้เหมาะสม จนมีผลทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่แตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มอาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 29.56 กก./ม.² ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.40 กก./ม.² จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2018) ได้ศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) พบว่าสตรีที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินก่อนการตั้งครรภ์ BMI > 30 กก./ม.² เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นเนื่องจากดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการลดความไวของอินซูลินและเพิ่มการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน (Suwannarat, Tachasuksri and Siriarunrat, 2019) ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองไม่ปฏิบัติตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 “สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมสูงกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ” พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ต่ำกว่าจากควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.7 ± 4.8 กก. และ 11.2 ± 6.7 กก.ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมร้อยละ 71.1 ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 40.0 จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองถึงแม้จะมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ก็สามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นได้ดีกว่าและอยู่ในช่วงปกติ แสดงให้เห็นว่าการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และการส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลดีต่อการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น จึงทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (2hrPP), ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม (AWG) และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ดีขึ้น เกิดความตระหนักถึงผลเสียของการเพิ่มของน้ำหนักที่มากเกินไป เพราะจะส่งผลทำให้ลดความไวของอินซูลินและเพิ่มการต้านฤทธิ์ของอินซูลินจนทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Suwannarat, Tachasuksri and Siriarunrat, 2019) ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้

อย่างเหมาะสมจนสามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมได้มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 “สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองจะมีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์สูงกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาแบบปกติ” พบว่าผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับอินซูลินในระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด ชนิดการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด Apgar’s score การบาดเจ็บจากการคลอดและ DTX ของทารกแรกคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งมีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tong Wei Yew et.al. (2021) ซึ่งศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันในสมรรถภาพในโปรแกรมการสอนการปฏิบัติตัวต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ด้านมารดาและทารก ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าการเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์มากเกินไป น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์หรือผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันในสมรรถภาพในโปรแกรมการไม่แตกต่างกัน (Zandinava, Shafaei, Charandabi, Homayi & Mirghafourvand, 2017) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าผลลัพธ์ของการคลอดมีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องมากมาย ดังนั้นจึงทำให้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

การสอนสุขศึกษาไม่ว่าจะเป็นการสอนตามปกติหรือการสอนที่เพิ่มโปรแกรมทั้งการใช้เทคโนโลยีจากแอปพลิเคชันในมือถือหรือการเพิ่มแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองเข้าไปในการสอน อาจจะไปช่วยแค่การควบคุมน้ำหนักหรือควบคุมระดับน้ำตาลเพียงเท่านั้น แต่ไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์หรือการคลอดเปลี่ยนแปลงไป แต่เชื่อว่าการสอนทั้งแบบปกติและการสอนแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองมีประโยชน์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน หากในสถานการณ์จริงที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีก็สามารถทำได้ แต่หากในสถานการณ์ที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่มีมือถือที่มีแอปพลิเคชันไลน์ก็ใช้การสอนแบบปกติทดแทนได้เนื่องจากให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกันดังงานวิจัยฉบับนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองจะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมได้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กระบวนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบและเทคโนโลยีกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จนมีผลทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงแนะนำให้นำรูปแบบการสอนสุขศึกษาแบบการใช้แอปพลิเคชันไลน์และส่งเสริมการจัดการตนเองไปปรับใช้ในหน่วยงานห้องฝากครรภ์ที่มีขนาดโรงพยาบาลระดับการบริการขนาดเดียวกัน (โรงพยาบาลศูนย์) และอาจจะมีข้อจำกัดในกรณีสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่มีโทรศัพท์หรือมีโทรศัพท์ที่ไม่รองรับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการให้บริการที่ยาวนานกว่ากลุ่มที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินผลการส่งเสริมการจัดการตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองจนครบ 6 เดือน หรือ 1 ปี



เอกสารอ้างอิง

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cunningham, F.G., (2014). *Williams Obstetrics*. 24th edition McGraw-Hill Education. Diabetes Mellitus: Medical.
- Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Chiang Mai University. (2016). *Gestational Diabetes Mellitus in Chiang Mai University*. (in Thai).
- Deputy, N.P., Sharma, A.J., & Kim, S.Y. (2015). Gestational Weight Gain – United States, 2012 and 2013. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 64(43) :1215-1220.
- Division of Medical Record Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2018). *Statistical report Siriraj Hospital*. (in Thai).
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (305–360). Pergamon Press.
- Lee, K.W. et al. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 481- 494.
- Limruangrong, (2016). *The Self-regulation in pregnant women with gestational diabetes mellitus*. Retrieved 1 November 2023 from <https://shorturl.asia/sioyR>.
- Obstetrics and Gynecology Group Lampang Hospital. (2022). *Incidence of diabetes in pregnant women 2017 – 2022 in Lampang Hospital*. Lampang Hospital. (in Thai).
- Researcher Thailand. (2020). *Meaning of T - Test Dependent and T - Test Independent*. Retrieved 1 November 2023. <https://shorturl.asia/OMWxY>.
- Sitkulanan, P., & Kumtip, P. (2020). Impact of a Self-Management Program Monitored through the Application LINE on Eating Behaviour, Arm-Swing Exercise Behaviour, and Blood Glucose Levels in Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of the Nursing and Midwifery Council*, 35(2), 52-69. (in Thai).
- Suwannarat, K., Tachasuksri, T., & Siriarunrat, S. (2019). Effects of a self-management support program on diabetes self-management behavior and blood sugar level in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 1- 13.
- Sirirat, S., Boriboonhirunsarn, D., Ruangvutilert, P., & Yapan, P. (2022). Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus among Women with Lower Risk for Gestational Diabetes in Siriraj Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(5), 313-320.
- Tong Wei Yew & et.al. (2021). A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effects of a Smartphone Application–Based Lifestyle Coaching Program on Gestational Weight Gain, Glycemic Control, and Maternal and Neonatal Outcomes in Women with Gestational



Diabetes Mellitus: The SMART-GDM Study. *Diabetes Care*, 44, 456–463.

Zandinava, H., Shafaei, F. S., Charandabi, S. A., Homayi, S. G., & Mirghafourvand, M. (2017). Effect of educational package on Self-Care behavior, quality of life, and blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes: A randomized controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(4), 1-9.

The Effects of the EMS (Exercise-Mood-Sweet) Program on Perceived Self-Efficacy, Self-Management Behaviors, and Hemoglobin A1c Levels among the Older People with Diabetes Mellitus in the Chronic Disease Clinic of Outpatients Department Lampang Hospital

Ammaritra Masusai*, Nongnuch Wongraj,
Wipa Iamsumang Jaramillo, Ratchnee Sorchangkam

Received August 28, 2023, Revised: September 13, 2023, Accepted: December 21, 2023)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the differences in self-efficacy, self-management behavior, and hemoglobin A1c (HbA1c) levels among older individuals with diabetes mellitus (DM) prior to and following the implementation of the EMS (Exercise-Mood-Sweet) program. The purposive sample comprised older individuals who were 60 or over with DM and receiving treatment at the chronic disease clinic or as outpatients at Lampang hospital. A total of 38 individuals were enrolled in the 12-week study and served as participants. Data were gathered through the use of questionnaires and blood tests for HbA1c, which were administered following the EMS program. Statistical analysis was carried out using descriptive statistics, and dependent t-test.

The study demonstrated that the HbA1c levels among individuals who participated in the EMS program for three months were found to be substantially lower when compared to their levels prior to the program ($p\text{-value} = 0.00$). It is noteworthy that the sample group exhibited a statistically significant enhancement in perceived self-efficacy and behaviors following participation in the EMS program, as indicated by a $p\text{-value} 0.00$. According to the findings of the study, it was observed that older individuals with DM who participated in the EMS program demonstrated a decrease in blood sugar levels and an enhancement in their self-care practices. The observed positive outcomes indicated the necessity of broadening the scope of the EMS program to encompass a larger patient demographic suffering from diabetes.

