



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 Vol. 40 No. 2 May – August 2026



บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ
- ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
- ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

บทความวิชาการ

- การแปลงแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสู่การดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: ข้อเสนอรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในยุคดิจิทัล
- ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ตันสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวิวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชรพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	ผศ.ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	รศ.ดร.พัชรพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำปัน	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กัลมพาการ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปียเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ดร.มล.อาบกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.นาตา	ลัคนหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร.อารณัทธิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.นิสากร	กรู้งไรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้ ซึ่งเป็นปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัยและบทความวิชาการที่เป็นประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุข ประกอบด้วย (1) ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ (2) ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน (3) ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี (4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี (5) การแปลงแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสู่การดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: ข้อเสนอรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในยุคดิจิทัล (6) ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร

วารสารพยาบาลสาธารณสุข เป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมินแต่ละบทความและงานวิจัย ซึ่งเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานของการเผยแพร่งานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 และตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> ของวารสารและสอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร 095-7013182 และขออำนวยการให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรง มีพลังในการทำงาน และแคล้วคลาดปลอดภัยทุกประการเทอญ

ผศ.ดร.ลลิตา แก้ววิไล

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 2

เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม 2569

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 39 No.2 May – August 2026

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการ
ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ
ในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ

รัชนิกร ศรีหวาด*
สุทธิพร มุลศาสตร์**
วันเพ็ญ แก้วปาน***

1

Predictive Factor of Work
Satisfaction of Nurse Practitioners
During Mission Transfer of Sub-
district Health Promoting Hospital,
Si sa ket Province

Ratchaneekorn Sriwad*
Sutteepon Moolsart**
Wonpen Keawpan***

ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว
จากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน
การรับสัมผัสตะกั่วของพนักงาน
โรงงานผลิตกระสุนปืน

ศิริขวัญ ประพันธ์พจน์*
เพลินพิศ บุญยมาลิก**
แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ***

16

Effects of a workplace lead
exposure prevention program
applying Health Belief Model on
preventive behaviors toward lead
exposure among workers in
ammunition plants

Sirikwan Prapanpote*
Plernpit Boonyamalik**
Ann Jirapongsuwan***

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริม
ความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ปวีณา เมฆฉาย *
พัชรพร เกิดมงคล**
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ***

36

Effects of a Nursing Program
Promoting Self-Care Capability for
Family Caregivers of Older Adults
with Stroke in Photharam District,
Ratchaburi Province

Paweena Mekchai*
Patcharaporn Kerdmongkol**
Kwanjai Amnatsatsue***

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาการ
ปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

จำเรียง จาบกัน*
จันทร์ศม์ บุญมี **
ประทุม ศุภชัยพานิชพงศ์ ***

57

The Effectiveness of a Capability-
Strengthening Program on
Knowledge and Capability of
Professional Nurses in Caring for
Patients with Sepsis at Damnoen
Saduak Hospital, Ratchaburi
Province

Chamriang Chabkan*
JantharatBoonmee**
Pratum Suphachai-panichapong***

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

หน้า

การแปลงแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสู่
การดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ:
ข้อเสนอรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชนในยุคดิจิทัล

เพ็ญจันทร์ มีแก้ว

75

From Chronic Kidney Disease
Clinical Practice Guidelines to
Primary Health Care: A Proposed
Community Nurse Practitioner-led
Care Model in the Digital Era

Phenchan Meekaew

ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพหน่วย
บริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร

นางวรรณ งามประเสริฐ*
นางสาวจิราพัชร แสงศรีจันทร์**

89

Lessons Learned on Quality
Improvement of
Primary Care Units in Bangkok

Wanna Ngamprasert*
Jiraphat Sangsrijun**

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	107
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	114
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	115
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	116

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ

รัชนิกร ศรีหวาด*

สุทธิพร มุลศาสตร์**, วันเพ็ญ แก้วปาน***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอิทธิพลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ และปัจจัยคำจูน ในการทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แนวคิดแรงจูงใจของเฮิร์เบิร์ตเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 157 ราย สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.97-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.96-0.99 ระยะเวลาเก็บข้อมูล เดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2566 ทำการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.94 , SD = .40) บรรยาการองค์กร สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติ และตำแหน่งงานในปัจจุบันสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 47 (Adjusted R^2 = .470) โดยบรรยาการองค์กรเป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายสูงที่สุด รองลงมาคือสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและตำแหน่งงานในปัจจุบัน

คำสำคัญ: สมรรถนะ/บรรยาการองค์กร/ความพึงพอใจ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วันที่รับบทความ: 11 ธันวาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 10 กุมภาพันธ์ 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 15 สิงหาคม 2569

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail:

sutteeporn@yahoo.com

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Predicting Job Satisfaction among Nurse Practitioners During the Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Si Sa Ket Province

Ratchaneekorn Sriwad*

Sutteeporn Moolsart**, Wonpen Keawpan***

ABSTRACT

This predictive research aimed to examine nursing practice satisfaction among nurse practitioners working in Subdistrict Health Promoting Hospitals and to determine the extent to which personal characteristics, motivational factors, and hygiene factors predicted nursing practice satisfaction during the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospital responsibilities. Herzberg's Two-Factor Theory was used as the conceptual framework. The sample consisted of 157 nurse practitioners working in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Si Sa Ket Province, selected using stratified random sampling. Data were collected using rating-scale questionnaires, with content validity indices ranging from 0.97 to 1.00 and Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.96 to 0.99. Data collection was conducted from November to December 2023. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the overall level of nursing practice satisfaction among nurse practitioners during the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospital responsibilities was high (Mean = 3.94, SD = 0.40). Organizational climate, nurse practitioner competency, and current job position jointly predicted nursing practice satisfaction among nurse practitioners working in Subdistrict Health Promoting Hospitals, accounting for 47.0% of the variance (Adjusted $R^2 = .470$). Organizational climate was the strongest predictor, followed by nurse practitioner competency and current job position.

Key Words: Competency/ Organizational climate/ Satisfaction/ Nurse practitioner/ Subdistrict Health Promoting Hospitals

Article info: Received: December 11, 2024 Revised: February 10, 2026, Accepted: August 15, 2026

* Students in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

**Corresponding Author, Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand E-mail: sutteeporn@yahoo.com

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

นโยบายการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินงานมากกว่า 25 ปี โดยคณะกรรมการกระจายอำนาจ ซึ่งมีหน้าที่จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และมีการปรับปรุงแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ให้ไปขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยครั้งแรก พบว่าการถ่ายโอนภารกิจของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากมีการปฏิรูปสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การปฏิรูประบบราชการ ตลอดจนทั้งพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมีความสำคัญต่อการศึกษาและเข้าใจบริบทของการถ่ายโอนระบบสุขภาพ¹ ส่งผลกระทบในหลากหลายมิติรวมถึงการบริหารจัดการอัตราากำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดและระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพราะภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทักษะงานใหม่ที่มีความต้องการจากบุคลากรที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่เปลี่ยนไป และยังพบว่ายังมีข้อจำกัดด้านการจ้างบุคลากร ความมั่นคงทางตำแหน่งของบุคลากรทางสุขภาพ อัตราการจ้างงานระยะยาว ความก้าวหน้าเกี่ยวกับตำแหน่งงาน และ

ความสามารถในการหางบประมาณมารองรับและยังพบว่าขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับภาระงานและอัตรากำลังซึ่งบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁴ นับเป็นจุดเปลี่ยนในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกภาคส่วนภายใต้ธรรมนูญ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรหนึ่งซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพเพราะเป็นบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของผู้เชี่ยวชาญสาขาเฉพาะทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามความซับซ้อนและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะและความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล² การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนดและปฏิบัติตามภารกิจของหน่วยบริการ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามขอบเขตของวิชาชีพ มีการจัดลำดับการทำงานร่วมกับทีม การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ค้นหาประเด็นสุขภาพร่วมกับเครือข่ายแกนนำในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังสร้างบริการสุขภาพใหม่ ๆ ในหน่วยบริการจากโครงการนวัตกรรมสำหรับชุมชนเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง³

ปี 2565 จังหวัดศรีสะเกษมีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งแรก

ร้อยละ 46.25 และยังพบว่าในขณะที่เดียวกัน ร้อยละ 3 ของบุคลากรที่มีการโยกย้ายและลาออกเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁵ ซึ่งมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการด้านบุคลากร ทั้งในส่วนของสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในจังหวัดศรีสะเกษพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในกลุ่มของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการและมีทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แนวคิดแรงจูงใจของเฮิร์เบอร์ก ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าสิ่งที่บุคคลต้องการจากการทำงานนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (motivation) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความต้องการภายในของบุคคลที่ต้องการจะพัฒนาและสร้างความเจริญงอกงามให้เกิดขึ้นกับตัวเอง จากการทำงานนั้น ๆ และปัจจัยค้ำจุน (hygiene) เป็นความต้องการที่ไม่สิ้นสุด ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดความไม่พอใจที่จะทำงานได้ แต่ไม่ใช่ปัจจัยแท้จริงแต่จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังของพยาบาลเวชปฏิบัติและกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์การวิจัย

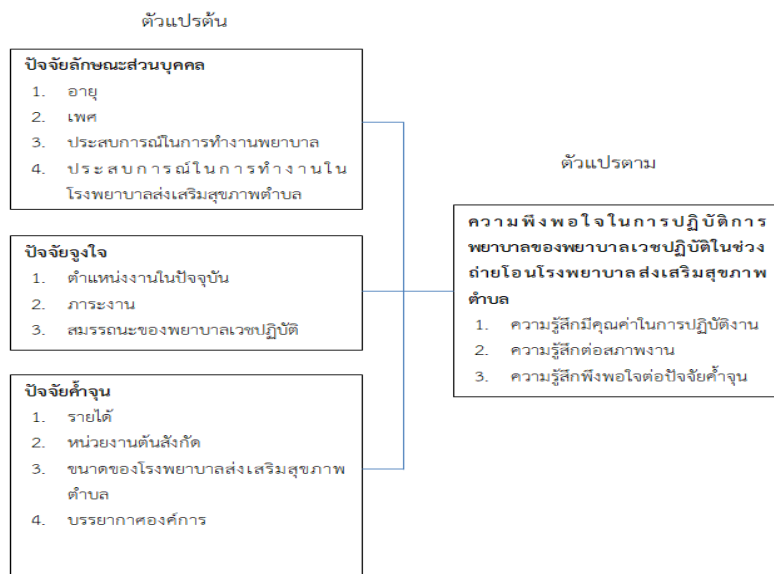
1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ในการทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาความพึงพอใจใช้แนวคิดแรงจูงใจของเฮิร์เบอร์ก ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าสิ่งที่บุคคลต้องการจากการทำงานนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความต้องการภายในของบุคคลที่ต้องการจะพัฒนาและสร้างความเจริญงอกงามให้เกิดขึ้นกับตัวเอง จากการทำงานนั้น ๆ และอีกกลุ่มเป็นความต้องการที่ไม่สิ้นสุด ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดความไม่พอใจที่จะทำงานได้แต่ไม่ใช่ปัจจัยแท้จริงแต่จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการ 2 กลุ่มนั้น ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (motivation) และปัจจัยค้ำจุน (hygiene) ดังกรอบแนวคิดดังภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงทำนายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (อายุ, เพศ, ประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล, ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ปัจจัยจิตใจ (ตำแหน่งงานในปัจจุบัน, ภาระงาน, และสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ) และปัจจัยคำจูน (รายได้, หน่วยงานต้นสังกัด, ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, และบรรยากาศองค์การ) ในการทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีวุฒิปัฒนผ่านการอบรมหลักสูตร 4 เดือนและ

ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ ในรอบปีงบประมาณ 2567 จำนวน 261 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษในรอบปีงบประมาณ 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพล คือ .39 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่ 1 ที่ระดับ .01 และกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .99 โดยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 120 ราย กำหนดเพิ่มอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน กลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดไว้จำนวน 160 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ SPPH

2023 - 204 และได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงเก็บข้อมูลโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ลงนามยินยอมและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์และเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, ศาสนา, ระดับการศึกษาสูงสุด, รายได้, โรคประจำตัว, ประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล, ประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ตำแหน่งปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ภาระงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ระดับการปฏิบัติงานตามกรอบโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹เป็นแนวทาง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย ปฏิบัติงานนั้นน้อยมาก = 1, ปฏิบัติงานนั้นน้อย = 2, ปฏิบัติงานนั้นปานกลาง = 3, ปฏิบัติงานนั้นมาก = 4, ปฏิบัติงานนั้นมากที่สุด = 5 จำนวน 24 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.960

ส่วนที่ 3 สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล ในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 16 ง ลงวันที่ 30

มกราคม พ.ศ. 2552 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็นประกอบด้วย ระดับสมรรถนะที่ท่านมีน้อยที่สุด = 1, ระดับสมรรถนะที่ท่านมีน้อย = 2, ระดับสมรรถนะที่ท่านมีปานกลาง = 3, ระดับสมรรถนะที่ท่านมีมาก = 4, ระดับสมรรถนะที่ท่านมีมากที่สุด จำนวน 51 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.988

ส่วนที่ 4 บรรยายกาองค์กร แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมินบรรยายกาองค์กรในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพของสุกิจ ย่าพรหม ครอบคลุมองค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กร จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบด้านมาตรฐานขององค์กร จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบด้านความรับผิดชอบในองค์กร จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบด้านการได้รับการยอมรับ จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบด้านการสนับสนุนขององค์กร จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็นประกอบด้วย น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 จำนวน 20 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.960

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ แบบสอบถาม

ส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยใช้แบบทดสอบ ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานต่อพยาบาลของ มินตรา รวงผึ้ง ผจงจิต ไกรถาวรและกมลรัตน์ กิตติพิมพ์ นนท์⁵ เป็นแนวทาง ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การ ให้คะแนนระดับความพึงพอใจ ประกอบด้วย น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 จำนวน 30 ข้อ ค่าดัชนีความ ตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.97 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.964

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยทำ หนังสือขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลจากสถาบันการศึกษาถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พร้อมโครงการ วิทยานิพนธ์ และตัวอย่างแบบสอบถาม เพื่อขอ อนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ส่งแบบสอบถามให้กับผู้รับผิดชอบในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอด้วยตนเอง พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย รวบรวม แบบสอบถามที่ส่งกลับคืน 157 ฉบับ (ร้อยละ 98.12) ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อนำมา วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 157 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบเป็น

ขั้นตอน ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรมีการกระจาย ปกติ มีความเป็นอิสระต่อกัน Durbin-Watson เท่ากับ 1.762 ความแปรปรวนของค่า คลาดเคลื่อนมีความคงที่ (homoscedasticity) และไม่มี outlier ภาพการกระจาย (scatter plot) มีความสมมาตรและค่าอยู่ระหว่าง -1.96 ถึง +1.96 และไม่พบปัญหาพหุสัมพันธ์ร่วม (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.071–1.332 และค่า tolerance อยู่ระหว่าง .751–.933

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 41.25 ปี ($SD = 9.28$) เพศหญิงเป็น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.60) รายได้เฉลี่ย 37,666.62 บาทต่อเดือน ($SD = 13,482.60$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล 15 ปี (ร้อยละ 14.60) และมีประสบการณ์ใน การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10-12 ปี (ร้อยละ 21.60) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล วิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 83.4) และมีหน่วยงานต้นสังกัดคือกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 57.3)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการ ปฏิบัติการพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการ ปฏิบัติการพยาบาลระดับมาก ($M = 3.94$, $SD = 0.40$) (Table 1)

Table 1: Mean, standard deviation, and level of job satisfaction of practicing nurses classified by area (n = 157)

side	Mean	SD	level
1. Feeling of value in working	4.26	0.43	high
2. Feelings about work conditions	3.73	0.50	high
3. Feeling satisfied with the supporting factors	3.84	0.47	high
Job satisfaction	3.94	0.40	high

3. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า บรรยากาศองค์กร สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและตำแหน่งงานในปัจจุบันสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 47 โดยปัจจัยที่มี

อิทธิพลมากที่สุดคือ บรรยากาศองค์กร รองลงมาคือ สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและตำแหน่งงานในปัจจุบันสามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ดังนี้
 ความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาล = $.693 + .469 (\text{บรรยากาศองค์กร}) + .181 (\text{สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน}) + .206 (\text{ตำแหน่งงานในปัจจุบัน})$ (Table2)

Table 2: Stepwise multiple regression statistics of factor predicting satisfaction with nursing practice of practical nurses during mission transfer at Subdistrict Health Promoting Hospital (n=157)

Predictor Variables	b	SE	Beta	t	p-value
Organization climate	.469	.054	.563	8.635	<.001
Competency	.181	.056	.219	3.262	.001
Current job position	.206	.065	.192	3.175	.002
Constant = 0.693; R ² = .480; Adjusted R ² = .470; F = 10.078; SE = .292; P-value = <.001					

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

1. ความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในช่วงถ่ายโอน

ภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94$, $SD = 0.40$) โดยเฉพาะความรู้สึกมีคุณค่าในการ

ปฏิบัติงาน ($M = 4.26$, $SD = 0.43$) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจต่อปัจจัยคำจูน ($M = 3.84$, $SD = .47$) และความรู้สึกต่อสภาพการทำงาน ($M = 3.73$, $SD = 0.50$) ซึ่งผลการศึกษากฎหมายได้ดังนี้

1.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน

การที่พยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน อาจเป็นเพราะว่า พยาบาลทุกคนถูกปลูกฝังให้ตระหนักและปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบ พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ ยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรม ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดี ใฝ่รู้พัฒนาแนวคิดให้กว้างและยอมรับการเปลี่ยนแปลง วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพเฉพาะที่ใช้ประสบการณ์ รวมถึงองค์ความรู้เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ในการตัดสินใจ วางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยฟื้นฟู สร้างเสริมสุขภาพได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาลและเป็นวิชาชีพที่คอยสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้มีสุขภาพที่ดีทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกตัวเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมามีความพึงพอใจต่อการมีคุณค่าในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของรัชตวรรณ ศรีตระกูล, และชนิษฐา นันทบุตร² ซึ่งพบว่าผู้มีการศึกษามีผลต่อความรู้สึกของการมี

คุณค่าในตนเองของพยาบาลเวชปฏิบัติ นโยบายในการบริหารจัดการของหน่วยบริการ การสนับสนุนของหัวหน้าหน่วยบริการมีผลต่อการทำงานอย่างมาก

1.2 ความรู้สึกพึงพอใจต่อปัจจัยคำจูน

การที่พยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความรู้สึกพึงพอใจต่อปัจจัยคำจูน อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและเป็นข้าราชการซึ่งมีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีประสบการณ์ด้านการทำงานในวิชาชีพและประสบการณ์การทำงานในชุมชน บุคคลเหล่านี้มีวุฒิทางอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ มีแนวคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา คิดวิเคราะห์สังเคราะห์ มีเป้าหมายในชีวิตที่แน่นอน มีความต้องการความมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ที่ได้กล่าวไว้ว่า มนุษย์จะถูกกระตุ้นให้เต็มเต็มความต้องการขั้นพื้นฐานในลำดับต้นก่อนที่จะพัฒนาความต้องการในลำดับถัดไป มีการเปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่นได้ตามปัจจัยภายนอกและความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมต่างๆ มักเกิดขึ้นจากความต้องการมากกว่าหนึ่งอย่างร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมามีความพึงพอใจต่อความสำเร็จและความก้าวหน้าในงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของ

เอริน เค. เอเธย์, เมรี ซากาตี เลสลี และคณะ⁶ ซึ่งพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีความเป็นอิสระในการทำงานสูง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานระดับมาก

1.3 ความรู้สึกต่อสภาพการทำงาน

การที่พยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความรู้สึกพึงพอใจความรู้สึกต่อสภาพการทำงาน อาจเป็นเพราะว่าในการปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขต้องทำงานเป็นทีมไม่สามารถกระทำได้ด้วยบุคคลเพียงคนเดียว ถึงแม้ว่าการกิจด้านสาธารณสุขจะถูกถ่ายโอนอำนาจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด บุคลากรในหน่วยงานก็ยังเป็นทีมสหวิชาชีพกลุ่มเดิมซึ่งมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทั้งนี้การได้รับมอบหมายงานอย่างยุติธรรมตรงตามความสามารถ ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ก็เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ดังทฤษฎีของเฮิร์ชเบอร์เกอร์ที่กล่าวว่า 1) ปัจจัยการจูงหรือตัวจูงใจเป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการทำงานซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามและความทุ่มเทในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เช่น ความก้าวหน้า ความสำเร็จ การยกย่อง การได้รับการยอมรับนับถือ 2) ปัจจัยค้ำจุน เป็นองค์ประกอบภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ขัดขวางการทำงาน หรือลดประสิทธิภาพของการทำงานลง กล่าวคือปัจจัยค้ำจุนเป็นสิ่งที่จะป้องกันและลดความไม่พึงพอใจที่จะเกิดขึ้นในการทำงานนั้นๆ ไม่ใช่สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจโดยตรง ประกอบด้วย นโยบายและ

การบริหาร, การปกครองบังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา, สภาพงานหรือเงื่อนไขการทำงาน, รายได้, ความรู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่สภาพงานหรือเงื่อนไขการทำงาน, รายได้, ฐานะและความมั่นคง จากการศึกษาพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ มีประสบการณ์ในการทำงานสูงและระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา รวงผึ้ง, ผจจจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของโปโกสยาม ลูชิน, หลิว เจียนฟาง, และคณะ⁷ ซึ่งพบว่า พยาบาลมีแนวโน้มมีความพึงพอใจกับงานของตนมากขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนจากองค์การและสอดคล้องกับการศึกษาของลูชิน โพธิ์ยาน, สุภกร เกื้อโหมลเดช, เจียน ฟางหลิว และคณะ⁸ ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจกับงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อความสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารเพิ่มขึ้นความพึงพอใจก็อยู่ในระดับดีขึ้นตาม

2. อิทธิพลของปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการศึกษาพบว่าบรรยาการองค์กรสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และตำแหน่งงานในปัจจุบัน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการปฏิบัติการ

พยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 47 (Adjust $R^2 = .470$) อภิปรายได้ดังนี้

2.1 บรรยายการศอกคร สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษได้ อาจเป็นเพราะว่า หน่วยงานมีความชัดเจนด้านนโยบายและโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การมอบหมายงานมีความเหมาะสมกับความสามารถและบุคลากรมีอิสระในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานสามารถใช้ความคิดวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อพัฒนางานตลอดทั้งได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร บุคลากรและงบประมาณ มีการยกย่องชมเชยหรือให้รางวัลตอบแทนการปฏิบัติงานและส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และยังพบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอีกด้วย ดังทฤษฎีของเฮิร์ชเบอร์กที่กล่าวว่า 1) ปัจจัยการจูงหรือตัวจูงใจเป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการทำงานซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามและความทุ่มเทในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เช่น ความก้าวหน้าความสำเร็จ การยกย่อง การได้รับการยอมรับนับถือ 2) ปัจจัยค่าจูง เป็นองค์ประกอบภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ขัดขวางการทำงาน หรือลดประสิทธิภาพของการทำงานลง ปัจจัยเหล่านี้จะป้องกันและลดความไม่พึงพอใจที่จะเกิดขึ้นในการทำงานนั้นๆ ไม่ใช่สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจโดยตรงประกอบด้วย นโยบายและ

การบริหาร, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน, สภาพงานหรือเงื่อนไขการทำงาน, รายได้, ฐานะและความมั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลุดพี สะมะแอ และแสงอรุณ อิศระมาลัย⁹ ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับลูซิน โปธิยาน, ศุภกร เกื้อโกมลเดช, เจียน ฟางหลิว และคณะ⁸ ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจกับงานโดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อความสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารเพิ่มขึ้นความพึงพอใจก็อยู่ในระดับดีขึ้นตาม

2.2 สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ได้รับประสบการณ์และการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นกับชีวิตทุกด้าน และเป็นที่ต้องการของหน่วยบริการสุขภาพโดยเฉพาะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด¹⁰ ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรที่มีความเหมาะสมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนเนื่องจากมีทักษะในการสื่อสารที่ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการและเพื่อนร่วมงาน และยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลต่ำกว่าการผลิตแพทย์¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ใจยังยืน, วราภรณ์ คุ่มสุข, สนิพร ยืนยง¹² ซึ่งพบว่า เมื่อสมรรถนะของ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอยู่ในระดับสูงขึ้น ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนก็สูงตาม และสอดคล้องกับกิจกรรม เอื้อตรงจิตต์, อรสา พันธภักดี, และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ¹³ ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติงาน ($r = .24, p < .01$) และสอดคล้องกับรัชตวรรณ ศรีตระกูล, และชนิษฐา นันทบุตร² ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านการพัฒนาคุณภาพงานซึ่งเป็นผลจากเกณฑ์การกำหนดคุณภาพมาตรฐานของหน่วยงานเป็นปัจจัยทางบวกที่ผลักดันให้เกิดการทำงานแข่งขันกับหน่วยบริการข้างเคียง