Keywords: Self-management program; Perceived self-efficacy; Self-management behaviors; HbA1c; Older people with DM

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

** Registered nurse, professional level, Lampang hospital

¹Corresponding author: ammaritra.m@mail.bcnlp.ac.th Tel :098-9042969



ผลของโปรแกรม EMS (Exercise-Mood-Sweet) ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการ
จัดการตนเองและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
ในคลินิกโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง

อัมฤทธิตรา มะสุใส^{1*}, นงนุช วงศ์ราษฎร์^{*}
วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล^{*}, รัชนิ ศรเจียงคำ^{**}

(วันรับบทความ : 28 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 13 กันยายน 2566, วันตอบรับบทความ 21 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปและเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 38 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง เข้าร่วมโปรแกรม EMS เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS โดยใช้แบบสอบถามและเจาะเลือดค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบทางสถิติด้วยค่าทีแบบไม่อิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หลังการใช้โปรแกรม EMS มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม EMS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ได้รับโปรแกรม EMS มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง สรุปได้ว่าโปรแกรม EMS ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เสนอแนะให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง จะต้องจัดบริการสุขภาพด้วยโปรแกรม EMS ให้แก่ผู้ที่เป็นเบาหวานทุกคน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; พฤติกรรมการจัดการตนเอง
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม; ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

บทนำ

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บทความ: ammarittra.m@mail.bcnlp.ac.th Tel :098-9042969

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของ International Diabetes Federation ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 425 ล้านคนทั่วโลก โดย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 98 ล้านคน คาดการณ์ในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 629 ล้านคนทั่วโลก โดยเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านคน หรืออัตราการเพิ่มอยู่ที่ ร้อยละ 94.8 (Diabetes Association of Thailand) ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้น โดยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีถึง 15% ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก จากรายงานของ Indian journal of endocrinology and metabolism พบว่ามากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน และยังไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (Chentli et al. 2015) สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบว่าช่วงอายุที่มีอุบัติการณ์การป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี โดยพบที่ร้อยละ 15.9 ในผู้ชาย และร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Princess, 2017) จากสถิติผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปางตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2561 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีคิดเป็นร้อยละ 51.52, 56.42, 57.61 และ 60.00 ตามลำดับ (Lampang Hospital Information and Statistics Center, 2019)

ปัจจัยที่ส่งผลให้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้การดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เปลี่ยนไปของประชาชน จากการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่มีความรีบเร่ง บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง และจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความสูงอายุเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการทำหน้าที่สร้างอินซูลินลดลงและกลูคาگونเพิ่มขึ้น ร่างกายจึงเกิดสภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ทั้งจากการที่ดื้อต่อฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ในเซลล์ได้ตามปกติ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและไขมันสูง ประกอบกับการที่ร่างกายมีการเผาผลาญได้น้อยระดับน้ำตาลในเลือดจึงอยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่เป็นอันตรายได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคจอตาเสื่อมทำให้ตาบอด ไตเสื่อม โดยเฉพาะผู้สูงอายุการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเร็วและรุนแรงกว่าวัยอื่น (Sinclair & Croxson, 2003)

การควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสามารถที่จะทำได้โดยใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการเรียนรู้ที่จะดูแลรักษาตนเอง (National institute of diabetes and digestive and kidney disease, 2016) สอดคล้องกับหลักการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ2ส ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และการดื่มสุรา (Ministry of Public Health, 2017) และผลจากการสำรวจพบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามที่ทำให้เกิดภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยพบว่า เกิดจากการไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 64 การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 36 รับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 29 และภาวะเครียด ร้อยละ 20 (Insaen et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคเบาหวาน ได้แก่การส่งเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ โดยแบนดูรามีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจอย่างเพียงพอที่จะ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำต่อเนื่องตลอดไป ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะต้องได้รับการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 3) การพูดชักจูง 4) ความพร้อมของสภาพด้านร่างกายและอารมณ์ (Bandura, 1977)

จากการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนทดลอง (Ninlanon, 2017) และผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เมื่อได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Chaiarsa, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ (Panyoyai, 2007) ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (Phajan et al., 2022)

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นโดยผ่านช่องทางของแบบดูรา 4 ช่องทาง คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ หรือการสังเกตประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การใช้คำพูดชักจูง รวมถึงความพร้อมของสภาพด้านร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ เนื้อหาในโปรแกรมเน้นการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ การออกกำลังกาย (Exercise) อารมณ์ (Mood) การรับประทานหวานจัด (Sweet) ซึ่งหากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ ก็จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรังได้ ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถของตนเองให้สามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS
3. เปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรม EMS สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม EMS
2. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรม EMS สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม EMS
3. ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรม EMS ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม EMS

ขอบเขตการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา ตัวแปรต้นได้แก่ โปรแกรม EMS ตัวแปรตามได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 2) ด้านประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นต้องเกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้การเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ของภาวะเบาหวานในผู้สูงอายุ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดและการรับประทานอาหารหวานจัด โดยใช้หลัก 3 อ ของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการจัดการการออกกำลังกาย (Exercise) อารมณ์ (Mood) และอาหารหวานจัด (Sweet) ซึ่งหากสามารถลด หรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ โดยใช้หลัก 3 อ (Exercise-Mood-Sweet: EMS) ซึ่งการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันโดยบุคคลนั้นจะมีการรับรู้สมรรถนะสูงหรือต่ำ ต้องเกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลในการสร้างสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ประกอบด้วย จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience), การสังเกตตัวแบบอาจมาจากบุคคลจริง หรือตัวแบบจากสัญลักษณ์ (Vicarious experience), การใช้คำพูดโน้มน้าว/ชักจูง (Verbal persuasion) และความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ (Emotional arousal)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของภาวะเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานหลัก 3 อ โรคเบาหวานและเรื่องส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเน้นพื้นฐานหลัก 3 อ ซึ่งได้แก่ ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหาร เช่น เมนูอาหาร วิธีการออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด ที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล จากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนในการควบคุมเบาหวาน ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้ดูตัวอย่างของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมเบาหวาน เช่น การดู VDO และมีบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมเบาหวานมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเน้นหลัก 3 อ (ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหาร) 2) การสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายและจัดการความเครียด และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงของภาวะเบาหวานในผู้สูงอายุ และ 4) ติดตาม กระตุ้น เตือน กล่าวชมเชย เสริมแรงผ่านโทรศัพท์และภาพจากสังคมออนไลน์ ส่งผ่านและไลน์ส่วนตัว ส่งเสริมให้เกิดการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อ	การเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน	มุ่งประเด็น 7 ด้าน
1) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)	1) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)
2) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)	2) ด้านการจัดการอาหาร
3) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)	3) ด้านการสังเกตภาวะแทรกซ้อน



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในคลินิกโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนด effect size = 0.8, α err prob = 0.08 และ Power (1- β err prob) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน การวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยที่กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน
2. เป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยประเมินจากแบบความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน

(Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, & Bunnag, 1994) ต้องได้คะแนนความสามารถทำกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

3. มีสติสัมปชัญญะดีสามารถรับรู้ติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้โดยประเมินจากแบบประเมินความผิดปกติของพุทธิปัญญา หรือ Mini-Mental State Examination (MSET 10) (Institute of Geriatric Medicine, 2005)
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า ≤ 14 คะแนนเต็ม 23
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า ≤ 17 คะแนนเต็ม 29
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า ≤ 22 คะแนนเต็ม 29
4. ไม่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม (9Q) ต้องมีคะแนนไม่เกิน 7

5. ไม่มีอาการกำเริบของโรคและไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ร้ายแรง เช่น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูงในระยะที่มีอาการของโรครุนแรง

6. ยินยอมและเต็มใจร่วมการวิจัย และสามารถร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด
กลุ่มตัวอย่างมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือน 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (Jaramillo & Saengthongaram, 2015) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Sirikutjatuporn, et al., 2017) มีจำนวน 10 ด้าน รวม 49 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 10 ข้อ 2) ด้านการรักษา 4 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ 4) ด้านการบริโภค 5 ข้อ 5) ด้านการประเมินตนเอง 3 ข้อ 6) ด้านการใช้จ่าย 6 ข้อ 7) ด้านการดูแลเท้า 4 ข้อ 8) ด้านการจัดการกับความเครียด 5 ข้อ 9) ด้านการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อน 4 ข้อ 10) ด้านการจัดการตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย 3 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง 3.67-5.00 ระดับปานกลาง 2.34-3.66 และระดับต่ำ 1.00-2.33

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสำหรับการควบคุมเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 3 ข้อ ด้านการจัดการอาหาร 7 ข้อ ด้านการสังเกตภาวะแทรกซ้อน 2 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านความเครียด 1 ข้อ ด้านติดตามแพทย์ 1 ข้อ และด้านการจัดการยา 2 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิดประเมินค่าที่มี 5 ตัวเลือก 5 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด 4 หมายถึง มีความมั่นใจมาก 3 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง 2 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย และ 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง 3.67-5.00 ระดับปานกลาง 2.34-3.66 และระดับต่ำ 1.00-2.33

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มผู้วิจัยพัฒนาโดยการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานโดยเน้นเนื้อหา

3 อ.(ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหาร) ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura,1997) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รวมการดำเนินงานอย่างน้อย 4 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของตนเอง ครอบครัว 3 อ. ปัญหา อุปสรรคและวิธีแก้ไข หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองในการควบคุมโรคเบาหวานภาพรวม สาธิตการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำตาลในผู้สูงอายุ แนะนำการจัดการความเครียด พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน อธิบายการใช้และบันทึกข้อมูลประจำวัน เน้นย้ำการเลือก 3 อ.และบันทึกพฤติกรรม 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 ทบทวนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึก พูดชักจูงให้กำลังใจ สาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย เพิ่มการใช้ตัวแบบโดยชมวิดีโอตัวแบบผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ร่วมอภิปรายการปรับพฤติกรรมเฉพาะราย

ครั้งที่ 3 ติดตามผลการปรับพฤติกรรม ชมวิดีโอตัวแบบซ้ำ ร่วมอภิปรายการปรับพฤติกรรมเฉพาะราย พูดชักจูงให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 ติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุม

2.2. สื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบสื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ใช้เวลา 18 นาที

2.3. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง สมุดบันทึกประจำวัน ประกอบไปด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีทั้งอาการ และอาการแสดง การรักษาตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมเบาหวานในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัย ประกอบด้วยเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 3 มื้อ 7 วัน การออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และวิธีการผ่อนคลายเพื่อจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ยังมีตารางติดตามบันทึกการจัดการอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องบันทึกทุกวันตลอด 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนในเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94 ส่วนแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสำหรับการควบคุมเบาหวานผู้วิจัยไม่ได้ปรับปรุงแก้ไขจึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงอีกครั้ง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุไทยสำหรับการควบคุมและดูแลตนเองในโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามรายละเอียดของโปรแกรม

3. ติดตามการปฏิบัติตน ปัญหาและแนวทางแก้ไขทางโทรศัพท์และทางไลน์ในสัปดาห์ที่ 2 3 4 6 10 และกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา

4. ทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัยและติดตามผลค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมระหว่างก่อนและหลังโดยใช้สถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ลำปางหมายเลข EC NO. 73/62 ลงวันที่ 21 กันยายน 2562 ต่ออายุครั้งที่ 1 NO.114/63 ลงวันที่ 21 กันยายน 2563 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งอธิบายให้ทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการทำวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม อีกทั้งยังนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นอีกด้วย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจในการร่วมวิจัยก็สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมและรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.92 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 52.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.1) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.7) มีรายได้ครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 26.3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 73.7) มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 89.5) รองลงมาคือ ไขมันในเลือด (ร้อยละ 81.6) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.8) และ ไขมันในเลือดมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 44.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกาย 25-29.9 จัดอยู่ในอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 50) นอกจากนี้รอบช่วงเอวชายคือ ร้อยละ 23.7 มีรอบช่วงเอวมีความเสี่ยงสูง (90-99 cm.) และหญิง ร้อยละ 31.6 มีรอบช่วงเอวเสี่ยงสูงถึงสูงมาก (>80 cm.)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=28.91$, $p<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยภายหลังการได้รับโปรแกรม EMS อยู่ในระดับสูง กว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean= 4.46, S.D. = 0.51 และ Mean =2.71, S.D. = 0.58 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน หลังการใช้โปรแกรมด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่คะแนนด้านติดตามแพทย์สูงสุด (Mean=4.76, S.D.=.43) รองลงมาคือ ด้านการจัดการยา (Mean=4.54, S.D.=.57) และด้านการจัดการอาหาร (Mean=4.45, S.D.=.61) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS 3 เดือน (n = 38 คน)

รายการ	Mean(SD)	t	p-value
ภาพรวม			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.71(0.58)	28.91**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.46(0.51)		
ด้านการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.03(0.83)	15.07**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.25(0.64)		
ด้านการจัดการอาหาร			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	4.31(0.55)	44.89**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.45(0.61)		
ด้านการสังเกตภาวะแทรกซ้อน			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.58(0.88)	18.03**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.42(0.63)		
ด้านการออกกำลังกาย			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.53(0.69)	22.52**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.44(0.58)		
ด้านความเครียด			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.34(0.85)	17.04**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.37(0.91)		
ด้านติดตามแพทย์			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.61(0.94)	16.99**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.76(0.43)		
ด้านการจัดการยา			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.58(0.82)	19.43**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.54(0.57)		

** p-value < .01

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างก่อนและ 3 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยภายหลังการได้รับโปรแกรม EMS อยู่ในระดับสูง กว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน เมื่อพิจารณารายด้านหลังการใช้โปรแกรมด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ พฤติกรรมด้านการประเมินตัวเอง (Mean= 4.52, S.D.= .61) รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการดูแลเท้า (Mean= 4.47, S.D.= .55) และด้านการวางแผนพฤติกรรมจัดการตนเอง (Mean= 4.45, S.D.= .51) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS

รายการ	mean(SD)	t	p-value
ด้านการวางแผนพฤติกรรมจัดการตนเอง			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.28(0.76)	18.49**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.45(0.51)		
ด้านการรักษา			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.42(0.72)	20.82**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	3.48(0.75)		
ด้านการออกกำลังกาย			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.15(0.59)	22.26**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	3.50(0.65)		
ด้านการบริโภค			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.24(0.58)	23.71**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	3.58(0.57)		
ด้านการประเมินตนเอง			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.10(0.69)	18.71**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.52(0.61)		
ด้านการใช้จ่าย			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	1.95(0.49)	24.56**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	2.99(0.69)		
ด้านการดูแลเท้า			
ก่อนการได้รับโปรแกรม	2.38(0.69)	21.14**	<0.001
หลังการได้รับโปรแกรม	4.47(0.55)		

** p-value < .01

4. ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม(HbA1C) ระหว่างก่อนและ 3 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=18.20$, $p<.001$) โดยค่าเฉลี่ย 3 เดือน ภายหลังการได้รับโปรแกรม EMS อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean= 7.03, S.D. = 0.62 และ Mean =7.10, S.D. = 0.64 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม EMS 3 เดือน (n = 38)

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	Mean	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.10	0.64	18.20**	<0.001
หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	7.03	0.62		

** p-value < .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม EMS (Exercise-Mood-Sweet) ที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ มีการรับรู้สมรรถนะของตนสูงขึ้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ทำให้น้ำตาลและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้รูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม EMS บนพื้นฐานทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยการปรับพฤติกรรมด้วยการพัฒนาบุคคลให้มีความเชื่อในความสามารถของตนเองมาจากอิทธิพลหลัก 4 แห่ง ได้แก่

1. สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ ในโปรแกรม EMS ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 67.92 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในการพบกันครั้งแรก แบ่งเป็นรายกลุ่มละประมาณ 3-5 คน ด้วยอายุใกล้เคียงกันทำให้มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลตนเองโดยทีมผู้วิจัยมีตัวเลือกที่ครอบคลุมอาหารที่เหมาะสมตามบริบทท้องถิ่น การออกกำลังกายที่จัดทำง่ายและได้ผลคือการแกว่งแขนและการเดิน และการจัดการด้านอารมณ์ นอกจากนี้มีการติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นระยะๆ ร่วมกับทีมผู้วิจัยทางโทรศัพท์/ไลน์กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสซักถามข้อสงสัยรายบุคคลที่มีปัญหาทำให้ได้ทราบข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากญาติและกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสุขภาพหรือสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ ได้อย่างดีพร้อมทั้งเปิดช่องทางให้มีการติดต่อ 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Sarajarus & Sumano, 2017) ใช้แนวคิดการจัดการตัวเองของ (Kanfer, F.H, 1991) เน้นกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานหลัก 3 อ สำหรับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ และทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3 อ ได้แก่ เมนูอาหารเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนและการเดิน การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล มีการบันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดแต่ละวันตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Muanphak et al., 2021) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรู้ภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง เพราะการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามกิจกรรมในโปรแกรม EMS ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ สูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและจัดการอารมณ์ได้ถูกต้องมากขึ้นและมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thongsumrit et al., 2017) ที่ประยุกต์แนวคิดของแบนดูรา ร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 ชั่วโมง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยะปาลย์ จังหวัดราชบุรี ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง



ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม และผลของพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Rodkaew et al., 2018) ที่ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองที่มีแนวคิดจากแบนดูรา ร่วมกับการกระตุ้นจากคู่หูดูแลกัน ใช้การจัดกิจกรรม 6 ชั่วโมงแบบกลุ่ม ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน
2. ด้านการบริหารการพยาบาล จากการวิจัยครั้งนี้ที่บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรม EMS มาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. ด้านการศึกษา นำโปรแกรม EMS เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกช่วงวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อติดตามดูความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการคงอยู่ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Macmillan.
- Chentli, F., Azzoug, S. & Mahgoun, S. (2015). Diabetes mellitus in elderly. *Indian J EndocrinolMetab.* 19(6): 744–752. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- Chaiarsa, P.(2007).*Effect of the Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Food Consumption Behavior Among the Elderly with Diabetes Mellitus* [Dissertation]. Chiangmai University.(in Thai)
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn Princess, 2017.
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017*. Retrieved 1 November 2023 from <https://www.dnmtai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017>.
- Insaen, P., Maneesriwongul, W. & Panpakdee,O. (2010). *A Survey of Non-Experimental Nursing Research about Diabetic Patients in Thailand*. Rama nursing journal.16(2): 238-58. (in Thai)
- Institute of Geriatric Medicine. (2005).Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Multidisciplinary care for the elderly*.

- Jaramillo, W. I., & Saengthongaram, P. (2015). The effects of an EMS program on self-efficacy and glycemic control behaviors in the elderly with diabetes [Poster presentation]. International conference: Leadership and Innovation in Older Person Care, August 5 th-7th. Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Thailand.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, S., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). *Disability among Thai elderly living in Klong Toey Slum*. Journal of the Medical Association of Thailand, 77(5), 231-238.(in Thai)
- Kanfer, F.H., & Gaelick-Buys, L. Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.) *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergamon. 1991. Pp 305-360.
- Lampang Hospital Information and Statistics Center. (2019). *Statistics of elderly diabetes patients in the outpatient department of Lampang Hospital*. <http://www.lph.go.th/inforlph/images/report/2562.pdf> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2017). *3A2S for behavioral change in health*. <http://do4.hss.moph.go.th/index.php/>. (in Thai)
- Muanphak N., Anan K., & Jankhunthod W. (2021). *Motivation Correlation With Self-Health Care Behavior of Diabetics Health Promoting Hospital Ban Mai Subdistrict Mueang District Nakhonratchasima Province*. Science and Technology Northern Journal, 2(4),110-123. (in Thai)
- National institute of diabetes and digestive and kidney disease. (2016). *Managing Diabetes*. Retrieved 1 November 2023 from <https://www.niddk.nih.gov/>.
- Ninlanon P.(2017).*The Effects of Health Promotion Program for Elderly Club Members*, bang khla district, Chachoengsao.Major:health promotion;M.Sc.Chonburi: Burapha University.(in Thai)
- Panyoyai, P.(2007). *Effect of the Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Exercise Behavior Among The Elderly with Diabetes Mellitus* [Dissertation]. Chiangmai University.(in Thai)
- Phajan,T., Suwannaphant, K., Anarat, B. & Thalakorn, N., (2022). Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. Regional Health Promotion Center 9 Journal , 16 (1); 285-98. (in Thai)
- Reaunkum, C. (2004). *Factors predicting health promoting behaviors among the elderly with diabetes mellitus* [Dissertation]. Chiangmai University.(in Thai)
- Rodkaew, K., Leelatnaweera, Y. & Lawang, W. (2018). *Effects of Self-Regulation with Partner Care Program on Diabetes Prevention Behaviors, Weight, and Blood Sugar Levels in people at risk for overweight diabetes*. Journal of Nursing and Education, 11(2),13-28. (in Thai)
- Ratthasan C. (2017). *Current situation and cooperation to reform diabetes care in Thailand*. The Blueprint for Change Programme. NOVO Nordisk: Bangkok.(in Thai)
- Sarajarus V., Sumano A.(2017). *Effects of Self-Management Supporting Process for Slow Progression of Chronic Kidney Disease among Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease Patients at Laem Chabang Hospital, Chonburi*. Thai Journal of Public Health and Health Sciences;1(3):13-26.(in Thai)



- Sinclair, A. J., & Croxson, S. C. (2003). *Diabetes mellitus*. In R.C. Tollis, & H.M.Fillit (Eds.), *Geriatric medicine and gerontology* (pp.1193-1218). Churchill Livingstone.
- Sirikutjatuporn, K., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2017). *Factors predicting self – management behavior of elderly type 2 diabetes patients*. Thai Journal of Nursing Council, 32(1), 81-93.(in Thai)
- Thongsumrit D.,Borisut K.,Meebunmak Y.(2017).*Effects of Health Behavior Modifying Program on Ability of Self-care among Risk Group of Diabetes Mellitus in Watphleng Subdistrict, Watphleng District, Ratchaburi Province*. *Journal of Phrapokklao Nursing College*;28(1):26-37.(in Thai)
- Wanthanatas R. (2017).*Effectiveness of the program of network involvement in older healthcare toward perception in three-e and two-s health behavior adaptation of the older in Nakhon pathom province*. *Region 4-5 Medical Journal* ;36(1):2-12. (in Thai)

The Effects of Factors on Registered Nurse Practice for Caring Tuberculosis Patients in Community, Muang district, Lampang

Theerarat Boonkuna^{1*}

Received August 7, 2023, Revised: August 9, 2023, Accepted: December 21, 2023)

Abstract

This qualitative research aimed to study the factors affecting on registered nurse practice for caring for Tuberculosis (TB) patients in the community in Muang district, Lampang. The participants were 20 nurses responsible for TB prevention and control at Tambon Health Promoting Hospital. Data were collected through in-depth interviews and the questions were validated by three experts. Data were analyzed using content analysis.

The results showed that factors affecting nurses' practice of caring for TB patients in the community consisted of three factors: first, factors affected nurses' practice; personal factors, including smoking, alcohol consumption, health belief on illness and self-caring, environmental factors which were clouded-conditional residents, non-ventilated air, and keeping pets in the house area; and health service factors, which included patient contact screening, referring for treatment, home visiting, and providing TB knowledge for the risks. Second, key success factors to support nurses' practice, such as cooperation of patients and family members, networking with multi-disciplinary and community involvement, and use of advanced technology that may help in surveillance and monitoring for patient treatment. Finally, obstacle factors, including shortage of healthcare providers working in the community, elderly patients who were dependent, and not having caregivers or family members, led to problems in taking medication continuously and consequently becoming drug-resistant patients.

Knowing of factors that affected on nurses' practice may lead to efficient system development for caring TB patients in the community.

Keywords: Registered Nurse; Tuberculosis Patients; Tuberculosis in community

* Instructor Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Theerarat.b@mail.bcnlp.ac.th Tel : 082-6101720

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ธีรรัตน์ บุญคุณะ^{1*}

(วันรับบทความ: 7 สิงหาคม 2566, วันแก้ไขบทความ: 9 สิงหาคม 2566, วันตอบรับบทความ 21 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 20 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแนวคำถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาล ประกอบด้วย ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ วัย พฤติกรรมสุขภาพเช่นการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพบ้านที่อยู่อาศัยมีความแออัด อากาศไม่ถ่ายเท อับชื้น หรือเลี้ยงสัตว์ไว้ในบริเวณบ้าน และ ปัจจัยด้านระบบบริการ การดำเนินการโรควัณโรคของพยาบาลในชุมชน จะมุ่งเน้นการคัดกรองค้นหาผู้สัมผัส เมื่อพบผู้ป่วยจะส่งต่อเพื่อการรักษา การติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคแก่ประชาชนในชุมชน 2) ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน ได้แก่ การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในครอบครัว การทำงานเป็นทีมและการสร้างภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ประโยชน์เทคโนโลยีเครื่องมือสื่อสารช่วยในการเฝ้าระวัง และการติดตามการรักษาผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานในพื้นที่ และกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็นวัยชราที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อาศัยเพียงลำพัง ขาดผู้ดูแลพบปัญหาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีทำให้มีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยาสูง ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ; ผู้ป่วยวัณโรค; วัณโรคในชุมชน

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Theerarat.b@mail.bcnlp.ac.th Tel : 082-6101720