2.3 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อาจเป็นเพราะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานในปัจจุบันอยู่ในระดับสูง เป็นตำแหน่งที่มีความท้าทาย มีรายได้ ค่าตอบแทนสูงขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตาม¹⁴

2.4 อายุ เพศ ประสบการณ์ในการทำงาน พยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อาจเป็นเพราะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในช่วงวัยทำงานมีทั้งเพศหญิงและเพศชายมีสิทธิเท่าเทียม มีความเสมอภาค เป็นข้าราชการมีความมั่นคง

ด้านการงาน รายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาวนาน ซึ่งกลุ่มนี้มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การในระดับมาก ส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลุดพี สะมะแอ และแสงอรุณ อิศระมาลัย⁹ ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของมินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

2.5 ปัจจัยจูงใจด้านภาระงาน ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อาจเป็นเพราะการพยาบาลในบริบทที่เปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้รับบริการและสถานบริการสุขภาพซึ่งมักจะมอบหมายให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่ตามโครงสร้าง¹⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรที่มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการทำงานขององค์กรอย่างละเอียดถี่ถ้วนแน่ชัดจะนำไปสู่ความมีประสิทธิภาพขององค์กรผลการทำงานมองเห็นได้ชัด บุคลากรจะเห็นความสำคัญต่อตัวงานและวิธีการปฏิบัติงานมากกว่า จึงไม่เกิดแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ไม่เกิดความท้าทายในงาน การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนด ตามภารกิจของ

หน่วยบริการ รับผิดชอบให้บริการสุขภาพตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการและ ชุมชน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามขอบเขต ของวิชาชีพ ร่วมกันทำงานเป็นทีม ใช้การเยี่ยม บ้านเพื่อจัดการดูแลต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่น ช่วงเวลาการให้บริการตามความเหมาะสม ค้นหา ประเด็นปัญหาสุขภาพร่วมกับเครือข่ายแกนนำ ชุมชนแกนนำของหน่วยบริการ หน่วยงานต้น สังกัดจะมีความแตกต่างกันแต่ภารกิจก็ยังเป็นอัน เดียวกัน² ซึ่งสอดคล้องกับมินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = .160, p < .05$)

2.6 ปัจจัยคำจวนด้านรายได้ หน่วยงาน ต้นสังกัดและขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อาจเป็น เพราะ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในช่วงวัยทำงาน เป็นข้าราชการมีความ มั่นคงด้านการงาน รายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลยาวนาน ซึ่งกลุ่มนี้มีความ ยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก ส่งผลให้ มีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้อง กับมินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์⁵ ซึ่งพบว่าขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจไม่มีความสัมพันธ์กับ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จุดแข็งของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาแบบเดียวกันในจังหวัด ศรีสะเกษมาก่อน ซึ่งอาจเป็นแนวทางให้ผู้สนใจ นำรูปแบบการศึกษานี้เป็นต้นแบบปรับใช้ในการ กำหนดภารกิจของหน่วยงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรภายในหน่วยงาน

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีจุดอ่อนที่สำคัญคือ ประการแรก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ ภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิง เหตุและผลระหว่างปัจจัยทำนายกับความ พึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ประการที่ สอง ข้อมูลทั้งหมดได้จากการตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนจาก การรายงานของผู้ตอบ (self-report bias) ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างมาจากจังหวัดศรีสะเกษเพียงจังหวัดเดียว จึงควรระมัดระวังในการนำ ผลการศึกษาไปอ้างอิงกับพยาบาลเวชปฏิบัติใน พื้นที่อื่น และระยะเวลาในการศึกษาวิจัยอยู่ใน ช่วงแรกของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยังกระทรวง มหาดไทย ข้อมูลที่ได้จึงเป็น ข้อมูลที่อยู่ในระยะต้นของการปรับเปลี่ยน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบระยะเวลาใน ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วงเริ่มถ่ายโอนและหลังถ่ายโอนไปแล้ว เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนา

2. ควรขยายการศึกษาวิจัยในบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบการกำหนดภารกิจของหน่วยงาน

3. ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ

Reference

1. Royal Gazette, Volume 126, Special section 16, January 30, 2009:29.

2. Sritragool R, Nuntaboot K. The practice of nurse practitioners In the context of primary health care Thailand. *Res Dev health Syst J*. 2021; 4(2): 265-279. (in Thai).

3. HSRI. Results of a study of policy proposals for health manpower management during mission transfer subdistrict health promoting hospital to the provincial administrative organization. [internet] 2024. Available from: www.hfocus.org/content/2024/07/31008

4. Human Resource Management, Sisaket Provincial Public Health Office, 2023.

5. Ruangpung M, Kraithaworn P, Kittipimpanon K, Factors related to Job satisfaction among nurses in primary care units of Service Health Region 4. *J Nurs Scie Christian Univ Thailand* 2022; 9(2): 1-18. (in Thai)

6. Athey EK, Leslie MS, Briggs LA, Park J, Falk NL, Pericak A, et al How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction. *J. Am Assoc of Nurse Practitioner*. 2015. 28(6), 320-326.

7. Poghosyan L, Liu J, Shang J, D'Aunno T. Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Manage Rev [Internet]* 2017. Available from <https://journals.lww.com/hcmrjournal>

8. Poghosyan L, Kueakomoldej S, Liu J, Martsolf G. Advanced practice nurse work environments and job satisfaction and intent to leave: Six-state cross sectional and observational study. *J Adv Nurs* 2022. 78(8), 2460-2471.

9. Samael L, Isaramalai S. Correlation factors between Job operational characteristics and Job Satisfaction of nurses in primary care units: Service Area 12, Thailand. *Princess Naradhiwas Univ J* 2020; 12(3): 155-174. (in Thai).

10. Junprasert S. Community practice nurses and primary health care in Thailand. [internet]. 2014 Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/120449/92000>

11. Hanucharoenkul S. Nurse practitioners and the development of primary care services. Thai J Prim Care and Fam Med 2009; 39-42.

12. Jaiyungyuen U, Khumsuk W, Uenyong S. Competencies and job satisfaction of nurse practitioners working in primary health care units. J Boromrajonani Coll Nurs Suphanburi 2018; 1(2): 28-38. (In Thai).

13. Ueatrongchit K, Panpakdee O, Siripitayakunkit A. Factors related to job satisfaction advanced nurse practitioner. Thai J Nurs Coun 2012; 27(2): 5-16. (in Thai)

14. Kaensamrong P. Academic articles: Job satisfaction. [internet] 2015. Available from: www.acn.ac.th

15. Atthachaiwat A. Roles and duties of professional nurses. Bangkok: Tawan Media Publishing House; 2018. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน

ศิริขวัญ ประพันธ์พจน์*

เพลินพิศ บุญยมาลิก** แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ***

บทคัดย่อ

โรงงานผลิตกระสุนปืนเป็นอุตสาหกรรมกลุ่มเสี่ยงที่พนักงานมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนทดลองหลังทดลอง และระยะติดตามผล มีระยะเวลาศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพนักงานจากโรงงานผลิตกระสุนปืน 2 แห่งในจังหวัดราชบุรี โดยโรงงานทั้งสองแห่งได้รับการสุ่มด้วยวิธีจับฉลากให้เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นคัดเลือกพนักงานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากแต่ละโรงงานด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มละ 39 คน โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 64 คนที่เข้าร่วมการศึกษาจนครบและถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสุดท้าย แบ่งเป็นกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA, Post-hoc Bonferroni test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) ขณะที่การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ พบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (group-by-time interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วทั้ง 4 องค์ประกอบและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามระยะเวลา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วในพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้กับโรงงานที่มีลักษณะความเสี่ยงคล้ายคลึงกันและใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการเรียนการสอนด้านอาชีวอนามัยสำหรับคนงานกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: โรคพิษตะกั่ว/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกัน/ พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน/ พยาบาลอาชีวอนามัย

วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 7 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 15 สิงหาคม 2569

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of a workplace lead exposure prevention program applying Health Belief Model on preventive behaviors toward lead exposure among workers in ammunition plants

Sirikwan Prapanpote*

Plernpit Boonyamalik** Ann Jirapongsuwan***

ABSTRACT

Ammunition factories are high-risk workplaces where employees are at risk of occupational lead exposure. This research aimed to examine the effects of a workplace lead exposure prevention program applying Health Belief Model on perceptions and preventive behaviors toward lead exposure among workers in ammunition plants.

This Quasi-experimental research employed a pretest-post-test with follow-up design over an 8-week period. The sample comprised workers from two ammunition factories in Ratchaburi Province. The two factories were randomly allocated by lottery to either the experimental or comparison condition. Eligible workers within each factory were then selected using simple random sampling, resulting in 39 participants per group. Of these, 64 participants completed the study and were included in the final analysis, with 32 participants in each group. The experimental group received a program developed based on the Health Belief Model. Data were collected using questionnaires and analyzed using Repeated Measures ANOVA, Post-hoc Bonferroni test, and Independent t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed significant increases in perceived susceptibility, perceived severity, and lead-exposure preventive behaviors after the intervention compared with baseline ($p < 0.05$), whereas changes in perceived benefits and perceived barriers were not statistically significant change. Significant group-by-time interactions were observed for perceived severity and preventive behaviors, indicating greater changes over time in the experimental group. The experimental group also showed significantly higher mean scores in all perception components related to lead poisoning and preventive behaviors compared to the comparison group ($p < 0.05$) at both post-intervention and follow-up phases. These findings suggest that the Health Belief Model-based lead exposure prevention program was associated with a differential improvement over time in perceived severity and lead-exposure preventive behaviors. Recommendations from this research include implementing this program in facilities with similar risk profiles and utilizing the findings as empirical evidence in occupational health education for risk workers.

Key Words : Lead poisoning/ Health Belief Model/ Preventive behaviors/ Ammunition factory workers/ Occupational health nursing

Article info: Received: April 16, 2025 Revised: September 7, 2025, Accepted: August 15, 2026

* Graduated student in Master of Nursing Science (occupational health nurse practitioner),

Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding author, Assistant Professor, Department of Public Health Nursing,

Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สารตะกั่วเป็นสารกลุ่มโลหะหนักที่มีการใช้งานแพร่หลายในงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่น อุตสาหกรรมผลิตแบตเตอรี่ อุตสาหกรรมโลหะ บัตเตอรี่และกระสุนปืน เป็นต้น สารตะกั่วเป็นพิษต่อร่างกายและสามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายโดยฝุ่นตะกั่ว (Dust) และฟุ้ง (Fume) ของตะกั่ว สามารถถูกดูดซึมได้ดีทางการหายใจและทางปากและตะกั่วอินทรีย์สามารถดูดซึมผ่านผิวหนังได้ดี¹ ตะกั่วเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคพิษตะกั่ว (Lead Poisoning) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการสะสมของสารตะกั่วในร่างกายจนถึงระดับที่เป็นอันตราย โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตะกั่วจากการทำงานของ ASEAN คือตรวจพบระดับตะกั่วในเลือด (Blood Lead Level : BLL) ในผู้ใหญ่ค่าสูงตั้งแต่ 60 µg/dl ขึ้นไป หากสัมผัสตะกั่วในระดับสูงมากๆ อาจเป็นอันตรายร้ายแรงทำให้เสียชีวิตได้ การสัมผัสตะกั่วทำให้เกิดความเป็นพิษและส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการสร้างเม็ดเลือด ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลกระทบต่อไต ผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์¹ และตะกั่วอินทรีย์ (Lead Compound Inorganic) ยังจัดอยู่ในกลุ่มสารที่น่าจะก่อมะเร็งในมนุษย์ (Group 2A: probably carcinogenic to humans)⁶

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเกือบครึ่งหนึ่งของ 2 ล้านคนที่เสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีที่ทราบชนิดในปี 2019 เกิดจากการสัมผัสสารตะกั่ว คาดว่าจะทำให้สูญเสียความพิการและการเสียชีวิตไป 21.7 ล้านปี (ปีชีวิตที่ปรับตามความพิการหรือ DALY) ทั่วโลกเนื่องจากผลกระทบต่อ

สุขภาพในระยะยาว² ในปี พ.ศ. 2563 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคพิษจากสารโลหะหนักจากระบบรายงาน 506, 506/2 และระบบ 43 แพ้ม รวม 141 ราย โดยพบสาเหตุจากตะกั่วมากที่สุด จำนวน 56 ราย (คิดเป็นร้อยละ 39.72)¹

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมตามแบบรายงาน รง.506/2 สถานการณ์โรคพิษตะกั่วในจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2563 พ.ศ.2565 และพ.ศ.2566 พบพนักงานที่มีค่าตะกั่วในเลือดสูงเกินมาตรฐานมาจากโรงงานผลิตกระสุนปืนคิดเป็นร้อยละ 7.69, 3.15, และ 12.63 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีอาการผิดปกติ จำนวน 10 รายจากโรงงานผลิตกระสุนปืน

โรงงานผลิตกระสุนปืนในประเทศไทยเป็นโรงงานที่ สอดคล้องกับตัวอย่างของอุตสาหกรรมกลุ่มเสี่ยงสัมผัสสารตะกั่ว¹ มีวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ที่เป็นตะกั่ว ในกระบวนการผลิตมีขั้นตอนการทำงานที่มีโอกาสทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของฝุ่นตะกั่ว โดยเฉพาะแผนกที่มีลักษณะการทำงานที่มีการกระแทก ชัดชิ้นงาน รวมทั้งขั้นตอนการผลิตแบบระบบเปิดและไม่สามารถแยกพนักงานออกจากกระบวนการผลิตได้ หากพนักงานที่ทำงานสัมผัสตะกั่วมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับสัมผัสตะกั่วได้⁷ พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเป็นหนึ่งในวิธีการป้องกันและควบคุมโรคพิษตะกั่วในกลุ่มแรงงานนอกเหนือจากมาตรการด้านความปลอดภัยและกลไกทางกฎหมาย โรงงานที่เน้นย้ำพฤติกรรมป้องกัน สุขอนามัยในการปฏิบัติงานของพนักงานจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสสารตะกั่ว⁸

แนวทางการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ตามมาตรฐาน OSHA 1910.1025 ได้แก่ 1) การจำกัดการรับสัมผัส (Exposure Limits) โดยกำหนดขีดจำกัดการรับสัมผัสที่ยอมรับได้ (Permissible Exposure Limit หรือ PEL) ที่ $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เฉลี่ย 8 ชั่วโมงทำงานและกำหนดระดับปฏิบัติการ (Action Level) ที่ $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เฉลี่ย 8 ชั่วโมงทำงาน 2) การประเมินการรับสัมผัส (Exposure Assessment) ต้องทำการตรวจวัดระดับการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานทุกคนที่อาจได้รับสัมผัสตะกั่วที่ระดับหรือเกินระดับปฏิบัติการและการตรวจวัดอย่างน้อยทุก 6 เดือน 3) การควบคุมทางวิศวกรรมและการปฏิบัติงาน (Engineering and Work Practice Controls) ใช้การควบคุมทางวิศวกรรมและการปฏิบัติงานเป็นวิธีหลักในการลดการรับสัมผัสให้ต่ำกว่า PEL 4) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment - PPE) นายจ้างต้องจัดหา PPE อุปกรณ์ป้องกันระบบหายใจที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนของตะกั่ว 5) การฝึกอบรมและการให้ข้อมูล (Training and Information) ต้องจัดการฝึกอบรมตามเนื้อหาของมาตรฐาน OSHA 6) การเฝ้าระวังทางการแพทย์ (Medical Surveillance) ต้องมีการตรวจสุขภาพและการติดตามระดับตะกั่วในเลือดสำหรับพนักงานที่ได้รับสัมผัสตะกั่วที่ระดับหรือเกินระดับปฏิบัติการหากระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่า $40 \mu\text{g}/\text{dl}$ ต้องทำการตรวจซ้ำ 7) การบันทึกและการรายงาน (Record keeping) นายจ้างต้องเก็บบันทึกการรับสัมผัสและผลการตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่กำหนด พนักงานมีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลการรับสัมผัสและผลการตรวจสุขภาพของตน 8) แผนการปฏิบัติการ (Compliance Program) มีแผนการ

ปฏิบัติการเป็นลายลักษณ์อักษรที่อธิบายวิธีการที่จะใช้เพื่อลดการรับสัมผัสตะกั่วให้ต่ำกว่า PEL 9) สุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal Hygiene Facilities) ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำความสะดวก มีข้อกำหนดว่าห้ามรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ สูบบุหรี่ หรือใช้เครื่องสำอางในพื้นที่ที่มีการรับสัมผัสตะกั่วเกิน PEL 10) การเคลื่อนย้ายพนักงาน (Medical Removal) พนักงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่า $60 \mu\text{g}/\text{dl}$ หรือค่าเฉลี่ยของการตรวจสามครั้งสุดท้ายสูงสุดสูงกว่า $50 \mu\text{g}/\text{dl}$ ให้ย้ายงานไปงานที่มีการรับสัมผัสต่ำกว่าระดับปฏิบัติการและต้องได้รับการคุ้มครองรายได้และสิทธิประโยชน์³

ผลของการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการให้โปรแกรมด้านอาชีวสุขภาพกับคนงานหรือลูกจ้างในโรงงานส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันตนเองเพื่อลดการสัมผัสตะกั่ว^{9,10,11,12,13,14} โดยเฉพาะการให้โปรแกรมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารตะกั่วที่ถูกต้องในพนักงานกลุ่มเสี่ยงและสามารถช่วยลดระดับตะกั่วในเลือดลงได้^{14,15,16}

Rosenstock⁴ ได้อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากแนวคิดทั้งหมด 5 มิติของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) ดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดี

สำหรับพนักงาน⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมป้องกันการโรค^{17,18,19,20} ดังนั้นหากพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน

ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานซึ่งจะลดโอกาสในการเกิดโรคพิษตะกั่วจากการทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ของพนักงาน โรงงานผลิตกระสุนปืน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน และกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล

สมมุติฐานการวิจัย

1. พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง

2. พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษตะกั่ว

ชมคลิปวิดีโอโอกาสเสี่ยงโรคพิษตะกั่ว

2. สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว

ชมคลิปวิดีโอความรุนแรงโรคพิษตะกั่วและอธิบายผลตรวจตะกั่วในเลือดรายบุคคล

3. ส่งเสริมให้พนักงานได้รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน

จัดการสนทนากลุ่มและสร้างกลุ่มสนทนาในโซเชียลแอฟพลิเคชั่น เพื่อค้นหาอุปสรรคและประโยชน์จากการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน

4. ส่งเสริมปัจจัยกระตุ้นให้พนักงานเกิดการปฏิบัติตนในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน ทั้งจากภายในและภายนอก

สนทนากลุ่มกับผู้ที่มีตะกั่วเกินเกณฑ์ ติดป้ายแจ้งเตือน ติดตั้งป้ายเตือน เสี่ยงตามสาย คัดเลือกบุคคลตัวอย่าง

ตัวแปรตาม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษตะกั่ว

การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) วัดผลก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน ปี พ.ศ. 2567 ในจังหวัดราชบุรี 2 แห่ง แห่งที่ 1 จำนวน 80 คนและแห่งที่ 2 จำนวน 88 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 168 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนปี พ.ศ. 2567 จำนวน 2 แห่ง

ในจังหวัดราชบุรี สุ่มเลือกโดยการจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่งและกลุ่มเปรียบเทียบ 1 แห่งและทำการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าในแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรม¹⁷ แล้วนำมาคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*POWER เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดค่า alpha เท่ากับ 0.05 กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 จะได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มละ 32 คน และจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ มีการป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพนักงานประจำ ทำงานในฝ่ายผลิต ทั้งเพศชาย-หญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปของโรงงานผลิตกระสุนปืนที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
2. สามารถ พูด อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. มีผลค่าตะกั่วในเลือดทุกระดับตามผลตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงประจำปีของพนักงานในโรงงานในปีที่ผ่านมาและพนักงานที่ค่าตะกั่วในเลือดสูงจนเกิดการป่วยโรคพิษตะกั่วที่ได้รับการรักษาจนกลับมาทำงานได้ตามปกติ
4. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดการบกพร่องทางการสื่อสาร บกพร่องทางการมองเห็น ภาวะพิการทุพพลภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติหนังสือรับรอง (MUPH 2024-115 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วที่ผู้วิจัยประยุกต์พัฒนาต่อจากงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพการรับรู้ภาวะคุกคามต่อการสร้างพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารตะกั่วของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน⁹ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ค่าตะกั่วในเลือดครั้งล่าสุด แผนกและอายุการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ด้านละ 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามที่เป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ประยุกต์วิธีการสร้างของลิเคิร์ท (Likert scale) มีมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ดังนี้

ด้านที่ 1 โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษตะกั่ว

ด้านที่ 2 ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว

ด้านที่ 3 ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

ด้านที่ 4 อุปสรรคของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

โดยด้านที่ 1 ด้านที่ 2 และด้านที่ 3 คะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงการรับรู้ในแต่ละด้านที่เพิ่มขึ้น สำหรับด้านที่ 4 อุปสรรคของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ได้มีการปรับคะแนนของข้อคำถามเชิงลบ (Reverse Scoring) เพื่อให้คะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงการรับรู้อุปสรรคที่ลดลงตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วรวม 17 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ซึ่งประยุกต์วิธีการสร้างของลิเคิร์ต (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชกรรม 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย 3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา กำหนดค่ายอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป²¹ โดยแบบสอบถามคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้มากกว่า 0.8 ทุกส่วน นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป²² โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ 0.76 ขึ้นไปทุกส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับชุดกิจกรรมดังต่อไปนี้ ชุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมที่ 1 กลุ่มทดลองจะได้รับชมสไลด์ประกอบคำบรรยายเรื่องโรคพิษตะกั่ว วิดีโอคลิปสะท้อนให้เห็นโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงจากโรคพิษตะกั่วจาก กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วิดีโอคลิปสัมภาษณ์ประสบการณ์จากพนักงานที่ทำงานสัมผัสตะกั่วและเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคพิษตะกั่ว แจกผลระดับค่าตะกั่วของพนักงานที่ผ่านมาและอธิบายผล กิจกรรมที่ 2 ทำการแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม คณะพนักงานที่มาจากต่างแผนกเพื่อการสนทนากลุ่มโดยแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม ผู้วิจัยเปิดการสนทนากลุ่มและสร้างกลุ่มสนทนาในโซเชียลแอปพลิเคชัน เพื่อค้นหาอุปสรรคและประโยชน์จากการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเพื่อค้นหาอุปสรรคต่างๆทำให้พนักงานหลีกเลี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามมาตรการจนกลายเป็นอุปสรรคในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและค้นหาวิธีแนวทางการทำได้จริงในการลดอุปสรรคต่างๆและการเห็นประโยชน์จากการป้องกันการรับสัมผัสเพื่อให้พนักงานปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ชุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มทดลองยกตัวอย่างพนักงานที่มีค่าตะกั่วเกินเกณฑ์มาตรฐานและมีอาการผิดปกติกับร่างกาย

และชี้ให้พนักงานรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสผ้สะก๊ว กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงงานและหัวหน้างาน ติดตั้งป้ายแจ้งเตือนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง เช่น ป้ายเตือนเกี่ยวกับการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) ในบริเวณที่พนักงานมีโอกาสสัมผัสผ้สะก๊ว ระบบเสียงประกาศข้อความเพื่อเตือนพนักงานให้ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันการสัมผัสผ้สะก๊ว คัดเลือกพนักงานที่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันการสัมผัสผ้สะก๊วที่ดีเพื่อเป็นการยกย่องชื่นชมพนักงานที่มีส่วนร่วมและมอบรางวัลหลังสิ้นสุดกิจกรรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้จัดการของโรงงานผลิตกระสุนปืนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยและสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นการตัดสินใจอย่างอิสระ รวมทั้งอธิบายวิธีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึง เซ็นชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย นำเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามไปให้แบบเผชิญหน้า ให้เวลาตอบและรอรับกลับผู้วิจัย ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลโดยจัดกิจกรรมในโรงงาน จำนวน 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลในอีก 4 สัปดาห์ให้หลัง เก็บข้อมูลตั้งแต่ ตั้งแต่วันที่ 6 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window version 18 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ค่าตะกั่วในเลือดครั้งล่าสุด(ถ้ามี) แผนกที่ทำงาน และอายุการทำงาน แสดงผลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติด้วยสถิติ K-S test ทดสอบความแปรปรวนของกลุ่มของกลุ่มประชากร โดยใช้ Levene's Test of equality of variances และทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Chi-square และ Independent t-test

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (ภายในกลุ่ม) ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว และพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสผ้สะก๊วจากการทำงาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA และ Post-hoc Bonferroni test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว และพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสผ้สะก๊วจากการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนภายในจังหวัดราชบุรี ที่ทำงานมาเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไปโดยระหว่างการทดลอง กลุ่มทดลองมีพนักงานลาออกระหว่างทำกิจกรรม 2 คนและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 5 คนส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีพนักงานลาออกระหว่างทำกิจกรรม 2 คน ลาออก 1 คน ลาป่วย 1 คนและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 3 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 22 – 55 ปี กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสดและคู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กลุ่มทดลองมีการกระจายตัวของระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบมีการศึกษาเพียงมัธยมศึกษาและอนุปริญญา กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.63 (SD=9.46) ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 35.53 (SD=8.10) ปี ในด้านอายุงานกลุ่มตัวอย่างมีอายุงานระหว่าง 1 – 34 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุงานเฉลี่ย 11.16 (SD=11.15) ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุงานเฉลี่ย 9.31 (SD=6.31) ปี ค่าตะกั่วในเลือดครั้งล่าสุดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.25 (SD=9.57) $\mu\text{g/dl}$ (ค่าต่ำสุด 2.86 $\mu\text{g/dl}$ และค่าสูงสุด 38.17 $\mu\text{g/dl}$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 4.84 (SD=1.42) $\mu\text{g/dl}$ (ค่าต่ำสุด 2.00 $\mu\text{g/dl}$ และค่าสูงสุด 8.00 $\mu\text{g/dl}$) คุณลักษณะส่วนบุคคลของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนภายในจังหวัดราชบุรี พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และค่าตะกั่วในเลือดครั้งล่าสุดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่อายุ สถานภาพสมรสและอายุงานไม่แตกต่างกัน

Table 1. Comparison of Mean Scores of Lead Poisoning Perceptions and Lead Exposure Prevention Behaviors Within the Experimental Group and Comparison Group and Between the Experimental Group and Comparison Group at Pre-intervention, Post-intervention, and Follow-up Phases Using Repeated Measures ANOVA

	experimental group (n=32)		Comparison group (n=32)		Variable and effect	SS	MS	F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD					
Perceived susceptibility to lead poisoning									
Pre-intervention	38.59	3.44	34.69	5.54	Between group	1286.51	1286.51	21.72	<0.001*
Post-intervention	41.78	4.92	35.66	5.92	Within-group (Time)	184.26	92.13	6.08	0.003*
Follow up	41.47	4.56	35.97	7.51	Group*time interaction	41.89	20.94	1.38	0.255
Perceived severity to lead poisoning									
Pre-intervention	39.09	6.56	33.81	8.12	Between group	4200.02	4200.02	29.76	<0.001*

Post-intervention	45.13	5.18	32.97	10.6	Within-group (Time)	332.32	184.43	6.97	0.002*
Follow up	44.72	5.32	34.09	10.06	Group*time interaction	416.89	231.37	8.75	<0.001*
Pre-intervention	44.34	4.9	37.34	7.93	Between group	2207.3	2207.3	23.43	<0.001*
Post-intervention	46.22	5.28	39.53	7.41	Within-group (Time)	150.41	75.2	4.8	0.010*
Follow up	45.84	5.5	39.19	7.16	Group*time interaction	1.16	0.58	0.04	0.964
Pre-intervention	45.44	5.52	40.03	8.11	Between group	1490.76	1490.76	18.56	<0.001*
Post-intervention	47.16	4.3	40.88	8.15	Within-group (Time)	253.79	140.75	5.25	0.008*
Follow up	48.06	3.92	43.03	7.79	Group*time interaction	13.167	7.302	0.27	0.739
Pre-intervention	49.72	6.56	44.19	7.46	Between group	2596.02	2596.02	23.9	<0.001*
Post-intervention	55.84	6.22	44.22	7.9	Within-group (Time)	542.28	298.49	11.35	<0.001*
Follow up	53.31	6.86	48.41	8.13	Group*time interaction	440.885	242.678	9.23	<0.001*

*p-value < 0.05, SS = Sum of Square, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

Table 2. Comparison of Mean Scores for Lead Poisoning Perception and Occupational Lead Exposure Prevention Behaviors Within Experimental and Comparison Groups Across Different Study Phases Using Post-hoc Bonferroni Test

	experimental group (n=32)			comparison group (n=32)		
	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
Perceived susceptibility to lead poisoning						
Pre-intervention– Post-intervention	-3.19	0.98	0.008*	-0.97	0.95	0.952
Pre-intervention – Follow up	-2.88	0.88	0.008*	-1.28	0.97	0.582
Post-intervention - Follow up	0.31	0.91	1.000	-0.31	1.13	1.000
Perceived severity to lead poisoning						
Pre-intervention– Post-intervention	-6.03	0.98	<0.001*	0.84	1.45	1.000
Pre-intervention – Follow up	-5.63	1.08	<0.001*	-0.28	1.61	1.000
Post-intervention - Follow up	-0.41	0.72	1.000	-1.13	1.25	1.000
Perceived benefits of lead exposure prevention						
Pre-intervention– Post-intervention	-1.88	0.96	0.176	-2.19	1.04	0.128

Pre-intervention – Follow up	-1.50	1.07	0.510	-1.84	0.99	0.213
Post-intervention - Follow up	0.38	1.01	1.000	0.34	0.87	1.000
Perceived barriers to lead exposure prevention						
Pre-intervention– Post-intervention	-1.71	0.87	0.172	-0.84	1.44	1.000
Pre-intervention – Follow up	-2.63	1.08	0.061	-3.00	1.68	0.250
Post-intervention - Follow up	-0.91	0.57	0.363	-2.16	1.40	0.397
Lead exposure prevention behaviors						
Pre-intervention– Post-intervention	-6.13	1.22	0.000*	-0.31	0.83	1.000
Pre-intervention – Follow up	-3.59	0.91	0.001*	-4.22	1.46	0.021*
Post-intervention - Follow up	2.53	1.11	0.090	-4.19	1.61	0.042*

*p-value < 0.05, MD = Mean Difference, SE = Standard Error

Table 3. Comparison of Mean Scores for Lead Poisoning Perception and Occupational Lead Exposure Prevention Behaviors Between Experimental and Comparison Groups Across Different Study Phases Using Independent t-test

	experimental group		Comparison group		t	p-value
	(n=32)		(n=32)			
	Mean	SD	Mean	SD		
Perceived susceptibility to lead poisoning						
Pre-intervention	38.59	3.44	34.69	5.54	3.39	0.001*
Post-intervention	41.78	4.92	35.66	5.92	4.50	<0.001*
Follow up	41.47	4.56	35.97	7.51	3.54	0.001*
Perceived severity to lead poisoning						
Pre-intervention	39.09	6.56	33.81	8.12	2.86	0.006*
Post-intervention	45.13	5.18	32.97	10.60	5.83	<0.001*
Follow up	44.72	5.32	34.09	10.06	5.28	<0.001*
Perceived benefits of lead exposure prevention						
Pre-intervention	44.34	4.90	37.34	7.93	4.25	<0.001*
Post-intervention	46.22	5.28	39.53	7.41	4.16	<0.001*
Follow up	45.84	5.50	39.19	7.16	4.17	<0.001*
Perceived barriers to lead exposure prevention						
Pre-intervention	45.44	5.52	40.03	8.11	3.12	0.003*
Post-intervention	47.16	4.30	40.88	8.15	3.86	<0.001*
Follow up	48.06	3.92	43.03	7.79	3.26	0.002*
Lead exposure prevention behaviors						
Pre-intervention	49.72	6.56	44.19	7.46	3.15	0.003*
Post-intervention	55.84	6.22	44.22	7.9	6.54	<0.001*

Follow up	53.31	6.86	48.41	8.13	2.61	0.011*
-----------	-------	------	-------	------	------	--------

*p-value < 0.05, SD = Standard Deviation

ผลการวิจัย

พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว หลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง โดยหลังทดลองสูงขึ้นกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงขึ้นกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองไม่แตกต่างกับระยะติดตามผล ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังทดลองกับก่อนทดลองทั้งในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากโรคพิษตะกั่ว

พนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกระยะของการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งในการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากโรคพิษตะกั่ว

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peter²³ ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.62 และ r = 0.58 ตามลำดับ, p < 0.05) โปรแกรมในการศึกษานี้ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ตามองค์ประกอบของทฤษฎี ได้แก่ การบรรยาย ประกอบสื่อสไลด์ การใช้คลิปวิดีโอเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว การมอบผลการตรวจระดับตะกั่วในเลือดพร้อมการแปลผล การสัมภาษณ์พนักงานที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยจากโรคพิษตะกั่ว การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อค้นหาอุปสรรคและประโยชน์ในการป้องกัน รวมถึงการใช้ปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก เช่น การติดตั้งป้ายเตือน การประกาศเตือนอย่างสม่ำเสมอ และการยกย่องชื่นชมพนักงานที่มีพฤติกรรมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ Sharafkhani และคณะ²⁴ ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อและการมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าช่วยเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alinejad และคณะ²⁸ ที่พบว่าการใช้วิธีการผสมผสานทั้งการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต วิดีโอคลิป และการกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางดิจิทัล สามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันในบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Mohammadnabizadeh และคณะ²⁵ มีการให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลร่วมกับการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคกันของพนักงานอุตสาหกรรมน้ำมันเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในระยะติดตามผลพบมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kouhi และคณะ¹⁷ ที่พบว่าคะแนนในระยะติดตามผลมีก ลดลงจากระยะหลังการทดลองซึ่งอาจมีหลายสาเหตุ เช่นการหลงลืมของพนักงานเมื่อเวลาผ่านไปหรือขาดการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอในกระบวนการทำงาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและการรับรู้อุปสรรค การป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วที่ไม่แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของจางันค์ ธนะภพ¹⁶ ที่พบว่าหลังการให้ความรู้ด้วยโปรแกรมอาชีวอนามัย คะแนนการรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ไม่แตกต่างกัน ส่วนการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วสูงขึ้นในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล อาจเป็นผลจากกลุ่มเปรียบเทียบที่แม้ว่าไม่ได้รับโปรแกรมแต่ทราบว่าตนเองอยู่ใน

งานวิจัยทำให้เกิดความใส่ใจและปรับพฤติกรรมของตน

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน โดยภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่สูงกว่าอาจสะท้อนผลจากกิจกรรมการบรรยาย การใช้วีดิโอคลิปและการแจ้งผลตะกั่วในเลือดประกอบการอธิบายซึ่งเป็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อทำให้พนักงานเกิดความตระหนักต่อการเกิดโอกาสเสี่ยงตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Kouhi และคณะ¹⁷ ที่ใช้การบรรยายร่วมกับการถาม-ตอบในการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพนักงานศูนย์ทันตกรรม รวมทั้งสอดคล้องกับ ทศนา แชนณี³⁰ ที่กล่าวว่าวิธีการสอนแบบบรรยายเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดและ จิราภรณ์ เฟื่องฟุ้ง³¹ ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนเป็นวิธีการหนึ่งในการให้ความรู้ มีสัณภาพเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ลดความเครียด ความเบื่อหน่ายซึ่งเป็นอุปสรรคของการเรียนรู้และจดจำ เป็นการ

ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และจดจำรวมทั้งสามารถทบทวนซ้ำได้ด้วยตนเอง มีเวลาในการคิดวิเคราะห์เพื่อการเรียนรู้และนำไปใช้ในทางปฏิบัติ และ Mohammadnabizadeh และคณะ²⁷ ที่ใช้การให้ความรู้ผ่านโซเซียลแอปพลิเคชันในรูปแบบข้อความ รูปภาพ วิดีโอและข้อความเสียงในพนักงานอุตสาหกรรมน้ำมัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงที่สูงกว่าเป็นผลจากการรับชมวิดีโอสัมภาษณ์พนักงานที่ป่วยเป็นโรคพิษตะกั่ว ทำให้พนักงานเข้าใจถึงผลกระทบร้ายแรงของพิษตะกั่วต่อสุขภาพและต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ Tuoma และ Qassim²⁶ ที่ให้การแทรกแซงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal protective equipment: PPE) ของพนักงานโรงงานหม้อแปลงไฟฟ้าสามารถเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาอุปสรรคและประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอาจช่วยให้การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพิษตะกั่วของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบงานวิจัยของ Mohammadnabizadeh และคณะ²⁷ ที่ใช้การสร้างกลุ่มในโซเซียลแอปพลิเคชันให้พนักงานมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้เชี่ยวชาญ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าของพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเป็นผลจากการใช้ตัวแบบจาก

พนักงานที่มีค่าตะกั่วเกินมาตรฐานมาแบ่งปันประสบการณ์ เสริมแรงด้วยการมอบรางวัลและการติตป้ายเตือน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hosseinpour และคณะ²⁹ และ Jaihooni และคณะ²⁸ ทั้งสองการศึกษาพบว่าการใช้กิจกรรมที่หลากหลายในการกระตุ้นการปฏิบัติส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ออกแบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของทฤษฎี มีผลลัพธ์ที่ดีในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วในพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืน โดยการใช้กิจกรรมที่ออกแบบให้ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพและเน้นการมีส่วนร่วมของพนักงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาเพิ่มกลยุทธ์ในการรักษาระดับพฤติกรรมป้องกันให้คงอยู่ในระยะยาว เช่น การติดตามและกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องและการสร้างระบบสนับสนุนในสถานประกอบการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน รวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการประเภทเดียวกันที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วต่อไป

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้การออกแบบชุดกิจกรรมที่มีความครบถ้วนตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ชุดกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรม

ที่ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมสั้นซึ่งเหมาะสมกับโรงงานผลิตกระสุนปืนซึ่งเป็นโรงงานที่มีการควบคุมอย่างเข้มงวดและเข้าถึงได้ยาก รวมทั้งยังไม่มีงานวิจัยในกลุ่มพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนในประเทศไทยมาก่อน ผลการวิจัยจึงเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างที่จำเพาะเจาะจงสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานโรงงานผลิตกระสุนปืนได้อย่างเหมาะสม

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

คุณลักษณะของประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันตั้งแต่เริ่มต้นอาจส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เพื่อให้คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากขึ้น

นอกจากนี้ การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการในระดับโรงงาน โดยมีโรงงานเพียง 1 แห่งในแต่ละกลุ่ม ดังนั้นจึงไม่สามารถแยกอิทธิพลของคุณลักษณะเฉพาะในระดับโรงงานออกจากผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลอาชีวอนามัยสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้พัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพิษตะกั่ว ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสตะกั่วในโรงงานผลิตกระสุนปืน
2. สถาบันการศึกษาสามารถนำผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประกอบการเรียนการสอน

เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วช่วยให้สามารถออกแบบเนื้อหาที่ทันสมัยและตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของโรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่ว

3. ผู้ประกอบการควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและมาตรการความปลอดภัย พร้อมทั้งจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ PPE อ่างล้างมือ และอ่างซักเสื้อผ้าที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้พนักงานสามารถนำความรู้จากโปรแกรมไปปฏิบัติและเกิดประโยชน์กับพนักงานอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เพื่อให้คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันและใช้รูปแบบการวิจัยแบบ randomized controlled trial

2. ควรมีการดำเนินการติดตามผลในระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 12 เดือน เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ผลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มการวัดค่าตะกั่วในเลือดของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ไม่ได้รับทุน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์และเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้เชี่ยวชาญ ขอขอบพระคุณสถานประกอบการ
ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการทำการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Guidelines for surveillance, prevention and control of lead poisoning in working age groups. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2020. (in Thai).

2. World Health Organization. Lead poisoning - Global [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 30]. Available from: https://www.who.int/health-topics/lead-poisoning#tab=tab_1

3. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Lead [29 CFR 1910.1025] [Internet]. Washington, DC: United States Department of Labor; 1978 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1910/1910.1025>

4. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2:354-86.

5. Strecher VJ, Rosenstock IM. The Health Belief Model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p.41-59.

6. International Agency for Research on Cancer. Inorganic and organic lead compounds. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, No. 87. Lyon: IARC; 2006.

7. Ruamtham N. Lead Poisoning and Occupational Health Management in a Small Scale Lead smelting Plant, Udonthani Province. Journal of Udonthani Hospital. 2022;48(2):113-22. (in Thai).

8. Chaiwatcharaporn K. Lead Poisoning Management in Seven Lead Factories in Samut Prakan Province: A Five Years Retrospective Cohort Study. Thai Journal of Toxicology. 2023;38(2):34-8. (in Thai).

9. Waeyeng D, Mahaboon J, Kaewsawat S. Effectiveness on Perceived threat To self-Protection Behavior From Lead Exposure among Fishing net Sinker Workers in Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science of Thailand. 2017;26(Suppl 3)

10. Metanawin H. Effect of Health Education Program with Participation of Resource Management on Knowledge, Attitude, and Preventive Behaviors, and Blood Lead Level among Lead Exposed Battery Workers. The Public Health Journal of Burapha University. 2016;11(2):238-51. (in Thai).

11. Lormphongs S, Morioka I, Miyai N, Yamamoto H, Chaikittiporn C, Thiramanus T, et al. Occupational health education and collaboration for reducing the risk of lead poisoning of workers in a battery manufacturing plant in Thailand. Ind Health. 2004;42(4):440-5.

<https://doi.org/10.2486/indhealth.42.440>

12. Buzzetti AJ, Greene F, Needham D. Impact of a Lead-Safe training program on workers conducting renovation, painting, and maintenance activities. Public Health Rep. 2005;120(1):25-30.

<https://doi.org/10.1177/003335490512000106>

13. Sharmer L. Knowledge and attitude outcomes related to different instructional techniques in Lead-Based Paint Abatement Training. Am J Health Educ. 2002;33(1):36-42.

<https://doi.org/10.1080/19325037.2002.10604718>

14. Wongraphan W, Singseewo A, Thanee T, Padungtod C. The effect of group participatory learning process on knowledge, attitude and practice for lead contamination prevention on electrical equipments and electronic devices repairmen and work environment in the area of Nakhonratchasima Province, Thailand. Social Sciences. 2010;5(3):202-7.

15. Maples T, Jacoby J, Johnson D, Ter Haar G, Buckingham F. Effectiveness of employee training and motivation programs in reducing exposure to inorganic lead and lead alkyls. AIHAJ. 1982;43(9):692-4.

<https://doi.org/10.1080/15298668291410431>

16. Thanaphop C, Thanaphop S, Madadam U. The Results of Occupational Health Education Program for Reducing Lead Exposure among Boat-caulkers, Nakhon Si Thammarat Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2015;38(4):453-62. (in Thai).

17. Kouhi RS, Panahi R, Ramezankhani A, Aminsobhani M, Khodakarim S, Amjadian M. The effect of education based on health belief model on hand hygiene behavior in the staff of Tehran dentistry centers: A quasi-experimental intervention study. *Health Sci Rep.* 2023;6(7).

<https://doi.org/10.1002/hsr2.1260>

18. Sarvelat ZG, Sharifirad G, Babakhani MH, Zamanian H, Mohebi S. Effect of educational intervention based on the Health Belief Model on the improvement of the health performance of female hairdressers in Qom, Iran. *Arch Hyg Sci.* 2020;9(2):109-20.

19. Tamayo-Ortiz M, Navia-Antezana JF. Reduced lead exposure following a sensitization program in rural family homes producing traditional Mexican ceramics. *Ann Glob Health.* 2018;91(1):12.

<https://doi.org/10.29024/aogh.12>

20. Phoncharoen P, Khamwong P, Thongprachum A. Relationship between Health Belief Model and Health Promotion Behaviors for Musculoskeletal Disorders Prevention among Red Car Taxi Drivers in Chiang Mai Province. *J Health Sci Thai [Internet].* 2022Aug.31 [cited 2025Apr.5];31(Supplement 2):292-303. Available from:

<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12590>

21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

22. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing.* New York: Harper & Row; 1970.

23. Peter H. The role of perceived susceptibility and severity in health behavior change: A Health Belief Model perspective. London: Routledge; 2020.

24. Sharafkhani N, Khorsandi M, Shamsi M, Ranjbaran M. The effect of an educational intervention program on the adoption of low back pain preventive behaviors in nurses: An application of the Health Belief Model. *Glob Spine J.* 2015;5(4):336-341.

<https://doi.org/10.1055/s-0035-1549844>

25. Mohammadnabizadeh S, Najafpoor AA, Ghavami V. Effect of health education on COVID-19 preventive behaviors in oil industry workers: An application of Health Belief Model. *J Research Health*. 2023;13(5):343-50. <http://jr.h.gmu.ac.ir/article-1-2189-en.html>

26. Tuoma NQ, Qassim WJ. Efficacy of the Health Beliefs Model – Based Intervention in Enhancing Workers' Adherence to Wearing Personal Protective Equipment in Diyala State Company: A Randomized Control Trial. *J Neonatal Surg*. 2025;14(17s):687-97.

27. Mohammadnabizadeh S, Najafpoor AA, Vahedian-Shahroodi M, Ghavami V. Effects of educational intervention on promoting preventive behaviors of cardiovascular disease using the health belief model in oil regions workers. *J Educ Community Health*. 2022;9(4):221-7. <https://doi.org/10.34172/jech.2022.1852>

28. Jeihooni AK, Alinejad N, Bijani M, Malekhosseini M, Nasrabadi M, Harsini PA. Effect of educational intervention based on health belief model on nurses' compliance with standard precautions in preventing needle stick injuries. *BMC Nurs*. 2023;22(1):190. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01347-0>

29. Hosseinpour M, Akbar RE, Jahromi MF, Badiyepeymaiejahromi Z. The effect of interventional program underpinned by health belief model on awareness, attitude, and performance of nurses in preventing nosocomial infections: A randomized controlled trial study. *Investig Educ Enferm*. 2023;41(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e10>

30. Fuangfung J. Development of analytical thinking using video media on chemical bonds of Mathayom Suksa 4 students [master's thesis]. Bangkok: Dhurakij Pundit University; 2016. (in Thai).

31. Khammani T. The teaching science: Knowledge for effective learning management process. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2004. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ปวีณา เมฆฉาย*

พัชรพร เกิดมงคล** ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 24 คน ดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 1. การชี้แนะ 2. การสนับสนุน 3. การสอน 4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลพร้อมกับให้คู่มือในการดูแล มีการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพของรพ.สต.นั้นๆ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการประเมินสภาพผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันและแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi square test , Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) หลังการทดลองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .005$) และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} = .054$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง / ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล / การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ: 24 เมษายน 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 17 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 16 สิงหาคม 2569

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of a Nursing Program Promoting Self-Care Capability for Family Caregivers of Older Adults with Stroke in Photharam District, Ratchaburi Province

Paweena Mekchai*

Patcharaporn Kerdmongkol**

Kwanjai Amnatsatsue***

ABSTRACT

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a supportive-educative nursing system program on caregivers' knowledge, caregiving ability for older adults with stroke, the patients' ability in activities of daily living (ADL), and the occurrence of complications among older adults with stroke in Photharam District, Ratchaburi Province. The sample consisted of caregivers and older adults with stroke, divided into experimental and comparison groups of 24 participants each. The study was conducted over six weeks. The experimental group received a program based on Orem's supportive-educative nursing system, which included: (1) guidance, (2) support, (3) teaching, and (4) creating a supportive learning environment for caregivers, along with a caregiver's manual, home visits, and follow-up through telephone or LINE application. The comparison group received routine care from professional nurses at their respective primary care units. Data were collected using interviews and patient assessments. Research instruments included: a general information questionnaire, a caregiver ability assessment, a caregiver knowledge test, an ADL assessment, and a complication risk assessment for older adults with stroke. Data were analyzed using Chi-square test, Independent t - test, and Dependent t - test.

The results revealed that after the intervention, caregivers in the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge and caregiving ability than those in the comparison group (p -value < .001). Older adults with stroke cared for by caregivers in the experimental group had significantly higher mean scores of ADL than those cared for by the comparison group (p -value = .005). However, there was no statistically significant difference in the occurrence of complications between the two groups (p -value = .054).

Key Words: older adults with stroke, self-care capability for family caregivers, nursing care for stroke patients

Article info: Received: April 24, 2025 Revised: September 17, 2025, Accepted: August 16, 2026

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University.