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดเชื้อและเป็นโรคอุบัติซ้ำที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานวัณโรคของโลก พ.ศ. 2562 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการรายงานก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกในแต่ละปีประมาณ 10 ล้านคน และวัณโรคจะเป็น 10 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึงปีละประมาณ 1.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่ปัญหาวัณโรคมีผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป (TB cases) โดยมีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 106,000 คน หรือ 153 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต (ไม่มีเอดส์รวม) จำนวน 92,000 คนหรือคิดเป็น 13 ต่อแสนประชากร และเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเป็นกลับซ้ำจำนวน 85,029 คน นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis: MDR/RR-TB) รายใหม่เพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 2.3 (World Health Organization: WHO, 2020) จากปัญหาดังกล่าวองค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดให้การยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ขนาดปัญหาและผลการควบคุมวัณโรค (Ending the global TB epidemic by 2030) เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals (SDGs): Target 3.3) ที่จะบรรลุในปี พ.ศ. 2573 มีเป้าหมายลดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 20 ต่อแสนประชากร และลดจำนวนการเสียชีวิตลงร้อยละ 90 (WHO, 2019) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พ.ศ. 2562 - 2564 ที่แต่ละประเทศมีการมุ่งเป้าในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคลดลงจากปี พ.ศ. 2562 ประมาณ 7.1 ล้านคน เหลือการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 และ 6.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 และประเทศไทยก็เป็น 1 ใน 26 ประเทศที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2564 เมื่อเทียบจากการรายงานในปี 2563 ลดลงประมาณร้อยละ 17 แต่ผลจากการรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลงดังกล่าว องค์การอนามัยโลกไม่ได้มองว่าเป็นผลสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังหรือการควบคุมโรควัณโรค แต่เป็นความกังวลและข้อสังเกตว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ลดลงอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะส่งผลที่ตามมาคือการแพร่ระบาดในชุมชนที่มากขึ้น (WHO, 2022)

ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564 และผลจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคยังคงอยู่ในระดับที่สูง คือ 156 และ 153 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งยังคงห่างไกลเป้าหมายที่ตั้งไว้เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2564 คือ 88 คนต่อแสนประชากร และประเทศไทยก็ยังคงอยู่ในบัญชีรายชื่อประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์สูงที่สุด กระทรวงสาธารณสุขมีการสรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีไว้ 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) การติดเชื้อร่วมกันในคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) การกินยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรค จึงทำให้เกิดการดื้อยา 3) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจละเอียด จึงไม่รู้ตัวว่าป่วยและแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น (Division of Tuberculosis, 2018) สำหรับสถานการณ์วัณโรคของจังหวัดลำปาง จากรายงานตัวชี้วัดสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 73.87, 71.91 และ 65.69 ตามลำดับ และอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนคิดเป็นร้อยละ 65.03, 78.06 และ 66.36 ตามลำดับ ซึ่งการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยรายใหม่และอัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Ministry of Public Health, 2022)

การดำเนินการควบคุมโรคถือเป็นภาระกิจที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์โรคระดับชาติ รวมถึงกำหนดบทบาทของบุคลากรและหน่วยงานแต่ละระดับจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน การวางแผนการนิเทศและกำกับติดตามงานการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสนับสนุนด้านวิชาการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาทุกรายกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้านและดำเนินชีวิตตามปกติในชุมชน จำเป็นที่จะต้องได้รับการติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่ออยู่ที่บ้านเนื่องจากการรักษาโรคปอดต้องใช้เวลาการรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด จึงเป็นหน่วยงานที่จะต้องทำหน้าที่ในการการดำเนินงานควบคุมโรคในระดับชุมชนและใน รพ.สต. ส่วนใหญ่จะมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมโรคในชุมชน จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และเป็นกลับซ้ำของจังหวัดลำปางจากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และอัตราการรักษาสำเร็จก็ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปางเพื่อที่ผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้านตามคำนิยามของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (National health commission office, 2009) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นการศึกษาข้อมูล ประสบการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมมิติของปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – พฤษภาคม 2565

นิยามศัพท์

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอาจจะเป็นไปตามหรือไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดำเนินงาน ซึ่งในการวิจัยนี้คือปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เพศ อายุ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือบริบทของพื้นที่ และปัจจัยด้าน

ระบบบริการ และรวมถึงปัจจัยอื่นๆตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่มีผลต่อความสำเร็จและที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานนอกเหนือจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 ด้าน

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่าจากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และรับผิดชอบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพใน รพ.สต. ตามขอบเขตที่กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้แก่ 1) ค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 2) สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อโดยครบถ้วน 3) ติดตามให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจตามแนวทางการรักษาพร้อมติดตามอาการของผู้ป่วย 4) การติดตาม เยี่ยมบ้าน กรณีที่ผู้ป่วยผิดนัด และจัดเตรียมเบกยาไว้ให้พร้อมอยู่เสมอ 5) ส่งต่อผู้ป่วย ประสานงานโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. อื่นๆ 6) ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ และ 7) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่ (Division of Tuberculosis, 2021)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็น รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานการควบคุมวัณโรค รพ.สต. ละ 1 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นผู้ที่สมัครใจให้ข้อมูลจำนวน 20 คน จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด 27 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ตามแนวคำถาม มีการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ มีการสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัย (credibility) โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลหรือสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้สรุปบทวนประเด็นที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม และก่อนวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการถอดเทปเปรียบเทียบกับเทปสัมภาษณ์ และเมื่อได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อสรุปได้นำเสนอให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและตรวจสอบข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้อง

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ใช้สัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที ในแต่ละครั้ง และจะดำเนินการสัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลที่เป็มนวัตกรรม แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรค การได้รับการอบรมเกี่ยวกับงานควบคุมวัณโรค ปัญหาและอุปสรรคด้านส่วนบุคคลต่อการปฏิบัติงาน

2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วย

2.1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและคนในครอบครัวเป็นอย่างไร

2.2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดวัณโรคเป็นอย่างไร

2.3) ปัจจัยด้านระบบบริการ การดำเนินงานเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การกำกับติดตามเฝ้าระวังโรควัณโรคในชุมชน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเป็นอย่างไร

3) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การบริหารจัดการการควบคุมสิ่งแวดล้อมและการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน มีอะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Health determinants) และแนวทางในการดำเนินงานวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยแนวคำถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในคลินิกวัณโรค 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานควบคุมวัณโรคในชุมชน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์และเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย 1 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยประสานงานไปยัง รพ.สต. ทั้ง 27 แห่ง เพื่อขอเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคในชุมชนแต่ละแห่ง
3. แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูลวิจัย รวมถึงการแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามแนวทางของจริยธรรมการวิจัย
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจาก รพ.สต. แต่ละแห่ง พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์
5. วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกนำไปถอดเทป บันทึกคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ มีการจัดระเบียบข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และมีการสร้างบทสรุปของข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการตรวจสอบความตรงของบทสัมภาษณ์กับเทป ใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น กลั่นกรองประเด็นสำคัญจัดเป็นหมวดหมู่ และเชื่อมโยงกับข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน แล้วครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งไม่พบหมวดหมู่ข้อมูลใหม่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ E 2563-178 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2563 โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ากลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 95 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 85 มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคในชุมชนมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 85 ได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเช่น Mini TB case manager แบบวิถีใหม่ (New normal) การติดตามการได้รับยาของผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน (Direct-observed treatment; DOT) เป็นต้น ร้อยละ 100 ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรค

2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้านได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และปัจจัยด้านระบบบริการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูล ให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ และมองว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) อายุ ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือตนเองลดลง และเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย 2) พฤติกรรมสุขภาพ เช่นการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ การไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ยากขึ้น ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง การปกปิดข้อมูลจากการกลัวถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้การติดตามดูแลผู้ป่วยทำได้ไม่สะดวก ดังรายละเอียด

“ในปีที่ผ่านมาในพื้นที่ที่ รพ.สต.รับผิดชอบมีผู้ป่วยวัณโรค 7 คน 5 ใน 7 คนอายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีประวัติการสูบบุหรี่มาตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยทำงาน...” (รพ.สต.ที่ 1)

“ในพื้นที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 18 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุช่วง 60 – 80 ปี พบทั้งเพศหญิงและชายเท่า ๆ กัน มักจะพบว่าประวัติสูบบุหรี่มาก่อน...” (รพ.สต.ที่ 13)

“ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อก็มี แต่ใน 2 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 เป็นผู้ป่วยที่ออกจากเรือนจำมา และมีผู้ป่วยดื้อยา 1 รายกำลังติดตามให้การรักษอย่างต่อเนื่อง” (รพ.สต.ที่ 7)

“คนในชุมชนยังมองว่าการเป็นวัณโรคยังเป็นเรื่องที่น่ารังเกียจ ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน ดังนั้นถ้าบ้านใครมีคนป่วยเป็นวัณโรคก็มักจะปกปิดไม่อยากให้คนอื่นรู้ กลัวถูกรังเกียจ ซึ่งบางครั้งการเยี่ยมติดตามของเราก็จะต้องเยี่ยมผ่านทางไลน์ ทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นความสบายใจของคนไข้...” (รพ.สต.ที่ 9)

“ผู้ป่วยบางคนญาติเข้าใจให้ความร่วมมือดี แต่ผู้ป่วยจะดื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย ไม่ยอมกินยา ไม่สวมหน้ากากอนามัย ยังดื่มเหล้า สูบบุหรี่ตามปกติ บอกว่าไม่มีอาการอะไร บางคนก็ไม่ยอมให้เยี่ยมบ้าน เพราะกลัวในชุมชนรู้ว่าตัวเองป่วย กลัวสังคมรังเกียจ บางคนก็ท้อแท้กินยาเยอะกินยานาน ไม่ยอมไปรักษาตามนัด” (รพ.สต.ที่ 13)

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าข้อมูลจากประสบการณ์ที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับสภาพที่อยู่อาศัย สภาพบ้านที่อยู่อาศัยมีความแออัด อากาศไม่ถ่ายเท อับชื้น หรือเลี้ยงสัตว์ไว้ในบริเวณบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีอาศัยเพียงลำพัง หรือไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยจะสัมผัสกับบุคคลที่มีประวัติป่วยเป็นวัณโรคเนื่องจากอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และมีแนวโน้มเกิดผู้ป่วยวัณโรคในการประกอบอาชีพบางประเภท ซึ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้การ

ปฏิบัติการด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทำได้ยากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกที่อยู่บ้านเดียวกัน หรือทำงานในกลุ่มเดียวกัน ดังรายละเอียด

“ผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้สูงอายุอยู่บ้าน 2 คนตาย ลูกหลานไปทำงานในเมืองส่งเงินมาให้ มีญาติพี่น้องอยู่บ้านใกล้ๆ มาแวะเยี่ยมมาเป็นระยะ ตายอยู่บ้าน ไม่เปิดหน้าต่าง สภาพบ้านปิดอับ ไม่มีที่ระบายอากาศ มีด แสงสว่างไม่เพียงพอบ้านรก ที่นอนไม่ได้ทำความสะอาด ตอนนี้งวลว่าตาอาจจะจะเป็นวัณโรคด้วยเพราะอาศัยอยู่ด้วยกันตลอดเวลา ไม่แยกของกินของใช้ บอกให้ใส่แมสก็ไม่ได้บอกว่าอึดอัด” (รพ.สต.ที่ 14)

“บ้านผู้ป่วยวัณโรคสภาพที่อยู่อาศัยไม่สะอาด อับชื้นและยังเลี้ยวหมา แมว ไว้ในบ้าน” (รพ.สต.ที่ 8)

“ปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยในกลุ่มที่ประกอบอาชีพมัดหัวหอม มัดกระเทียม แกะกลีบกระเทียม เป็นผู้สูงอายุที่ทำงานที่บ้านคัดแปลงพื้นที่บ้านเป็นที่ทำงานแล้วไปรับเอาหัวหอม กระเทียมมารับจ้างมัดและแกะกลีบกระเทียมอาจจะมีการสูดดมเอาฝุ่น เศษฝุ่นที่ติดมากับพวกหัวหอมกระเทียม” (รพ.สต.ที่ 5)

“ปีที่ผ่านๆ มา พบเคสผู้ป่วยเป็นผู้ชายทำอาชีพรับจ้างในกลุ่มอาชีพตีเหล็กประมาณ 2-3 เลิกงานมาก่อนกลับบ้านก็ตั้งวงกินเหล้าหลังเลิกงานที่ร้านขายของชำบางทีก็ร้านอาหารในหมู่บ้าน” (รพ.สต.ที่ 9)

2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการ ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ทั้งด้าน การคัดกรองค้นหาผู้ป่วย ระบบการส่งต่อเพื่อการรักษา และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยด้านระบบบริการผู้ให้ข้อมูลมองว่า ระบบและแนวทางในการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทำให้การดำเนินงานชัดเจนและเป็นระบบและผู้ให้ข้อมูลทำงานได้สะดวกมากขึ้น ตามสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ดังนี้

“เมื่อพื้นที่ได้รับการส่งต่อเคสผู้ป่วยวัณโรคมาในชุมชนเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่จะไปเยี่ยมบ้าน จะมีการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว ให้ความรู้และคำแนะนำการแยกข้าวของเครื่องใช้ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อ วิธีการกำจัดน้ำลาย เสมหะของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ส่วนมากวิธีการแยกคนในบ้านกับผู้ป่วยเพื่อลดการสัมผัสเชื้อจะไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากสภาพบ้านเรือนไม่เอื้ออำนวยคนในบ้านต้องอยู่ต้องใช้บริเวณเดียวกัน ก็จะใช้วิธีให้คำแนะนำความรู้ลดการติดเชื่อจากการสัมผัสให้มากที่สุด” (รพ.สต.ที่ 10)

“เมื่อพบเคสผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก็จะดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุขและที่ผ่านมามีช่วงการระบาดโควิด ก็จะมีแนวทางในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของกองวัณโรคที่ออกมาให้ใช้ ระบบบริการที่ทำอยู่ตอนนี้ก็จะเน้นการคัดกรองผู้ป่วย มีรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ คัดกรองประจำปี ถ้าพบผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อการรักษา การติดตาม การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจนครบอย่างที่บอกว่าคนที่ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยอยากให้คนในชุมชนรู้ว่าตัวเองเป็น กลัวถูกรังเกียจ ดังนั้นการติดตามก็จะใช้วิธีสื่อสารผ่านทางไลน์ ทางโทรศัพท์ หรือให้ อสม.ที่รับผิดชอบบ้านไปช่วยกำกับติดตามการกินยาสม่ำเสมอ” (รพ.สต.ที่ 13)

“ด้านการบริการก็จะปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำการจะมี การให้คำแนะนำญาติ โดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินตาม D-method แนะนำผู้ป่วยเน้นเรื่องการกินยาทุกวัน สังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ทั้งคนในบ้านและในชุมชน ให้ดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศถ่ายเท ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้สัมผัสในบ้านก็ให้มีการเอกซเรย์และ ติดตามเอกซเรย์ให้ครบ 3 ปี ส่วนการคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ คัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเป็น TB กลุ่มป่วย 608 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เป็นต้น จะคัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” (รพ.สต.ที่ 20)

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.1) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มี 3 ประการ ได้แก่

3.1.1) การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในครอบครัว และความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยงในการมาตรวจคัดกรองวัณโรค เป็นปัจจัยผู้ให้ข้อมูลมองว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนทำได้ตามเป้าหมายมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอัตราการการเป็นกลับซ้ำ และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา ดังรายละเอียด

“ปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานวัณโรคในชุมชนให้ได้ตามเป้าหมายมากที่สุดคือ ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา กินยาสม่ำเสมอ ไม่แพร่เชื้อให้คนอื่นด้วยการไม่ไปร่วมงานกับชุมชน ให้แยกตัวเองออกจากชุมชนจนกว่าจะแน่ใจว่าผลตรวจเป็นลบและกินยาครบ ใส่หน้ากากอนามัยสม่ำเสมอ...” (รพ.สต.ที่ 17)

“เวลาที่มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคแล้วชาวบ้านให้ความสำคัญและสนใจที่จะมาตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสในบ้าน ผู้ป่วยโรคต่างๆเช่นเบาหวาน ความดัน โรคระบบทางเดินหายใจ หรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงลูกหลานพามาตรวจมาเอกซเรย์ก็จะช่วยระบบการค้นหาและการคัดกรองผู้ป่วยโดยเบื้องต้นให้ได้มากตามเป้าหมาย และถ้าพบผู้ป่วยรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำก็จะส่งต่อเพื่อการรักษา” (รพ.สต. 8)