** Correspondent Author: Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด^{1,2} ในประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556-2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี2560 และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 35.9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2556 เป็น 47.8 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2560³ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่รอดชีวิต อาจทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้เปลี่ยนแปลงไป⁴ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลกดทับและหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน ทำให้ผู้ป่วยบางคนมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งก็คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย⁵ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ปักหมื่นไม่เพียงพอ⁶ ทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง⁷ และด้านเศรษฐกิจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลหลายอย่าง⁸

จากสถิติโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ.2564 – 2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 839 904 และ 1,120 ราย ตามลำดับ จำนวนการตาย 51 70 และ 73 ราย⁹ จากการสำรวจข้อมูล พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มติดบ้านจำนวนมาก ซึ่งปัญหาที่ตามมาคือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ การฟื้นตัวส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเกิดภายใน 3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่มีการฟื้นตัวภายหลัง 6 เดือนไปแล้ว¹¹ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

การสัมภาษณ์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอโพธาราม พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร กลืนลำบาก พูดไม่ชัดและการขับถ่ายที่ผิดปกติ ทำให้มักเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การสำลักอาหาร การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลมีบทบาทในการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ แต่จากการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่า ผู้ดูแลไม่มีความรู้และขาดทักษะในด้านการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ด้านการประเมินสภาพปัญหา ด้านการป้องกันความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและขาดทักษะในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านมีต้องการความช่วยเหลือบางส่วน เช่น การเดินระยะทางไกลหรือการอาบน้ำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ แผลกดทับ ภาวะกลืนเนื้อหดรึง และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ¹²

นอกจากนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอโพธาราม ยังมีข้อจำกัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพ้นวิกฤติที่ต้องการการฟื้นฟูที่สม่ำเสมอ ขาดแคลนทรัพยากรบุคคล รวมถึงหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลไม่มีการเชื่อมโยงกับ รพ.สต. ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และรพ.สต.ยังไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ชัดเจน และก่อนหน้านี้ระบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นงานรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสภาพทำให้โรงพยาบาลมีการจำกัดเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันให้ได้มากที่สุด¹³ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันทีโดยไม่ได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปก็พบว่าญาติไม่พร้อมในการดูแลเพราะไม่มีความสามารถในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องที่ซับซ้อน ไม่มีความสามารถในการทำกายภาพบำบัด ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลพื้นฐาน กิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เต็มที่จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา¹⁴

จะเห็นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากการดูแลไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยคุณภาพชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงเกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเองทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นผู้แทนในการเติมเต็มความต้องการด้านการดูแลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง การเรียนรู้ผ่านทฤษฎีโอเร็มโดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ และความสามารถที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนได้

ดังนั้น การที่ผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติการดูแลได้ดี จะต้องมีการพัฒนาความรู้และความสามารถซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม¹⁵ ที่กล่าวว่า การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่ดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล มีการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการใช้สื่อ¹⁶ มีการชี้แนะและ

ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย¹⁷ มีการสนับสนุน โดยมีคู่มือการดูแลผู้ป่วย¹⁸ พุดคุยให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถ และมีการติดตามผู้ดูแลและผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันและการเยี่ยมบ้าน¹⁹ กิจกรรมดังกล่าว มีผลต่อทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความรู้และความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ ความสามารถ ผู้ดูแล มุ่งหวังที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยมีวิธีการกระทำได้นี้ 4 วิธี ดังนี้ 1. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ 2. การสนับสนุนเพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันความล้มเหลว 3. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ 4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล พร้อมกับให้คู่มือเพื่อทบทวนวิธีการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือ LINE ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้ดูแล มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างเต็มศักยภาพเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรม และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรม และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

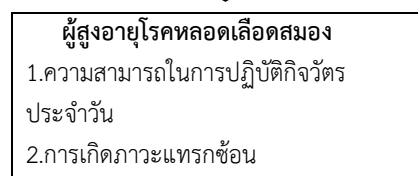
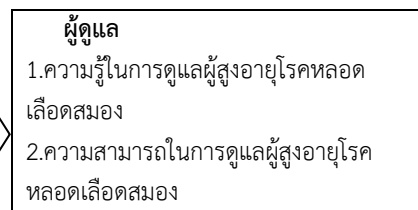
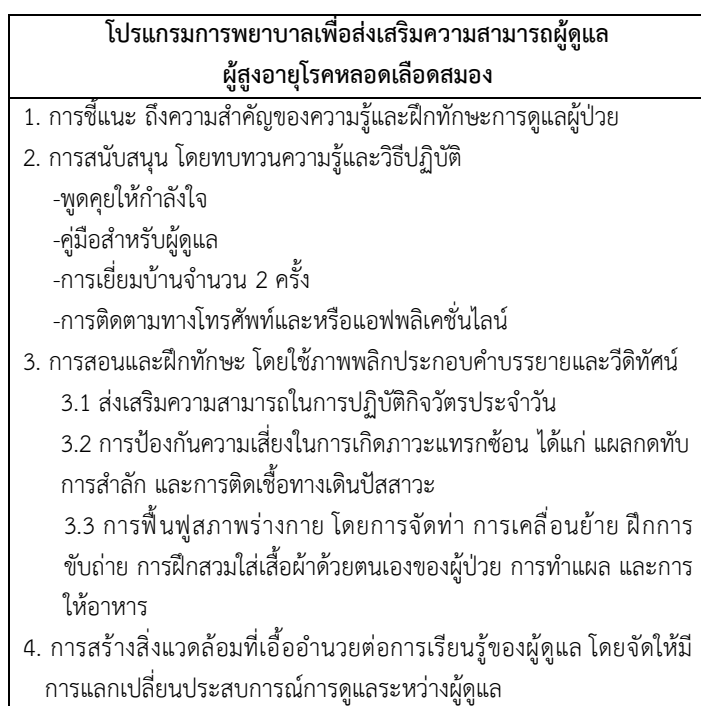
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภายหลังผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. ภายหลังผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. ภายหลังผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยการจับฉลากเลือกโซนจากทั้งหมด 5 โซน ตามแผนการบริหารของสาธารณสุขอำเภอโพธาราม ผลคือ โซนคลองข่อยเป็นกลุ่มทดลองและโซนบ้านเลือกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโพธารามหรือโรงพยาบาลอื่นๆ และกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

โดยเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาเป็นกลุ่มทดลองก่อนจนครบ หลังจากนั้นดำเนินการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่ตรงตามข้อกำหนดการคัดเข้าและมีคุณลักษณะประชากรใกล้เคียงกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบ

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ดูแล คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไปประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยต้องมีคะแนนมากกว่า 21 ขึ้นไป²⁰ และเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหญิงหรือชาย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน มีคะแนน ADL = 5-11 คะแนน และมีความสมัครใจ และให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยที่หลังจากจำหน่ายแล้วไม่ได้พักรักษาตัวต่อเนื่อง ในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี หรือกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และปฏิเสธหรือขอถอนตัวระหว่างหรือภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณหาอิทธิพลจากผลงานวิจัยถึงทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน²¹ (กลุ่มทดลอง $\bar{x}_E = 80.75$, $SD = 5.11$ และกลุ่มเปรียบเทียบ $\bar{x}_C = 75.86$, $SD = 8.23$) ใช้สูตรการคำนวณ Effect size จากสูตรคำนวณค่าอิทธิพลของ Glass and Hopkins (1996)²² ได้ค่า $d = 0.59$ ใช้ค่าที่ใกล้เคียงที่สุดคือ .60 มาเปิดตารางเพื่อประมาณค่าขนาดกลุ่ม

ตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Power) .60 และ Effect size .60 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน (Cohen, 1992)²³ และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยได้กลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน รวมเป็น 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย²⁰ ในผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน บ่งบอกว่า มีการสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวกับปัญญา

1.2 แบบประเมินความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²⁴ คะแนน 12-20 = ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ คะแนน 5-11 = ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างและคะแนน 0-4 = ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินของผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากงานวิจัยที่มี

ลักษณะใกล้เคียง²¹ จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบ
มาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ โดย
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบ
4 ตัวเลือก

2.2 แบบประเมินผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่
ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง
ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย

2.3 แบบประเมินการเกิดแผลกด
ทับตาม National Pressure Ulcer Advisory
Panel (NPUAP) (2016)²⁵ เป็นการประเมิน
เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เป็น
คำถามแบบเลือกตอบ 6 ตัวเลือก

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงในการ
เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พัฒนามา
จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง²⁶ เป็นคำถาม
แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ลักษณะเป็นการ
ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดง
จำนวน 5 ข้อ

2.5 แบบประเมินการสำลัก พัฒนา
มาจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง²⁷ เป็น
คำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ วิจัย

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริม
ความสามารถ ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล
ของโอเร็ม มี 4 วิธี ดังนี้ 1. การชี้แนะ 2. การ
สนับสนุน 3. การสอน 4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่

เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล มีกิจกรรม ดังนี้
กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เพื่อเสริมสร้าง
ความสามารถของผู้ดูแล บรรยายโดยใช้ภาพพลิก
การให้คู่มือการดูแลสำหรับผู้ดูแล มีเนื้อหา
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยด้าน
กิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน และการออกกกำลังกายหรือการ
ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติ
ทักษะการดูแลผู้ป่วย มีการรับชมวิดีโอการ
ฟื้นฟูผู้ป่วย สาธิตการดูแลการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการ
เกิดภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมที่ 3 การติดตามผล
และการให้คำปรึกษารายบุคคล ประกอบด้วย
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการ
ประเมินความพร้อมและความต้องการของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล การสอน
การชี้แนะ ในด้านการส่งเสริมความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของ
ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับ
สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์
ที่ 3) เป็นการประเมินความก้าวหน้าและปัญหา
ในการดูแล ทบทวนความรู้และการสาธิต
ย้อนกลับ และการสนับสนุนด้านจิตใจ และการ
ติดตามทางโทรศัพท์ หรือ ทางแอปพลิเคชันไลน์
(สัปดาห์ที่ 2,4 ,5 และ 6) เป็นประเมินปัญหา
และอุปสรรค ให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีแก้ไข
ปัญหาเบื้องต้น ชี้แนะแนวทางการดูแลให้กำลังใจ
และส่งเสริมความมั่นใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบประสาททางอายุรกรรมโรงพยาบาลโพธาราม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาอนามัยครอบครัว 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ โดยเครื่องมือได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง CVI = 0.83 และแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีค่า CVI = 0.83 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอโพธาราม ที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินความสามารถ

ของผู้ดูแล = 0.818 และ แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล = 0.759

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองที่ MUPH 2022-029 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2022 และก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยในการยินยอม หรือปฏิเสธการทำวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และการเก็บความลับของข้อมูลโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อในผลของการทำวิจัย และทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังคงสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ แม้จะไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก็ตาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (1 ชั่วโมง 30 นาที)

- ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองและประเมินสภาพผู้ป่วย
- การชี้แนะและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย
- การสนับสนุน โดยทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติ พุดคุยให้กำลังใจและมีคู่มือสำหรับผู้ดูแล
- การสอน ให้ความรู้และฝึกทักษะโดยใช้ภาพพลิกประกอบคำบรรยายและวีดิทัศน์ 3 ด้าน คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ พุดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์
- มีการติดตามทางโทรศัพท์หรือLine สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที)

- ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลและปัญหาในการดูแล
- ทบทวนความรู้และให้ผู้ดูแลสาธิตการดูแลผู้ป่วย
- ชี้แนะปัญหาหรือข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วย
- ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลและนัดติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 2,4 ,5 และ 6 กิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line (10 -15 นาที/ครั้ง)

- สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตามแบบบันทึก
- มีการให้คำปรึกษา คำแนะนำวิธีแก้ปัญหาเบื้องต้น

สัปดาห์ที่ 7 การประเมินผลการทดลองโปรแกรม

- ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามหลังการทดลองและประเมินผู้ป่วย

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลตอบ
แบบสอบถามก่อนการทดลอง
และประเมินผู้ป่วย

ได้รับการ
พยาบาล
ตามปกติ

สัปดาห์ที่ 7 ผู้ดูแลตอบ
แบบสอบถามหลังการทดลอง
และประเมินผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พรรณนาตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi square test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มด้วยสถิติ Dependent t – test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย สถิติ Independent t – test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.96 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 49.50 ปี ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างรายวันร้อยละ 25.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร และผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.38 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 64.67 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 – 3 เดือน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 41.7 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL เฉลี่ย 8.63 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน ADL เฉลี่ย 8.50 คะแนน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน ($p\text{-value} > .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัยภายในกลุ่ม

ด้วยสถิติ Dependent t – test ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) (ตารางที่ 1) และมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถด้านความต้องการการดูแลทั่วไป ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) (ตารางที่ 2)

Table 1 Comparison of the mean scores of knowledge in elderly stroke care among caregivers within the experimental and comparison groups before and after the intervention (N=48)

Variable	Before the experiment		After the experiment		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Sample						
Experimental group	6.75	1.422	11.04	1.899	-14.411	.000*
Comparison group	6.50	1.588	6.96	1.334	-1.466	.156

Dependent t – test * $p\text{-value} < 0.05$

Table 2 Comparison of the mean scores of caregiving ability for elderly stroke patients among caregivers, overall and by subdomains, in the experimental group between before and after the experiment (n=24)

Caregiving ability for elderly stroke patients	Before the experiment		After the experiment		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Overall	52.71	2.476	72.04	3.759	-26.704	.000*
Physical rehabilitation	25.08	2.375	31.96	2.176	-13.719	.000*
Prevention of complications	8.88	1.261	12.92	1.316	-16.540	.000*
General care needs	18.75	2.453	27.17	2.057	-17.770	.000*

Dependent t – test * $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Dependent t – test พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (p-value = .632) (ตารางที่ 3) และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .003) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง (p-value = .213) (ตารางที่ 4) และเมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการเกิดแผลกดทับ การติดเชือรระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชือรระบบทางเดินหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .043) (ตารางที่ 5)

Table 3 Comparison of the mean scores of activities of daily living (ADL) ability among elderly stroke patients within the experimental and comparison groups before and after the experiment (N=48)

Variable	Before the experiment		After the experiment		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Sample						
Experimental group	8.63	1.498	10.21	2.502	-3.800	0.001*
Comparison group	8.50	1.504	8.38	1.689	.485	.632

Dependent t – test *p-value < 0.05

Table 4 Comparison of the mean scores of complication occurrence among elderly stroke patients within the experimental and comparison groups before and after the experiment (N=48)

Variable	Before the experiment			After the experiment			t	p-value
	n	$\bar{x}$	S.D.	n	$\bar{x}$	S.D.		
Experimental group	18	0.71	0.908	6	0.21	0.415	3.391	.003*
Comparison group	16	0.67	0.637	12	0.50	0.590	1.282	.213

Dependent t – test *p-value < 0.05

Table 5 Comparison of the mean scores of complication occurrence among elderly stroke patients, overall and by subdomains, in the experimental group between before and after the experiment (n=24)

Complications	Before the experiment			After the experiment			t	p-value
	n	$\bar{x}$	S.D.	n	$\bar{x}$	S.D.		
Overall	18	0.71	0.908	6	0.21	0.415	3.391	.003*
Pressure ulcers	8	0.33	0.482	5	0.17	0.381	2.145	.043*
Urinary tract infections	5	0.17	0.381	0	0.00	0.000	2.145	.043*
Respiratory tract infections	5	0.21	0.415	1	0.04	0.204	2.145	.043*

Dependent t – test *p-value < 0.05

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t - test ระยะก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน (p-value = .568) และระยะหลังการทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) (ตารางที่ 6) และระยะก่อนการทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .005)

และระยะหลังการทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ($\bar{D}$) พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ย ($\bar{D}$) ความสามารถในการดูแลโดยรวมสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ และพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ย ($\bar{D}$) ด้านความต้องการการดูแลทั่วไป ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .005) (ตารางที่ 7)

Table 6 Comparison of the average knowledge scores on caregiving Between the experimental and comparison groups before and after the experiment

Knowledge in caring for elderly stroke patients	Experimental group (n=24)		Comparison groups (n=24)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Before the experiment	6.75	1.422	6.50	1.588	.575	.568
After the experiment	11.04	1.899	6.96	1.334	8.618	.000*

Independent t-test *p-value < 0.05

Table 7 Comparison of the Average Caregiving Ability of Caregivers Between the Experimental and Comparison Groups Before and After the Experiment and to examine the changes in mean scores within each group before and after the intervention

Caregiving ability for elderly stroke patients	Experimental group			Comparison groups			t	p-value
	(n=24)			(n=24)				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$		
Before the experiment								
Overall	52.71	2.476	19.33	50.63	2.392	1.33	2.965	.005*
General care needs	25.08	2.376	6.88	24.71	2.662	0.62	.515	.609
Physical rehabilitation	8.88	1.262	4.04	8.38	1.245	0.33	1.382	.174
Prevention of complications	18.75	2.454	8.42	17.54	1.769	0.38	1.957	.056
After the experiment								
Overall	72.04	3.759		51.96	2.440		21.954	.000*
General care needs	31.96	2.177		25.33	2.599		9.574	.000*
Physical rehabilitation	12.92	1.316		8.71	1.197		11.589	.000*
Prevention of complications	27.17	2.057		17.92	1.666		17.119	.000*

Independent t - test *p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t - test พบว่าระยะก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (p-value = .774) และระยะหลังการทดลองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .005) (ตารางที่ 8) และระยะก่อนและหลังการทดลองผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะน้อยกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .022) (ตารางที่ 9)

Table 8 Comparison of the Average Scores of Activities of Daily Living Ability for Elderly Stroke Patients Between the Experimental and Comparison Groups Before and After the Experiment

Barthel Activities of Daily Living	Experimental group (n=24)		Comparison groups (n=24)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Before the experiment	8.63	1.498	8.50	1.504	.289	.774
After the experiment	10.21	2.502	8.38	1.689	2.975	.005*

Independent t - test *p-value < 0.05

Table 9 Comparison of the Average Incidence of Complications in Elderly Stroke Patients Between the Experimental and Comparison Groups Before and After the Experiment

Complications	Experimental group			Comparison groups			t	p-value
	(n=24)			(n=24)				
	n	$\bar{x}$	S.D.	n	$\bar{x}$	S.D.		
Before the experiment								
Overall	18	0.71	0.908	16	0.67	0.637	-.184	.855
Pressure ulcers	8	0.33	0.482	7	0.29	0.464	.305	.762
Urinary tract infections	5	0.17	0.381	4	0.25	0.442	-.700	.488
Respiratory tract infections	5	0.21	0.415	6	0.13	0.338	-.763	.449
After the experiment								
Overall	6	0.21	0.415	12	0.50	0.590	-1.982	.054
Pressure ulcers	5	0.17	0.381	5	0.17	0.381	-.000	1.000
Urinary tract infections	0	0.00	0.000	3	0.21	.415	-2.460	.022*
Respiratory tract infections	1	0.04	0.204	4	0.17	0.381	-1.418	.165

Independent t - test *p-value < 0.05

การอภิปรายผล

1. ภายหลังผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ประกอบด้วย 1. การชี้แนะ โดยให้คำชี้แนะหรือให้ข้อมูลย้อนกลับในส่วนที่ผู้ดูแลมีความพร่อง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความพร่องความรู้ในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย 2. การสอน โดยมีการใช้สื่อประกอบการสอนแบบภาพพลิกและวีดิทัศน์ ประกอบคำบรรยาย วิธีนี้ช่วยพัฒนาความรู้และ

ทักษะ เริ่มจากการประเมินความรู้ของผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่ผู้ดูแลยังขาด และเสริมสร้างความรู้เดิม 3. การสนับสนุน มีคู่มือการดูแลผู้ป่วย มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ของ โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ กรณีผู้ดูแลบางรายมีการศึกษาในระดับต่ำหรือไม่ ได้รับการศึกษา ทำให้มีผลต่อความเข้าใจคู่มือ อาจเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติตามแนวทาง ได้ จึงมีการได้มีการออกแบบคู่มือที่เข้าใจง่ายเน้น การใช้ภาพอธิบาย และจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบเสียงหรือวิดีโอ 4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การดูแล สอดคล้องกับการศึกษา ของสุชาวดี เสนาสนะ²⁸ ที่พัฒนาโปรแกรมการ ฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีกิจกรรมการฝึกทักษะ การช่วยเหลือ การชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และใช้คู่มือการ ฝึกทักษะ ซึ่งช่วยส่งเสริมทั้งความรู้และทักษะ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ภายหลังผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถ ในการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องมาจากโปรแกรม ดังกล่าวมีการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการรับชมวิดีโอ การสาธิตและการ สาธิตย้อนกลับ ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านกิจวัตร

ประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการติดตามผล การปฏิบัติและให้คำปรึกษารายบุคคล ผ่านการ เยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และแอป พลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแล โดยมีการชี้แนะ ทบทวนความรู้ ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจ และสนับสนุน บังคับพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เช่น การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดหาเตียงผู้ป่วย ผลการศึกษาขึ้นสอดคล้อง กับงานวิจัยของ เตือนตา สุขเกษ²⁹ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นจากการสอนโดยใช้สื่อภาพ พลิคและวิดีโอ การสาธิตวิธีการดูแล การสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจ และการจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้อง กับงานวิจัยของ จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์¹⁷ ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ต่อความเครียดและความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท โดยมี องค์ประกอบคือ การให้ความรู้และฝึกทักษะ การดูแล การชี้แนะ การสนับสนุน การทบทวน ความรู้และวิธีปฏิบัติ การให้กำลังใจ ตลอดจน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา ความสามารถ และการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วินิตา ประทีปวัฒน พันธ์¹⁸ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการ พยาบาลแบบสนับสนุน และให้ ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยการสอนและฝึกทักษะ การใช้ คู่มือการดูแล การติดตามทางโทรศัพท์ และการ ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

ความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่าง คือ มีการติดตามเพิ่มเติมผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. ภายหลังผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รณิดา สารวรจักษ์³⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแล ตลอดจนการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. ภายหลังผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยด้านโรคร่วมหรือสภาวะสุขภาพบางประการ พบว่าอาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกันได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือมีน้ำตาลในเลือดสูง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและมีน้ำตาลในเลือดปกติ ผู้ที่มีโรคพาร์กินสันร่วมจะมีโอกาสเกิดการสำลักอาหารสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว ขณะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่า และผู้ที่มีโรคต่อมลูกหมากโตร่วมหรือจำเป็นต้องใช้สายสวนปัสสาวะ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นภาวะเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของดุขุฎี ไตรยวงศ์²¹ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะ การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยผ่านการเยี่ยมบ้านรายบุคคล การติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลอง

ลดลงจากก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ครอบครัว มีการพัฒนาโปรแกรมจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความน่าเชื่อถือ โปรแกรมมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สอดคล้องกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมมีการดำเนินการที่ชัดเจน คือ การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมหลากหลายทั้งแบบให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และติดตามผล รวมถึงมีการใช้สื่อและวิธีการหลากหลาย เช่น ภาพพลิก คู่มือ วิดีทัศน์ การสาธิต และเทคโนโลยีสื่อสาร เช่น LINE ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้หลายวิธี และเหมาะกับผู้เรียนที่หลากหลาย

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

ช่วงระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน อาจมีผลต่อการติดตามภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ในการรักษา ช่วงคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ห่างกันมาก อาจไม่สะท้อนความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรม ไปใช้เป็นแผนการดูแลสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเบื้องต้นเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวหรือความคงทนของพฤติกรรมได้ ดังนั้น ในการศึกษาเพิ่มเติมครั้งต่อไป จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่าผลการเปลี่ยนแปลงยังคงอยู่หรือไม่

สรุป โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย การชี้แนะ การสอนโดยการใช้ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย และวีดิทัศน์ การสนับสนุนผู้ดูแล และการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน พร้อมกับให้คู่มือสำหรับผู้ดูแล เพื่อทบทวนวิธีการดูแล การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์อย่างต่อเนื่องนี้ สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในกลุ่มเปรียบเทียบ

References

1. World Stroke Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. World Health Organization. Annual report 2019: Health for all [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 9]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333249/9789290223214eng.pdf>
3. Development Health System Group. Bureau of Non-Communicable Disease. Information of World Stroke Day [Internet]. 2016. [cited 2022 January 8]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=12303&gid=1-015-001>
4. Pakdeewiwat P. Predictors of physical movement among patients after stroke during the first year. *Royal Thai Army Nurses Journal*. 2018;19:185-93. (in Thai)
5. Chunhabodi A, Suphanan T, Upray R, Thongsai S. Stress and needs of caregivers of stroke patients at home. *Journal of Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi*. 2013;24(1):1-9. (in Thai)
6. Pittayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2018;11(2):26-39. (in Thai)
7. Wonginyoo A, Prasarnnet R, Wongcharee A. Stress and burden of caregivers of stroke patients in the community, Mueang District, Udon Thani Province. *Journal of Health and Nursing Education*. 2019;2(4):40-9. (in Thai)
8. Somsut N, Benjathammanont T, Thongtantham P, Praram S, Predee R, Tangsethian S, Srisaenpang S, Nonjui P. Costs of ischemic stroke patients with and without rt-PA treatment at Srinagarind Hospital. *Northeastern Journal of Neuroscience*. 2020;15(1):41-53. (in Thai)
9. Chanthong T. Post-stroke nursing care in a patient with coexisting diabetes and hypertension: A case study. *Photharam Hospital*; 2024. (in Thai)
10. Bunsil S, Panichkul K. Factors related to quality of life among stroke patients. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2016; 32(2): 68–80. (in Thai)
11. Ariyavichanon P. Stroke patient rehabilitation. *Sanpasit Medical Journal*. 2016; 37(1–3): 43–58. (in Thai)

12. Ottenbacher KJ, Hsu Y, Granger CV, Fiedler RC. The reliability of the Functional Independence Measure: A quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996; 78(2): 131–136.

13. Wiwatwanich S, Chitapankul S, Kespitchyawan J. A study of readiness and needs of patients discharged from general and regional hospitals under the Ministry of Public Health: A one-day survey. Bangkok: Thai Geriatric Research and Development Institute Foundation; 2012. (in Thai)

14. Suksathien R. Access to inpatient acute stroke rehabilitation services at Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital: Related factors and outcomes. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2014;24(2):37-43. (in Thai)

15. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. Boston: Mosby; 1995.

16. Suebsoddee A, Iamsawatikul W, Nuisorn M. Effects of a caregiver capability development program on stroke patients' muscle rehabilitation in Phanom Dong Rak District, Surin Province. *Nursing Journal*. 2019;68(3):11–20. (in Thai)

17. Chaiwongnakphan C, Jinawin S, Yosthavi W. Effects of a support and education nursing program on stress and caregiver capability for patients with neurological problems. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(3):203–217. (in Thai)

18. Prateepwattanaphan V, Piyanut, Buaphet A. Effects of a supportive-educative nursing program on caregivers' ability and stroke Muslim patients' ADL performance. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2021;27(3):343–359. (in Thai)

19. Sarawarangkul R, Chintapanayakun T, Lertprapai K. Effects of a nursing support and education program via LINE application on caregiver ability and stroke patients' daily living at home. *Royal Thai Police Nursing Journal*. 2023;15(1):87–100. (in Thai)

20. Institute of Geriatric Medicine. *Thai Mental State Examination: MMSE-Thai* 2002. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 1999.

21. Traiyawong D, Lakamphan S, Rawiwarakul T. Effects of a supportive-educative nursing program on caregivers' ability to care for stroke patients at home [Master's thesis in Community Nurse Practitioner]. Mahidol University; 2019. (in Thai)

22. Glass GV, Hopkins KD. Statistical methods in education and psychology. 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 1996.
23. Cohen J. The t test for means. In: Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1988. p. 20–44.
24. Bureau of Geriatric Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Standard guideline for elderly health promotion services in community and sub-district hospitals. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018.
25. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP pressure injury stages. 2016.\
26. Hongsooi S, Khunsongkiet W, Masingboon K. Effects of a continuous caregiver empowerment program on caregiver ability, activity performance, and complications in stroke patients. *Journal of Community Development and Quality of Life*. 2013;1(1):77–89. (in Thai)
27. Yubonpring J. Effects of swallowing rehabilitation on swallowing ability and aspiration in head and neck cancer patients after surgery [Master's thesis in Nursing Science]. Mahidol University; 2009. (in Thai)
28. Senasana S, Komchakkaphan P, Isaramalai S. Development of a caregiver skill training program for home-based stroke patients. *Journal of Preventive Medicine Association Thailand*. 2017;7(2):212–22. (in Thai)
29. Sukkaset T, Iamsawasdikul W, Nuysorn M. Effects of a caregiver competence development program on caring for stroke patients in Thap Khlo District, Phichit Province. *TJN Journal of Nursing*. 2018;67(3):19–27. (in Thai)
30. Sarawarangkul R, Chintapanyakul T, Lertprapai K. Effects of a supportive and educational nursing program for caregivers via LINE application on caregivers' competence and patients' activities of daily living at home. *Police Nursing Journal*. 2023;15(1):87–100. (in Thai)

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

จำเรียง จากกัน*, จันทร์คม์ บุญมี **

ประทุม ศุภชัยพานิชพงศ์ ***

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นความท้าทายของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และความสามารถของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าทีม จำนวน 30 คน ที่ได้รับการพัฒนาโดยโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (input) 2) การพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพและกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (process) 3) การประเมินผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired Simple t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การวิจัยนี้ทำให้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดมีคุณภาพมากขึ้น ผู้วิจัยเสนอแนะให้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดกับการพยาบาลที่ผ่านการเตรียมในระบบปกติ และควรมีการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด/
ความรู้และความสามารถ/ พยาบาลวิชาชีพ

วันที่รับบทความ: 12 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไขบทความ: 5 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 15 สิงหาคม 2569

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (อมพรมหาเถร)

**ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. Email: jantharat@bcnr.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพ เกษียณราชการ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (อมพรมหาเถร)

The Effectiveness of a Capability-Strengthening Program on Knowledge and Capability of Professional Nurses in Caring for Patients with Sepsis at Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province

Chamriang Chabkan*, Jantharat Boonmee**

Pratum Suphachai-panichapong***

ABSTRACT

Septicemia Syndrome is a challenge for the patient care system because it is the leading cause of death in patients who are admitted to Hospital. This study was a quasi – experimental research. The purpose of this study was to compare knowledge and ability of registered nurse to care for septicemia syndrome patients before and after receiving a capability-strengthening program for caring for sepsis patients. System theory is a conceptual framework in this research. The sample consisted of 30 registered nurse who had experience as a team leader, these nurses were trained according to a capability-strengthening program for caring for sepsis patients as follows: 1) Patient care situations were analyzed by registered nurse 2) Knowledge and capability development for registered nurse and septicemia syndrome nursing process 3) Evaluation of output and outcome. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and a Paired sample t-test.

The results showed that nurses' knowledge and capabilities scores significantly improved after receiving a capability-strengthening program for caring for sepsis patients ($p < 0.05$). This research has led to the process of nursing care for septicemia syndrome patients and as a result, the quality system of care for patients with septicemia syndrome is better. The researchers recommend conducting a comparative study of patient care outcomes for bloodstream infections before and after implementation of the program, compared with routine nursing practice. Future research should also assess nurses' satisfaction with a capability-strengthening program caring for sepsis patients.

Key Words: capability-strengthening program / septicemia / knowledge/ capability/ professional nurses

Article info: Received: December 2, 2022 Revised: April 5, 2026, Accepted: August 15, 2026

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Intensive Care Unit, Somdej Phra Sangkharat (Ambara Mahathera).

**Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Praboromarajchanok Institute. Email: jantharat@bcnr.ac.th

***Registered Nurse, Retired from Somdej Phra Sangkharat (Ambara Mahathera).

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 48.9 ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน 11 ล้านคนทั่วโลก¹ อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 19.7 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้รับรู้ถึงภัยคุกคามนี้และได้กำหนดให้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นความสำคัญด้านสุขภาพระดับโลกและรวมอยู่ในวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly - WHA) ครั้งที่ 70 ซึ่งจัดขึ้นในปีพ.ศ.2560 สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่ามีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ที่ร้อยละ 37.0 และอัตราการเสียชีวิตโดยรวมร้อยละ 52.8² สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 อยู่ที่ร้อยละ 34.8, 32.0 และ 34.7 ตามลำดับและมีอัตราการเสียชีวิตในปีงบประมาณ 2560 สูงถึงร้อยละ 32.0³

สำหรับโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จากข้อมูลสืบค้นจากเวชระเบียนโรงพยาบาลดำเนินสะดวกแยกโรคตามระบบ ICD 10 (A410-419) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 797 ราย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 14,243 วัน มีค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในแต่ละปีงบประมาณตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2557-2559 ตามลำดับดังนี้ ปีงบประมาณ 2557 จำนวน

เงิน 11,713,426 บาท ปีงบประมาณ 2558 จำนวนเงิน 14,479,985 ปีงบประมาณ 2559 จำนวนเงิน 14,173,366 บาท ที่สำคัญพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8⁴ มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แยกโรคตามระบบ ICD 10 (R572) ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2557-2559 จำนวน 436 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 และพบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเสียชีวิตจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 86.9⁵

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต คือ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด^{6,7,8} เมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกปัญหาสำคัญของการดูแลรักษาคือการแก้ไขภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะนี้มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการ เนื่องจากต้องรักษาและคงการทำงานของอวัยวะสำคัญไม่ให้ล้มเหลว ผลที่อาจเกิดขึ้นคือภาวะอวัยวะล้มเหลว (Organ failure) หากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจพบการล้มเหลวเพียงอวัยวะเดียว แต่หากการดูแลรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความยุ่งยากและซับซ้อนสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตเกิดจากการวินิจฉัยล่าช้า และไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจนในการคัดกรอง รวมทั้งไม่มีแนวทางปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ชัดเจน และถึงแม้มีแนวทางการรักษาพยาบาล

ที่ชัดเจน แต่บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ก็ไม่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และไม่เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

บุคคลที่มีความสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย คือ พยาบาล⁶ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมการดูแลที่ต้องมีความรู้และความสามารถในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลง (early detection) ของอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องและมีการรายงานความผิดปกติที่ตรวจพบรวดเร็วให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ลดการเกิดภาวะคุกคามต่ออวัยวะและการเสียชีวิต จากการศึกษาของ พิชญพันธ์ุ จันทระ และคณะ⁹ และจากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Rababa, Hamad และ Hayajnaeh¹⁰ รวมทั้งข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับสถานการณ์การให้บริการพยาบาลของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จากผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งแพทย์ อายุรกรรมและพยาบาลประสบปัญหาบุคลากรขาดความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้า ขั้นตอนการทำงานและการให้การรักษายาบาลใช้เวลานานมากไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย แบบแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ชัดเจนและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงาน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผู้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

พบผู้ป่วยมีอุบัติการณ์เสียชีวิตบ่อยจึงมีแนวคิดที่จะแก้ไขปัญหานี้ในประเด็นดังกล่าวด้วยการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถของพยาบาลที่อยู่ในระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีสมรรถนะการพยาบาลเพียงพอ และเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้อย่างเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงศึกษาประสิทธิผล โดยประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้มีพยาบาลที่มีความรู้และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการพยาบาลที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมกำกับติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนกับหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

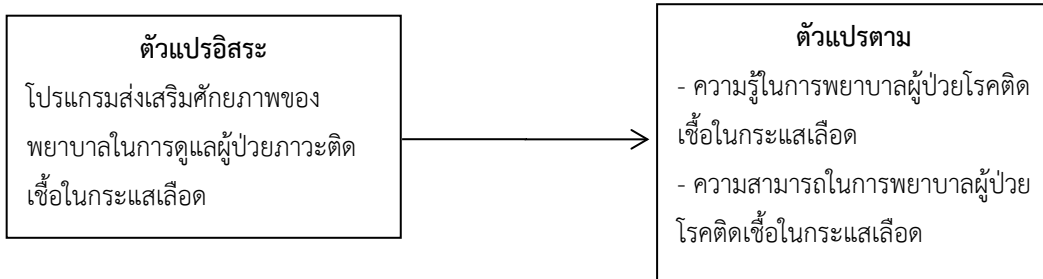
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนกับหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริม

ศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะ
ติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วย
โรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรม
กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัย
กึ่งทดลอง (quasi-experimental design)
แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง
(one-group pretest-posttest design)

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุร
กรรมชาย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในปี พ.ศ.
2560 จำนวนทั้งหมด 56 คน

จากจำนวนดังกล่าว เมื่อพิจารณาตาม
คุณสมบัติเบื้องต้นด้านประสบการณ์ พบว่ามี
พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้า
ทีมอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 34 คน ซึ่งถือเป็น
ประชากรที่เข้าเกณฑ์เบื้องต้นสำหรับการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
หน่วยงานที่กำหนด

ส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรม

- มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าทีม
อย่างน้อย 3 ปี
- มีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่
หัวหน้าเวร (In charge) อย่างน้อย 3 ปี
- สมัครใจและยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาป่วย
หรือลาคลอดในช่วงดำเนินการวิจัย
- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตาม
โปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด
- ขอลอนตัวออกจากการวิจัยระหว่าง
ดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบ
เจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาล
จำนวน 34 คนที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้น และมี
คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยมีส่วน
ใจและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตาม
เงื่อนไข จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย
2 ส่วน 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเป็นระบบ โปรแกรมดำเนินการ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งหมด 4 ระยะ และมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมและวิเคราะห์ปัญหา (สัปดาห์ที่ 1)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง โดยมีแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วม เพื่อร่วมกันทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในบริบทของโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางและเครื่องมือ (สัปดาห์ที่ 2-3)

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งจัดทำ Standing Order Sepsis/Septic Shock Fast Track สำหรับห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน ตลอดจน Sepsis Fast Track Bundle 2560 และแบบประเมินการใช้จ่ายยา

(Drug Use Evaluation: DUE) เพื่อให้การดูแล เป็นไปอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน และสมเหตุสมผล ในระยะนี้มีการประชุมชี้แจงแนวทางแก่พยาบาล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 การอบรมเชิงปฏิบัติการ (สัปดาห์ที่ 4)

ผู้วิจัยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 วัน ใช้เวลา 6 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และทักษะในการใช้แนวทางและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น กิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การอธิบาย แนวปฏิบัติ การสาธิต การฝึกทักษะกลุ่มย่อย และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีแพทย์ พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ เป็นวิทยากร

ระยะที่ 4 การนำไปใช้และติดตามประเมินผล (สัปดาห์ที่ 5-8)

ภายหลังการอบรม พยาบาลนำแนวทางและเครื่องมือไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยติดตามนิเทศ และประเมินผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค และให้คำแนะนำในการปรับปรุง กระบวนการดูแลให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของ พยาบาล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา หน่วยงาน อายุ ราชการ ประสบการณ์การทำงาน และประวัติ การศึกษาอบรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

2. แบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ด้านดังนี้

- 1) การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Early Detection) ด้วยการประเมิน SIRS Criteria ร่วมกับ Damnoensaduak Early Warning Score: DEWS
- 2) การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลแยกภาวะ SIRS, Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock
- 3) การปฏิบัติการพยาบาลและบริหารยาตาม Standing order SIRS, Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock และ
- 4) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อประเมินความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ข้อ การตอบให้เลือกเพียงตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น การเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน การเลือกตอบผิดได้ 0 คะแนน

3. แบบประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ด้านดังนี้

- 1) การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Early Detection) ด้วยการประเมิน SIRS Criteria ร่วมกับ Damnoensaduak Early Warning Score: DEWS
- 2) การวินิจฉัยการพยาบาลแยกภาวะ SIRS, Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock
- 3) การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและบริหารยาตาม Standing order SIRS, Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock และ
- 4) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใช้แบบประเมินความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งพัฒนาในลักษณะ Scoring Rubric จำนวน 12 รายการ ครอบคลุมด้านการประเมินอาการ การตัดสินใจทางคลินิก

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง Sepsis Fast Track และการสื่อสารและบันทึกข้อมูลโดยประเมินจากพฤติกรรมการทำงานจริงของพยาบาล การสังเกตโดยผู้ประเมิน และการตรวจสอบเอกสารบันทึกทางการพยาบาล การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 5 = ดีมาก, 4 = ดี, 3 = ปานกลาง, 2 = ควรปรับปรุง, และ 1 = ต้องพัฒนาอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความสามารถที่สูงกว่า เพื่อให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) นอกจากนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เพื่อยืนยันความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้ศึกษาดำเนินการวิจัย และทำการรวบรวมข้อมูลโดย

1) โครงร่างวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วันที่ 11 เมษายน พ.ศ.2560 หมายเลขรับรอง COA DNSH-REC No.02/2 และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

2) เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียด และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

3) ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ตึกอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงขั้นตอน และกิจกรรมต่างๆในการดำเนินงานเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4) ดำเนินการตามโปรแกรมการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดตามปัจจัยนำเข้า (Input) ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง โดยขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนหลังได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2560 และศึกษาจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลา 24 เดือน โดยมีเวชระเบียนที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 165 ฉบับ การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย เพศ อายุ ข้อมูลด้านสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ อัตราการเกิดภาวะช็อก อัตราการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัย ทบทวนสถานการณ์ปัญหาการใช้แผนการรักษา

ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลา 24 เดือน โดยมีเวชระเบียนที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 165 ฉบับ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดประชุมปรึกษาปัญหาการใช้แผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงแผนการรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 30 คน โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ข้อมูลก่อนการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา หน่วยงาน อายุราชการประสบการณ์การทำงาน และประวัติการศึกษาอบรมที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

1.2 ผู้วิจัยทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะก่อนการได้รับการพัฒนาความรู้ และความสามารถ ด้วยแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยแบบประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพตามกระบวนการ (Process) ที่จัดทำขึ้นเป็นโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะ และสมรรถนะเชิงคลินิกของพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ครอบคลุมทั้งการประเมินก่อนพัฒนากระบวนการพัฒนา และการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรม ในระยะเริ่มต้นมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติงานเดิมของพยาบาล (Pre-test และการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง) เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างของสมรรถนะ จากนั้นดำเนินกิจกรรมพัฒนาโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มรวม จำนวน 1 รุ่น ใช้เวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางการคัดกรองและประเมินความรุนแรง (เช่น qSOFA และ Early Warning Signs) การดำเนินการตาม Sepsis Fast Track และ Sepsis Bundle การบริหารสารน้ำและยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสารในทีม

สหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการสาธิต ฝึกปฏิบัติผ่านกรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ ได้จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) และเครื่องมือสนับสนุน เช่น Standing Order และแบบประเมินการให้ยา เพื่อให้พยาบาลใช้ศึกษาทบทวนและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ภายหลังการอบรมพยาบาลนำแนวทางไปใช้ในหน่วยงานเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยติดตามนิเทศ และให้ข้อเสนอแนะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความถูกต้องครบถ้วนของการปฏิบัติ แก้ไขปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงการเรียนรู้ การประเมินผลของโปรแกรมครอบคลุมทั้งผลผลิต ได้แก่ คะแนนความรู้หลังอบรมและอัตราการปฏิบัติตามแนวทาง และผลลัพธ์ ได้แก่ ความรวดเร็วในการให้ยาปฏิชีวนะ ความครบถ้วนของ Sepsis Bundle และแนวโน้มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้การพัฒนามีความต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม และสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคลากรและระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลผลิต (output) ผลลัพธ์ (outcome) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยแบบประเมินความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ก่อนดำเนินการโปรแกรม (Pre-intervention) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-intervention) รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง ในระยะก่อนดำเนินการวิจัย (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการ จากนั้นเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที นอกจากนี้ มีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติ (Competency checklist) ซึ่งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตและบันทึกข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังก่อนดำเนินการครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลซ้ำในระยะหลังดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 8) โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับระยะก่อนดำเนินการ ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.7 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 43.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.0 เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญ

การทั้งหมด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 10.0 ปฏิบัติงานในหน่วยงานอายุรกรรมหญิงเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 33.3) รองลงมาปฏิบัติงานในหน่วยงานหอภิบาลผู้ป่วยหนัก และอายุรกรรมชาย คิดเป็นร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีอายุราชการอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา มีอายุราชการอยู่ในช่วง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีอายุราชการเฉลี่ย 21.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็นหัวหน้าทีมอยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมา มีประสบการณ์การทำงานเป็นหัวหน้าทีม 21-30 ปี ร้อยละ 16.7 มีประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อ ในกระแสเลือด และไม่ได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนเท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 50.0

2. ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดวิเคราะห์เป็นรายด้าน คือ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว (Early Detection) ส่วนมากร้อยละ 96.7 ตอบผิดในเรื่อง การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยใช้เกณฑ์ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) และ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score การประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะโดยใช้แบบประเมิน Drug Use Evaluation (DUE) ผลการเปรียบเทียบคะแนน

ความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 10.8, SD = 2.5) โดยทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการประเมินอาการระยะเริ่มต้น (Early Detection) (Mean = 2.8, SD = 0.9) ด้านการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (Diagnosis and Planning) (Mean = 3.6, SD = 1.2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารยา (Practicing and Drug Administration) (Mean = 3.1, SD = 1.3) และด้านการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes Evaluation) (Mean = 1.3, SD = 0.7)

ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง (Mean = 17.3, SD = 3.2) โดยด้านการประเมินอาการระยะเริ่มต้นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.0, SD = 1.0) ด้านการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับดี (Mean = 5.2, SD = 0.9) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5.3, SD = 1.9) และด้านการประเมินผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.9, SD = 0.9) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในทุกด้าน (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 3 ซึ่งเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 10.8 คะแนน

(S.D. = 2.5) และภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.3 คะแนน (S.D. = 3.2) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) พบว่าคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.06$, $df = 29$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสามารถเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังจากให้การทดลองในทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($n = 30$) พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม พยาบาลมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 21.7, S.D. = 1.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารยาอยู่ในระดับดี (Mean = 24.4, S.D. = 4.2) ขณะที่ด้านการประเมินอาการระยะเริ่มต้น (Early Detection) ด้านการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล และด้านการประเมินผลลัพธ์ อยู่ในระดับปานกลาง

ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความสามารถของพยาบาลเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการประเมินอาการระยะเริ่มต้น (Mean = 26.0, S.D. = 2.9) ด้านการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล (Mean = 17.1, S.D. = 1.8) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารยา (Mean = 27.8, S.D. = 2.9) และด้านการประเมินผลลัพธ์ (Mean = 16.3, S.D. = 1.8) อย่างไรก็ตาม คะแนนความสามารถโดยรวมหลังได้รับโปรแกรม (Mean = 21.8, S.D. = 1.6) ยังคงอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกับก่อนการได้รับโปรแกรม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมมีส่วนช่วยยกระดับความสามารถของพยาบาลในรายด้านให้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการประเมินอาการและการวินิจฉัยวางแผนการพยาบาล แม้ว่าระดับความสามารถโดยรวมจะอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการดำเนินการโปรแกรมก็ตาม

จากตารางที่ 4 ซึ่งเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n = 30) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลมีคะแนนความสามารถเฉลี่ยเท่ากับ 21.7 คะแนน (S.D. = 1.8) และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.8 คะแนน (S.D. = 1.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) พบว่า คะแนนความสามารถก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.49$, $df = 29$, $p = .631$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลมีระดับความสามารถอยู่ในระดับดีตั้งแต่ก่อนการดำเนินการโปรแกรม

Table 1 Mean and standard deviation of knowledge scores of professional nurses before and after receiving the nursing practice program for patients with sepsis syndrome. (n=30)

Variables	Mean	SD	Level of Knowledge
Before receiving the nursing practice program			
Early Detection	2.8	0.9	poor
Diagnosis and planning	3.6	1.2	poor
Practicing and drug administration	3.1	1.3	poor
Out comes evaluation	1.3	0.7	poor
Total	10.8	2.5	poor
After receiving the nursing practice program			
Early Detection	4.0	1.0	fair
Diagnosis and planning	5.2	0.9	good

Practicing and drug administration	5.3	1.9	fair
Out comes evaluation	2.9	0.9	fair
Total	17.3	3.2	Fair

Table 2 Mean and standard deviation of capability scores of professional nurses before and after receiving the nursing practice program for patients with sepsis syndrome. (n=30)

Variables	Pre-test		
	Mean	S.D.	Level of capability
Before receiving the nursing practice program			
Early Detection	23.2	2.6	fair
Diagnosis and planning	15.6	2.2	fair
Practicing and drug administration	24.4	4.2	good
Out comes evaluation	15.2	2.2	fair
Total	21.7	1.8	Good
After receiving the nursing practice program			
Early Detection	26.0	2.9	good
Diagnosis and planning	17.1	1.8	good
Practicing and drug administration	27.8	2.9	good
Out comes evaluation	16.3	1.8	good
Total	21.8	1.6	Good

Table 3 Comparison of mean scores of the knowledge of professional nurses before and after receiving the nursing practice program for sepsis patients.