3.1.2) การทำงานเป็นทีมและการสร้างภาคีเครือข่ายและระบบในการเฝ้าระวังการเกิดผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติงานด้านการควบคุมวัณโรคจะต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม เนื่องจากการรักษาต้องใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนทำให้การปฏิบัติการด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหารายใหม่ และการป้องกันการเป็นกลับซ้ำทำได้ตามเป้าหมายมากขึ้น ดังรายละเอียด

“ทุกวันนี้ตั้งแต่ช่วงโควิดระบาด การทำงานด้านสุขภาพส่วนอื่นๆก็จะลดประสิทธิภาพลงรวมทั้งการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพราะนโยบายมุ่งเป้าไปที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด ในพื้นที่ก็จะมี อสม.เป็นกำลังหลักทุกเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก็จะมีปรับเปลี่ยนเพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเก่าก็จะมีประสานงานกับทางโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในการรับยา จ่ายยา การติดตามผู้ป่วยก็จะใช้วิธีการผ่านวิดีโอคอลบ้าง โทรศัพท์บ้าง ถ้าเคสไหนมีปัญหา เจ้าหน้าที่กับ อสม.จะลงพื้นที่ตามความจำเป็นแต่ในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การบริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ก็จะไม่สามารถลงมาทำในชุมชนได้ ทำให้การคัดกรองทำได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายทีมสุขภาพทั้งโรงพยาบาลแม่ข่าย เจ้าหน้าที่อนามัย อสม.ต้องรับลูกทำงานเป็นทีมเท่าที่จะทำได้” (รพ.สต. ที่ 10)

3.1.3) การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเครื่องมือสื่อสารช่วยในการเฝ้าระวัง และการติดตามการรักษาผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลมองว่า จากสถานการณ์การระบาดของโควิดเป็นโอกาสสำหรับการได้ใช้รูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆมาใช้ในการปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ตามแนวทางการปฏิบัติ ดังรายละเอียด

“ด้วยความเชื่อของผู้ป่วยที่บอกว่าการเป็นวัณโรคเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ไม่อยากให้คนในชุมชนรู้ ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเรื่องที่ลำบาก บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่ให้ความร่วมมือเวลาไปที่บ้าน และในช่วงที่ผ่านมามีการระบาดของโควิด ทำให้ต้องมีการเว้นระยะห่าง และโดยเฉพาะช่วงที่มีการกักตัว ห้ามไปมาหาสู่กัน ช่วงล็อกดาวน์ก็เป็นช่วงที่ทำงานลำบากมาก ยังดีที่มีโซเชียลมีเดียที่สามารถติดต่อหากันผ่าน

ทางไลน์คอล วิดีโอคอลกันได้ ทำให้ช่วยติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะการติดตามเรื่องการกินยา ต่อเนื่อง และเวลาถึงเวลานัดพบแพทย์หรือมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาก็สามารถพบหมอผ่านวิดีโอได้ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่ได้ใช้โทรศัพท์รุ่นที่ใช้วิดีโอได้ ก็จะสามารถคุยกับเจ้าหน้าที่ ที่เป็นการกำกับติดตามแบบไม่ต้องเข้าใกล้กันได้” (รพ.สต. 13)

3.2) ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลมองว่ามีปัจจัยหลายประการที่เป็น ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน ได้แก่

3.2.1) การขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจหน่วย บริการรพ.สต. บางแห่งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากเดิมที่มีบุคลากรทางด้านสุขภาพเพียงพอต่อการ ให้บริการทางด้านสุขภาพโดยมีบุคลากรพยาบาลประจำอยู่ประมาณ 3 – 5 คนต่อหน่วยบริการ แต่เมื่อมีการถ่าย โอนบุคลากรที่มีความประสงค์จะไปโอนย้ายไปสังกัดใหม่ก็ย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ที่ รพ.สต. อื่นทำให้พยาบาลที่ประจำ อยู่ รพ.สต.ที่มีการถ่ายโอนเหลืออยู่เพียง รพ.สต. ละ 1-2 คน แต่ภาระงานในความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ประชาชนตามพันธกิจยังคงมีเท่าเดิม ทำให้บุคลากรที่เหลืออยู่ปฏิบัติงานด้วยภาระงานที่เกินอัตรากำลัง ทำให้ ประสิทธิภาพการให้บริการทางสุขภาพลดลงผู้ให้ข้อมูล ให้รายละเอียดดังนี้

“เมื่อก่อนที่อนามัยนี้มีพยาบาลวิชาชีพทำงานร่วมกัน 5 คนและมีสหวิชาชีพอีกหลายสาขา แต่พอ ถ่ายโอนภารกิจไปขึ้นตรงต่อเทศบาล คนอื่นๆที่ไม่อยากถ่ายโอนไปด้วยเลยย้ายไปทำงานที่อนามัยอื่น เหลือ ที่พยาบาลอยู่คนเดียว แต่ต้องทำภารกิจเหมือนเดิมทุกอย่าง เทศบาลมีกรอบอัตรากำลัง เปิดรับสมัคร ไปแล้วแต่ยังไม่ได้คนมาช่วย ตอนนี้ก็เลยทำงานอยู่กับน้องนักวิชาการ 2 คน พี่ก็ต้องทำหน้าที่เป็นผอ. ศูนย์บริการสาธารณสุขด้วย พยาบาลปฏิบัติงานด้วย กับภาระงานที่มีอยู่ ก็ทำให้ประสิทธิภาพการบริการ ลดลงไปบ้าง...” (รพ.สต. ที่ 10)

3.2.2) กลุ่มผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า กลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากบกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยเฉพาะ กลุ่มที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง ขาดผู้ดูแล ดังนั้นการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะพบปัญหาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีการลืมรับประทานยา และมีความลำบากในการเดินทางไป พบแพทย์ตามนัด ทำให้มีโอกาสเป็นโรคดื้อยาสูง หรือในกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในชุมชนที่จะต้องมีการคัดกรองโดย การเอกซเรย์ปอดแม้กระทั่งว่ามีรถเอกซเรย์มาตั้งจุดให้บริการถึงในชุมชน ผู้สูงอายุก็มักจะประสบปัญหาในการที่ไม่ สามารถออกจากบ้านมาคัดกรองโรคได้ ทำให้การปฏิบัติงานด้านคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และอัตรการรักษาสำเร็จ ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ดังรายละเอียด

“ในพื้นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกจะเป็นวัยสูงอายุ ความลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มผู้สูงอายุก็จะมี ปัญหาเรื่องการกินยาอย่างต่อเนื่อง บางบ้านเป็นผู้สูงอายุอยู่กัน 2 คนอายุ 80 กว่าไม่มีคนในครอบครัวช่วย ดูแลเพราะลูกหลานไปทำงานนอกพื้นที่หมด มีปัญหาลืมกินยา การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด หรือในการคัด กรองกลุ่มเสี่ยงรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ผู้สูงอายุก็ออกจากบ้านไปเองไม่ได้ ไม่มีลูกหลานไปส่งก็ทำให้อัตราการ คัดกรองก็ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย...” (รพ.สต. ที่ 12)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ เขต อำเภอมือง จังหวัดลำปาง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.และรับผิดชอบ งานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน จำนวน 20 คน ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3 ด้านที่มี ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่การที่ผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุวันโรคของพยาบาลในด้าน การควบคุมการกำเริบของโรคได้ยากและทำให้อัตราการรักษาวินโรคสำเร็จต่ำกว่าเป้าหมาย ด้วยเหตุที่วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย เป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยกว่าวัยอื่นๆ และการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมักจะอยู่ในวัยพึ่งพิงผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดูแลตัวเองและติดเชื้อมีโรคได้ง่ายและเมื่อผู้สูงอายุเป็นวิน โรค โอกาสของการเสียชีวิตจะมีสูงกว่าวัยอื่นๆ ดังเช่นการศึกษาของ Kittichantharophat (2019) ที่พบว่าปัจจัยที่ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวินโรคปัจจัยหนึ่งได้แก่ วินโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ ข้อมูลก็ยังคงมองว่าการพบจำนวนผู้ป่วยวินโรคในกลุ่มผู้สูงอายุยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากวัยสูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง ขาด ผู้ดูแล ทำให้การติดตามการรักษา เช่น การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยวินโรคยังพบในกลุ่มคนที่ม่ประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา และในกลุ่มผู้ป่วยบางรายก็ยัง มีพฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thirarattanasunthon, Sidae, Kongtuk, Mhadar, Wongrit & Ruksanam (2021) ที่พบว่าการมีประวัติเคยสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวินโรครายใหม่ ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมและป้องกันการเกิดผู้ป่วยวินโรครายใหม่ การกำเริบของวินโรคในระยะที่สงบ และการเป็นกลับ ซ้ำของวินโรค

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเช่น ความแออัดของชุมชน สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยไม่สะอาด อากาศไม่ถ่ายเท การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้านอาจจะส่งผลกระทบเป็นวินโรคหรือทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาของ Isara and Kongtalin (2020) ที่พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของวินโรคในชุมชนของเทศบาลนครขอนแก่น เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่บ้านเรือนมีความแออัด ไม่สะอาด การถ่ายเทอากาศไม่ดี เป็นส่วนสำคัญทำให้เกิดการแพร่ระบาดของวินโรคและการเป็นกลับซ้ำของผู้ป่วยวินโรค ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานที่ทำให้การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของวินโรคในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ และอาจจะทำให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านระบบบริการ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการควบคุมวินโรคในชุมชนมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการควบคุมวินโรคของกระทรวงสาธารณสุข ตามบทบาทของพยาบาลในการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแล การเฝ้าระวังการติดตามการรักษาผู้ป่วยวินโรคในชุมชนพบว่า มีการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงค้นหาผู้ป่วย และการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในชุมชน การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควินโรคแก่ประชาชนในชุมชน ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมองว่าด้านระบบบริการสามารถปฏิบัติงานมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถดำเนินงานได้ แต่ยังมีประเด็นเกี่ยวกับอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการลดลง ซึ่งข้อมูลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dherasariskul, Promdit & Nawamawat (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ผลในเชิงการจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากจะต้องปฏิบัติงานทั้งในสถานบริการและการทำงานเชิงรุกในชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่มีภาระงานที่มากเกินไปจนอัตรากำลัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริการลดลงได้

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จของการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวินโรคในชุมชนได้แก่ การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยวินโรคและสมาชิกในครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวินโรคในชุมชน การปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Isara and Kongtalin (2020) ที่พบว่าการสร้างความร่วมมือในการพัฒนางาน

และภาคีเครือข่าย ได้แก่ การร่วมกันดำเนินงานทุกขั้นตอน และจัดทำหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตรการอบรม รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวัง การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคในชุมชนจนเกิดเป็นกลุ่มแกนนำอาสาปราบโรค ช่วยทำให้การค้นหาคัดกรองผู้สัมผัส การส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่และนำเข้าสู่การวินิจฉัยเพื่อการรักษาทำได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น การติดตามเยี่ยมบ้านและเป็นพี่เลี้ยงโดยกลุ่มอาสา ช่วยให้อัตราการรักษาสำเร็จสูงขึ้น และการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเครื่องมือสื่อสารช่วยในการเฝ้าระวัง และการติดตามการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanasuwan (2018) ที่พบว่า การพัฒนาการใช้กลยุทธ์ด้วยวิธีการสังเกตการรับประทานยาผ่านวิดีโอคอล (Video-observed treatment: VOT) โดยอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยสนับสนุนในการลดข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้ป่วยโรคที่ได้รับการทำการรับประทานยา โดยมีพี่เลี้ยงดูแลต่อหน้า (Directly-Observed treatment: DOT) ที่สถานบริการด้านสุขภาพ โดยการให้เจ้าหน้าที่ติดตามการรับประทานยาผ่านวิดีโอคอล ซึ่งอาจจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับบางสถานการณ์เช่นมีการระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อลดการสัมผัสและการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบที่เป็นอุปสรรคและลดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน และใช้ประโยชน์จากปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการปฏิบัติงาน เช่น การสร้างเครือข่ายการทำงาน การมีส่วนร่วมในการทำงานของชุมชน รวมถึงการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ สามารถนำไปสู่และพัฒนาระบบหรือรูปแบบการปฏิบัติงานในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เช่นหาแนวทางในการณรงค์ ให้ความรู้โรค แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคใหม่ หรือการเป็นกลับซ้ำ การหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มสูงอาย่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นต้น เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการได้รับการบริการและมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านและนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในการสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจาก มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ประจำปี 2563 ทำให้ผู้วิจัยสามารถพัฒนางานวิจัยและเกิดเป็นองค์ความรู้ที่จะสามารถนำไปพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Arunotong, S. (2023). *Summary report of Ministry of Public Health inspection 1/2023*. Retrieved 10 May 2023 from <http://www.chiangmaihealth.go.th/document/230420168198492013.pdf>. (In Thai).
- Dherasariskul, P., Promdit, B., & Nawamawat, J. (2018). An Evaluation of Health Mission Transferred to Local Government Organizations in Regional Health 3. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(2): 203 – 213. (In Thai).
- Division of Tuberculosis. (2018). *National tuberculosis control program guideline, Thailand 2018*. Bangkok Thailand: Division of Tuberculosis. Department of Disease Control. Ministry of Health. (In Thai)
- Division of Tuberculosis. (2021). *National tuberculosis control program guideline, Thailand 2021*. (2nd ed.). Bangkok Thailand: Division of Tuberculosis. Department of Disease Control. Ministry of Health. (In Thai)
- Division of Tuberculosis. (2021). *Summary report TB situation and surveillance in Thailand*. Retrieved March 15, 2022 from <https://shorturl.at/rswQT>. (In Thai)
- Isara, S. & Kongtahn, O. (2020). Development of Practice Guideline Surveillance Prevention and Control for Tuberculosis: Sub-District Khon Kaen Municipality, Mueang District, Khon Kaen Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(2): 148 – 162. (In Thai).
- Kittichantharophat, C. (2019). Risk factor associated with death among new patients with pulmonary tuberculosis in Lampang province. *Academic journal of community public health*, 5(3): 74 – 82. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Healthkpi*. Retrieved October 15, 2022 from <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2>. (In Thai).
- National Health Commission Office. (2009). *The National Health System charter B.E. 2552*. Retrieved 15 March, 2022 from https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_tum_ebook58_08_07_397.pdf (In Thai).
- Rattanasuwan, P. (2018). TB treatment: DOT vs. VOT. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 12(1): 43 – 47. (In Thai).
- Thirarattanasunthon, P., Sidae, S., Kongtuk, T., Mhadar, A., Wongrit, P., & Ruksanam, B. (2021). Factors associated with self-care behaviors among new pulmonary tuberculosis cases in Thasala hospital, Nakhon Si Thammarat province. *Thai journal of public health and health sciences*, 4(2): 138 – 147. (In Thai).
- World health organization. (2020). Global tuberculosis report 2019. Retrieved October 7, 2020 from https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- World health organization. (2022). Global tuberculosis report 2022. Retrieved March 20, 2023 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>

คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านการสาธารณสุข เป็นวารสารรายทกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข ได้รับความประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 2 ท่าน และตั้งแต่ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป ทางวารสารได้จัดให้มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาผลงานวิชาการทุกบทความ 3 ท่าน โดยบรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อน ที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย
- 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 ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่าการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

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 กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิเคราะห์ เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่นำเสนอ สรุปและข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 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 ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัดขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคนและอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ และกำหนดให้บุคคลที่เป็น Corresponding โดยใช้สัญลักษณ์ ¹

4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคที่ดี

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 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพึงมีในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือ หรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย **ผู้เขียนต้องปรับรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ 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., Srisuriyavit, 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.

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน หากผู้แต่งมีจำนวน 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย,...ก่อนชื่อคนสุดท้าย ดังนี้

Hilden, I., Lauritzen, B., Sørensen, B. B., Clausen, J. T., Jespersgaard, C., Krogh, B. O., Bowler, A. N., Breinholt, J., Gruhler, A., Svensson, L. A., Petersen, H. H., Petersen, L. C., Balling, K. W., Hansen, L., Hermit, M. B., Egebjerg, T., Friederichsen, B., Ezban, M., Bjørn, S. E., . . . Abbas, A.K. (2021). *Eobinbasic pathology*. (10thed.). Elsevier.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. Retrieved 8 October 1997, from: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>.

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime Retrieved 17 January 2004, from: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>.

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimentions 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.



ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ 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>

2023

2566

JOHSS

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP



สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสหภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com