Variables	Mean	S.D.	df	T	p-value
Pre-test	10.8	2.5	29	- 10.06	0.000
Post-test	17.3	3.2			

Table 4 Comparison of mean scores of the capability of professional nurses before and after receiving the nursing practice program for sepsis patients. (n=30)

Variables	Mean	S.D.	df	t	p-value
Pre-test	21.7	1.8	29	-.49	0.631
Post-test	21.8	1.6			

อภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ได้แก่ SOFA score, SIRS criteria และ EWS ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรอง วินิจฉัยเบื้องต้น และติดตามอาการผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด SOFA score เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำงานของอวัยวะสำคัญ 6 ระบบ ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ระบบตับ ระบบไต และระบบการแข็งตัวของเลือด โดยคะแนนที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงความรุนแรงของภาวะอวัยวะล้มเหลว ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินแนวโน้มอาการและรายงานแพทย์ได้อย่างทันทั่วทั้ง ส่วน SIRS criteria เป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบ เช่น อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ และจำนวนเม็ดเลือดขาว หากเข้าเกณฑ์ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร่วมกับมีแหล่งติดเชื้อ จะเพิ่มความสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขณะที่ Early

Warning Score (EWS) เป็นระบบให้คะแนนจากสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว เพื่อช่วยเฝ้าระวังบุคลากรสามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ภายในโปรแกรมมีการบรรยายให้ความรู้โดยอายุรแพทย์เกี่ยวกับหลักการใช้เครื่องมือดังกล่าว ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติและการวิเคราะห์กรณีศึกษา ทำให้พยาบาลเข้าใจเหตุผลทางคลินิกของการให้คะแนน ไม่ใช่เพียงการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม นอกจากนี้ยังมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ครอบคลุมทั้งการติดเชื้อที่เกิดในชุมชน (Community-Acquired Infection) และการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมยังได้รับความร่วมมือจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการชี้แจงแนวทาง Sepsis Fast Track Bundle ซึ่งเป็นชุดแนวทางการดูแลเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลว ทั้งนี้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังดำเนินการสอนเสริมแบบ On-the-Job Training ขณะปฏิบัติงานจริง เพื่อให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้กับสถานการณ์จริงได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ กระบวนการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้

เชิงทฤษฎี การฝึกปฏิบัติ การจัดทำแนวทางมาตรฐาน และการติดตามเสริมทักษะในการปฏิบัติงานจริง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คะแนนความรู้ของพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ซึ่งสอดคล้องคล่องกับการศึกษาของ พิชญพันธุ์ จันทร และคณะ⁹ และสอดคล้องกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Rababa, Hamad และ Hayajnaeh¹⁰ ที่พยาบาลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมุติฐานที่ 2 ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพที่พัฒนาขึ้นยังไม่สามารถทำให้ความสามารถโดยรวมของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงเวลาที่ศึกษา ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ก่อนการดำเนินโปรแกรมพยาบาลมีระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับดีอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดปรากฏการณ์เพดานคะแนน (ceiling effect) ส่งผลให้คะแนนภายหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด แม้ว่าจะมีการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian ซึ่งครอบคลุมทั้ง

ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและการประเมินศักยภาพก่อนพัฒนา กระบวนการ (Process) ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรมความรู้เรื่อง Septic Shock Fast Track และการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริงตามแนวทาง Sepsis Bundle ตลอดจนผลผลิต (Output) ได้แก่ การติดตามประเมินผล การสอนเสริมแบบ On-the-Job Training และการประเมินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม¹¹⁻¹³ แม้ผลการทดสอบทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่การที่คะแนนเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการทดลอง อาจสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีพื้นฐานสมรรถนะที่เหมาะสมอยู่แล้ว และโปรแกรมมีส่วนช่วยยกระดับความสามารถให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี¹¹ อย่างไรก็ตาม อาจจำเป็นต้องเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล หรือใช้เครื่องมือประเมินที่มีความไวมากขึ้น เพื่อให้สามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของความสามารถได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ purposive sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้การนำผลไปใช้จำกัดเฉพาะบริบทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
2. การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียว ก่อน-หลังทดลอง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน
3. เครื่องมือวัดความสามารถเป็นแบบ rubrics score ซึ่งควรมีการตรวจสอบ Interrater

Reliability เพื่อเพิ่มความเที่ยงของการวัด แต่ยังไม่มีการรายงานค่าดังกล่าวอย่างชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

งานวิจัยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) กระบวนการ (Process) และผลงาน (Output) โดยแต่ละส่วนจะต้องมีความสัมพันธ์และผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งทฤษฎีระบบมีความหมายต่อการจัดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือองค์กรและแก้ไขปัญหาต่างๆทั้งในระบบย่อย หรือระบบใหญ่ การพัฒนาพยาบาลทั้งในด้านความรู้ และความสามารถเป็นระบบการปฏิบัติงานที่สำคัญขององค์กรพยาบาลเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายด้านคุณภาพและมาตรฐาน โดยสามารถปฏิบัติตามได้เนื่องจากมีกระบวนการชัดเจน

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลได้อย่างชัดเจน และมีแนวโน้มส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างทางสถิติในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 นำโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1.2 ควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคที่สำคัญ และมีความเสี่ยงสูง

1.3 ควรมีการทบทวนแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเพิ่มความละเอียดของแบบประเมินให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายขึ้น ไม่คลุมเครือและตอบได้อย่างเฉพาะเจาะจง

1.4 เพิ่มสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แอปพลิเคชันพัฒนาความรู้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเข้าถึงแหล่งความรู้ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างกลุ่มก่อนกับหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO calls for global action on sepsis - cause of 1 in 5 deaths worldwide. [internet] 2020. [cited 2020 August 26]; 2020: Available from <https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-calls-for-global-action-on-sepsis---cause-of-1-in-5-deaths-worldwide>.
2. Tancharoen L., Pairattanakorn P, Thamlikitkul V., Angkasekwinai N. Epidemiology and Burden of Sepsis at Thailand's Largest University-Based National Tertiary Referral Center during 2019. *Antibiotics* 2022; 11(899): 1-12.
3. Ministry of Public Health, Thailand. Mortality rate of patients with community-acquired severe septicemia. [internet]. 2017 [cited 2020 March 3]; 2020: Available from <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=964>.
4. Department of medical records at Damnoensaduak Hospital. Statistics data year report during 2014-2016. Ratchaburi Province: 2016.
5. Intensive Care Unit at Damnoensaduak Hospital. Statistics data year report during 2014-2016. Ratchaburi Province: 2016.
6. Singer, M. et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *Jama* 2016; 315(8): 801-10.
7. Thitdhi Srivisai, Vimol Onseng. Septic shock: Challenges of Emergency Nurse. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017; 9(2): 152-52
8. Vattanavanit V. Update Management in Septic Shock. [internet] 2017. [cited 2017 January 26]; Available from <http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis>
9. Chantara P., Sritundorn S., Watthanachai T., Yuwanich N., Munketkit K., Samritmanoporn W., Kiennukul N. The 1-hour Sepsis Bundle Practical Outcomes of Registered Nurses in Caring for Severe Sepsis Patients at the Emergency Department, Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2022; 5(3): 68-82.

10. Rababal M., Hamad, B.D., Hayajneh, A.A. Sepsis assessment and management in critically ill adults: A systematic review. PLOS ONE. 17(7); e0270711.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270711>
11. Sathira-ankuraT, Khwansatapornkoon K. The development of the nursing system of advanced practice nurse in the health service units, Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(2): 170-9.
12. Kottapan P., Kottsombatt A., Buatee S. System Development of Nursing Case Managements Networking in Diabetes Mellitus and Hypertensive Patients at Yasothon Province, Journal of Nursing and Health Care 32.3 (2014): 102-109.
13. Veeratnanon T., Nenyod B. Development of the Organization System for the Effectiveness of Special Education Center Under the Office of Special Education Bureau. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2017; 10(2): 879-95.

บทความวิชาการ

การแปลงแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสู่การดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: ข้อเสนอรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในยุคดิจิทัล

เพ็ญจันทร์ มีแก้ว

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คุณภาพชีวิตที่ลดลง รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ แม้ประเทศไทยจะมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการคัดกรอง การชะลอการดำเนินโรค และการส่งต่อรักษาที่ชัดเจน แต่ยังคงมีความท้าทายในการนำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ วิเคราะห์ความท้าทายของการดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมกับเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล โดยสังเคราะห์หลักฐานจากแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการประเมินและการจัดการโรคไตเรื้อรัง ค.ศ. 2024 ของ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) แนวคิดการดูแลโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนการดูแลตนเอง และหลักฐานด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลทางการแพทย์ จนนำไปสู่ข้อเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก 2) การจัดระดับความเสี่ยง 3) การฝึกสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง 4) การติดตามต่อเนื่องผ่านชุมชนและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และ 5) การประสานการส่งต่ออย่างเป็นระบบ รูปแบบการดูแลดังกล่าวมีศักยภาพในการสนับสนุนการนำแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติจริง เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในระบบสุขภาพไทย อย่างไรก็ตาม รูปแบบดังกล่าวยังเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ผลลัพธ์ทางคลินิก และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพในบริบทการใช้งานจริงต่อไป

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง/ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน/ การดูแลที่นำโดยพยาบาล/ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วันที่รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2569; วันที่แก้ไขบทความ: 30 สิงหาคม 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 30 สิงหาคม 2569

ผู้รับผิดชอบ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

phenchan.mee@mahidol.ac.th

From Chronic Kidney Disease Clinical Practice Guidelines to Primary Health Care: A Proposed Community Nurse Practitioner-led Care Model in the Digital Era

Phenchan Meekaew

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is a major public health problem with a steadily increasing prevalence and is associated with serious complications, reduced quality of life, and rising healthcare costs. Although Thailand has established clinical practice guidelines for CKD screening, delaying disease progression, and referral management, significant challenges remain in implementing these recommendations in primary health care and community settings. This academic article aimed to synthesize key CKD clinical practice guidelines, analyze challenges in primary health care, and propose a community-based care model led by community nurse practitioners and supported by digital health technology. Evidence was synthesized from Thai CKD clinical practice guidelines, the kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, chronic care concepts, self-management support, and evidence on digital health interventions in nursing. The proposed care model consists of five key components: 1) proactive case finding, 2) risk classification, 3) coaching for self-management, 4) continuity of care through community and digital health technology, and 5) coordinated referral. The model has the potential to support guideline implementation and strengthen continuity of care. However, as the model remains conceptual, pilot studies are needed to evaluate its feasibility, clinical outcomes, and cost-effectiveness in real-world practice settings.

Key Words: chronic kidney disease/ community health nursing / nurse-led care / primary health care

Article info: Received: July 24, 2026 Revised: August 30, 2026, Accepted: August 30, 2026

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Corresponding Author: phenchan.mee@mahidol.ac.th

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในหลายมิติ^{1,2} ปัจจุบันมีการประมาณว่าประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 10 มีภาวะโรคไตเรื้อรังในระดับใดระดับหนึ่ง¹ และโรคดังกล่าวเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและภาวะทุพพลภาพ^{1,2} สำหรับประเทศไทย ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยและรายงานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในประชากรสูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง³⁻⁴ โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดและการดำเนินโรค⁴⁻⁵ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนมากมีความผิดปกติของการทำงานของไตร่วมด้วย⁴⁻⁵ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยจึงทำให้โรคไตเรื้อรังเป็นประเด็นที่ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน²

แม้ในปัจจุบันจะมีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เช่น KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยซึ่งครอบคลุมการคัดกรอง การวินิจฉัย การจัดระยะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ยา และการส่งต่อ⁴⁻⁵ อย่างไรก็ตาม ความท้าทายสำคัญยังคงอยู่ที่การนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้จริงในระบบบริการปฐมภูมิ⁶ จึงอาจต้องมีการประยุกต์ให้สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านเวลา

บุคลากร และทรัพยากรของหน่วยบริการชุมชน⁶ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการปรับพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว ซึ่งยังพบข้อจำกัดในทางปฏิบัติจริงหลายประการ⁵ ส่งผลให้แนวทางปฏิบัติที่มีคุณภาพอาจยังไม่สามารถแปลงสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีที่สุดได้อย่างเต็มศักยภาพ⁶

ในบทความนี้ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหมายถึงบริการสุขภาพด้านแรกที่มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา การติดตาม และการประสานเชื่อมต่อกับบริการระดับอื่น โดยเชื่อมโยงการดูแลกับบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁷⁻⁸ ในบริบทดังกล่าว การนำแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังไปใช้จึงไม่ใช่เพียงการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะทางคลินิก แต่ต้องปรับกระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับทรัพยากร ระบบบริการ และความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่⁶

ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีบทบาทในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ให้ความรู้ สนับสนุนการดูแลตนเอง ติดตามอาการและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁹⁻¹⁰ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้¹⁰⁻¹³ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ (mobile health; mHealth)

ช่วยเพิ่มโอกาสในการติดตามผู้ป่วยระยะยาว การให้ข้อมูลหรือความรู้ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ^{9,14} การประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มที่เข้าถึงได้ เช่น บัญชีทางการไลน์ (LINE Official Account) ในรูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาล มีรายงานว่าสามารถสนับสนุนพฤติกรรม การดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ [Meekaew et al., 2025] การบูรณาการบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนร่วมกับเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลจึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ^{11,13,14}

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ความท้าทายของการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยบูรณาการเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแล เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง สนับสนุนการดูแลตนเอง ติดตามอย่างต่อเนื่อง และประสานการส่งต่อ อันอาจนำไปสู่การชะลอการดำเนินโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

สถานการณ์โรคไตเรื้อรังและความท้าทายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ภายใต้ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไตเรื้อรังได้กลายเป็น

ประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก^{1,2} เนื่องจากสัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คุณภาพชีวิตที่ลดลง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว^{1,5} ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคระดับโลกรายงานว่า โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา¹ ในประเทศไทย ภาระโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไตเรื้อรัง³⁻⁵ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการค้นหากลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁴⁻⁵

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนมากในระยะเริ่มต้นมักไม่มีการจำเพาะและมักเข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังทั่วไปมากกว่าคลินิกเฉพาะทาง⁴⁻⁵ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การประเมินความเสี่ยง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁴⁻⁵ หากดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยชะลอการเสื่อมของไต ลดการเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดภาระการบำบัดทดแทนไตในระยะยาว^{5,11,13}

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่เชื่อมโยงการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการประสานบริการกับระดับบริการอื่น โดยคำนึงถึงบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁷ แม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะมีศักยภาพ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานจริงยังเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากร ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มพร้อมกัน⁶⁻⁷ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ จึงควรครอบคลุมมากกว่าการติดตามค่าทางคลินิกและการรักษาต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยง การป้องกันเชิงรุก และการวางแผนดูแลระยะยาว^{5,7} นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดพบได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง¹⁵ ซึ่งครอบคลุมการจำกัดการบริโภคโซเดียม การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต การหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่อาจเป็นอันตรายต่อไต และการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ⁷

อีกประเด็นสำคัญคือ ข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญสำหรับการประเมินและติดตามโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ระดับครีเอตินินในเลือด ค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate; eGFR) อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (urine albumin-to-creatinine ratio; UACR) และค่าความดันโลหิต⁴⁻⁵ แต่ข้อมูลดังกล่าวอาจยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นระบบในการจัดระดับความเสี่ยง กำหนดความถี่ในการติดตาม และพิจารณาการส่งต่อ ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการดูแลเฉพาะทางเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว ดังนั้น ความท้าทายสำคัญของการดูแลโรคไตเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การพัฒนาระบบการดูแลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลทาง

คลินิก แนวทางเวชปฏิบัติ การจัดระดับความเสี่ยง และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁴⁻⁵

สาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในบริบทประเทศไทย

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยมุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การชะลอการดำเนินโรค การลดภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม โดยแนะนำการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไต⁴ การประเมินควรพิจารณาค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) ร่วมกับอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (UACR) หรือการตรวจโปรตีนในปัสสาวะตามความเหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตรวจค้นโรค การจำแนกระยะ และการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย⁴⁻⁵

การชะลอการดำเนินโรคไตเรื้อรังให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด การจำกัดการบริโภคโซเดียม การควบคุมน้ำหนัก และการงดสูบบุหรี่ ควบคู่กับการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย⁴⁻⁵ ผู้ป่วยควรได้รับการทบทวนการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่อาจเป็นพิษต่อไต เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อไต⁴⁻⁵ นอกจากนี้ การให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะยาว⁴⁻⁵

ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยควรกำหนดตามระดับความเสี่ยงและการดำเนินโรค โดยใช้ข้อมูลทางคลินิกประกอบการวางแผนการดูแลและการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีการลดลงของ eGFR อย่างรวดเร็ว โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง หรือมีภาวะทางคลินิกซับซ้อนควรได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสมและทันเวลาที่⁴⁻⁵ ในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถมีบทบาทในการค้นหากลุ่มเสี่ยง ติดตามผลการตรวจ สนับสนุนการดูแลตนเอง ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประสานการส่งต่อซึ่งช่วยเชื่อมโยงข้อเสนอแนะจากแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่กระบวนการดูแล⁴⁻⁵

เมื่อพิจารณาโดยรวม แนวทางของประเทศไทยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การชะลอการดำเนินโรค การติดตาม และการส่งต่อ⁴ อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญยังคงอยู่ที่การทำให้ข้อแนะนำดังกล่าวเกิดขึ้นจริงอย่างสม่ำเสมอในระดับชุมชน การนำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนจึงควรเชื่อมโยงการคัดกรอง การให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงรายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่องเข้ากับกระบวนการดูแล โดยโรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่การดูแลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ^{4-5,10}

ข้อเสนอแนะ KDIGO 2024 และการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทาง Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2024 เน้นการ

ประเมินโรคไตเรื้อรังโดยพิจารณาสาเหตุของโรค ค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ เพื่อจัดระดับความเสี่ยงและกำหนดความถี่ในการติดตามที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย⁵ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และการประเมินความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อน⁵ ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หลักการดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง ติดตาม eGFR และ UACR อย่างต่อเนื่อง และประสานการส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยงเพิ่ม

นอกจากนี้ KDIGO 2024 ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การตัดสินใจร่วมกัน และการสนับสนุนการดูแลตนเอง⁵ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของโรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามความร่วมมือในการรักษา และประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ การนำหลักการดังกล่าวมาปรับใช้ตามบริบทของผู้ป่วยและทรัพยากรของหน่วยบริการจึงช่วยเชื่อมโยงแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิและชุมชน

บทบาทเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการติดตามและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง⁵ เนื่องจากการดูแลดังกล่าวเกิดขึ้นต่อเนื่องระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับบริการ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลจึงสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการติดตาม การสื่อสาร และ

การสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีได้มี
วัตถุประสงค์เพื่อทดแทนการดูแลโดยบุคลากร
สุขภาพ¹⁶

1) เหตุผลที่เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล จำเป็นในโรคเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ต้องการการ
ดูแลระยะยาว ผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้อง
ติดตามค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด
น้ำหนักตัว ผลการทำงานของไต และพฤติกรรม
สุขภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลในรูปแบบที่อาศัย
เฉพาะการมาตรวจตามนัดอาจไม่เพียงพอ
โดยเฉพาะเมื่อช่วงเวลาระหว่างนัดมีระยะห่าง
หลายเดือน ส่งผลให้ปัญหาหลายประการ เช่น
การหยุดยาเอง การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม
การใช้ยาแก้ปวดที่มีผลต่อไต หรืออาการบวม
ผิดปกติ ไม่ได้รับการจัดการอย่างทัน่วงที

หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมาก
ชี้ให้เห็นว่า เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลสามารถช่วย
เพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มความต่อเนื่องของการ
ติดตาม และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ
โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งล้วนเป็นโรคร่วม
สำคัญของโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น การประยุกต์ใช้
เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลกับผู้ป่วยไตเรื้อรัง จึงมี
เหตุผลรองรับอย่างชัดเจนทั้งในมิติทางคลินิกและ
ระบบบริการ^{5,14,17}

2) การใช้เทคโนโลยีสุขภาพผ่าน โทรศัพท์มือถือเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง

เทคโนโลยีสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ
(mHealth) การใช้โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์
ดิจิทัลเพื่อสนับสนุนสุขภาพ ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับ
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องอาศัยการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว พยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชนสามารถใช้เทคโนโลยีดังกล่าว
เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองได้หลายรูปแบบ เช่น
การส่งข้อความให้ความรู้เรื่องการลดการบริโภค
โซเดียม การเตือนรับประทานยา การส่งเนื้อหา
สั้นเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต การออก
กำลังกาย หรือการหลีกเลี่ยงยาและสมุนไพรที่
อาจมีพิษต่อไต

นอกจากนี้ เทคโนโลยีสุขภาพผ่าน
โทรศัพท์มือถือยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือให้
ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ค่า
ความดันโลหิต น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
หรืออาการผิดปกติ แล้วส่งกลับมายังทีมสุขภาพ
เพื่อติดตาม แนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม
ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และทำให้การ
ดูแลเปลี่ยนจากรูปแบบ “รอให้ป่วยแล้วมาพบ
แพทย์” ไปสู่ “การดูแลเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง”

สำหรับบริบทประเทศไทย การใช้แอป
พลิเคชันที่ประชาชนคุ้นเคยอยู่แล้วจะช่วยลด
อุปสรรคด้านการเรียนรู้เทคโนโลยี และเพิ่ม
โอกาสการใช้งานจริงในระยะยาว^{11,14,17}

3) การติดตามอาการและความ สม่ำเสมอในการใช้ยาผ่านบัญชีทางการแพทย์

ไลน์เป็นแพลตฟอร์มการสื่อสารที่ได้รับ
ความนิยมอย่างแพร่หลายในประเทศไทย จึงเป็น
ช่องทางที่มีศักยภาพสูงสำหรับการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะการใช้บัญชี
ทางการแพทย์ หรือระบบสื่อสารที่มีลักษณะ
ใกล้เคียงกัน เพื่อเชื่อมต่อระหว่างพยาบาลกับ
ผู้ป่วย

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ ได้แก่ การส่ง
ข้อความเตือนนัดตรวจ การเตือนรับประทานยา

การส่งสื่อความรู้รายสัปดาห์ การสอบถามอาการสำคัญ เช่น บวม เหนื่อย ปัสสาวะลดลง เวียนศีรษะ หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงการรับรายงานค่าความดันโลหิตหรือน้ำหนักตัวจากผู้ป่วย การติดตามในลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยา ลดการขาดนัด และทำให้ทีมสุขภาพสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วมากขึ้น¹¹

หลักฐานจากงานวิจัยด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลและการพยาบาลหลายฉบับชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ การตอบกลับอย่างเหมาะสม และการใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย มีส่วนสำคัญต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหลักการที่สามารถประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม^{11,13,17}

4) ข้อจำกัดและข้อควรระวัง

แม้เทคโนโลยีดิจิทัลจะมีศักยภาพสูงในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ แต่ไม่ควรถูกมองว่าเป็นคำตอบสำหรับทุกปัญหา ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านการใช้โทรศัพท์อัจฉริยะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ขณะเดียวกัน ยังมีประเด็นด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ภาระงานของบุคลากรในการตอบข้อความ และความเสี่ยงจากการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹

อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีดิจิทัลไม่สามารถทดแทนการประเมินทางคลินิก การตรวจร่างกาย หรือการตัดสินใจรักษาโดยผู้ประกอบ

วิชาชีพได้ ดังนั้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลจึงควรดำเนินการภายใต้ระบบบริการที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน มีเกณฑ์การคัดกรองการส่งต่อ และขอบเขตความรับผิดชอบที่เหมาะสม ตลอดจนมีการกำกับดูแลด้านจริยธรรมและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างรัดกุม

โดยสรุป เทคโนโลยีดิจิทัลควรถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทั้งในด้านการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการสื่อสารเชิงรุก มากกว่าการเป็นระบบที่แยกขาดจากกระบวนการดูแลหลัก แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลที่จะนำเสนอในลำดับถัดไป

ข้อเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนที่นำโดยพยาบาล

แม้ประเทศไทยและนานาชาติจะมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ครอบคลุมการคัดกรอง การประเมินระยะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การติดตามผล และการส่งต่อรักษา แต่การดำเนินงานจริงในระดับปฐมภูมิยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การค้นหาผู้ป่วยได้ล่าช้า การติดตามต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ การสนับสนุนการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ และการส่งต่อผู้ป่วยระยะรุนแรงอาจไม่เป็นระบบ ส่งผลให้การนำข้อเสนอแนะจากแนวทางเวชปฏิบัติไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพยังไม่เต็มศักยภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ซึ่งเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและมีบทบาทสำคัญในการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างดังกล่าว โดยเฉพาะเมื่อได้รับการอบการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุน

กรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแลที่นำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนี้พัฒนาจากการสังเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยและ KDIGO 2024 ร่วมกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาและป้องกันโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 2) การจัดระดับความเสี่ยงเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแล 3) การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และ 4) การเชื่อมโยงบริการระหว่างชุมชนกับบริการเฉพาะทางอย่างไร้รอยต่อ

รูปแบบการดูแลยังประยุกต์แนวทางการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยมีมุ่งสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพ และดูแลตนเองอย่างเหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลหลัก (care coordinator) เชื่อมโยงการประเมินความเสี่ยง การสนับสนุนการดูแลตนเอง การติดตามต่อเนื่อง และการส่งต่อ ขณะที่เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล¹⁸

โครงสร้างของรูปแบบการดูแล: 5C Community-based CKD Care Model

รูปแบบการดูแลนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงเป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 2) การจัดระดับโรคและความเสี่ยง 3) การฝึกสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง 4) การติดตามต่อเนื่องผ่านชุมชนและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และ 5) การส่งต่อและดูแลเชื่อมต่อข้ามระดับบริการ โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่การค้นหาในกลุ่มเสี่ยงจนถึงการส่งต่อ เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลและชะลอการดำเนินโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) C1 Case Finding: การค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง

มุ่งค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีภาวะอ้วน และผู้มีประวัติครอบครัวเป็นโรคไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยและ KDIGO 2024 การคัดกรองพิจารณาค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (eGFR) ร่วมกับอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (UACR) หรือการตรวจปัสสาวะตามศักยภาพของหน่วยบริการ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการทบทวนทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ติดตามผู้ที่ขาดการตรวจ ให้ความรู้ และประสานการเข้าถึงบริการคัดกรอง โดยใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลสนับสนุนการแจ้งเตือนและติดตามผล เพื่อเพิ่ม

โอกาสค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและลดความล่าช้าในการวินิจฉัย

2) C2 Classification: การจัดระดับความเสี่ยงและวางแผนการดูแล

ภายหลังการคัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยควรได้รับการจัดระดับความเสี่ยงโดยพิจารณาค่าการทำงานของไต ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และแนวโน้มการเสื่อมของไต เพื่อกำหนดความถี่และความเข้มข้นของการติดตาม ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่นการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว มีภาวะอัลบูมินในปัสสาวะระดับสูง หรือควบคุมโรคร่วมไม่ได้ ควรได้รับการติดตามใกล้ชิดและประเมินเพื่อส่งต่ออย่างเหมาะสม

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูล ประเมินและจัดระดับความเสี่ยงรายบุคคล รวมถึงกำหนดแผนติดตามร่วมกับทีมสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลช่วยติดตามแนวโน้มข้อมูลและแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้ได้รับการดูแลสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

3) C3 Coaching: การฝึกสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

มุ่งเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยครอบคลุมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง การลดการบริโภคโซเดียม การใช้ยาอย่างเหมาะสมและหลีกเลี่ยงยาที่อาจมีพิษต่อไต การควบคุมโรคร่วม และการติดตามผลตรวจที่จำเป็น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พร้อมให้การให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมาย

ร่วมกัน และการเสริมแรงเพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลสามารถใช้สนับสนุนการให้ความรู้ การเตือนพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยา ตลอดจนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถและบริบทของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพระยะยาว

4) C4 Continuity Monitoring: การติดตามต่อเนื่องผ่านชุมชนและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

มุ่งสร้างความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างการมารับบริการ โดยกำหนดการติดตามให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่ติดตามอาการ พฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการมาตามนัด รวมทั้งประสานการดูแลกับครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพเมื่อพบปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการเพิ่มเติม

เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลสามารถใช้สนับสนุนการนัดหมาย การแจ้งเตือน การติดตามข้อมูลสุขภาพ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ช่วยให้สามารถติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด หรือมีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคได้รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้ การติดตามผ่านเทคโนโลยีควรใช้ร่วมกับการประเมินและการดูแลตามปกติ มิใช่ทดแทนการประเมินทางคลินิกที่จำเป็น

5) C5 Coordinated Referral: การส่งต่อและดูแลเชื่อมต่อข้ามระดับบริการ

มุ่งเชื่อมโยงการดูแลระหว่างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับบริการระดับที่สูงขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การทำงานของไต่ล踪อย่างรวดเร็ว หรือมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลที่เป็น ประสานการส่งต่อติดตามผลการรักษา และนำแผนการดูแลจากบริการเฉพาะทางมาดำเนินการต่อในชุมชน

การมีช่องทางสื่อสารและระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการช่วยลดความซ้ำซ้อนและการขาดช่วงของการดูแล รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและกลับมารับการติดตามในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้การดูแลสอดคล้องกันตลอดเส้นทางการรักษา

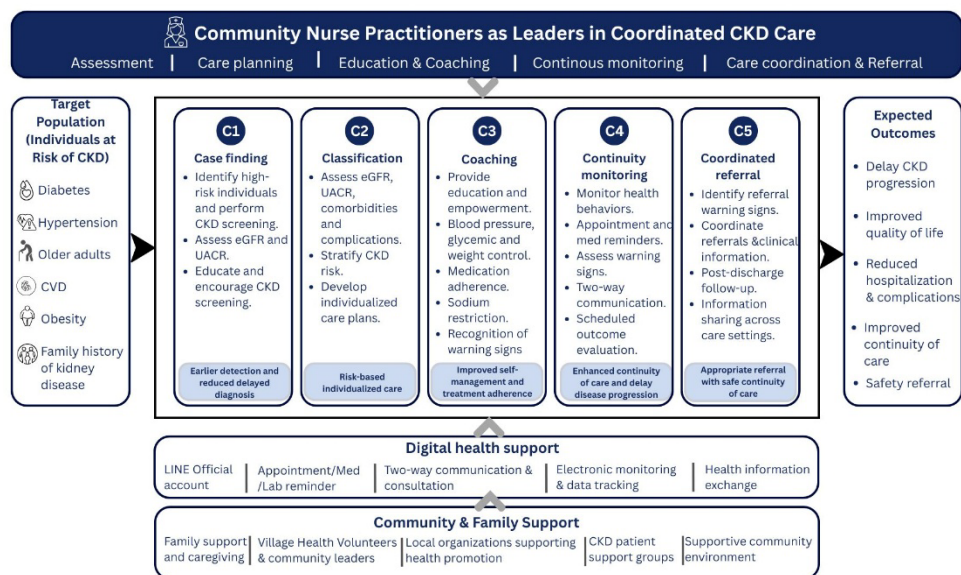


Figure 1 Proposed 5C Community-based CKD Care Model

วิจารณ์

บทความนี้เสนอการแปลงสาระสำคัญจากแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังสู่กรอบการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหากลุ่มเสี่ยง การจัดระดับความเสี่ยง การส่งเสริมการดูแลตนเอง การติดตามต่อเนื่อง และการประสานการส่งต่อ องค์ประกอบทั้ง 5 ด้านจึงเป็นกลไกเชื่อมโยงข้อเสนอแนะเชิงคลินิกกับ

กระบวนการดูแลที่สามารถประยุกต์ใช้ในบริบทบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จุดเด่นของรูปแบบนี้คือการวางพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประสานการดูแลหลัก โดยอาศัยความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนมากกว่าทดแทนการดูแลตามปกติ แนวทางดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตาม การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการเชื่อมต่อระหว่างระดับบริการอย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบไปใช้จำเป็นต้อง

พิจารณาความพร้อมของบุคลากร ระบบบริการ และโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัลในแต่ละพื้นที่

ข้อจำกัดสำคัญคือรูปแบบที่นำเสนอยังเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิดที่พัฒนาจากการสังเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลหรือความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลอาจก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพหรือทักษะดิจิทัล และผู้ที่เข้าถึงอุปกรณ์หรืออินเทอร์เน็ตได้จำกัด รวมทั้งยังต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลตลอดจนภาระงานของบุคลากร

การพัฒนาแบบในระยะต่อไปจึงควรเริ่มจากการศึกษานำร่องในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ ความเหมาะสมต่อบริบท และภาระในการดำเนินงาน ก่อนประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ความต่อเนื่องของการดูแล ความสามารถในการดูแลตนเอง และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ หากผลการประเมินสนับสนุนประสิทธิผลและความเป็นไปได้ จึงพิจารณาขยายการใช้รูปแบบสู่เครือข่ายบริการหรือบริบทอื่นต่อไป

บทสรุป

การนำแนวทางเวชปฏิบัติโรคไตเรื้อรังไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงการค้นหากลุ่มเสี่ยง การจัดระดับความเสี่ยง การสนับสนุนการดูแลตนเอง การติดตามต่อเนื่อง และการส่งต่ออย่างเป็นระบบ บทความนี้จึงเสนอ 5 C Community-based CKD Care Model

โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประสานการดูแลหลัก และใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล รูปแบบดังกล่าวอาจเป็นกรอบสำหรับประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติสู่บริบทปฐมภูมิและชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ ผลลัพธ์ทางคลินิก และความเหมาะสมต่อบริบท ก่อนพิจารณาขยายผลสู่ระบบบริการในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709-733. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
2. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(6):414-422D. doi:10.2471/BLT.17.206441.
3. Aekplakorn W, editor. The 6th Thai National Health Examination Survey 2019-2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021.
4. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendations for evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2022 (revised edition). Bangkok: Srimuang Printing; 2022.

5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999;282(15):1458-65. doi:10.1001/jama.282.15.1458.

7. Primary Health Care System Support Division, Ministry of Public Health. Operational manual for primary care units and primary care networks under the Primary Health Care System Act B.E. 2562 (2019). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.

8. World Health Organization. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization; 2020.

9. World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery. Geneva: World Health Organization; 2025.

10. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(7):CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3.

11. Meekaew P, Pichayapinyo P, Thiangtham W, Lagampan S, Supasyndh O. A nurse-led intervention program using the LINE Official Account (OA) application to improve self-care and clinical outcomes in patients with diabetes and comorbidities. *Sci Diabetes Self Manag Care.* 2025;51(5):505-16. doi:10.1177/26350106251371083.

12. Changsieng P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Lapvongwatana P. Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: a cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health.* 2023;14:21501319231181106. doi:10.1177/21501319231181106.

13. Suvamat J, Powwattana A, Thaingtham W, Pichayapinyo P, Boonlue S. Effectiveness of program to slow progression of chronic kidney disease among T2DM with HT with CKD 3 in the community: a randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231210619. doi:10.1177/21501319231210619.

14. Ghozali MT, Satibi, Forthwengel G. The impact of mobile health applications on the outcomes of patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *J Med Life*. 2023;16(9):1299-1309. doi:10.25122/jml-2023-0153.

15. Taylor DM, Fraser SDS, Bradley JA, Bradley C, Draper H, Metcalfe W, et al. A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017;12(7):1070-84. doi:10.2215/CJN.12921216.

16. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.

17. Marcolino MS, Oliveira JAQ, D'Agostino M, Ribeiro AL, Alkmim MBM, Novillo-Ortiz D. The impact of mHealth interventions: systematic review of systematic reviews. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018;6(1):e23. doi:10.2196/mhealth.8873.

18. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

บทความวิชาการ

ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร

นางวรรณ งามประเสริฐ*

นางสาวจิราพัชร แสงศรีจันทร์**

บทคัดย่อ

ศูนย์บริการสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนกรุงเทพมหานคร โดยกองการพยาบาลสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การถอดบทเรียนมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่ จากมุมมองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของกองการพยาบาลสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 5 คน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล 3 คน และผู้สังเกตการณ์ 1 คน โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม การทบทวนหลังปฏิบัติการ ใช้แนวคิด PDCA ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2569 ผู้สังเกตและผู้สังเคราะห์ 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องโดยทบทวนร่วมกันภายในทีม ผลการดำเนินการพบว่ามีวิเคราะห้ความรู้อาทักษะและประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข และมีการสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิแนวใหม่ พบว่ามีจุดเด่นในเรื่องนโยบาย งบประมาณ ผู้บริหารให้การสนับสนุน กระบวนการมีการเตรียมความพร้อมฯ มีระบบทีมพี่เลี้ยงฯ และมีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมสำหรับประเด็นปัญหาที่พบคือการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน ซึ่งอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพ การเก็บข้อมูลจำนวนมากและมีความซ้ำซ้อน ควรมีการบูรณาการตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญระหว่างหน่วยงาน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพได้

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ / หน่วยบริการปฐมภูมิ/ ถอดบทเรียน/ การรับรองคุณภาพ / ศูนย์บริการสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 15 มิถุนายน 2569; วันที่แก้ไขบทความ: 30 สิงหาคม 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 30 สิงหาคม 2569

*ผู้รับผิดชอบหลัก: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) หัวหน้ากลุ่มงานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร noon101@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป) กลุ่มงานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

Lessons Learned on Quality Improvement of Primary Care Units in Bangkok

Wanna Ngamprasert*

Jiraphat Sangsrijun**

ABSTRACT

Public Health Centers (PHCs) play a crucial role in providing health services for People in Bangkok. Public Health Nursing Division under Department of Health, Bangkok Metropolitan is the main responsible division for continuous quality improvement of the primary care units. **Objective:** This study aims to analyze personnel experiences and synthesize a modern PHC quality improvement model. A lesson-learned approach was conducted from January to April 2026 using After-Action Review (AAR) and the PDCA framework. Key Informants included five specialized staff: one supervisor, three practitioners, and one observer who worked in the Public Health Nursing Division. Internal peer review was done by two evaluators to ensure data validation. **Results:** The findings revealed that knowledge, skills, and experiences in public health center quality improvement were analyzed and synthesized into a novel model for public health center quality development. The synthesized model highlighted supportive policy, allocated budgets, and executive commitment as key strengths. Additional strengths were identified as team readiness, mentorship structuring, and participatory observation. However, challenges included quality sustainability risks due to leadership rotations, alongside high volumes of redundant, unintegrated, and low-value documentation. **Conclusion:** Primary care units can leverage these findings as a strategic framework to optimize healthcare service quality.

Key Words: Service Quality / Primary Care Unit /Lesson Learned/ Public Health Centers

Accreditation Article info: Received: June 15, 2026 Revised: August 30, 2026, Accepted: August 30, 2026

*Correspondent Author: Registered Nurse, Senior Professional Level (General nursing), Head of Nursing Quality and Standards Group, Public Health Nursing Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration noon101@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level (General nursing), Nursing Quality and Standards Group, Public Health Nursing Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรุงเทพมหานครกำหนดทิศทางในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ฉบับปรับปรุง¹ และแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเมืองปลอดภัยและยั่งยืนต่อวิกฤตการณ์ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1.5 เมืองสุขภาพดี (Healthy City) กลยุทธ์ที่ 1.5.1.3 พัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข (PHCA) กำหนดตัวชี้วัด คือ จำนวนของศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้าสู่กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก² สำนักอนามัยจึงได้กำหนดแผนพัฒนาสำนักอนามัย 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570) ฉบับบูรณาการเพื่อพัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพให้มีความสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง สนับสนุนนโยบายรัฐบาลและแผนในระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรุงเทพมหานครมีประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งหมด 5,302,771 ราย³ ศูนย์บริการสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร จากอัตราส่วนประชากรต่อหน่วยบริการพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง ต้องดูแลประชากรเฉลี่ยสูงถึง 70,000 – 100,000 คน การไม่มีขอบเขตประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน มีประชากรแฝงจำนวนมาก ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรสูงมาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งมีความหลากหลายในการจัดบริการด้านสุขภาพและมีหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวนมาก อย่างไรก็ตามพบว่า

ขาดความเชื่อมโยงของการจัดบริการ อีกทั้งการจัดบริการด้านสุขภาพมีข้อจำกัด ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

กองการพยาบาลสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้พัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนกรุงเทพมหานครอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2565 สำนักอนามัย โดยกองการพยาบาลสาธารณสุข ได้มีความร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (Public Health Center Standards, 2nd edition)⁴ ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงจากมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย (PHCA) ประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นได้แก่ การบริหารจัดการสถานพยาบาลที่ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้รับผลงาน ความปลอดภัย การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องและระบบบริการที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางเพื่อเป็นกรอบมาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ สอดคล้องตามบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครที่มีบริบทการบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองที่มีความจำเพาะ

กองการพยาบาลสาธารณสุขสนับสนุนและดำเนินการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขจากสรพ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 -2568 พบว่าจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขรายใหม่ (Accreditation) และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรอง

คุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขสุขจากการประเมินซ้ำ เพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐาน (Re-accreditation) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขจากการประเมินซ้ำ เพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐานมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 – 2568 มีจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสะสมเป็นจำนวนมาก โดยเพิ่มจาก 17 แห่ง เป็น 37 แห่ง รวมจำนวนยอดสะสมเพิ่มขึ้น 20 แห่ง อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2570 ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องเข้ารับการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขครบทั้ง 69 แห่ง เพื่อตอบสนองแผนพัฒนากรุงเทพมหานครและแผนพัฒนาสำนักอนามัย ดังนั้นกองการพยาบาลสาธารณสุขจัดทำแผนการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ระยะเวลา 4 ปี (ปี พ.ศ. 2567-2570) และดำเนินการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขรายใหม่ 32 แห่ง ให้พร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการประเมิน รับรองคุณภาพตามแผนที่กำหนด

การประเมิน รับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จากการศึกษาของ Jafar Sadegh Tabrizi และคณะพบว่า การรับรองมาตรฐานมีผลกระทบเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิมากที่สุดในด้านคุณภาพประสิทธิภาพ การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการเชิงกลยุทธ์ของบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิ นอกจากนี้การตรวจรับรองมาตรฐานยังส่งผลดีต่อด้านความปลอดภัย การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระบบการบันทึกเอกสาร ความเป็นผู้นำ ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน (Efficiency) และความต่อเนื่องของการดูแลรักษา เมื่อพิจารณาจากผลกระทบเชิงบวกที่มีอยู่มากมาย การตรวจรับรองมาตรฐานจึงเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ สำหรับการพัฒนาการดำเนินงานนั้น มีแนวคิดหลากหลาย แต่แนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าใช้ได้ผลดี คือ การถอดบทเรียน ซึ่งแนวคิดนี้มีหลายหน่วยงานใช้ในการพัฒนาการทำงาน อีกทั้งยังถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เช่น ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ระยะดำเนินการปี 2561-2564⁶ รูปแบบการพัฒนาการประกันคุณภาพบริการพยาบาล: ถอดบทเรียนโรงพยาบาลตติยภูมิ⁷ Conceptual Framework for Transferring Lessons Learned from Work For The Development of Best Practices⁸ การถอดบทเรียนในยุคพลิกผัน⁹ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานครในครั้งนี้ จึงได้ใช้การถอดบทเรียนในการศึกษาโดยมุ่งเน้นศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งให้การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนครอบคลุมพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่ ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

(Accreditation) และผ่านการประเมินซ้ำเพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐาน (Re-accreditation) เพิ่มขึ้นตามแผนที่กำหนด พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประชาชนเกิดความมั่นใจ และไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่

หลักการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ได้นำแนวคิด 3C-PDCA/PDSA , 3P (Purpose- Process- Performance) โดย ใช้มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย และการประเมินตนเองเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนา

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยมีหัวใจสำคัญ คือการเน้นบริการแบบองค์รวม ผสมผสานบริการ 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

ประกอบด้วย 7 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติการนำองค์กรเพื่อบรรลุพันธกิจและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **2) มิติการบริหารแผนปฏิบัติการ**ที่ตอบสนองต่อทิศทาง พันธกิจ ความท้าทายและความต้องการของประชากร ถ่ายทอดแผนสู่การ

ปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนด **3) มิติการมุ่งเน้นผู้รับบริการ** **ประชากรในความรับผิดชอบและชุมชน**เพื่อนำมาจัดให้มีการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ/ความคาดหวังและสร้างความสัมพันธ์ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิ **4) มิติการวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้** มีการวางระบบสารสนเทศและการจัดการความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ **5) มิติการมุ่งเน้นบุคลากร** ระบบบริหารบุคลากรและวัฒนธรรมที่เอื้อให้สร้างผลงานที่ดี มีความสุข สุขภาพดีและมีความปลอดภัย **6) มิติการปฏิบัติการ** เน้น กระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนบริหารจัดการและปรับปรุงกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญให้มีประสิทธิผลเพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานของกระบวนการหลักและเป็นไปตามเป้าหมาย

7) มิติผลลัพธ์การดำเนินงาน ทบทวนปรับปรุงผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงและพัฒนาผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญในภาพรวม⁴

การถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการถอดบทเรียนเพื่อจัดการความรู้และทักษะที่ได้จากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการ⁵ ตามกรอบของเทคนิคการถอดบทเรียน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ผู้ที่将被ถอดบทเรียน กระบวนการสนทนา บทเรียนที่ได้รับที่เกิดจากการเรียนรู้ การสะท้อนกลับบทเรียนที่ได้รับจากคนที่ถูกถอดบทเรียน ที่จะสามารถนำไปใช้ใน

การดำเนินการให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป⁹

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่ จะเข้าร่วมการถอดบทเรียนในการศึกษานี้คือเจ้าหน้าที่กองการพยาบาลสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2561 – 2568 จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน 1 คน ผู้ปฏิบัติงาน 3 คน และผู้สังเกตการณ์ 1 คน มีการวางแผนการคัดเลือกคนที่ จะถูกถอดบทเรียนวางแผนการจัดทำแบบบันทึกกิจกรรมทบทวนหลังการปฏิบัติงาน และวางแผนการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

วิธีดำเนินการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนนี้ใช้กระบวนการสนทนาหรือกระบวนการที่ใช้ตั้งคำถามด้วยเทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติการ โดยการตั้งคำถามในแบบบันทึกกิจกรรมทบทวนหลังการปฏิบัติงานและให้เจ้าหน้าที่จากกองการพยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ตอบคำถาม ดำเนินการ 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2569 โดยมีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

เนื้อหาที่ใช้ในการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ใช้ในการถอดบทเรียน ได้แก่ แผนการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข รายงานสรุปการประชุมเตรียมความพร้อม ฯ และทีมพี่เลี้ยงแบบสำรวจความพึงพอใจการเตรียมความพร้อม ฯ และทีมพี่เลี้ยง แบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการเตรียมความพร้อม ฯ และทีมพี่เลี้ยง บันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขโดยสถาบันรับรอง

คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) รายงานการเยี่ยมสำรวจและแบบฟอร์มสรุปรายงานการเยี่ยมสำรวจโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ฐานข้อมูลและรายงานสรุปผลการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข แบบบันทึกกิจกรรมทบทวนหลังการปฏิบัติงาน

บทเรียนที่ได้รับที่เกิดจากการเรียนรู้

ภายหลังกลุ่มเป้าหมายตอบคำถามในแบบบันทึกกิจกรรมทบทวนหลังการปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว จะมีการวิเคราะห์บทเรียนที่ได้รับที่เกิดจากการเรียนรู้ จนได้ข้อสรุปเป็นจุดเด่น ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ สรุปและจัดลำดับข้อเสนอแนะจากการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข โดยผู้สังเกตและผู้สังเคราะห์ 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องโดยการทบทวนร่วมกันภายในทีมและดำเนินการนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์จนเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่

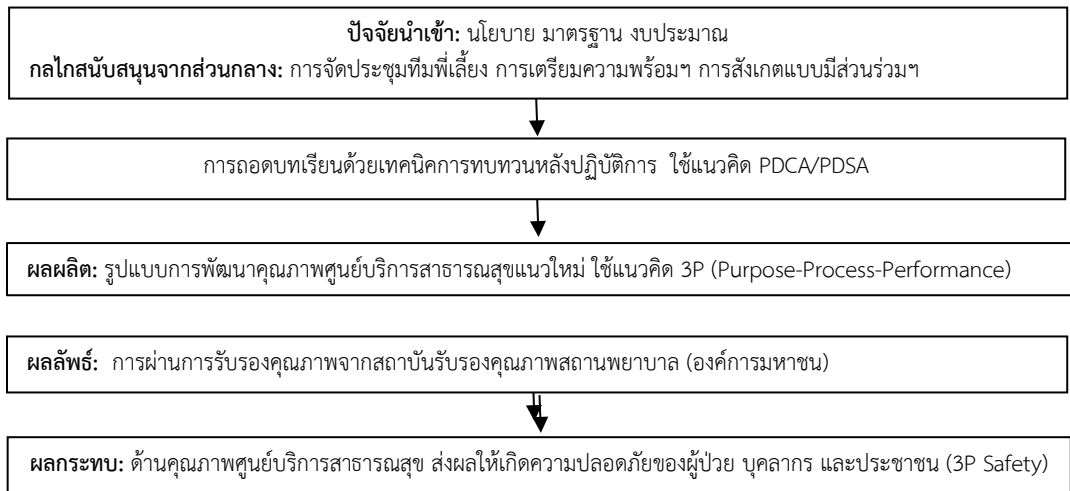
การสะท้อนกลับบทเรียนที่ได้รับจากคนที่ถูกถอดบทเรียน

ภายหลังถอดบทเรียน เปิดโอกาสให้ทุกคนที่ร่วมกิจกรรมสะท้อนความรู้สึก ความคิดเห็นต่อบทเรียนที่เกิดขึ้น ทั้งด้านดี/ไม่ดี/ต้องปรับปรุง เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจต่อบทเรียนที่ได้สามารถนำบทเรียนไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน (Act)

กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข **ปัจจัยนำเข้า** คือ นโยบายมาตรฐาน งบประมาณ **กลไกสนับสนุน** จาก **ส่วนกลาง** คือ การจัดประชุมทีมพี่เลี้ยง การเตรียมความพร้อม ฯ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ฯ

ถอดบทเรียนด้วยเทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิด PDCA/PDSA ผลผลิต คือ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่ ใช้แนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ผลลัพธ์ คือ การผ่านการ

รับรองคุณภาพจาก สรพ. และผลกระทบ คือ ด้านคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขส่งผลให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน (3P Safety) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

บทเรียนที่ได้จากการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแบ่งนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. จุดเด่นในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 2. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 3. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่

1. จุดเด่นในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขมีจุดเด่นหลายประการ ได้แก่ มีนโยบายในระดับกรุงเทพมหานครและระดับสำนักงานฯ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนให้ความสำคัญ และกำกับติดตามการดำเนินงาน

อย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนการประเมินรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขระยะยาว และแผนการประเมินประจำปี เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน ทักษะ และประสบการณ์ในการดำเนินงานได้รับงบประมาณอย่างต่อเนื่องในการประเมินรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข พร้อมทั้งมีการพัฒนาแนวทางและกระบวนการ ได้แก่

1.1 การจัดการประชุม/อบรมต่อเนื่อง

กองการพยาบาลสาธารณสุขมีการจัดอบรมต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข มีความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงในการดำเนินการประเมินคุณภาพภายใน

ศูนย์บริการสาธารณสุข (Internal Evaluation) เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 – 2569 มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมประชุม จำนวน 121 คน พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีคะแนนความรู้หลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุมเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ t-test พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการประชุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.2, p < 0.05$) นอกจากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 92.8 สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่หรือถ่ายทอดระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 84.8

1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนการประเมินรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

กองการพยาบาลสาธารณสุขมีการวางแผนเตรียมความพร้อมฯ เชิงรุกให้กับศูนย์บริการสาธารณสุข โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขแจ้งความประสงค์ล่วงหน้าตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อใช้ในการวางแผนการเตรียมความพร้อมฯ มีการประสานงานนัดหมายวิทยากรและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขล่วงหน้า วิทยากรมีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ เข้าใจวัตถุประสงค์ของงานและกลุ่มเป้าหมาย มีรูปแบบการสอนที่เหมาะสม โดยการใช้เทคนิคการเสริมพลัง กลุ่มเป้าหมายมีการโต้ตอบแบบ two way communication มีการสื่อสารแนวทางและเกณฑ์การประเมินอย่างชัดเจน มีการให้คำปรึกษาตามบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุขและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

มีการเตรียมสื่อการสอนในการให้ความรู้ มีการปรับเนื้อหาตามระดับความรู้หรือความสนใจ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจง่ายพร้อมยกตัวอย่างหรือวิธีการเพื่อดึงดูดความสนใจ สามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขให้ความสนใจในการเข้าฟังการบรรยาย นอกจากนั้นยังมีแบบทดสอบความรู้และประเมินความพึงพอใจภายหลังเตรียมความพร้อมฯ เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป ปี พ.ศ. 2566-2568 ศูนย์บริการสาธารณสุขได้รับการเตรียมความพร้อม 13, 16 และ 39 แห่ง มีจำนวน 14, 17 และ 52 ครั้ง และผู้เข้าร่วมประชุม 193, 406 และ 1,588 คน ตามลำดับ ผลการทดสอบความรู้ในการเตรียมความพร้อมฯ พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีคะแนนความรู้หลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุมเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.63 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ t-test พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการประชุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.56, p < 0.05$) ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุมภาพรวมมีระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 91.2

1.3 การจัดระบบทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข

กองการพยาบาลสาธารณสุขจัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงในการดำเนินการประเมินคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ประจำกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ทีมพี่เลี้ยงให้ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่อง

มีการจับคู่ทีมพี่เลี้ยงกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพฯ โดยทีมพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาเฉพาะประเด็นและติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการประเมินผลการดำเนินงานของทีมพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 มีการจัดประชุมทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข 6 กลุ่มจำนวน 6 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพฯ 32 แห่ง เข้าร่วมประชุมร่วมกับทีมพี่เลี้ยง ศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนความรู้ ร่วมกับทีมพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปี พ.ศ. 2568 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้ารับการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขรายใหม่ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขจาก สรพ. เพิ่มขึ้นถึง 12 แห่ง

1.4 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

กองการพยาบาลสาธารณสุขจัดเจ้าหน้าที่ในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 21, 34 และ 42 ครั้ง ตามลำดับ มีการรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค แนวคำถาม-คำตอบของแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข เรียนรู้จากคำแนะนำและรายงานการเยี่ยมสำรวจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและกองการพยาบาลสาธารณสุข โดยมีการสื่อสารที่ชัดเจน บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพเข้ากับงานประจำ และการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีการติดตามผลการรับรองคุณภาพ โดยบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลและสรุปผลการประเมิน รับรองคุณภาพ

ศูนย์บริการสาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง ทำให้มีข้อมูลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 ข้อเสนอแนะที่ผู้เยี่ยมสำรวจเสนอแนะเรียงลำดับจากมากไปน้อย 10 อันดับแรก มีดังนี้

อันดับที่ 1 การดูแลสุขภาพในสถานบริการ เน้นให้ครอบครัวผู้รับบริการและครอบครัว กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ/กลุ่มผู้รับบริการ เพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการ มีกระบวนการสนับสนุน การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย

อันดับที่ 2 การนำทีม การกำหนดทิศทางพันธกิจ และจุดเน้นการพัฒนา การส่งต่อผู้ป่วย การประสานงานและส่งต่อข้อมูล วางระบบบริหารความเสี่ยง กำหนดเป้าหมาย และแนวปฏิบัติความปลอดภัย เก็บข้อมูลอุบัติการณ์เพื่อหาสาเหตุ ปรับปรุงงานและป้องกัน

อันดับที่ 3 การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้ การกำหนด ทบทวน รวบรวม วัดและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบจัดบริการ

อันดับที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองโรค ภาวะเสี่ยงแบบองค์รวม และผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

อันดับที่ 5 บุคลากรได้รับการประเมินสุขภาพ ได้รับภูมิคุ้มกันโรค จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

อันดับที่ 6 งานเวชระเบียน ผู้ป่วยมีเวชระเบียน มีการทบทวน และประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

อันดับที่ 7 แผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว การดูแลสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การ บริหารระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อฯ โดยหน่วยบริการร่วมกับเครือข่าย

อันดับที่ 8 การทำงานร่วมกับชุมชน นำผลที่ได้จากการคัดกรองวางแผนดำเนินการ สร้างเสริม ดูแลสุขภาพหรือส่งต่อและให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง การดูแลรักษาโรคและสุขภาพด้วยการบำบัดรักษา การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การดูแลบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสีย การบริหารจัดการยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation) การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค บริการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

อันดับที่ 9 การเยี่ยมและติดตาม ประเมินผลการดูแลที่บ้านและในชุมชน ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทบทวน

ปรับปรุงแนวปฏิบัติในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสมในหน่วยบริการ

อันดับที่ 10 วางแผนและจัดการระบบยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล กำหนดแนวทางการดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สื่อสารและสนับสนุนบุคลากรให้สามารถปฏิบัติการ รวมถึงมีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล และพัฒนาระบบ

1.5 การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขโดยใช้ระบบสารสนเทศ ในการเก็บข้อมูล มีเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถด้านสารสนเทศ และมีการจัดทำผลลัพธ์การดำเนินงานในแต่ละงานตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข

2. ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

จากการถอดบทเรียนสะท้อนปัญหาและมีข้อเสนอแนะดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1: Analysis of Problems and Recommendations for Quality Development of Public Health Centers

Problems	Recommendations
1. Ineffective policy communication within and between each cluster of Public Health Centers	- Improve communication system from policy to implementation - Minimize coordination errors, such as scheduling discrepancies, arising from miscommunication - It is recommended to provide a platform for exchanging knowledge, best practices, and lessons learned, as well as to assign competent and suitable personnel as the primary persons in charge. - Use technology to communicate within each cluster of Public Health Centers
2. Limited budgets for procuring equipment, such as computers, printers, and printer ink, have	- Activities should be budgeted accordingly, ensuring sufficient equipment procurement.

Problems	Recommendations
resulted in an inadequacy of working tools	
3. Staff members: Burden, Quality of life and Work-life balance	- Fostering a continuous positive attitude, motivation, and empowerment in quality management practices, such as providing recognition and celebrating achievements. - Embedding quality development as an intrinsic part of daily work—rather than viewing it as an extra assignment—is essential to mitigate the sense of an added burden and promote a sustainable culture of quality. - An annual physical and mental health check-up for personnel should be conducted to assess health status and various risk factors, alongside health promotion initiatives to foster well-being, such as appropriate exercise, nutrition, and stress management.
4. Differences in understanding, skills and experience Concerning Health Center Service Quality Assessment in Compliance with Public Health Center Standards and Standard Implementation	- Coaching should be promoted as a competency development strategy for practitioners, utilizing participatory observation techniques during the readiness preparation and quality accreditation processes of public health centers. - A mentoring team system should be established for each group of Public Health Centers. - Tasks should be delegated efficiently within the responsible team to ensure clear boundaries and eliminate overlap.
5. A lack of continuity in quality management implementation and knowledge retention resulting from leadership or quality officer turnover.	- Promoting knowledge, understanding, and the application of quality standards and concepts—such as 3P, PDCA, and CQI—in routine work development, alongside the establishment of standardized work handover systems and manuals (Handover Kit). - A positive attitude, motivation, and continuous empowerment should be fostered in quality management operations. - It is necessary to make preparations and allocate responsibilities for backup arrangements. - Duties should be assigned to ensure cross-coverage among staff, accompanied by a job rotation system to facilitate cross-functional learning. - A comprehensive onboarding program should be implemented for new hires. - Training sessions should be conducted annually, with content tailored to the specific needs of the target audience.

Problems	Recommendations
6. Ineffective driving of service quality development in Public Health Centers.	The following process should be developed to drive value creation in work performance, ensures sustainability, and aligns with future contextual changes as follows: - Preparation for Public Health Center prior to the Quality Accreditation Assessment - Clarification of eligibility and update criteria for Primary Health Centers for ensuring operational standards and continuous quality improvement. - Work processes should be streamlined, and workflow systems or procedures must be clearly organized - The cultivation of a quality and safety culture within Public Health Centers should be promoted to secure sustainable impacts on service recipients, the community, and the organization. - The development of a centralized quality database (Single Database) to enable staff to access information easily, facilitate data storage, and efficiently study, analyze, and apply data.
7. The lack of a continuous monitoring, controlling, and follow-up cycle.	-It is recommended that the assessment results of all Public Health Centers be monitored and summarized on a quarterly basis. - A regular meeting should be organized to improve operational performance and the presentation process prior to the preparation phase. -Data should be used to plan and prepare for future assessments in a timely manner, thereby ensuring the continuous maintenance of the quality certification status following accreditation. -Qualitative evaluations such as After Action Review (AAR) or in-process monitoring should be conducted.
8. Inadequate senior mentors and consultations	- The senior multidisciplinary team across all Public Health Center groups, comprising the head of the Public Health Center group, senior doctor, senior dentist, senior pharmacist, senior head nurse, and senior social worker, should be appointed as mentors.
9. Inadequate support for the Quality Development of Public Health Center Services - There is redundancy in document and data file preparation due to a large volume of fragmented and non-	-Participatory observation should be integrated into the quality assessment and accreditation of Public Health Centers. - There should be instruction and demonstration on classifying feedback according to standards, analyzing, summarizing, and prioritizing the feedback from highest to lowest frequency, as well as utilizing the analytical results for planning (PDCA) and continuous quality improvement (CQI), alongside hands-on practice for staffs.

Problems	Recommendations
integrated data, leading to data errors). - Common pitfalls in quality development include a lack of integration and data linkage between outpatient and community health teams, collecting data without utilizing it, excessive workloads, and a lack of teamwork.	- The adoption of digital technology and data integration should be promoted in the fosters data connectivity while reducing errors and redundancies. -The development of a centralized quality database (Single Database) to store core quality data, compile knowledge repositories, document templates, best practices, and frequently asked questions (FAQs).

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่

จากข้อมูลที่ได้สามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข มี 3 ขั้นตอน โดยจำแนกศูนย์บริการสาธารณสุขเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้ารับการประเมินเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข (Re-Accreditation)

กลุ่มที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้ารับการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข (Accreditation)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการเตรียมความพร้อมฯ ดังนี้

1) การวางแผนการเตรียมความพร้อมฯ เป็นรายปี

กลุ่มที่ 1 วางแผนเตรียมความพร้อมฯ 1 ครั้ง หลังได้รับรายงานการเยี่ยมสำรวจฯ หรือ ก่อนวันประเมินฯ อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มที่ 2 วางแผนเตรียมความพร้อมฯ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ภายหลังได้รับ

รายงานการเยี่ยมสำรวจฯ (กรณีที่เคยประเมินแล้ว) หรือก่อนวันประเมินฯ อย่างน้อย 6 เดือน ครั้งที่ 2 ก่อนวันประเมินฯ อย่างน้อย 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 ขณะเตรียมความพร้อมฯ

กลุ่มที่ 1 เตรียมความพร้อมฯ 1 ครั้ง เนื้อหาดังนี้ 1) แผนการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 2) กำหนดการส่งเอกสารประเภทเอกสารที่ต้องส่ง และวิธีการส่งเอกสาร 3) ขั้นตอนการประเมินคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การนำเสนอการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 2 การตรวจประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ทีม ขั้นตอนที่ 3 การสรุปผลการประเมินคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข 4) เกณฑ์การให้คะแนน 5) หัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข โดยการทบทวนเรื่องกระดุม 5 เม็ด 6) การดำเนินการตามรายงานการเยี่ยมสำรวจ 7) หลุมพรางการพัฒนาคุณภาพฯ ที่พบบ่อย

กลุ่มที่ 2 เตรียมความพร้อมฯ จำนวน 2 ครั้ง จำแนกเป็น ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อมฯ มีเนื้อหา ดังนี้ ข้อ 1) ถึง ข้อ 5) มีเนื้อหาการเตรียมความพร้อมฯ เช่นเดียวกับการเตรียม

ความพร้อมๆ กลุ่มที่ 1 6) การประยุกต์วิธีการพัฒนาคุณภาพฯ ตามมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ ครั้งที่ 2 การเตรียมความพร้อมฯ ดังนี้ 1) ทบทวนเนื้อหาของครั้งที่ 1 2) หลุมพรางการพัฒนาคุณภาพฯ ที่พบบ่อย 3) ปัญหาที่พบจากการจัดทำเอกสาร การนำเสนอ

ขั้นตอนที่ 3 หลังการเตรียมความพร้อมฯ

2. การจัดระบบทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ดังนี้

3.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

3.2 การสรุปและจัดลำดับข้อเสนอแนะจากการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

3.3 การติดตามและการสรุปผลการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

4. การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาดังแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2568 พบว่าศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรอง Re-accreditation 45 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการรับรอง Re-accreditation 8 แห่ง อัตราไม่ผ่านการ Re-accreditation พบสูงถึงร้อยละ 15.09 สะท้อนถึงประเด็น “ความยั่งยืนของคุณภาพภายหลังการรับรอง” สอดคล้องกับการศึกษาของ Jafar Sadegh Tabrizi และคณะพบว่า การตรวจรับรองมาตรฐานมีผลกระทบเชิงลบ ได้แก่

ความยั่งยืนที่ต่ำของบางโครงการตรวจรับรองมาตรฐาน^[5] จากบทความพบว่าสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ และการขาดการสืบทอดองค์ความรู้ ปัญหานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขหลายแห่งผูกติดกับศักยภาพและตัวบุคคลมากกว่าการสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เมื่อเกิดการโยกย้ายหรือผลัดเปลี่ยนบุคลากรหลัก จึงส่งผลให้เกิดรอยต่อและการถดถอยของการพัฒนาคุณภาพ

2. จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 5 แห่ง และในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวน 12 แห่ง จะเห็นว่าจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพฯ มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สอดคล้องกับการริเริ่มการเตรียมความพร้อมฯ และระบบทีมพี่เลี้ยง สะท้อนให้เห็นว่ากลไกการสนับสนุนเชิงกระบวนการจากส่วนกลางอาจมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จมากกว่าตัวมาตรฐาน เนื่องจากการเตรียมความพร้อมฯ และระบบพี่เลี้ยงช่วยลดอุปสรรคในการตีความมาตรฐานและเพิ่มความพร้อมให้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการเตรียมความพร้อมฯ และประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง ผู้เข้าร่วมประชุมมีคะแนนความรู้หลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.56, p < 0.05$ และ $t = 9.2, p < 0.05$ ตามลำดับ) ผู้เข้าประชุม

เตรียมความพร้อมฯ มีระดับความพึงพอใจภาพรวมระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 91.2 สำหรับการประชุมพี่เลี้ยงฯ ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่หรือถ่ายทอดระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 92.8 และ 84.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์นี้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างสมบูรณ์ว่าการเพิ่มขึ้นของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองรายใหม่เกิดจากการเตรียมความพร้อมฯ และระบบพี่เลี้ยงเท่านั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้บริบทที่มีแรงกดดันจากเป้าหมายความสำเร็จใน ปี พ.ศ. 2570 รวมด้วย ซึ่งแรงขับเคลื่อนเชิงนโยบายและกำหนดเวลาดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยร่วมที่เร่งให้ศูนย์บริการสาธารณสุขขับเคลื่อนตนเองเพื่อเข้าสู่ระบบการรับรองมากขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่า“พี่เลี้ยงบางท่านไม่กล้าให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อาวุโสกว่า” ซึ่งเป็นข้อค้นพบเชิงวัฒนธรรมองค์กรที่สำคัญมากและพบได้ทั่วไปในระบบสุขภาพไทย การแต่งตั้งทีมสหวิชาชีพระดับอาวุโสเป็นพี่เลี้ยงโดยตำแหน่งและมีทีมพี่เลี้ยงซึ่งมีอายุน้อยอยู่ในทีมพี่เลี้ยงเป็นการแก้ปัญหาโดยการยอมรับอำนาจของผู้ที่อาวุโสกว่า การแต่งตั้งผู้มีความอาวุโสมาเป็นพี่เลี้ยงจึงเป็นการประนีประนอมกับวัฒนธรรมดังกล่าว การแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงที่มีอาวุโสน้อยร่วมในทีมด้วย เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะให้คนรุ่นใหม่ให้คำปรึกษาผู้ใหญ่และเป็นการทำให้พี่เลี้ยง

อาวุโสยอมรับการโค้ชจากผู้ที่ได้ดีกว่า ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

4. จากบทความพบว่าเอกสารมีความซ้ำซ้อนและไม่ก่อคุณค่า เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนมาก แยกส่วนและไม่มีการบูรณาการกัน การพัฒนาคุณภาพนั้นต้องใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุของปัญหาดังนั้น การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางด้านคุณภาพ จะทำให้ลดภาระด้านเอกสาร และก่อให้เกิดคุณค่า เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน สอดคล้องการศึกษาของ Jafar Sadegh Tabrizi และคณะพบว่าเมื่อพิจารณาจากผลกระทบเชิงบวกที่มีอยู่มากมาย การตรวจรับรองมาตรฐาน จึงเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสุขภาพปทุมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ^[5] จะเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกและทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. จากบทความพบว่าศูนย์บริการสาธารณสุขผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 53.62 อย่างไรก็ตามพบว่าศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผ่านการประเมิน รับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขแล้ว นับเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นแต่ไม่เพียงพอ” เนื่องจากไม่สามารถรับรองว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาข้ามหน่วยงานแบบไร้รอยต่อ ดังนั้นการดึงบทบาท Area Manager มาทำหน้าที่บริหารรอยต่อและเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานในโซนสุขภาพ Bangkok Health

Zoning เป็นการสร้างกลไกเครือข่าย จากการพัฒนาคุณภาพรายหน่วยเป็นการพัฒนาคุณภาพเครือข่าย โดยศูนย์บริการสาธารณสุขควรตั้งตัวชี้วัดระดับโซนสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและคลินิกชุมชนอบอุ่นในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่ออย่างแท้จริง

ข้อจำกัด เป็นมุมมองจากหน่วยงานส่วนกลาง คือ ผู้ปฏิบัติงานจากกองการพยาบาลสาธารณสุข มิใช่จากผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขหรือจากผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1.1 กำหนดทิศทางและโครงสร้างสนับสนุนทบทวนความเป็นไปได้ของเป้าหมายปี พ.ศ. 2570 โดยนำผลการประเมินรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข ไปใช้ในการทบทวนหรือปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์มุ่งสู่เป้าหมาย ปี พ.ศ. 2570 ของกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาค่าเป้าหมายที่สอดคล้องกับศักยภาพที่แท้จริงของพื้นที่

1.2 ปฏิรูประบบการจัดสรรกำลังคนและงบประมาณ สำนักอนามัยควรจัดทำแผนงบประมาณและกรอบอัตรากำลังระยะยาวเพื่อรองรับการประเมินซ้ำ (Re-accreditation) ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต โดยต้องสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอต่อการรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

1.3 ปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเป็นเชิงคุณภาพมุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยกรุงเทพมหานครและสำนักอนามัยควรปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดความสำเร็จ

เปลี่ยนไปสู่การวัดเชิงคุณภาพและควรเป็นผลลัพธ์บริการ

2. ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

2.1 องค์ประกอบที่ใช้ได้ในบริบทอื่น คือ การจำแนกหน่วยบริการเป็นกลุ่มตามความพร้อมและระบบที่เลี้ยงสหวิชาชีพ

2.2 การจำแนกกลุ่มตามความพร้อมหน่วยบริการอื่นสามารถนำเกณฑ์ความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือไปคัดแยกศักยภาพของคลินิกชุมชนอบอุ่นหรือรพ.สต.ได้ เป็นเครื่องมือสากลในการจัดลำดับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทรัพยากร

2.3 ระบบที่เลี้ยงสหวิชาชีพ การให้ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้เลี้ยงให้คำปรึกษาสามารถปรับใช้ได้กับทุกพื้นที่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความมั่นใจให้บุคลากรหน้างาน

องค์ประกอบที่ผูกกับบริบทกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะ คือการสังเกตแบบมีส่วนร่วมระหว่างการเยี่ยมสำรวจ บริบทกรุงเทพมหานครมีความซับซ้อน พื้นที่จำกัดชุมชนแออัด และโครงสร้างการปกครองท้องถิ่นที่ไม่เหมือนภูมิภาคอื่นการเยี่ยมสำรวจในกรุงเทพมหานครต้องใช้กระบวนการสังเกตเชิงลึกที่สอดคล้องกับสภาพสังคมเมือง หากนำไปใช้ในต่างจังหวัดต้องปรับเปลี่ยนวิธีและตัวชี้วัดให้เข้ากับบริบทชุมชนนั้น ๆ

3. ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินว่าการได้รับการรับรองคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขส่งผลลัพธ์โดยตรงต่อตัวชี้วัดทางการแพทย์ และระดับความ

พึงพอใจหรือประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ
อย่างไร เพื่อยืนยันความคุ้มค่าและความยั่งยืน
ของการพัฒนาคุณภาพ

3.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการไม่ผ่านการประเมินซ้ำ ควรติดตามผลและ
ศึกษาเชิงวิเคราะห์ในกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข
ที่ไม่ผ่านการประเมินซ้ำ หรือมีระดับคุณภาพ
ที่ลดลง เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง อุปสรรคสำคัญ
หรือข้อจำกัดเชิงระบบ ซึ่งจะเป็นข้อมูลเตือนภัย
ล่วงหน้า ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน
การวางแผนป้องกัน

3.3 การศึกษามุมมองและประสบการณ์
ของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข
เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนมุมมอง
ทัศนคติ ความกดดัน และข้อเสนอแนะของ
ผู้ปฏิบัติงานหน้างานในศูนย์บริการสาธารณสุข
ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรฐาน
เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง

สรุป ผลการดำเนินการพบว่ามีการ
วิเคราะห์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการ
พัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข และมีการ
สังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพ
ศูนย์บริการสาธารณสุขแนวใหม่ จากการถอด
บทเรียนพบว่าการพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการ
สาธารณสุขมีจุดเด่นในเรื่องนโยบายและแผนการ
ดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดสรรงบประมาณ
ต่อเนื่อง ผู้บริหารให้การสนับสนุน และบุคลากร
มีความรู้ ทัศนคติที่ดี ในด้านกระบวนการมีการ
เตรียมความพร้อมฯ จัดระบบทีมพี่เลี้ยงฯ
การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และมีการสนับสนุน
การพัฒนาคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุข

ปัญหาและอุปสรรคได้แก่ ภาระงานจำนวนมาก
และบุคลากรที่มีจำกัดทำให้เกิดภาวะ burn out
การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบงาน
คุณภาพทำให้ขาดความยั่งยืนของคุณภาพ
ภายหลังการรับรอง เอกสารซ้ำซ้อนและไม่ก่อ
คุณค่าจากข้อมูลที่มีจำนวนมากและแยกส่วนกัน
ทำงาน ไม่มีการบูรณาการ พี่เลี้ยงบางคนไม่กล้า
ให้ข้อเสนอแนะผู้ที่อาวุโสกว่า อีกทั้งยังมี
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ปฏิบัติการและวิชาการ
เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ
ศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการอย่างมีคุณภาพ
ตอบสนองความต้องการของประชาชน ส่งผลต่อ
คุณภาพชีวิตและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
บุคลากรและประชาชน ทำให้ประชาชน
มั่นใจ และไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ
ในกรุงเทพมหานคร

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Evaluation
Department, Bangkok Metropolitan
Administration. Bangkok 20-year
development plan (phase 1 to 4).
Strategy and Evaluation Department;
2022. (in Thai)
2. Strategy and Evaluation
Department, Bangkok Metropolitan
Administration. The 20-year development
plan for Bangkok Metropolis, phase 3
(2023-2027). Strategy and Evaluation
Department; 2023. (in Thai)

3. Department of Provincial Administration. Population statistics [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 21]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>. (in Thai)

4. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Public Health Center Standards, 2nd Edition. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2022. (in Thai)

5. Tabrizi JS, As'habi A, Nazari M, Ebrahimi TM, Haghi M, Gharibi F. Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review. *Malays Fam Physician*. 2023 [cited 2026 Aug 20]. Available from: <https://doi.org/10.51866/rv.27>.

6. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), Lessons learned from the "Participatory Mechanism Development for Healthcare Quality and Safety Project" (2018–2021). The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2021. (in Thai)

7. Siriwatanaphysan S, Kamsawang N, Toin R, Jadyangtone C, Dusitkul Y. Quality assurances development model of nursing services: lessons learned in a tertiary hospital. *Nursing, Health, and Public Health Journal*. 2023 Jan– April; 2(1): 66-73. (in Thai)

8. Wattanasan P, Puncreobutr V. Conceptual framework for transferring lessons learned from work for the development of best practices. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*. 2021 July; 12(7): 4848-56.

9. Wattanasan B. Lesson learned in digital disruption age. *Wisdom Journal of Humanities and Social Science*. 2024 Oct; 1(4): 64-73. (in Thai)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพจนานุกรมสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์** ในวารสารฉบับอื่น บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนสรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนเนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ

4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้

4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีได้รับ

4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน ระบบ **Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจสอบก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal artical****ผู้แต่ง 1 คน**

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book**ผู้แต่ง 1 คน**

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ**1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ**

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว **และทางวารสารไม่มียกเว้นนโยบายตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน**

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท**ชำระเงินค่าธรรมเนียม**

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

☐ ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว