



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy

ISSN : 2985-1602 (Online)



ปีที่ 5 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2568





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ และสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านสาธารณสุข ได้แก่

- สาขานามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาสุขศึกษา
- สาขานามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2025. Vol. 5 No.1 January – April 2025

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และ
บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ
หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรงค์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริณ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สีนวรณ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญ์ กิตติธรรค์ศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทา

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม
ดร.รัศยานภิก รัชตะวรรณ
ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชัยวัช
ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
ดร.เนติยา แจ่มทิม
ดร.มาสริน ศุภลักษ์
ดร.เมทนี รัตนาบุตร
ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
ดร.ขจิต บุญประดิษฐ์
ดร.จตุพร ตันตะโนกิจ
ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม
Mr.Patrick Wauters

กองจัดการ

ดร. บุญประจักษ์ จันทร์วิน
นางวัลลภา ดิษสระ
นางสาวจันทิมา ช่วยชุม
นายณฤเบศร์ โกศล
นางสาวธนพรรณ จอมบดินทร์
นายวิชัย จิรวัดนกุลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

สวัสดีค่ะ ดิฉันบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ก่อนอื่นต้องขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และส่งบทความวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ สำหรับผลการประเมินรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572) โดยยังคงอยู่กลุ่ม 2 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

ฉบับนี้เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ซึ่งมีทั้งหมด 13 บทความ ในฉบับนี้ยังคงมีเนื้อหาตามมาตรฐานของวารสารที่มีความหลากหลาย เป็นบทความวิจัย 12 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุขที่น่าสนใจ โดยผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

สุดท้ายนี้ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดิฉันขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ ขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น และช่วยพัฒนางานวิชาการของประเทศไทยสืบไป

อาจารย์ วรัญญา จิตรบรรทัด
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช (Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors of Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province) e270428
อลิสา บัวทอง (Alisa Buathong)
2. ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี e271094
(Factors Predicting Resilience Among Older Adults in Nam Som District, Udon Thani Province)
กัลยารัตน์ อินทบุญศรี (Kanyarat Inthaboonsri)
3. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา (The Effect of the D-METHOD Discharge Planning Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Tuberculosis Patients in the Inpatient Ward at Sadao Hospital) e271283
เนตรชนก จุละวรรณโณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ (Natechanok Julawanno, Kittiporn Nawsuwan)
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอ ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Development of a Tuberculosis Care Model Through Community Participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province) e271383
รัตนา กรายแก้ว, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จตุพร เหลืองอุบล (Rattana Kraikaew, Terdsak Promarak, Jatuporn Luangubol)
5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (The Study on the Relationship Between Perception and Participation in the Prevention and Control of Dengue Fever Among Village Health Volunteers in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province) e271755
กวินทิพย์ รอดบางพง, มิ่งขวัญ ศิริโชติ (Kawintip Rodbangpong, Mingkwan Sirichote)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
6. ความเครียดและประสิทธิผลในการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครองศูนย์การศึกษา เด็กพิเศษ จังหวัดสมุทรสงคราม (Stress and the Effectiveness of Special Needs Childcare by Parentals at the Special Education Center, Samut Songkhram Province) จตุพร อุ่นประเสริฐสุข, ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ (Jatuporn Ounprasertsuk, Tipvarin Benjanirat)	e271647
7. การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเล็ปโตสไปโรซิส จังหวัด นครศรีธรรมราช (Development of the Guideline for the Control and Prevention of Leptospirosis in Nakhon Si Thammarat Province) พิทยา แต่งเกลี้ยง, สุมลรัตน์ ขนอม (Pittaya Tangcleang, Sumonrat Khanom)	e273090
8. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Effect of an Empowerment Program on the Caregiving Burden of Older Adults with Depression) เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, ณัฐฐา นน่อพันธ์ (Metta Lertkiatratchata, Naruttha Norphun)	e272150
9. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง (Development of a Care Management Model for Dependent Older Adults in the Community Health Center of Kantang Hospital, Trang Province) ปรีชา ถิ่นนัยธร, จุฑาทิพย์ เสนีย์, สุวิมล จิตรแก้ว, บุปผา รักษานาม (Preecha Tinnaitorn, Jutatip Sane, Suwimon Jitkaew, Buppha Raksanam)	e272242
10. การพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการ ปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา (The Development of the SMARTCARE- Telehealth Program for Older Adult Care in Primary Care Units of the Songkhla Hospital Network) สรเสริญ อัยเอ็ง, จักรพงษ์ เหมรัตน์จิระกุล, เพ็ญศิริ อุตถาวงค์ (Sunsern Ui-eng, Jakapong Hemmaratchirakul, Phensiri Atthawong)	e272387
11. ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา (Factors Affecting the Extravasation of Contrast Media from the Vein among Patients Undergoing Computed Tomography Scans at the Radiology Department, Yala Hospital) สินีนาด วารี (Sineenad Waree)	e272906

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

12. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง (Development of a Support Model for Primary Healthcare Services for Subdistrict Health Promoting Hospitals Transferred to the Trang Provincial Administrative Organization) e273092

รัชพล สัมฤทธิ์, วราณี สัมฤทธิ์ (Ratchapol Sumrit, Waranee Sumrit)

บทความวิชาการ (Academic Article)

13. ผลของอาหารและรูปแบบการบริโภคแบบเมดิเตอร์เรเนียนที่มีผลอาหารต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (The Effect of Mediterranean Diet and Consumption Patterns on Erectile Dysfunction)

อภิรัตน์ ศุภธนาทรัพย์, จิรายุส ไมตรีสถิต (Abhirat Supthanasup, Chirayus Maitrisathit)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ.....	ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง.....	จ
Template บทความวิจัย.....	ซ
Template บทความวิชาการ.....	ฎ
สอบถามข้อมูล.....	ณ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors of
Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Phra Phrom District,

Nakhon Si Thammarat Province

อลิสา บัวทอง

Alisa Buathong

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: July 30, 2024; Revised: August 12, 2024 ; Accepted: September 7, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้แบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และค่าน้ำตาลในเลือดสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณกลุ่มตัวอย่าง 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มควบคุม 51 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ และโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5 – 1.00 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เทากับ 0.71 สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา, Chi-square, Mann-Whitney u test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value = 0.002) สำหรับค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม (p -value = 0.368)

ฉะนั้น ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย แต่ควรจะต้องปรับโปรแกรมโดยพิจารณาการตรวจค่าน้ำตาลในเลือดสะสมตามหลักวิชาการ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริม, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental study, using a two-group post-test design, aimed to compare health behaviors and cumulative blood sugar levels between the experimental and control groups after implementing a health literacy promotion program for patients with uncontrolled type 2 diabetes in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. Participants consisted of 102 individuals, divided into 51 in the experimental group and 51 in the control group. Participants were selected using simple random sampling, with labels drawn to assign them to either the experimental or control group. The research instruments included a health literacy measurement tool and a program designed to improve health literacy related to diabetes prevention, with an Item Objective Congruence (IOC) value ranging from 0.5 to 1.00. The tool for measuring self-care behaviors in diabetes patients had a reliability coefficient of 0.71. Data analyses included descriptive statistics, Chi-square, Mann-Whitney U test, and Independent t-test.

The research findings revealed that the experimental group had a significantly higher mean self-care behavior score compared to the control group at a 0.05 significance level (p -value = 0.002). However, there was no significant difference in cumulative blood sugar levels between the experimental and control groups (p -value = 0.368).

Therefore, the program should be applied to patients in diabetes clinics at hospitals and community health promotion hospitals within the network. However, the program should be adjusted to consider the monitoring of cumulative blood sugar levels according to academic standards.

Keywords: Promotion Program, Health Literacy, Health Behavior, Type 2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชากรโลก รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพและเศรษฐกิจของทุกประเทศ ซึ่งสถานการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 98 ล้านคน และช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 327 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านคน หรือมีอัตราการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20 - 64 ปี จำนวน 438 ล้านคน หรือมีอัตราการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.9 (Non-Communicable Diseases Division, 2018) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน และปัจจุบันอุบัติการณ์โรคเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการควบคุมเบาหวานและภาวะร่วมอื่น ๆ

การดำเนินงานของประเทศไทยยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย จึงเป็นเรื่องที่น่าวิตกกังวลและต้องการรณรงค์สร้างการรับรู้เกี่ยวกับเบาหวานในหลากหลายมิติ เนื่องจากเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases หรือ NCDs) อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมูลค่ามหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control,

2021) ประกอบกับสถิติข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี พ.ศ. 2561 ได้แสดงถึงเป้าหมายในการควบคุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยได้มีการตรวจเช็คระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เฉลี่ยในช่วงระยะเวลา 3 เดือน โดยกำหนดผู้ป่วยเบาหวานควรจะมีค่าน้อยกว่า 7 mg% (หรือ $HbA1C \leq 7\%$) แต่ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียง 36.5% โดยจากข้อมูลประเมินได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน รวมถึงปรับการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 85-95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด หรือมีประมาณ 316 ล้านคน (Jiamjarasrangsi, 2018) หากยังไม่มีมาตรการควบคุมและป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของประชากรโลก ซึ่งโรคเบาหวานก่อให้เกิดความพิการด้านต่าง ๆ เช่น ตาบอด ไตวาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวได้

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2562 – 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนี้ 66,315, 70,253, 75,286, 79,763 และ 85,952 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($HbA1c \geq 7\text{ mg\%}$) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 65.35 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง เช่น โรคแทรกซ้อนทางตาทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็น โรคแทรกซ้อนทางไตทำให้ไตเสื่อมโรคแทรกซ้อนทางเท้าซึ่งมีความผิดปกติทางระบบเส้นประสาท นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้อีกด้วย (Sukprasan, Rattanawarang, & Jaruchawalit, 2018) ซึ่งทำให้เกิดการป่วยและการตายก่อนวัยอันสมควร สำหรับโรงพยาบาลพระพรหม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ระหว่างปี พ.ศ. 2563 -2566 ร้อยละ 18, 20.37, 7.47 และ 6.85 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ปี2563 -2566 ร้อยละ 85.19, 8.64, 90.18, และ 75.39 ตามลำดับ สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางไต ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564 ไม่ได้ตรวจเนื่องจากโรคโควิด-19 แต่ในปี พ.ศ. 2565 – 2566 พบร้อยละ 22.14 และ 81.24 ตามลำดับ (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2023) สาเหตุที่สำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้น เกิดจากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัดและการจัดการความเครียด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพ (Pannark, Moolsart, & Kaewprom, 2017)

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถด้านการอ่าน การทำความเข้าใจและการกระทำ เมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (Kaewdomkeang, & Threephetsongurai, 2011) ซึ่งผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับโดยเข้าใจถึงเหตุผลของการปฏิบัติจึงทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่ได้อธิบายว่าบุคคลจำเป็นต้องมีทักษะด้านการเรียนรู้ที่จำเป็น เช่น การอ่าน การเขียน การทำความเข้าใจ เพื่อใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อใดที่บุคคลต้องกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องใหม่ จำเป็นต้องมีทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เพื่อทำความเข้าใจในเหตุผลและวิธีปฏิบัติ (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากความแตกฉานด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Sittisart, Suwannakit, & Nawamawat, 2023; Thongsongkris, 2022; Munsrakeat, Rawiworrakul, & Lagampan, 2019; Lalun, & Wirunphan, 2021) ดังนั้น ในการจัดการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการนำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรม ผลที่ได้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ทั้งนี้ยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป และหากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะมีพฤติกรรมสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

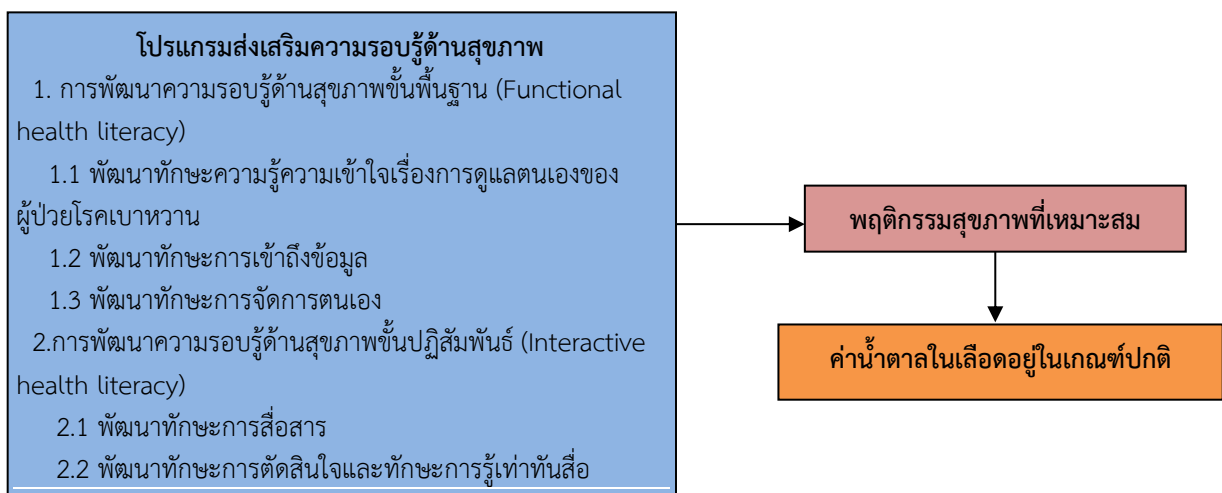
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐาน

1. หลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ เพราะเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลถึงระดับน้ำตาลในเลือดสะสมที่ดีด้วย ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 1,793 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระพรหม อำเภพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มควบคุม 51 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามกำหนดคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี
2. สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน โรคแทรกซ้อนทางไต และหลอดเลือดหัวใจ
4. ได้รับการรักษาด้วยยา
5. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. วิกลจริต มีความผิดปกติทางจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ Division of Health Education & Mahidol University (2015) สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม Pattanakasetwong, Puakaosal, & Prempreeda, (2023) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การอ่านเอกสารข้อมูลสุขภาพ โดยคำตอบมีตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ทุกครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) และไม่เคย (4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การอยากได้ข้อมูลเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่ (0 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติตัวในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อถูกถามในกรณีต่าง ๆ มี 5 ตัวเลือก คือ บอกญาติให้พูดแทน (1 คะแนน) ไม่ตอบ (2 คะแนน) พยายามตอบ (3 คะแนน) ตอบได้ทันที (4 คะแนน) และตอบและถามเพิ่ม (5 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 4 ข้อ 4 ตัวเลือก เลือกคำตอบที่ถูกที่สุด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 6 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง เพียง 1 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ด้าน 20 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 5 ข้อ 2) การออกกำลังกาย 5 ข้อ 3) การจัดการอารมณ์และความเครียด 5 ข้อ และ 4) การใช้ยาของผู้ป่วย 5 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง/ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

ตอนที่ 8 แบบบันทึกน้ำตาลในเลือดสะสม โดยการบันทึก HbA1c $\geq 7\%$ ครั้งสุดท้ายก่อนวันเก็บข้อมูลไม่เกิน 6 เดือน หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 6 - 8 ชั่วโมง FBS ≥ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2 ครั้ง ต่อเนื่องกันย้อนหลัง ณ วันที่เก็บข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลพระพรหม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำได้ใช้เครื่องมือ ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ นักวิชาการด้านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.5 – 1.00 และทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถามทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ ได้ผลดังนี้

(1) แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.81
(2) แบบประเมินการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.54
(3) แบบประเมินการปฏิบัติตัวในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.97
(4) แบบประเมินการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิตโรคเบาหวาน มีค่าความยากง่าย ระหว่าง 0.20 – 0.78 ช่วงค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 – 0.38 และมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.49

(5) แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าความยากง่าย ระหว่าง 0.30 – 0.79 ช่วงค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.29 – 0.78 และมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.79

(6) สำหรับแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – 15 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหม

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหาชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถาม และตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นทดลอง

โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ Arrahang (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง
2. อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

(Pre-test)

3. นัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเป็นวิทยากร ดังนี้

1. บรรยายให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการนำเสนอภาพนิ่ง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

2. ค้นหาปัญหาของตน วางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรม

3. จัดตั้งแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม สำหรับการติดต่อสื่อสาร โดยผู้วิจัยเป็นสมาชิกในกลุ่มด้วย กำหนดข้อตกลงในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์เพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ

4. สานิตและฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้

สัปดาห์ที่ 3 - 4 ผู้วิจัยนัดพบรายบุคคลเพื่อประเมินและติดตามการใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ คนละ 1 ครั้ง ที่ รพ.และ รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำปรึกษากรณีพบปัญหา

สัปดาห์ที่ 6 - 7 ส่งข้อความทางแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและตัดสินใจว่า จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ เพราะเหตุใด

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test)
2. ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
3. กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้
5. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง
2. อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

(Pre-test)

สัปดาห์ที่ 2 - 7

ให้บริการรักษาตามขั้นตอนปกติ

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test)
2. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
3. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ

ขั้นหลังทดลอง

หลังการทดลองเมื่อครบ 8 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามแล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงข้อมูลตามรหัสในโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถิติ Chi-square ทดสอบตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ กิจกรรมสุขศึกษา ความช่วยเหลือในการอ่านเอกสาร ข้อมูลทางสุขภาพ การแสวงหาข้อมูล
3. เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรอายุ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney u test
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลในเลือดสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลในเลือดสะสมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = 0.094$) จึงเลือกใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง 120/2566 วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ NSTPH 120/2566 และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย และให้แบบสอบถามและเอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อใน Informed consent

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	14	27.45	9	17.65	0.236 ^a
หญิง	37	72.55	42	82.35	
ระดับการศึกษา					0.703 ^a
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	26	50.98	22	43.14	
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	21.57	11	21.57	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	10	19.61	11	21.57	0.055 ^a
อนุปริญญา/ปวส	3	5.88	3	5.88	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	1.96	4	7.84	
อาชีพ					
เกษตรกรรม	17	33.33	9	17.65	0.750 ^a
ค้าขาย	5	9.80	15	29.41	
ธุรกิจส่วนตัว	8	15.69	4	7.84	
รับจ้าง	14	27.45	19	37.25	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	3.92	2	3.92	0.830 ^a
แม่บ้าน	5	9.80	2	3.92	
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ/เหลือเก็บ	5	9.80	6	11.76	
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	46	90.20	45	88.24	0.258 ^a
ภาวะสุขภาพ					
แข็งแรง	15	29.41	16	31.37	
ไม่แข็งแรง	36	70.59	35	68.63	
กิจกรรมสุขศึกษา					0.182 ^a
พูดคุยที่ รพ.สต. แบบตัวต่อตัว	7	13.73	8	15.69	
พูดคุยที่ รพ.สต. แบบกลุ่ม	17	33.33	11	21.57	
พูดคุยที่บ้าน	21	41.18	19	37.25	
ร่วมกิจกรรมรณรงค์	6	11.76	13	25.49	0.466 ^a
ความช่วยเหลือในการอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพ					
ทุกครั้ง	3	5.88	5	9.80	
บ่อยครั้ง	8	15.69	6	11.76	
นาน ๆ ครั้ง	26	50.98	17	33.33	0.466 ^a
ไม่เคย	14	27.45	23	45.10	
การแสวงหาข้อมูล					
ถามเพื่อนบ้านที่สนิท	2	3.92	1	1.96	
ถาม อสม. ที่ดูแล	9	17.65	14	27.45	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ถาม จนท. รพ.สต. ถามแพทย์ที่ ตรวจ ถามผู้ป่วยโรค เดียวกัน	7	13.73	7	13.73	
	25	49.02	26	50.98	
	8	15.69	3	5.88	
อายุ	M= 54.22, SD.= 7.95		M= 50.96, SD= 6.95		0.087 ^b

a สถิติ Chi-square

b สถิติ Mann-Whitney u test

จากตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า เกือบ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.55) มีอายุเฉลี่ย 54.22 ปี (SD.= 7.95) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.98) 1 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.33) มากกว่าร้อยละ 90 มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 90.20) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ไม่แข็งแรง (ร้อยละ 70.59) มากกว่า 1 ใน 3 เคยได้รับสุขศึกษาโดยพูดคุยกับที่บ้าน (ร้อยละ 41.18) มากกว่าครึ่ง มีความต้องการช่วยเหลือในการอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 50.98) ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ เกือบครึ่งจะถามแพทย์ที่ตรวจรักษาเท่านั้น (ร้อยละ 49.02)

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.35) มีอายุเฉลี่ย 50.96 (SD.= 6.95) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.14) มากกว่า 1 ใน 3 มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.25) เกือบร้อยละ 90 มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 88.24) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง (ร้อยละ 68.63) เกือบครึ่งไม่เคยต้องการขอความช่วยเหลือในการอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพ (ร้อยละ 45.10) ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ มากกว่าครึ่งจะถามแพทย์ที่ตรวจรักษาเท่านั้น (ร้อยละ 50.98)

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้อย่างแตกฉานด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตัวกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ความรู้-ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	S.D.	M	S.D.
การปฏิบัติตัวกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ	66.70	5.54	66.39	7.02
การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	2.43	0.81	1.96	1.01
ความรู้-ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	14.94	2.24	14.29	2.70
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	62.27	8.53	57.47	6.94

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองการปฏิบัติตัวกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ความรู้-

ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลอง

กลุ่ม	n	M (SD)	Mean Diff.	95%CI	t	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	51	62.27(8.53)	4.80	1.75-7.86	3.119	0.001
กลุ่มควบคุม	51	57.47(6.94)				
ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด						
กลุ่มทดลอง	51	9.11(2.12)	4.80	0.91-0.65	-0.339	0.368
กลุ่มควบคุม	51	9.25(1.83)				

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.368$)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) อาจจะเป็นเพราะว่า โปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่เน้นพัฒนาทักษะโดยการให้กลุ่มทดลองปฏิบัติอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า การพัฒนาทักษะควรเน้นการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ฉะนั้นเมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้จึงส่งผลให้มีความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่เพียงพอที่จะสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่องได้เช่นกัน โปรแกรมดังกล่าวจะพัฒนาทักษะโดยจัดกิจกรรมที่มีทั้งการบรรยาย การให้ความรู้โดยการนำเสนอภาพนิ่ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมกิจกรรม การใช้คู่มือบันทึกพฤติกรรม การใช้แอปพลิเคชันสำหรับการสื่อสาร การฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่าง ๆ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อกลุ่มทดลองมีทักษะเหล่านี้ ก็จะสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำและเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวที่มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sittisart, Suwannakit, & Nawamawat (2023) ที่พบว่า หลังการให้โปรแกรมพัฒนาความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับ Thongsongkris (2022) ที่ได้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย

ประยุกต์จากเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วน Tongkum (2022) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p\text{-value} < 0.001$)

สำหรับค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.368$) อาจจะเป็นเพราะว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว มีระยะเวลาในการทดลองเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งจากงานวิชาการพบว่า การตรวจหาค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเป็นการตรวจวัดระดับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ถูกน้ำตาลเข้าจับเคลือบผิวภายนอกและโดยที่เม็ดเลือดปกติจะมีอายุขัยประมาณ 120 วัน (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2017) ดังนั้น ระยะเวลาที่พิจารณาผลการรักษาเพื่อเปลี่ยนแปลงการรักษาประมาณ 2 - 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับระดับที่ผิดปกติว่ามากหรือเพียงเล็กน้อย โดยเฉลี่ยควรพิจารณาการตรวจน้ำตาลสะสมในเลือดทุก 3 เดือน (American Diabetes Association, 2007)

แต่ทั้งนี้ หลังการทดลองโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาจจะเป็นเพราะว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวเน้นการปฏิบัติจริง และมีการกำหนดเป้าหมายให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ได้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Munsrakeat, Rawiworrakul, & Lagampan, 2019) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Lalun & Wirunphan (2021) ที่พบว่า หลังการให้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับ Thongsongkris (2022) ที่ได้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วน Tongkum (2022) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p\text{-value} = .016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม ฉะนั้น ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย แต่ควรจะต้องปรับโปรแกรมโดยพิจารณาการตรวจค่าน้ำตาลในเลือดสะสมตามหลักวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงระยะเวลาในการทำกิจกรรม และจำนวนรอบของกิจกรรม เพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมและยั่งยืน

References

- American Diabetes Association. (2007). Standard of medical care in diabetes 2007, *Diabetes Care*, 30(suppl 1), S4-41.
- Arrahang, R. (2017). *The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom province*. Master's Thesis in Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Division of Health Education & Mahidol University. (2015). *Development of tools for measuring health literacy*. Bangkok. (in Thai)
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2017). Nursing manual for enhancing self-monitoring of blood glucose levels for type 2 diabetes patients on insulin with high blood glucose levels. Retrieved July 20, 2024 from [http://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/Document/G/Glucose%20\(Fasting%20Blood,%20CSF,%20Effusion\).htm](http://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/Document/G/Glucose%20(Fasting%20Blood,%20CSF,%20Effusion).htm). (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Jiamjarasrangsri, W. (2018). *Type 2 diabetes: prevention and support for self-management*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Kaewdomkeang, K., & Threephetsongurai, N. (2011). *Health literacy*. (2nd). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Lalun, A. & Wirunphan, B. (2021). Effects of self-management programs on hemoglobin A1C levels and quality of life in people with diabetes mellitus in the district of Kanchanaburi hospital, Chaiyaphum province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 11(1), 66-80.
- Munsrakeat, K., Rawiworakul, T., & Lagampan, S. (2019). Effects of self-management program for glycemic control among insulin dependent type 2 diabetes patients. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 87-103.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2023). *Non-communicable disease report*. Nakhon Si Thammarat. (in Thai)
- Non-Communicable Diseases Division. (2018). *World diabetes day campaign issues*. Retrieved October 20, 2023 from http://www.thaincd.com/document/docs_upload/WorldDiabetesday61.pdf. (in Thai)
- Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control. (2021). *The department of disease control campaigns for world diabetes day 2021, raising awareness about the management and comprehensive treatment of diabetes*. Retrieved October 20, 2023 from <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>. (in Thai)

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Pannark, P., Moolsart, S., & Kaewprom, C. (2017). The effectiveness of a program for health literacy development of the patients with uncontrolled type 2 diabetes at Bangwua district, Chachoengsao province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 91-106.
- Pattanakasetwong, N., Puakaosal, B., & Prempreeda, J. (2023). Factors influencing diabetes patients with unpredictable blood sugar levels' self-care practices in Nabon district, Nakhon Si Thammarat province. *Primary Health Care Journal (Southern Regional)*, 38(Suppl), 119-130.
- Sittisart, V., Suwannakit, S., & Nawamawat, J. (2023). The effectiveness of health literacy development program on self-management ability among diabetes mellitus type 2 patients with uncontrolled blood sugar, Ban Khlong sub-district, Mueang, Phitsanulok. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 6(2), 127-138.
- Sukprasan, T., Rattanawarang, W., & Jaruchawalit, P. (2018). The relationship between functional health literacy and blood sugar level control in patients with type 2 Diabetesin Buddhachinaraj hospital, Phitsanulok. *Journal of Health Education*, 41(2), 157-167.
- Thongsongkris, W. (2022). The development of the health literacy on blood sugar control for diabetes type II patients, Kaolieo, Nakhonsawan. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 19(1), 1-14.
- Tongkum, R. (2022). Effects of health literacy promotion on the self-care behaviors of patients with type II diabetes mellitus in Lopburi province. *Singburi Hospital Journal*, 30(3), 86-99.

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี
Factors Predicting Resilience Among Older Adults in Nam Som District,
Udon Thani Province

กัลยารัตน์ อินทบุญศรี
Kanyarat Inthaboonsri
โรงพยาบาลโนนไสม จังหวัดอุดรธานี
Nam Som Hospital, Udon Thani Province

(Received: September 13, 2024; Revised: October 21, 2024 ; Accepted: October 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจและปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 129 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการรับรู้ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา การเห็นคุณค่าของตนเองและความเข้มแข็งทางใจ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96, 0.92, 0.72, 0.84, 0.71 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี ในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) โดยปัจจัยการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา (Beta= .420) การสนับสนุนทางสังคม (Beta= .351) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Beta=.193) สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.20 ($\text{adj}R^2 = .412$)

ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชนควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา เห็นในคุณค่าตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ให้ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนวัสดุสิ่งของ การเงิน การสนับสนุนอาชีพ ตลอดจนยกย่องเชิดชูจากสังคม

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ, การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา, การสนับสนุนทางสังคม, การเห็นคุณค่าในตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to study resilience and the factors predicting resilience among 129 older adults in Nam Som District, Udon Thani Province. Stratified random sampling was employed. The instruments used included questionnaires on perceived health status, social support, ability to perform daily activities, coping and problem-solving, self-esteem, and resilience. The content validity of the instruments, assessed by the index of item-objective congruence (IOC), ranged from 0.67 to 1.00. The Cronbach's alpha reliability coefficients for the instruments were 0.96, 0.92, 0.72, 0.84, 0.71, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The study found that the overall resilience of older adults in Nam Som District, Udon Thani Province was mostly at a moderate level (66.67%). The factors that significantly predicted resilience were coping and problem-solving (Beta = .420), social support (Beta = .351), and self-esteem (Beta = .193), with a statistical significance level of .001. These factors explained 41.20% of the variance in resilience ($\text{adj}R^2 = .412$).

Therefore, community hospitals should promote activities that enhance older adults' abilities to cope with and manage problems, foster self-esteem, and provide various forms of social support. This includes emotional support, information sharing, material and financial assistance, occupational support, as well as social recognition and appreciation.

Key words: Resilience, Coping and Problem-Solving, Social Support, Self-Esteem, Older Adults

บทนำ

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ นับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และกำลังเป็นปัญหากับระบบสาธารณสุขของหลายประเทศ การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับหลายประเทศทั่วโลกจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขในหลายทศวรรษที่ผ่านมา การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งการใส่ใจดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตน จึงส่งผลให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรโดยทั่วไปในโลกมีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ.2559 โลกมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประชาคมอาเซียนมีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 18.7) ไทย (ร้อยละ 16.5) และเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2015 - 2050 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มเกือบ 2 เท่า จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 (World Health Organization, 2022)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 13.64 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมดทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) (National Statistical Office, 2024) และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี ค.ศ. 2100 จนกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด Super-aged society (World Health Organization, 2023) ส่งผลให้รัฐบาลต้องกำหนดแผนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ไว้เพื่อให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมมือกันกำหนดแนวทางการพัฒนาให้สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ต่อเนื่องมายังแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) มีเป้าหมายการพัฒนา คือ คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนาที่ 4.4 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (Department of Elderly Affairs, 2024)

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งสิ้นในหลาย ๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศที่เกิดการขยายตัวของชุมชนเมือง จนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทำให้ครอบครัวขยายได้เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุจึงด้อยค่าลง ผู้สูงอายุบางรายเกิดการแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ และในบางรายอาจถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีที่พึ่งและถูกทอดทิ้งมากขึ้น (Sornkla, Kangchai, & Rattanayarana, 2019) นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง หากปรับตัวไม่ทันหรือไม่ดีพออาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ ประสบปัญหาเกิดภาวะเปราะบางจากสุขภาวะที่สมบูรณ์ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) จากการสำรวจพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มาจากความทุกข์ยาก (ร้อยละ 63.0) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (ร้อยละ 20.0) พลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยด้านความเข้มแข็งของจิตใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Boonsawad, Petchlorlian, Tongboonchoo, Rattanaavicha, Duangduen, 2020)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หรือ RQ (Resilience quotient) คือ พลังสุขภาพจิตสำคัญสำหรับคนเราเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวให้กลับสู่ภาวะปกติหากพบเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากในชีวิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดและฟื้นฝ่าอุปสรรคในชีวิต โดยคำว่า “Resilience” หรือความเข้มแข็งทางใจ ภาษาไทยอาจใช้คำเรียกที่แตกต่างกัน เช่น การฟื้นพลัง (Saengniam & Jitpanya, 2018) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Mekkhacjorn, 2021) เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Osofsky, Osofsky, & Hansel, 2011) ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจจะเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับผลกระทบการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตแม้ว่าต้องเผชิญกับความสูญเสีย เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Sornkla, Kangchai, & Rattanayarana, 2019) ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถด้านบวกกว่าที่บ่งบอกถึงการผ่านพ้นภาวะวิกฤตซึ่งจัดได้ว่าเป็นโอกาสหรือบทเรียนที่ใช้ในการพัฒนาระดับจิตใจของตนเอง สามารถช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤตของชีวิต และช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ประสบปัญหาในชีวิต ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Mekkhacjorn, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาของ Wagnild (2003) cited in Sornkla, Kangchai, & Rattanayarana (2019) ศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในกลุ่มที่มีความแตกต่างทางด้านรายได้ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ซึ่งปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีขวัญและกำลังใจ การมีความพึงพอใจในชีวิตและการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทชานเมืองและชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นอยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างกัน การมีเครือข่ายทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ (Well, 2010)

ในประเทศไทยมีการศึกษาความเข้มแข็งทางใจและปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อาทิ Parayat, Kangchai, & Somannusorn (2016) ศึกษาความเข้มแข็งและปัจจัยทำนายความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพโสดและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมีความเข้มแข็งในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมกันทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้แก่ เพศ ความพึงพอใจของรายได้ และขวัญกำลังใจไม่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ Choowattanapakorn, Alex, Lundman, Norberg, & Nygren (2010) ศึกษาความยืดหยุ่นระหว่างผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศสวีเดน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับ ความเข้มแข็งทางใจ

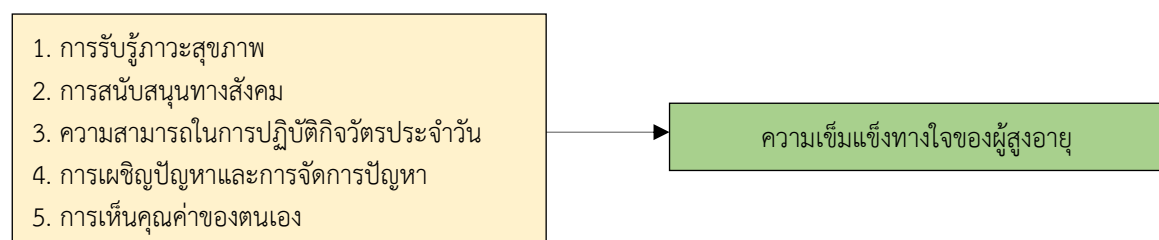
ไม่แตกต่างกันกับผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพโสดและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ มีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุ สวีเดน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อย และยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน หากได้ทราบความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดการคัดสรรปัจจัย ที่อาจทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Wagnild, 2003; Choowattanapakorn, Alex, Lundman, Norberg, & Nygren, 2010; Wells, 2010; Parayat, Kangchai, & Somannusorn, 2016) การสนับสนุนทางสังคม (Wells, 2010; Parayat, Kangchai, & Somannusorn, 2016; Jermthaisong, Chaisena-Dallas, & Hengudomsab, 2019) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา (Stewart & Yuen cited in Ounlam, & Panpoklang, 2022) และความเห็นคุณค่าในตนเอง (Sophonpanichkul & Malakul, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ มาเป็นตัวแปรในการหาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี อันจะเกิดประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจซึ่งเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่สามารถ ยืดหยุ่น ปรับตัว พื้นฟูสภาพอารมณ์ และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติ หรือสถานการณ์ที่ ยากลำบากเป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์และดำเนินชีวิตต่อไป (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรที่ทบทวนวรรณกรรมมาสรุปเพื่อทำเป็นกรอบแนวคิดการ วิจัยครั้งนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 8,422 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ จำนวน 129 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 5 ตัวแปร การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยการหยิบลากอย่างง่ายตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
นาจัว	1,551	25
น้ำโสม	1,611	26
บ้านหยวก	1,311	21
ศรีสำราญ	1,201	20
สามัคคี	870	14
โสมเยี่ยม	648	11
หนองแวง	1,230	20
รวม	8,422	138

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. สื่อสารด้วยภาษาไทย และเขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการ

2. เป็นบุคคลต่างด้าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและดัดแปลงจากงานวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพสมรส และ 5) การมีโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake, Cowart, & Pellet (1989) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าคะแนนจากรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก (4 คะแนน) ถึงรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (1 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ House (1981) จำนวน 12 ข้อ ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมินพฤติกรรม และ 4) ด้านอารมณ์และสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน)

2.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2021) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของ

บาร์เธลินเดก (Barthel ADL index) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน

2.4 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาและความเครียด ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถาม ของ Jalowiec (1988) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การจัดการกับอารมณ์ และ 3) การเผชิญปัญหาทางอ้อม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติบ่อย (5 คะแนน)

2.5 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Thai RSES) พัฒนาโดย Wongphakaran & Wongphakaran (2011) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็น ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ฉบับภาษาไทย Conner-Davidson Resilience Scale Questionnaire (CD-RISE) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ พัฒนาโดย Khongphaisansophon & Soonthornchaiya (2016) สร้างโดย Connor, Davidson, & Lee (2003) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) สำหรับแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Vorapongsathorn, 2015) คือ

คะแนนน้อยกว่า $\bar{x} - SD$	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง $\bar{x} \pm SD$	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า $\bar{x} + SD$	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน เพื่อหาค่าความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะกับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีรายข้อระหว่าง 0.67 - 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา การเห็นคุณค่าของตนเอง และความเข้มแข็งทางใจ เท่ากับ 0.96, 0.92, 0.72, 0.84, 0.71 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัยในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์การ วิจัย ลักษณะของแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการได้ยินและการอ่าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะใช้เป็นการ สัมภาษณ์ก่อนนำคำตอบมาลงเป็นข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางอาจทำให้เกิดการสัมผัส เชื้อไวรัสทางเดินหายใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสวมหน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนและหลังการ เก็บข้อมูล เว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์หรือพบปะพูดคุย ตลอดจนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้เร็วที่สุดเพื่อพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยนำข้อมูลมา ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอnáโสม จังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจาก กราฟ Normal probability plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แปลผลว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

2.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .949 – .968 และค่า VIF (Variance inflation factor) ได้ค่าเท่ากับ 1.033 – 1.054

2.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.560

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้หมายเลขรับรอง รหัสโครงการ UDREC10767 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	54	42.64
หญิง	74	57.36
2. อายุ (M= 66.03, S.D.= 5.24, Minimum= 60, Maximum= 85)		
3. การมีผู้ดูแล		
มี	117	90.70
ไม่มี	12	9.30
4. การศึกษา		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	6.20
มัธยมศึกษา/ ปวช.	100	77.52
อนุปริญญา/ปวส.	17	13.17
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	3.11
5. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	87	67.44
รับเงินบำนาญ	16	12.40
ค้าขาย/อาชีพส่วนตัว	11	8.53
รับจ้าง	15	11.63
6. การมีโรคเรื้อรัง		
มี	84	65.12
ไม่มี	45	34.80
7. สถานภาพ		
โสด	11	8.53
สมรส	92	71.32
หม้าย/หย่า/แยก	26	20.15
8. การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	44	34.11
อยู่กับคู่สมรส	84	65.12
อยู่กับบุตรหลาน	1	0.78

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.36 อายุเฉลี่ย 66.03 ปี (S.D.= 5.24) โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 85 ปี มีผู้ดูแลร้อยละ 90.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 77.52 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.44 มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 65.12 สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 71.32 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 65.12

2. ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา และการเห็นคุณค่าของตนเอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา และการเห็นคุณค่าของตนเอง

ตัวแปร	M	S.D.
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.85	0.76
การสนับสนุนทางสังคม	3.82	0.53
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	19.26	1.06
การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา	3.09	0.54
การเห็นคุณค่าของตนเอง	1.94	0.40

จากตาราง 2 พบว่า ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 (S.D.= 0.86) การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 (S.D.= 0.53) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.26

(S.D.= 1.06) การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (S.D.= 0.54) และการเห็นคุณค่าของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 (S.D.= 0.40)

3. ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี (n= 129)

ความเข้มแข็งทางใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.00 – 1.75)	24	18.60
ระดับปานกลาง (1.76 – 2.84)	86	66.67
ระดับสูง (2.85 – 4.00)	19	14.73

จากตาราง 3 พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานีในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 18.60) และน้อยที่สุดอยู่ระดับสูง (ร้อยละ 14.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ถึงแม้จะดูเหมือนสิ้นหวัง แต่ก็ไม่ยอมแพ้ (M= 2.72, S.D.= 0.87) รองลงมาคือ พยายามทำดีที่สุด ไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร (M= 2.54, S.D.= 0.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้ทุกรูปแบบ (M= 2.02, S.D.= 0.81)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนไสม จังหวัดอุดรธานี จำแนกรายข้อ

ความเข้มแข็งทางใจ	M	S.D.	แปลผล
1. สามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น	2.41	0.81	ปานกลาง
2. เมื่อเครียด อย่างน้อยมีคนสนิทและไว้ใจได้คอยช่วยเหลือ	2.43	0.84	ปานกลาง
3. เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็ช่วยได้	2.12	0.87	ปานกลาง
4. สามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้ทุกรูปแบบ	2.02	0.81	ปานกลาง
5. ความสำเร็จในอดีตช่วยให้มีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นที่จะเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายและความลำบากครั้งใหม่	2.22	0.89	ปานกลาง
6. พยายามมองปัญหาในแง่บวกขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหา	2.12	0.79	ปานกลาง
7. การเผชิญความเครียดทำให้แข็งแกร่งขึ้น	2.12	0.78	ปานกลาง
8. กลับมายืนหยัดได้อีกครั้ง ภายหลังจากเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือได้รับความยากลำบากต่าง ๆ	2.29	0.86	ปานกลาง
9. เชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าดีหรือเลวมีเหตุผลในตัวของมันเอง	2.27	0.87	ปานกลาง
10. พยายามทำดีที่สุดไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร	2.54	0.86	ปานกลาง
11. เชื่อว่าฉันทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย แม้จะมีอุปสรรคขัดขวาง	2.44	0.96	ปานกลาง
12. ถึงแม้จะดูเหมือนสิ้นหวัง แต่ก็ไม่ยอมแพ้	2.72	0.87	ปานกลาง
13. ขณะที่อยู่ในภาวะเครียดหรือกดดัน รู้ว่าจะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน	2.22	0.79	ปานกลาง
14. ภายใต้อารมณ์กดดัน ฉันยังมีสติและคิดได้อย่างชัดเจน	2.47	0.89	ปานกลาง
15. ชอบที่จะเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหามากกว่าจะให้ผู้อื่นตัดสินใจทั้งหมด	2.13	0.90	ปานกลาง
16. ไม่หมดกำลังใจง่าย ๆ กับความล้มเหลว	2.40	0.97	ปานกลาง
17. คิดว่าเป็นคนเข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายและความยากลำบากในชีวิต	2.35	0.97	ปานกลาง
18. สามารถตัดสินใจเรื่องที่ยากและไม่ธรรมดาที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นได้ ถ้าจำเป็นต้องทำ	2.07	0.89	ปานกลาง

ตาราง 4 (ต่อ)

ความเข้มแข็งทางใจ	M	S.D.	แปลผล
19. สามารถจัดการกับความรู้สึกที่เจ็บปวดและไม่สบายใจ เช่น ความเศร้าเสียใจ ความกลัว และความโกรธได้	2.27	0.85	ปานกลาง
20. ในการเผชิญกับปัญหาชีวิต บางครั้งก็ทำไปตามสัญชาตญาณโดยไม่รู้เหตุผล	2.14	0.70	ปานกลาง
21. มีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายในชีวิต	2.43	0.84	ปานกลาง
22. รู้สึกว่าฉันควบคุมชีวิตของตนเองได้	2.51	0.80	ปานกลาง
23. ชอบความท้าทาย	2.13	0.83	ปานกลาง
24. ทำตามเป้าหมายได้ไม่ว่าจะมีอุปสรรคมาขวางกั้น	2.26	0.84	ปานกลาง
25. มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จ	2.52	1.03	ปานกลาง
ภาพรวม	2.30	0.55	ปานกลาง

4. ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอท่าโบสถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้แก่ การเผชิญปัญหา และการจัดการปัญหา ($Beta = .420$) การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .351$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($Beta = .193$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.20 ($adjR^2 = .412, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

ความเข้มแข็งทางใจ = $-1.172 + .424(\text{การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา}) + .474(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .202(\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง})$

คะแนนมาตรฐาน

ความเข้มแข็งทางใจ = $.420(\text{การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา}) + .351(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .193(\text{การเห็นคุณค่าในตนเอง})$

จากสมการอธิบายได้เมื่อ เมื่อการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ คะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.424 คะแนน ($B = 0.424$) เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 ระดับ คะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.474 คะแนน ($B = 0.474$) และเมื่อการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 ระดับ คะแนนความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น 0.202 คะแนน ($B = 0.202$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอท่าโบสถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-1.172	.383		-3.063	.003
การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา	.424	.070	.420	6.097	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.474	.094	.351	5.046	<.001
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.202	.073	.193	2.778	.006

$R = .652$ $R^2 = .426$, $adjR^2 = .412$, $df = 3$, $F = 30.864$, $SE_{est} = .420$, $p\text{-value} < .001$

อภิปรายผล

ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอท่าโบสถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) อธิบายได้ว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว ฟื้นฟูสภาพอารมณ์ และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก ซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สูงอายุที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน

พลิกวิฤตให้เป็นโอกาสผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์และดำเนินชีวิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามความเข้มแข็งทางใจที่ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ถึงแม้จะดูเหมือนสิ้นหวัง แต่ฉันก็ไม่ยอมแพ้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.72$, $S.D. = 0.87$) รองลงมาคือ ฉันพยายามทำดีที่สุด ไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร ($M = 2.54$, $S.D. = 0.86$) ในขณะที่ข้อคำถาม ฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้ทุกรูปแบบ ($M = 2.02$, $S.D. = 0.81$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความพยายามในการจัดการปัญหา และพยายามหาวิธีรูปแบบในการจัดการกับปัญหา แต่อาจจะไม่มั่นใจว่ารูปแบบที่จัดการปัญหานั้นจะได้ผลเป็นอย่างไร จึงทำให้ข้อนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และเหตุผลหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 67.44) และ 2 ใน 3 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.12) จึงอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Punyavachirachai & Kanchanajirangkura (2022) ที่พบว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในภาพรวมของประชากรวัยทำงานกลุ่มบุคคลทั่วไปอยู่ระดับเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้ ยังพบการศึกษาในประเทศ ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Musich, Wang, Schaeffer, Kraemer, Wicker, & Yeh, 2022)

ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา ($Beta = .420$) การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .351$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($Beta = .193$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.20 ($adjR^2 = .412$, $p < .001$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 66.03 ปี ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่จะต้องทบทวนชีวิตที่ผ่านมา สามารถดำรงสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ค้นหาความหมายและความสำคัญในชีวิต สามารถจัดการกับการสูญเสียในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สูญเสียความสามารถของตนเอง ตำแหน่ง หน้าที่การงาน รายได้ หรือทรัพย์สิน ภาพลักษณ์ของตน ยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับการเสื่อมถอยของร่างกาย ฉะนั้น หากมีภาวะเครียด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องยอมรับสถานการณ์ที่เป็นจริง มีการค้นหาสาเหตุของปัญหา เริ่มมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นปัญหา ค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาในหลาย ๆ ทาง เพื่อหาทางออกให้ดีที่สุด (Sunthornchai, 2019) ได้กล่าวไว้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim, Intarakamhang, & Choochom, (2020) ที่พบว่า การเผชิญและปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่สำคัญนำไปสู่ความเข้มแข็งทางใจ และการศึกษาของ Musich, Wang, Schaeffer, Kraemer, Wicker, & Yeh (2022) พบว่า การจัดการปัญหามีผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .351$) เป็นตัวแปรที่สองที่เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ โดยจากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแล (ร้อยละ 90.70) อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.32) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 65.12) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยจะมีความต้องการให้คนซึ่งผู้สูงอายุให้กำเนิดมา ได้แก่ บุตร และบุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ เช่น คู่ครอง บุตรสะใภ้ บุตรเขย หลาน หลาน ญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น บุคคลเหล่านี้สามารถสนับสนุนต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้ ทั้งด้านการเงิน ด้านการดูแล ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าการมีคนดูแลมีคนให้ความรัก การมีคนเห็นคุณค่าที่ใกล้ชิดจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งทางใจได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim, Intarakamhang, & Choochom (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานมีความเข้มแข็งทางจิตใจ

นอกจากนี้ ปัจจัยตัวสุดท้ายที่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง ($Beta = .193$) การเห็นคุณค่าของตนเองจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญหน้าต่อความผิดหวัง ข้อตำหนิ หรือการถูกประเมินในแง่ลบได้ดี ไม่รู้สึกผิดหวังกับตนเอง หรือรู้สึกผิดหวังในตนเองน้อยที่สุด โดยความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจะแปรผันไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ

ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มมีแนวโน้มลดลงอีกคงเมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ เนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะทางกายภาพ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความสามารถในการทำงานที่ลดลง ตลอดจนสถานะทางสังคมที่ลดลง ในช่วง วัยสูงอายุ อาจจะมีทั้งเห็นคุณค่าตนเองในทางบวก เช่น ความรู้สึกพอใจในตนเอง ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีอะไรดี เหมือนคนอื่น ส่วนการเห็นคุณค่าตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ฉะนั้น ในการ ที่ผู้สูงอายุเกิดการเห็นคุณค่าของตนเองจะต้องมีการเสริมสร้างคุณค่าให้กับตนเองด้วย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Osman-Ali, Alenezi, Kamel, & Mostafa (2024) พบว่า การจัดการและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจ (Sophonpanichkul & Malakul, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถรับมือ กับปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งปัญหาที่มีผลกระทบทางตรงและทางอ้อม เช่น การจัดการกับอารมณ์ของตนเองโดยการ ควบคุมและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ การใช้หลักธรรมะ เป็นต้น

2. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการ ประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นบุคคลในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องควรประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุโดยการตรวจสอบสุขภาพ ส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อตั้งศักยภาพและองค์ความรู้จากผู้สูงอายุ ตลอดจนการช่วยเหลือ เห็นอก เห็นใจ เข้าใจ การให้ความกระจ่างชัดเจนของข่าวสาร จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นคงปลอดภัยต่อสิ่งที่ตนเอง เผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนอื่นที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2. ควรศึกษารูปแบบการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการเห็นคุณค่า ในตนเอง เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยและพัฒนา เพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในบริบทพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

References

- Boonsawad, P., Petchlorlian, A., Tongboonchoo, C., Rattanaicha, W., Duangduen, Y. (2020). Resilience in older adults at wellness center. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 481-490.
- Chaosuansreecharoen, K. R., Chaosuansreecharoen, P., & Khongsanit, S. (2019). Predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing home in Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 65-79.
- Choowattanapakorn, T., Alex, L., Lundman, B., Norberg, A., Nygren, B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 12, 329-335
- Chunsorn, N., Kangchai, W., & Rattanajarana, S. (2018). Predictive factors of resilience among elderly with diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(2), 12-24.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Department of Elderly Affairs. (2024). Elderly action plan, phase 3 (B.E. 2566-2580). Retrieved September 13, 2024 from <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>. (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). Guidelines for screening and health assessment of the elderly, B.E. 2564. Bangkok: Nacanta Creation Co., Ltd. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). Guidelines for home visits under the caregiver support program for the elderly. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Jalowiec, A. (1988). *Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale*. In Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurements of nursing outcomes: measuring client outcomes*. New York: Springer.
- Jermthaisong, S., Chaisena-Dallas, J., & Hengudomsub, P. (2019). Predictive factors on resilience among older adults with depression Bang Nam Piao district, Chachoengsao province. *Vajira Nursing Journal*, 21(2), 51-66.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate data analysis* 7thed. New Jersey: Pearson Education.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Michigan: University of Michigan.
- Khongphaisansophon, A. & Soonthornchaiya, R. (2016). Factors related to resilience among older persons with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 127-142.
- Mekkhajorn, N. (2021). Resilience: a new approach of mental empowerment for dealing with current life crises. *Journal of Psychology Kasem Bundit University*, 11(2), 1-9.
- Musich, S., Wang, S. S., Schaeffer, J. A., Kraemer, S., Wicker, E., Yeh, C. S. (2022). The association of increasing resilience with positive health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*, 44, 97-104. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.01.007.
- National Statistical Office. (2024). *Key findings: employment of the elderly in Thailand, B.E. 2023*. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai)
- Osman-Ali, S. A., Alenezi, A., Kamel, F., Mostafa, M. H. (2024). Health locus of control, resilience and self-efficacy among elderly patients with psychiatric disorders. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(3), 616-623. doi: 10.1111/inm.13263.
- Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Hansel, T. C. (2011). Deepwater horizon oil spill: Mental health effects on residents in heavily affected areas. *Disaster Med Public Health Prep*, 5(4), 280–286.

- Ounlam, T. & Panpoklang, S. (2022). Predictive factors of resilience among elderly with non-communicable disease in Bang Phun 2 of Tambon Health Promoting Hospital, Muang Pathum Thani district, Pathum Thani province, *Journal of Health and Nursing Research*, 38(2), 111-112.
- Parayat, C., Kangchai, W., & Somannusorn, S. (2016). Predictive Factors of Resilience among Elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 97-106.
- Punyavachirachai, P. & Kanchanajirangkura, P. (2022). The study of thai people resilience quotient during the Covid-19 outbreak. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 318-333
- Saengniam, W. & Jitpanya, C. (2018). The relationships between resilience, coping, injury severity score and the health-related quality of life in patients with multiple trauma. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 132-152.
- Sophonpanichkul, P. & Malakul, P. (2022). Psychological factors affecting resilience quotient of cardiovascular patients. *Apheit Journal Science Technology*, 11(2), 1-13.
- Sornkla, K., Kangchai, W., & Rattanayarana, S. (2019). Predictive factors of resilience among elderly living in home for the aged. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 163-173.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health*, 12(2), 93–100. doi.org/10.1002/nur.4770120206
- Stewart, D. E., Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209
- Sunthornchai, R. (2019). Psychosocial therapy for the elderly. Pathum Thani: Thammasat University Press. (in Thai)
- Tabtim, D., Intarakamhang, U., & Choochom, O. (2020). Problem and cause of resilience, resilience enhancement method and caring behavior to elderly diabetes mellitus patient in family caregivers. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 5(10), 463-482.
- Wagnlid, G. M. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 1, 42-47.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- Vorapongsathorn, S. (2015). Research in health education. Bangkok : Witthoun Printing House. (in Thai)
- Wongphakaran, T. & Wongphakaran, N. (2011). Confirmatory factor analysis of Rosenberg self esteem scale : a study of Thai student sample. *The Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(1), 59-71.
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Retrieved September 13, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

World Health Organization. (2023). *Thailand's Leadership and Innovations towards Healthy Ageing*. Retrieved September 13, 2024 from <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเตา The Effect of the D-METHOD Discharge Planning Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Tuberculosis Patients in the Inpatient Ward at Sadao Hospital

เนตรชนก จุลวรรณโณ¹ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}
Natechanok Julawanno¹ and Kittiporn Nawsuwan^{2*}

¹โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sadao Hospital, Songkhla Province

²Boromarajonani College of Nursing Songkla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received : September 24, 2024, Revised : November 11, 2024, Accepted : November 22, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – เมษายน พ.ศ. 2567 จำนวน 27 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่น KR20 เท่ากับ 0.71 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรควัณโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ตลอดจนนำคลิป VDO ที่เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมไปเผยแพร่เป็นสื่อให้ความรู้ผ่านจอโทรทัศน์ของโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและขยายผลลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยวัณโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jock2667@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to study the effect of the D-METHOD discharge planning program on the knowledge and self-care behaviors of tuberculosis patients in the inpatient ward at Sadao Hospital between October 2023 and April 2024. A total of 27 participants were selected through purposive sampling based on specific inclusion criteria. The research instruments included the D-METHOD discharge planning program, a knowledge test, and a self-care behavior questionnaire, with content validity ranging from 0.67 to 1.00. The KR20 reliability coefficient was 0.71, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.82. Data analysis involved frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The study found that after participating in the D-METHOD discharge planning program, the knowledge and self-care behaviors of tuberculosis patients significantly increased at the statistical level of .001. Therefore, the D-METHOD discharge planning program should be implemented for the discharge planning of tuberculosis patients admitted to the inpatient ward. Additionally, the VDO clips, which are part of the program, should be distributed as educational media via the hospital's television to provide knowledge to outpatients, and the program should be expanded to district health-promoting hospitals.

Keywords; Discharge Planning Program, Knowledge, Self-Care Behaviors, Patients with Tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศและเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ดังนั้น ตั้งแต่ปี 2558 จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ยุติวัณโรคที่เราทำได้ โดยมีเป้าหมายหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี 2578 (Bureau of Tuberculosis Division of Tuberculosis, 2018) สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็น 1 ใน 14 ของประเทศ ที่มีปัญหาภาระวัณโรคสูง (High burden country lists) โดยมีผู้ป่วยวัณโรคสูง และสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human Immune Deficiency Country List (HIV) สูง และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยวัณโรค 117,000 รายหรือคิดเป็น 172 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกถึง 1.3 เท่า แต่มีผู้ป่วยที่ตรวจพบและรายงานเพียงร้อยละ 59 เท่านั้น มีผู้เสียชีวิตคาดประมาณปีละ 1,200 ราย และมีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานคาดประมาณปีละ 2,200 ราย หากประเทศไทยต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรค ตามยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ในระยะเวลา 20 ปี (พ.ศ. 2559 - 2578) จะต้องมียุทธศาสตร์ของการเกิดอุบัติการณ์เฉลี่ยของวัณโรคให้ได้ร้อยละ 12.5 ต่อปี แต่ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543 - 2558) มียุทธศาสตร์การลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปีเท่านั้น ทั้งนี้ เกิดจากการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินในทิศทางใหม่ เพื่อยุติปัญหาวัณโรคอย่างจริงจังก่อนที่สถานการณ์จะทวีความรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมและรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานได้ (Bureau of Tuberculosis Division of Tuberculosis, 2018) ด้วยสาเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 และขยายปี พ.ศ. 2565 เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการเร่งรัดยุติวัณโรคของประเทศ เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงาน โดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายลดอุบัติการณ์ดังกล่าว

จังหวัดสงขลา ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพปี พ.ศ. 2565 โดยกำหนดเป้าหมายการควบคุมผู้ป่วยวัณโรคทั้งจังหวัด และให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่ละอำเภอ ได้ดำเนินการป้องกัน ควบคุมรักษาโรควัณโรคให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดตัวชี้วัด ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดเสมหะแพร่เชื้อ (Success rate) ต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 (Ministry of Public Health, 2023) การดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาลสะเดา ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2566 จำนวน 49, 57, 61, 67 และ 69 คน ตามลำดับ และผลการดำเนินงานวัณโรค พบว่า อัตราความสำเร็จในการรักษาหาย ร้อยละ 80, 73.3, 80, 85 และ 87 ตามลำดับ (Medical Record Sadao Hospital, 2023) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า มีผู้ป่วยด้วยโรควัณโรคเพิ่มสูงขึ้นและในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 4.35 (Sadao Hospital, 2023) และปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคของคลินิกวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้นั้น ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านการส่งเสริมการหายของโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักในการใส่หน้ากากอนามัย การทำลายเสมหะให้ถูกต้อง และยังอยู่ร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวตามปกติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา พบว่า รูปแบบในการวางแผนจำหน่ายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้น พยาบาลเจ้าของ CASE ไม่ได้นำมาใช้อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน พยาบาลเจ้าของ CASE จะประสานเจ้าหน้าที่งานเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อสอบสวนโรคและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวพร้อมขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และให้ความรู้เรื่องวัณโรค การปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรคและนัดเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกวัณโรคเมื่อรักษาครบ 2 สัปดาห์ และในขณะที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลนั้น พยาบาลเจ้าของ CASE จะทำหน้าที่ทำ DOT แต่ขาดการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวซ้ำก่อนจำหน่าย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเมื่อเข้ามารักษาต่อเนื่องที่คลินิกวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ยังใช้ชีวิตประจำวันกับบุคคลในครอบครัวตามปกติ ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย และยังคงนอนร่วมกัน ซึ่งในช่วง 2 สัปดาห์ - 2 เดือนแรกนั้นยังเป็นช่วงแพร่กระจายเชื้อ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาทบทวนและศึกษาแนวทางการวางแผนจำหน่ายซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมการดูแลตนเองที่ครอบคลุมการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดาก่อนจำหน่ายให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ไม่แพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวและในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรม DMETHOD มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพที่จะทำให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมในการรักษาวัณโรคและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรักษาตามแนวทางการรักษาของโรควัณโรคได้สำเร็จ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวางแผนจำหน่ายรวมทั้งคุณภาพจากการดูแลจากทีมสุขภาพส่งผลให้ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการไม่พึงประสงค์ได้ดีขึ้น (Sarai, 2016) และการศึกษาของ Nillake & Chantra (2019) ในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่ได้รับการดูแลโดยมีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้โปรแกรม DMETHOD พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Ketnoi, Abhicharttibutra, & Chitpakdee (2019) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอ พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายอย่างถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 จะสามารถช่วย

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้องถึงร้อยละ 90 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ดังนั้น การศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเตา เพื่อให้พยาบาลเจ้าของ CASE ได้นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถรักษาให้หายขาด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และไม่แพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเตา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยวัณโรค ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD

สมมติฐานการวิจัย

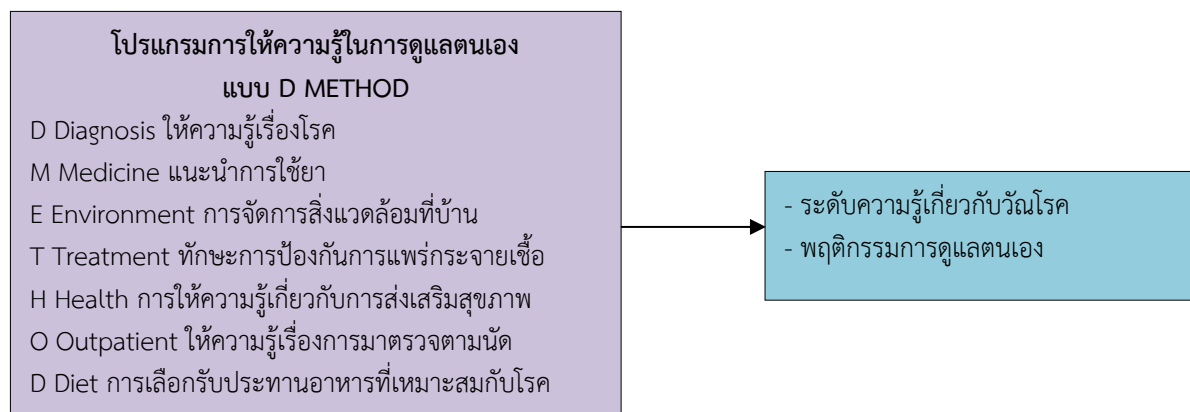
1. ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรค ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ 1) การสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่รู้ ได้แก่ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นวัณโรค 2) การชี้แนะผู้ป่วยวัณโรคโดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การกินยาอย่างถูกวิธี และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรคเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยาและเป็นที่ปรึกษาและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะการรักษาจนครบ 6 เดือน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้ นำสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้อง ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ DMETHOD โดยมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการคือ 1) D Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค สาเหตุ อาการ 2) M Medicine คือ การแนะนำการใช้ยาวัณโรค อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติจากยา และข้อห้ามในการใช้ยา 3) E Environment คือการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค และการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย 4) T Treatment คือ แผนการรักษาในการกินยา ระยะเข้มข้น 2 เดือนแรกและระยะรักษาต่อเนื่อง 4 เดือนหลัง และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ 5) H Health คือการส่งเสริม พักผ่อน ร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการฟื้นหายได้เร็วขึ้น 6) O Out patient คือ การมาตรวจหรือรับยาตามนัดทุกครั้งตาม

แผนการรักษา 7) D Diet คือ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค งอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
 ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่แพทย์วินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์ว่าเป็นวัณโรค และมีผลเสมหะเป็นบวกทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสะเดา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566-เมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาในหอผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – เมษายน พ.ศ. 2567 จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเดา
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. รู้สึกตัวดีสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีโทรศัพท์ที่สามารถทำการติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถร่วมโปรแกรมจนครบระยะเวลาที่ทำการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น มีปัญหาด้านสายตา หรือการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องวัณโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคลิป VDO ใช้เป็นสื่อการสอนโดยให้ Scan QR Code ดูผ่านมือถือ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค เนื้อหาประกอบด้วยเรื่องโรควัณโรคและการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค การใช้ยาวัณโรค การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ การมาตรวจตามนัด และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการใช้สูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ลักษณะการเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องวัณโรคปอด โดยการใช้แนวปฏิบัติตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบ DMETHOD ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีลักษณะคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยจำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยแต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบใช่ ในข้อถูกและตอบไม่ใช่ในข้อผิด ได้ 1 คะแนน ตอบ ใช่ ในข้อผิด หรือตอบ ไม่ใช่ ในข้อถูก และตอบไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 0-25 คะแนน

การแปลผล โดยมีการแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยแบ่งระดับดังนี้ คะแนนรวม 0 - 10 ระดับต่ำ คะแนนรวม 11 - 20 ระดับปานกลาง และคะแนนรวม 21 - 30 ระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค มีทั้งหมด 12 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถาม มี 3 ตัวเลือก คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 24 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ระดับคะแนน 0 หมายถึง มีพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลของคะแนนรวมเฉลี่ยที่กำหนดเป็น 3 ช่วง (Wongrattana, 2007) ดังนี้ คะแนน 0.00 – 8.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง คะแนน 8.01 – 16.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับพอใช้ คะแนน 16.01 – 24.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 1 คน แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมโรงพยาบาลสะเดา 1 คน และพยาบาลคลินิกวัณโรค 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective-item Congruence: IOC) ข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มาอนรักษาทที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ได้ค่า KR 20 เท่ากับ .71 และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสะเดา และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา

2. ภายหลังจากการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเดา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมสอบถามและ

ตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถามและเมื่อผู้ป่วยวินิจฉัยโรคตอบตกลงยินดีเข้าร่วมวิจัยและลงชื่อยินยอมในเอกสาร (Informed consent)

3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pretest)

ขั้นตอนทดลอง

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้ร่วม
ครั้งที่ 1	แรกรับผู้ป่วย โดยพยาบาลเจ้าของ CASE ให้การปฐมนิเทศ (Orientation) ใช้เวลา 10 นาที โดยการสร้างสัมพันธไมตรีให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวการใช้ชีวิตประจำวันในการนอนโรงพยาบาล กฎกติกาในการปฏิบัติตัว การเฝ้าไข้ การเยี่ยม และประสานงานงานรพช. พยาบาลคลินิกโรค IC โภชนาการ และเภสัชกร	พยาบาลเจ้าของ CASE
ครั้งที่ 2	พยาบาลเจ้าของ CASE สังเกต และซักถามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยประเมินความรู้ ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคแบบ DMETHOD - การให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยพยาบาลเจ้าของ CASE แนะนำตนเองเพื่อทำความรู้จักและให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยสแกน QR Code เพื่อดูคลิป VDO สื่อการสอนเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรค ตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคแบบ DMETHOD ซึ่ง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) D Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นโรค 2) M Medicine คือ การแนะนำการใช้ยาและการข้างเคียงจากยา 3) D Diet คือ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยใช้ เวลา 10 นาที แล้วให้ทำแบบสอบถามประเมินความรู้ จำนวน 25 ข้อ แล้วอธิบายซ้ำในหัวข้อที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจจนเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (E Environment) แผนการรักษาต่อเนื่อง (T Treatment) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางร่างกายจิตใจและสิ่งเสพติดที่ต้องหลีกเลี่ยง (H Health) การมาตรวจตามนัด การส่งต่อให้รับการรักษาต่อเนื่อง (O Outpatient) พร้อมแนะนำ - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพสุขภาพผู้ป่วยโรค - หลังจากดูคลิป VDO จบ พยาบาลเจ้าของ CASE สาธิตการใส่หน้ากากอนามัย การจัดการขยะ การจัดการเสมหะ แล้วให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย แล้วให้ความรู้ซ้ำอีกครั้งในหัวข้อที่ยังไม่เข้าใจจนเข้าใจถูกต้องทุกหัวข้อ - ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม กรณีคะแนนเกิน 2 Q ประสานงานคลินิกจิตเวช - ประสานงานรพช.และคลินิกโรคเพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและทำการคัดกรอง ผู้สัมผัสร่วมบ้านและให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้มาคัดกรองโรคก่อนผู้ป่วยจำหน่าย - ลงบันทึกข้อมูลการวางแผนจำหน่ายในระบบ Hos-xp	พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการทีมรพช. พยาบาลสุขภาพจิต

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้ร่วม
ครั้งที่ 3	- ติดตามการเตรียมความพร้อมในวงจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพในใบแบบบันทึกหน้า Order ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายครบทุกทีมจึงจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ ก่อนวันจำหน่าย 1 วัน ประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้งหลังจากได้รับการวางแผนจำหน่ายทีมสหวิชาชีพครบทุกทีมแล้ว โดยให้ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ก่อนกลับบ้านกรณีผู้ป่วยยังตอบไม่ถูกพยาบาลเจ้าของCASEจะอธิบายซ้ำจนเข้าใจถูกต้อง - ติดตามการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ถ้ายังคัดกรองไม่ครบทุกคน พยาบาลเจ้าของCASE ส่งข้อมูลให้งานระบาดเพื่อประสานรพ.สต. ในเขตที่รับผิดชอบผู้ป่วยให้ดำเนินติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านให้มาคัดกรองจนครบ - ออกใบนัดรับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคอีก 2 สัปดาห์ พร้อมกับมอบสมุดบันทึกการรับประทานยา และใบนัดให้ผู้ป่วย	พยาบาล นักวิชาการทีมระบาด
ครั้งที่ 4	ติดตามพฤติกรรมกาโรคดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่คลินิกโรคเมื่อรักษาครบ 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกาโรคดูแลตนเอง	พยาบาลคลินิก โรค

ขั้นหลังการทดลอง

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคครั้งแรกก่อนพยาบาลให้คำแนะนำและดู VDO ความรู้เรื่องโรคโรค และทดสอบความรู้อีกครั้งหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายจากทีมสหวิชาชีพครบทุกทีมก่อนวันจำหน่าย 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Post-test) และการติดตามพฤติกรรมกาโรคดูแลตนเองหลังจำหน่าย 14 วัน โดยติดตามในวันนัดมารับยาที่คลินิกโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมกาโรคดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้สถิติ Dependent t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลความรู้และพฤติกรรมกาโรคดูแลตนเองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p\text{-value} = .260$ และ $.377$ ตามลำดับ) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรองจริยธรรมการวิจัย คือ SDSK 2/2567 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 52.5 ปี (S.D.= 4.25, Minimum= 18 ปี , Maximum= 69 ปี)		
เพศ		
ชาย	16	59.26
หญิง	11	40.74
สถานะภาพ		
โสด	10	37.04
คู่	16	59.26
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	3.70
ศาสนา		
พุทธ	14	51.85
อิสลาม	13	48.15
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	51.85
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	14.81
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	11.11
ปวส. /อนุปริญญา	1	3.70
ปริญญาตรี	3	11.11
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.70
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	6	22.22
ทำสวนยาง	6	22.22
ค้าขาย	5	18.51
รับจ้าง	10	37.05
รายได้ของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	4	14.81
น้อยกว่า 5,000 บาท	9	33.33
5,000-7,000 บาท	1	3.70
7,001-9,000 บาท	1	3.70
มากกว่า 9,000 บาท	12	44.44
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	5	18.51
หอบ	4	14.81
ไม่มี	18	66.67
การใช้สารเสพติด		
ยาบ้า	1	3.70
น้ำท่อม	5	18.51
บุหรี่	6	22.22
เหล้า	7	25.92

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้ยาเสพติด	18	66.67
มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีประวัติเป็นวัณโรค		
มี	4	14.81
ไม่มี	23	85.19

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุ 18 - 69 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.5 ปี (S.D.= 4.25) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.26 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 59.26 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 59.14 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.85 อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือน มากกว่า 9,000 บาท ร้อยละ 44.44 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 18.51 สูบบุหรี่ ร้อยละ 22.22 ดื่มสุรา ร้อยละ 25.92 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดป่วยเป็นวัณโรค

2. เปรียบเทียบผลการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเตา ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในระหว่างก่อนและหลังได้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยใช้สถิติ Dependent T-test

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนใช้โปรแกรม	16.48	1.76	17.381	26	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	23.00	1.27			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนใช้โปรแกรม	2.07	0.21	18.667	26	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	2.89	0.12			

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย DMETHOD มีค่าเฉลี่ย 16.48 (S.D.= 1.76) หลังใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย DMETHOD มีค่าเฉลี่ย 23.00 (S.D.=1.27) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย DMETHOD มีค่าเฉลี่ย 2.07 (S.D.= 0.21) หลังใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย DMETHOD มีค่าเฉลี่ย 2.89 (S.D.= 0.12) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า หลังใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นคลิปวิดีโอ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นวัณโรค โดยให้ผู้ป่วยสแกน QR Code และโหลดเก็บไว้ในโทรศัพท์ สามารถดูจนเข้าใจและนำกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้านได้หลังจำหน่าย รวมถึงการมีทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้ในแต่ละเนื้อหาเพิ่มเติมโดยเภสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างละเอียดและนักโภชนาการแนะนำการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้ดูคลิป VDO ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้ของทุกทีมมาก่อนเมื่อได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเฉพาะเรื่องจากแต่ละวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้ เมื่อ

พยาบาลเจ้าของ CASE ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการประเมินความรู้อีกก่อนจำหน่าย หลังจากการดูคลิปวิดีโอ และได้รับความรู้จากทีมสหวิชาชีพแล้ว และได้ให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อคำถามที่ผู้ป่วยยังตอบไม่ถูกหรือยังสงสัยในแบบสอบถามให้เข้าใจ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นหายได้เร็วขึ้น จากการศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต้องการสนับสนุน ให้ได้มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยมีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง คอยแนะแนวทางและสนใจในการดูแลตนเอง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยวันโรคมีความรู้และเกิดทักษะในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nanta & Boonkerd (2022) ที่ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบ DMETHOD ต่อความรู้และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์ก่อนคลอดภายใต้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนคลอดมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีความรู้ในการสังเกตภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้องมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Sombut, Wongkhan, & Nongsae (2020) ที่ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมโดย พบว่าการสอนผู้ป่วยและญาติด้วยการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก DMETHOD และวิธีปฏิบัติประกอบด้วยการให้ดูวิดีโอ ฟิกและสาธิตย้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถยืดเหยียดเข้าได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สื่อการสอนแบบวิดีโอ ฟิก และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า หลังใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย DMETHOD โดยการติดตามผลหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ที่คลินิกวันโรค ผู้ป่วยวันโรคมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การมาตามนัด ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการสอนเน้นย้ำ ฟิก สาธิต โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง การจัดการเสมหะ และการทำลายหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว รวมถึงการจัดการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเสื้อผ้า ที่นอนหมอนมุ้ง การหลีกเลี่ยง เข้าไปในที่ชุมชน และการงดการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ โดยมีการทวนสอบความรู้ในการปฏิบัติร่วมกับการใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) และมีการทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายอีกครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Treenon, Visudtibhan, & Siripitayakunkit (2014) ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวันโรค พบว่า หลังจากที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวันโรคมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเพราะการที่ผู้ป่วยมีความรู้ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ตรงกับ Srisuk (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพโดยใช้โปรแกรม DMETHOD พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Pothi (2023) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลสามารถนำรูปแบบสื่อการสอนโดยการใช้คลิปVDOในการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารด้านการพยาบาลติดตามผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและนำมากำหนดนโยบายในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้มี

ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถใช้เป็นรูปแบบในการนำร่องสู่การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายโรคอื่น ๆ ต่อไป

3. สื่อการสอนจากโปรแกรมสามารถนำไปเผยแพร่ในระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล หรือนำไปเปิดหน้าห้องตรวจโรคที่แผนกผู้ป่วยนอก หน้าห้องตรวจคลินิกโรค หน้าห้องจ่ายยา หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผ่านจอทีวี เพื่อให้ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ผู้ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามผลการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD

2. นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรคอื่น ๆ

References

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bureau of Tuberculosis Division of Tuberculosis. (2016). *Guidelines for prevention and control of tuberculosis*. Bangkok: Aksorn Graphic and design Publishing Printing Co.Ltd. (in Thai)
- Bureau of Tuberculosis Division of Tuberculosis. (2018). *Guidelines for Prevention and Control of tuberculosis*. Bangkok: Aksorn Graphic and design Publishing Printing Co.Ltd. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019) *Multivariate Data Analysis*. (8th) Edition, England: Pearson Prentice.
- Ketnoi, C., Abhicharttibutra, K., & Chitpakdee, B. (2019). Quality improvement of discharge planning for patients with head and neck cancer, eye ear nose and throat ward, Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. *Nursing Journal*, 47(2), 417 - 426.
- Medical Record Sadao Hospital. (2023). *Tuberculosis report*. Songkhla: Medical Record Sadao hospital. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2023). *Guideline for investigation and control of tuberculosis (revised edition 2023)*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Publisher. (in Thai)
- Nanta, K. & Boonkerd, T. (2022). The effectiveness of health education D-METHOD program on knowledge and stress of preterm labor pregnancy. *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare*, 1(2), 29-42.
- Nillake, K. & Chandra, R. (2019). The effects of discharge planning program for burn patients on self-care ability and quality of life in surgical 4 department Suratthani hospital. *Region 11 Medical Journal*, 33(2), 143-156.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice*. (6th) Edition. Missouri: Mosby.

- Pothi, A. (2023). The efectiveness of discharge planing program to selfcare ability of after phacoemulsification inpatients department Praarjanban Tanakaro hospital Sakon Nakhon province. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 989-999.
- Sadao Hospital. (2023). *Tuberculosis control report (2017-2023)*. Songkhla: Sadao Hospital. (in Thai)
- Sarai, A. (2016). *Effect of an integrated program of discharge planning and Symptom experience on dyspnea management ability and dyspnea status of patients with chronic obstructive pulmonary diseases*. Master's thesis in nursing science (Adult nursing), Prince of Songkla University. (in Thai)
- Sombut, M., Wongkhan, O., & Nongsae, P. (2020). The development of discharg planning among patients undergoing total knee Arthroplastyin Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(1), 107-120.
- Srisuk, R. (2015). *The effects of the discharge planning program for elderly patients with heart failure focusing on self-care behaviors and health status*. Master's thesis in nursing science (Adult nursing), Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- Treenon, P., Visudtibhan, J. P., & Siripitayakunkit, A. (2014). Development of a discharge planning program for persons with pulmonary tuberculosis. *Nursing Research and Innovation Journal*, 20(1), 50-65.
- Wongrattana, C. (2007). *Techniques for using research statistics*. (10th) Edition. Nonthaburi: Thaineiamidkit Inter Progresssive. (in Thai)

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราชDevelopment of a Tuberculosis Care Model Through Community Participation
in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Provinceรัตนา กรายแก้ว¹, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์^{2*} และ จตุพร เหลืองอุบล²Rattana Kraikaew¹, Terdsak Promarak^{2*} and Jatuporn Luangubol²¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม¹Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University,²Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: September 24, 2024; Revised: November 29, 2024 ; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง กันยายน 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์ 2) ขั้นการพัฒนาแบบแผน และ 3) การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 484 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 456 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Pair t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนามาตาม PAOR ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของ สถานการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน 2) วางแผนร่วมกับชุมชน 3) ดำเนินการตามแผน 4) สังเกตและติดตามผล และ 5) สะท้อนผลและถอดบทเรียน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ช้างกลาง “TB-FAST” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Teamwork การทำงานเป็นทีม 2) Best service การบริการที่ดีที่สุด 3) Find การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 4) Access to service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค และ 6) Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี หลังการพัฒนาแบบแผน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สูงกว่าก่อนพัฒนาแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การร่วมกันทำงานเป็นทีม การดึงศักยภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขแต่ส่วนเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สร้างแบบแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง ด้วยกระบวนการที่รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดคือ การรับฟังปัญหาและความต้องการที่มาจากผู้ป่วยวัณโรค และด้วยความร่วมมือในการร่วมพัฒนาแบบแผนสู่การทดลองปฏิบัติ และร่วมสะท้อนที่ได้จากการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ, การมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยวัณโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : terdsak.p@msu.ac.th)

Abstract

This action research aimed to develop a tuberculosis care model through community participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted from August 2023 to September 2024 and consisted of three phases: (1) situational analysis, (2) model development, and (3) model evaluation. The total target group included 484 participants, comprising 16 tuberculosis patients and 12 tuberculosis care staff selected through purposive sampling, as well as 456 individuals involved in tuberculosis care in the community, selected through systematic sampling. Data were collected using both quantitative and qualitative methods, including questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussion guides. Data analysis was performed using mean, standard deviation, frequency, percentage, paired t-tests, and independent t-tests.

The study found that the process of developing the tuberculosis care model in the community, following the PAOR steps, included: 1) studying the context, situation, and problems in the community; 2) planning in collaboration with the community; 3) implementing the plan; 4) observing and monitoring the results; and 5) reflecting on the outcomes and drawing lessons learned. The model developed from this study is "Chang Klang TB-FAST," which consists of six components: 1) Teamwork, 2) Best Service, 3) Find (increasing the rate of tuberculosis case detection), 4) Access to Service (access to tuberculosis diagnosis services), 5) Success (success in tuberculosis treatment), and 6) Technology for Health (tuberculosis care with technology). After the model development, the sample group showed significantly higher mean scores for competence, behavior, participation, and satisfaction with the Chang Klang district health network's tuberculosis care in the community compared to before the model development (p -value $< .05$).

The factors for the success of developing tuberculosis care through community participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province, included teamwork, harnessing the potential of public health staff from different sectors to participate in tuberculosis care, and creating a practical care model that could be implemented. This was achieved through a process of listening to real problems from stakeholders. Most importantly, it involved listening to the problems and needs of tuberculosis patients. Through collaboration, the model was developed, implemented, and tested, with reflections shared based on the operations of the newly developed model.

Keywords: Model, Participation, Tuberculosis Patients

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยด้วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน แม้จะเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ แต่ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2023) โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ในปี พ.ศ. 2558 เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานวัณโรคมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578 (Division of Tuberculosis, 2021) ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden country lists) ได้แก่

มีภาระวัณโรคสูง มีภาระวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูงและมีภาระวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment coverage) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 53, 57, 74, 80 และ 84 ตามลำดับ ลดลงในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 82 ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 103,000 ราย หรือคิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 12,000 ราย และพบว่าในปี พ.ศ. 2561 - 2564 อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 7.94, 8.22, 8.35 และ 8.47 ตามลำดับ และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB มีจำนวน 2,500 ราย หรือคิดเป็น 3.6 ต่อประชากรแสนคน โดยพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (World Health Organization, 2022) จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรม ZERO TB นครราชสีมา ปลอดวัณโรค ปี พ.ศ. 2563 เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพิ่มทักษะและความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (Department of Disease Control, 2020) แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ โดยจากรายงานพบว่า จังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สัญชาติไทย ในปี พ.ศ. 2560 - 2565 จำนวน 1,420, 1,301, 1,012, 1,645, 1,726 และ 1,606 ราย ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงในปี พ.ศ. 2562 และกลับเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 81.0, 87.6, 81.71 และ 79.3 (Ministry of Public Health, 2024) มีแนวโน้มลดลง ซึ่งหมายถึงการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ครบและหายตามระยะเวลา ดำเนินการได้น้อยลงอันเนื่องมาจากวัณโรคปอดติดต่อโดยการหายใจ ขณะไอ จาม พุด หัวเราะ หรือร้องเพลง จะสามารถทำให้เชื้อวัณโรคออกมาจากร่างกายพร้อมกับละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ หลังจากรับเชื้อ อากาศของวัณโรคจะปรากฏออกมาช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม จึงได้มีแนวทางการคัดกรองวัณโรคเพื่อค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคโดยแบ่งเป็นประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ซึ่งในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องดำเนินการอย่างบูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Integrated, Patient-centered cares) รวมถึงการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตและด้านเศรษฐกิจสังคม ไม่ให้ผู้ป่วยถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติจากสังคม สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้มากที่สุด (Division of Tuberculosis, 2021) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาที่บ้านยังคงต้องอยู่ในชุมชน การดูแลสุขภาพในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การดำเนินงานด้านวัณโรค อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลพ่อนาคค่ายาจากสิทธิ ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 อำเภอช้างกลาง มีผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 36 ราย สามารถจำแนก รายตำบล พบว่า ตำบลหลักช้าง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด 20 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 15 ราย กลับเป็นซ้ำ 3 ราย ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากล้มเหลว 1 ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย รองลงมาเป็นตำบลช้างกลาง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 13 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ 12 ราย และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 1 ราย และตำบลสวนขัน พบผู้ป่วยวัณโรคน้อยที่สุด 3 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ 2 ราย และผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา 1 ราย การจัดการวัณโรคในอำเภอช้างกลางมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อควบคุมและลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาบางประการที่ต้องได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาหรือขาดยา ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพน้อยลง

จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับยาตามนัด ส่งผลต่อการขาดการรักษา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มาใช้ในการศึกษารั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชให้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราป่วย ผู้ป่วยหายจากโรค และไม่กลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

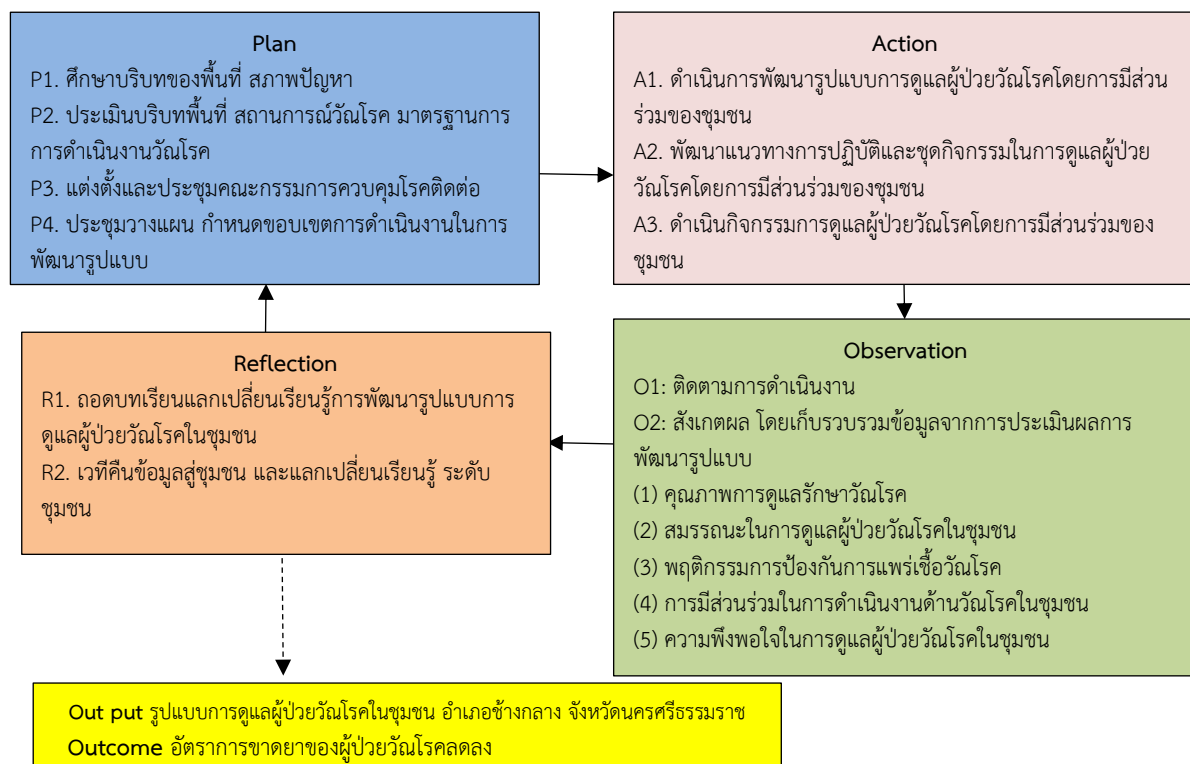
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในชุมชน ใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 484 คน ซึ่งประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 456 คน ได้แก่ 1) ผู้ใหญ่บ้าน 36 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 36 คน และ 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน (4) ภาคประชาชน โดยการคำนวณจำนวนครัวเรือน 8,309 ครัวเรือน ด้วยสูตรของ Daniel (1999) ได้ 368 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 72 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน รวมเป็น 116 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการพัฒนารูปแบบและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค 16 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 16 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค 12 คน อสม. 36 คน ผู้ใหญ่บ้าน 36 คน และภาคประชาชน 30 คน รวมเป็น 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน 2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน 4) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และ 5) คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค

2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ 5 ส่วน ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ชุดที่ 2 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ชุดที่ 3 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุดที่ 4 แบบบันทึกการถอดบทเรียน ชุดที่ 5 แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านเกี่ยวกับวัณโรค มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันวัณโรค จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ โดยมีแล้วนำมาวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน แบบประเมินส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปอดในชุมชน มีค่าเท่ากับ 0.90, 0.89, 0.80 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าอำนาจจำแนกของสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.27-0.81 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.21-0.67 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรคในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85 และความพึงพอใจของท่านต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน มีค่าอยู่ในช่วง 0.54 -0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และเชิงปริมาณ (Quantitative method) ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยการจัดการข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตการสอบถาม โดยวิธีการดังนี้

1. การจัดกลุ่มย่อยที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน อำเภอช้างกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. การจัดเวทีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus Group) ในประเด็นที่กำหนด โดยแยกกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรค 2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค 3) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านโรค
3. บันทึกรายละเอียดที่สำคัญ โดยใช้แบบบันทึกการประชุม การบันทึกเสียงและการสังเกตลักษณะของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
4. จัดทำสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการในแต่ละกลุ่มย่อย ในรายละเอียดที่สำคัญ นำมารวบรวม ตรวจสอบ ข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็นจนเกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ หน่วยงานที่สังกัด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นโรค
2. สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลาง ก่อนและหลังการเข้าพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 469-391/2567 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช (n=484)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	315	65.08
ชาย	169	34.92
อายุ (ปี)		
M= 45.70, S.D.= 14.85		
สถานภาพสมรส		
สมรส	296	61.16

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โสด	159	32.85
หม้าย	14	2.89
หย่า/แยก	15	3.10
ศาสนา		
พุทธ	484	100.00
คริสต์	0	0.00
อิสลาม	0	0.00
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	45	9.30
รับจ้างทั่วไป	125	25.83
เอกชน	69	14.26
เกษตรกร	174	35.95
ธุรกิจส่วนตัว	65	13.43
อื่นๆ	6	1.24
รายได้		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	58	11.98
10,001 – 20,000 บาท	251	51.86
20,001 – 30,000 บาท	111	22.93
มากกว่า 30,000 บาท	64	13.22
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	76	15.70
มัธยมศึกษาต้น	154	31.82
มัธยมศึกษาปลาย	108	22.31
อนุปริญญา	83	17.15
ปริญญาตรี	63	13.02
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	356	73.55
โรคเบาหวาน	79	16.32
โรคความดันโลหิตสูง	42	8.68
โรคหัวใจ	6	1.24
โรคมะเร็ง	1	0.21
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	435	89.88
เคยสูบบุหรี่	31	6.40
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	18	3.72
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	436	90.08
เคยดื่มแอลกอฮอล์	24	4.96
ปัจจุบันดื่มแอลกอฮอล์อยู่	24	4.96
มีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด เป็นหรือเคยเป็นวัณโรค		
ไม่มี	437	90.29

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มี	47	9.71

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.08 ($M = 45.70$, $S.D. = 14.85$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 61.16 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.95 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 51.86 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.80 กลุ่มตัวอย่างพบเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.30 รองลงมาเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.68 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.08

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นใหม่จากการศึกษานี้ คือ ช้างกลาง “TB-FAST” ได้แก่

2.1 Teamwork หมายถึง การทำงานเป็นทีม เพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการดำเนินงานเป็นทีมด้วยสหวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาวัณโรคหายและไม่กลับมาเป็นซ้ำ เน้นการทำงานเชิงรุกในผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาเรื่องขาดยา ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม

2.2 Best service หมายถึง การบริการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยคำนึงถึงสิทธิและการรักษาความลับของผู้ป่วย ลดการตีตรา เพิ่มช่องทางการรับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

2.2.1 การติดตามรับประทานยาที่ผู้ป่วยสามารถเลือกช่องทางการเข้ารับบริการได้ตามความต้องการและความสะดวกของผู้ป่วย โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) ต้องเป็นไปในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อาจบริหารจัดการได้โดยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันก็สามารถดำเนินการโดยสมาชิกในชุมชนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการประเมิน ติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 ช่องทางการรายงานอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาวัณโรค เจ้าหน้าที่เพิ่มช่องทางติดต่อให้กับผู้ป่วยหากมีความสงสัยในอาการผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากอาการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงที่ผ่าน Line official ที่สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขดูแลตรวจสอบการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

2.2.3 แนะนำปรึกษาการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยวัณโรค โดยนักโภชนาการเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจติดตามหรือมาตามนัดพบของแพทย์ หากผู้ป่วยวัณโรคมีความประสงค์ที่ต้องการปรึกษาด้านโภชนาการสามารถปรึกษาได้ผ่านช่องทางการสื่อสารของ Line open chat ผู้ป่วยสามารถปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการเปิดเผยตัวตน รวมถึงการสร้างสื่อออนไลน์เรื่องโภชนาการที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เช่น การรับประทานอาหารทดแทน

2.3 Find หมายถึง การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงวัณโรค สามารถดำเนินการได้โดยการสอบสวนโรค ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยในการอธิบายการเกิดและแพร่ของเชื้อวัณโรค เน้นการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด เชื่อมโยงไปยังกลุ่มต่างๆตลอดจนทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปยังผู้สัมผัส เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน โดยกำหนดให้มีการสอบสวนโดยเร็ว หรือภายใน 12 ชั่วโมง (กรณีพบผู้ป่วยวัณโรคตื้อยา)

2.4 Access to service หมายถึง การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค เนื่องด้วยประชาชนที่มีความประสงค์จากเข้ารับการตรวจวัณโรค อาจมีความกังวลถึงขั้นตอนและความยุ่งยากของการเข้ารับบริการ รวมถึงการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเปราะบาง เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม โดยมี อสม. ในหมู่บ้าน ดำเนินการสำรวจ ส่งข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขใน รพ.สต. ส่งต่อโรงพยาบาล

ซึ่งผลการตรวจจะได้รับ การเก็บเป็นความลับ ผู้ที่เข้ารับการตรวจจะได้รับผล และแจ้งยืนยันผลจากแพทย์ผู้รับ การตรวจเท่านั้น โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.4.1 ส่งใจ ส่งยา รักษาหาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการจัดส่งยา พร้อมติดตาม การรับประทานยา โดยสามารถให้เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล หรือ อสม. ในชุมชนเป็นผู้ติดตามการรับประทานยาทุกครั้ง ที่ได้รับยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อความให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สร้างกำลังใจในการรับประทานยาจนครบตามระยะเวลา

2.4.2 TB find เป็นกิจกรรมที่ให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองวัณโรคใน พื้นที่ โดยสามารถส่งรายชื่อผ่าน อสม. ในพื้นที่ หรือแจ้งความประสงค์ให้กับเจ้าหน้าที่ และจะดำเนินการนัด ต่อไป โดยบางพื้นที่ในชุมชนที่ยังพบปัญหาพบผู้ป่วยซ้ำ มีความจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกเพราะยังมี กลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่ยากจะเข้าถึง โดยเฉพาะเด็กเล็กและผู้สูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ได้รับการตรวจ คัดกรองหากมีความเสี่ยง

2.4.3 Home care ดูแลใจในบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่รวมบ้านกับสมาชิกในบ้าน ทั้งผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกในบ้านต้องได้รับการแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว ทำความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันได้ อย่างปลอดภัยที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการประเมินสภาพบ้านความเป็นอยู่ แนะนำกับปฏิบัติตัว และช่วยหาแนวทางการอยู่ร่วมกัน โดยสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสบายใจ ลดการตีตรา การกล่าวโทษกันใน ครอบครัว โดยอาจร่วมกับทีม MCATT หรือทีมเยี่ยมยาจิตใจที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและ สร้างความเข้าใจกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรค แต่ละราย

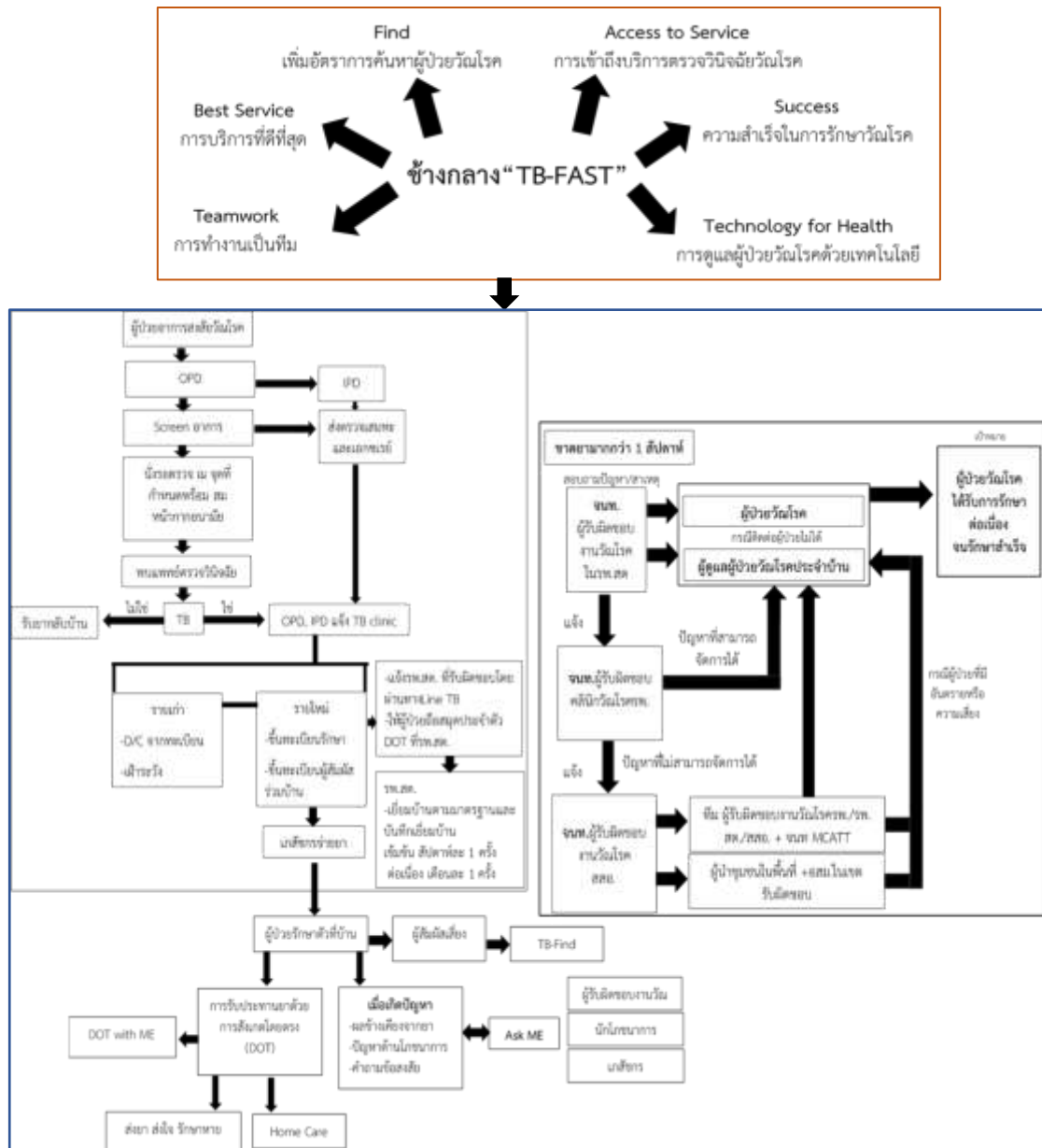
2.5 Success หมายถึง ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค การรักษาวัณโรคสำเร็จนั้นคือผลรวมของ ผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) และรักษาครบ (Treatment completed)

2.6 Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี การนำระบบสื่อสาร ช่องทาง การสื่อสารที่ทันสมัยเข้ามาให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร สอบถาม หรือต้องการนัดพบเจ้าหน้าที่เพื่อ ปรึกษาปัญหาระหว่างการรักษา โดยมีกิจกรรม ดังนี้

2.6.1 Ask me ถามได้สบายใจ เป็นช่องทางที่เพิ่มเติมให้ประชาชน หรือผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถ สอบถามข้อมูล ปัญหา ข้อสงสัย ได้ตลอด โดยผ่าน Line official และ Line open chat รวมถึงสื่อสังคม ออนไลน์ Page facebook โดยการสอบถามผู้ถามไม่จำเป็นต้องเปิดเผยชื่อ หรือตัวตน สามารถสอบถามข้อมูลได้ อย่างสบายใจ

2.6.2 DOT with me ช่องทางการติดตามการรับประทานยาด้วยการสังเกตโดยตรง (DOT) โดยที่ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมายัง รพ.สต. หรือ รพ. ทุกวัน สามารถขอรับบริการได้โดยใช้ระบบออนไลน์ เช่น VOT (Video-observed treatment) โดยผู้ป่วยวัณโรคสามารถเลือกช่องทางที่ตนเองสามารถเข้าถึงได้

ดั่งภาพ 2



ภาพ 2 การดำเนินงานด้านวัณโรคก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อ.ช่วงกลาง จ.นครศรีธรรมราช

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		t	p*
	M	S.D.	M	S.D.		
ผู้ป่วยวัณโรค (n=16)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.17	0.62	2.52	0.84	7.432	.006
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	1.98	0.74	2.43	0.86	11.047	< .001
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.24	0.72	2.67	0.52	6.502	.022
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.42	0.72	2.74	0.73	5.986	.014
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (n=456)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.35	0.70	2.40	0.68	0.953	.001
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.14	0.74	2.38	0.88	0.850	.018
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.09	0.72	2.58	0.73	7.691	.006
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.39	0.70	2.42	0.62	0.963	.022
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรค (n=12)						
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.36	0.75	2.42	0.80	0.975	.002
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	2.45	0.73	2.48	0.65	0.762	.030
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านวัณโรค	2.37	0.74	2.63	0.61	4.658	.016
ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	2.36	0.70	2.68	0.78	0.742	.009

จากตาราง 2 พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .006, < .001, .022$ และ $.014$) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .001, .018, .006$ และ $.022$) ตามลำดับ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ พฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอช้างกลางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p = .002, .030, .016$ และ $.009$) ตามลำดับ

4. ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ คณะกรรมการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมไม่ผ่านการประเมิน

หลังการพัฒนารูปแบบ ผลการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ทั้ง 5 มาตรฐาน ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรค 2) การค้นหาและคัดกรอง 3) การรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยรวมผ่านการประเมิน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 97.50

ตาราง 3 คะแนนการประเมินการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช

ข้อกำหนด	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
มาตรการที่ 1 การป้องกันควบคุมโรค	15	21
มาตรการที่ 2 การค้นหาและคัดกรอง	13.5	18.5
มาตรการที่ 3 การรักษา	11	17
มาตรการที่ 4 การบริหารจัดการ	22	23
มาตรการที่ 5 การรักษาดูแลผู้ป่วยวัณโรค	16	18
คิดเป็นร้อยละ	77.50	97.50
ผลการประเมิน	ไม่ผ่าน	ผ่าน

อภิปรายผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ คะแนนประเมินคุณภาพรูปแบบ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ และคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ทำให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของ อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ที่เรียกว่า ช้างกลาง “TB-FAST” ที่มีทั้งหมด 6 ประการ ซึ่งมีคุณลักษณะที่ช่วยเพิ่มเติมช่องว่างของการดำเนินงานด้านวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยวัณโรคเป็นสำคัญ มีแผนการดำเนินงานที่รองรับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้ประโยชน์จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถรักษาได้ครบตามระยะเวลาและหายจากโรคโดยไม่กลับมาเป็นซ้ำ โดยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการที่ผู้ดูแลโดยเฉพาะครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีกำลังใจในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Prajum (2021) ที่พบว่า ผลจากการจัดกิจกรรมปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นการพยาบาลที่เน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จ ซึ่ง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ได้ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาจากฐานคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ มีระบบงานและกลไกที่ชัดเจน วิธีการดำเนินงานที่ชัดเจนตามองค์ประกอบของรูปแบบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Teamwork การทำงานเป็นทีม 2) Best service การบริการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3) Find การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค 4) Access to service การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค 5) Success ความสำเร็จในการรักษาวัณโรค และ 6) Technology for health การดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยเทคโนโลยี

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หลังจากพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องจากในกระบวนการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความเข้าใจจนสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่เมื่อได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด ด้วยช่องทางที่สะดวกรวดเร็ว ลดภาระการเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถทำกิจกรรมอื่นที่ต้องการได้โดยไม่ต้องกังวลถึงการติดตามของเจ้าหน้าที่ เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบได้มีการวางแผนที่เป็นผลมาจากการสะท้อนปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ โดยมีการทบทวนทักษะต่าง ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ เช่น ทักษะในการประเมินสุขภาพจิต อารมณ์ ของผู้ป่วยวัณโรค ทักษะการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยวัณโรค ทักษะการให้กำลังใจ เมื่อได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสามารถดำเนินงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawangsri (2019) ที่พบว่า การพัฒนา

ทักษะและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร การกำหนดแนวทางและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนที่เลี้ยงระดับอำเภอ เป็นที่ปรึกษา มีการติดตามและเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การแก้ปัญหาโรคในชุมชนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดและยั่งยืน

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน หลังจากพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เนื่องด้วยกระบวนการพัฒนารูปแบบที่สามารถออกแบบกิจกรรมที่ให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคอย่างแท้จริง เหมาะกับบริบทของพื้นที่ อ.ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อผู้ป่วยโรคได้รับการสื่อสารที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถเฉพาะด้านทำให้ผู้ป่วยโรคเกิดความเข้าใจ เป็นผลให้พฤติกรรมในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ เช่นเดียวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านโรค หลังจากพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีการจัดกิจกรรมทบทวนการปฏิบัติอย่างถูกต้องในการปฏิบัติงานโรค จัดประชุมทบทวน ถอดบทเรียน เสนอแนะหลักการที่สะท้อนการมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อโรคในชุมชนได้อย่างถูกต้อง สร้างศักยภาพในการทำงานด้วยความรอบรู้และปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dana & Thessingha (2023) ที่พบว่า หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลและดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมิน การวางแผนให้การพยาบาลและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์การดูแล และการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ ช่วยให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี และมีโอกาสหายขาดจากโรคในระดับที่สูงด้วย

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรคของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน หลังการพัฒนาแบบ อยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ เป็นผลเนื่องมาจากในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความตระหนักในปัญหาโรค และต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่การสะท้อนปัญหา การวางแผนการเสนอแนวทางการแก้ปัญหา โดยการดูแลผู้ป่วยโรค ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรค เพราะการตีตรา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและไม่สบายใจ การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีส่วนในการดำเนินงานด้วยความเข้าใจ จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรคอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช พบว่า หลังการพัฒนาแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงและสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยเมื่อมีการสะท้อนปัญหาในการให้บริการด้านโรคที่ประกอบไปด้วย 1) ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการ 2) ความพึงพอใจด้านบุคลากร 3) ความพึงพอใจด้านสถานที่ และ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่า ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในประเด็นความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และประเด็นจุดบริการรองรับเฉพาะผู้ป่วยโรค แยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยโรคมีความสะดวกในการรับบริการ ลดการสัมผัสบุคคลอื่น ผู้ป่วยโรคมีความสบายใจเพิ่มมากขึ้น และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลก็สามารถปฏิบัติงานได้สะดวก มีพื้นที่สำหรับพูดคุยสื่อสาร โดยที่ไม่มีผู้เข้ารับบริการอื่นๆอยู่ด้วย ซึ่งความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ป่วยโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน มีเพิ่มมากขึ้นหลังจากพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Opathakoon & Temeesak (2007) ที่พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรค ที่มีต่ออาสาสมัครโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะทำงานโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย และคณะทำงานมีความสุขกับกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลซึ่งกันและกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนใน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) สามารถแบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย 2) การเข้าใจชีวิตบุคคล 3) การหาหนทางร่วมกัน 4) การสร้างสรรค์งานป้องกัน ส่งเสริม 5) ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี และ 6) อยู่บนความเป็นจริง โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของKanjungsi (2022) ที่พบว่า การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ได้มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพัน มีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากยิ่งขึ้น ดังจะพิจารณาได้จากองค์ประกอบของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้ โดยการนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการดูแลในบริบทพื้นที่ชุมชนต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่และความแตกต่างของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงได้โดยการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพสูงสุดและสอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของพื้นที่นั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อให้สามารถติดตามผลของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในระยะยาวและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนได้มากขึ้น และควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้สามารถป้องกันโรค ควบคุมวัณโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

References

- Dana, K., & Thessingha, C. (2023). The development of caring guideline for pulmonary tuberculosis patients by family and community involvement. *Journal of Environmental and Community Health*. 8(2), 150-159.
- Department of Disease Control. (2016). *Guidelines for prevention and control of tuberculosis transmission*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2020). *The Ministry of Public Health continues the “ZERO TB Thailand” project in the activity “ZERO TB Nakhon Si Thammarat, Tuberculosis-free”*. Retrieved July 4, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/odpc11/news.php?news=11055&deptcode=>. (in Thai)
- Division of Tuberculosis. (2021). *National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021*. Retrieved August 10, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf>. (in Thai).
- Kanjungsi, D. (2022). Development aimed to develop a nursing service system for TB patients “Dots, s Intrend”. *Journal of Environmental and Community Health*, 7(1), 169- 203.

- Ministry of Public Health. (2024). *Provincial health data center (HDC) Health data warehouse system*. Retrieved July 4, 2023 form https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=7a18700f863ca0f12e569688b0763db4&id=256263ae8c90f93b37d3fd1c444ad900. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Treatment success rate for new pulmonary tuberculosis patients*. Retrieved July 20, 2023 form https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1592&kpi_year=2564&lv=2&z=11. (in Thai)
- Opathakoon, S. & Temeesak, D. (2007). An evaluation tuberculosis patients care with directly-observed treatment by participation of local administration organizations, Mae Taeng district, Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal*, 3(3), 330-340
- Prajum, A. (2021). Development of a continuing care model for tuberculosis patients in Khukhan district, Sisaket province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 7(1), 210-221.
- Sawangsri, W. (2019). Development of tuberculosis care model in community, Mueang district Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(3), 116-129.
- World Health Organization. (2023). *Tuberculosis*. Retrieved August 13, 2023 form <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis report 2022*. Retrieved August 10, 2023 form <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระพรหม
จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Study on the Relationship Between Perception and Participation in the
Prevention and Control of Dengue Fever Among Village Health Volunteers in
Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province

กวิณทิพย์ รอดบางพง* และ มิ่งขวัญ ศรีโชติ

Kawintip Rodbangpong* and Mingkwan Sirichote

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

(Received: October 20, 2024; Revised: November 10, 2024 ; Accepted: November 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 259 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ เท่ากับ 0.91 การมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.29$, $S.D. = 0.39$) การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $S.D. = 0.52$) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.627$, $p < 0.001$)

ดังนั้น จึงควรสร้างความตระหนักหรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการสร้างการเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการลดอุปสรรคที่ทำให้การป้องกันโรคไม่เกิดผลตามที่คาดหวัง เช่น การจัดการทรัพยากรและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้, การมีส่วนร่วม, โรคไข้เลือดออก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kawintip012@gmail.com)

Abstract

This descriptive research the objective was to study the relationship between perception with participation in prevention and control of dengue fever of village health volunteers. The sample group was 259 people is village health volunteers in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. The tool used was a questionire. The reliability value of perception was equal to 0.91 and participation was equal to 0.99. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. and Pearson's correlation coefficient statistics. The statistical significance was set at 0.05 level.

The study found that Most of the samples group had perception about dengue fever. was at high level ($M = 4.29$, $S.D. = 0.39$), participation in prevention and control of dengue fever was at high level ($M = 4.04$, $S.D. = 0.52$). The results of the study of the relationship between perception with participation in dengue fever prevention and control found that perception was positively related to participation in prevention and control of dengue fever at a high level, significantly. Statistics ($r = 0.627$, $p < 0.001$)

Therefore, it is important to raise awareness or organize activities to build confidence in preventing dengue fever. Emphasis is on creating understanding about dengue fever. and reducing obstacles that prevent disease prevention from achieving expected results, such as managing resources and providing accurate and clear information. Participation takes place to effectively prevent and control dengue fever at the community.

Keywords: Perception, Participation, Dengue Fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี โดยมีุงลายเป็นพาหะนำโรค โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ มักพบในประเทศเขตร้อนและระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการของโรคไข้เลือดออกมีตั้งแต่ไม่มีอาการผิดปกติไปจนถึงเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Bumrungrad hospital, 2024) โรคไข้เลือดออกนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ที่ไม่อาจมองข้ามได้ เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงเกิดการสูญเสียรายได้และส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจในระดับบุคคลและครัวเรือน นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการระบาดของโรคไข้เลือดออก เช่น ความวิตกกังวลในชุมชน รวมถึงความกลัวที่อาจทำให้เกิดความตึงเครียดภายในชุมชนและระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จนถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 158,705 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 239.86 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต จำนวน 190 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.129 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023) สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 3,370 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วยสะสม 218.10 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตอยู่ 9 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราตาย 0.58 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราป่วยตายอยู่ที่ร้อยละ 0.27 กรมควบคุมโรคกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานลดอัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 0.10 ต่อแสนประชากร จึงถือว่าอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกและอัตราตายโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2023) อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 132 ราย คิดเป็นอัตรา

ป่วย 295.37 ต่อแสนประชากร จากการทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยา 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561 - 2565) พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2562 และ 2561 อัตราป่วย 346.51, 255.81 ตามลำดับ แม้ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต แต่พบการระบาดซ้ำซากของโรคนี้ในพื้นที่อำเภอพระพรหมทุกปี (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2023)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และส่งเสริมการป้องกันโรค รวมถึงการสอดส่องดูแลในพื้นที่ เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชน (Disease Prevention and Control Office 11, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาของ Leklai, & Mekrueangwong (2018) พบว่า การรับรู้และความเข้าใจบทบาทของตนเองในการควบคุมโรค มีผลโดยตรงต่อการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ Puakpromma, Nititham, & Sirisophon (2020) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน นอกจากนี้ Oungern (2021) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อันจะนำไปสู่การลดลงของอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกได้ การรับรู้และความเข้าใจในเรื่องของโรคไข้เลือดออก รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจริงในระดับชุมชน การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เราเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคและพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารและการมีส่วนร่วมในชุมชน

การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน การพัฒนานโยบาย หรือแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

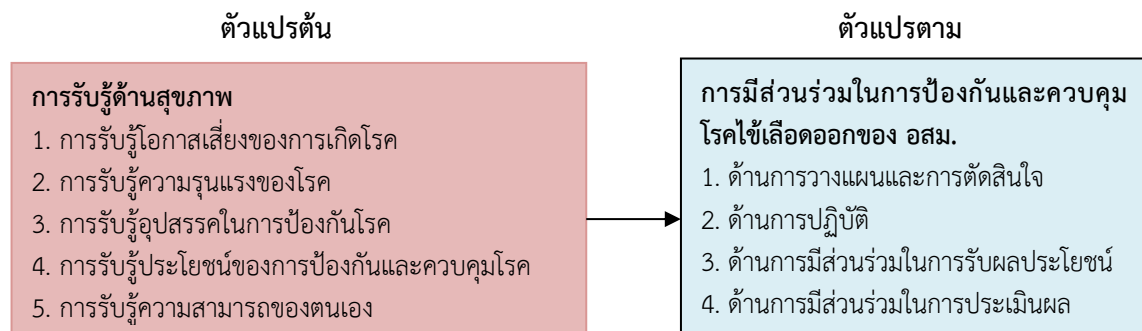
สมมติฐาน

การรับรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค และ 5) การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง มาประยุกต์ใช้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 785 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ใช้ในการประมาณค่าและกำหนดสัดส่วนของประชากรที่สนใจ เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 259 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนมีสิทธิรับเงินค่าป่วยการปี พ.ศ. 2566 2) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงการเก็บข้อมูล 2) ผู้ปฏิเสธหรือไม่สมัครใจที่จะตอบคำถามแบบสอบถาม และ 3) ผู้เจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จำแนกจำนวน อสม. 7 หน่วยบริการปฐมภูมิ สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนประชากรในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อ อสม. แต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกให้ตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มีคำตอบให้เลือกระดับ 5 ระดับ โดยรับรู้มากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงรู้น้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลระดับการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (1981) คือ การรับรู้อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00) การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) คำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่มีส่วนร่วมมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงมีส่วนร่วมน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (1981) คือ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัย 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 1 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. ในตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ เท่ากับ 0.91 การมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสาธารณสุขอำเภอพระพรหม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช และลงพื้นที่ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามพร้อมรวบรวม รับกลับด้วยตนเอง และตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูล หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อธิบายระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ โดยกำหนดค่าระดับสหสัมพันธ์จากค่า r จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 โดยใช้เกณฑ์ของ (Davies, 1971) ดังนี้

ค่า r มีค่า เท่ากับ 0 ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.01 ถึง 0.09 มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.10 ถึง 0.29 มีความสัมพันธ์กันต่ำ

ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.49 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.69 มีความสัมพันธ์กันสูง

ค่า r มีค่ามากกว่า 0.70 ถึง 1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2567 เอกสารรับรองเลขที่ 51/2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.05 มีอายุอยู่ในช่วง 57 - 71 ปี ร้อยละ 44.01 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.03 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

น้อยกว่า 8,800 บาท ร้อยละ 82.63 ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะเวลา 11 - 21 ปี ร้อยละ 39.77

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมและรายด้าน (n= 259)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	M	S.D.	ระดับการรับรู้
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.41	0.49	สูง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	4.42	0.52	สูง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.50	0.47	สูง
ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.78	0.62	สูง
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.33	0.53	สูง
รวม	4.29	0.39	สูง

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 4.29, S.D.= 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (M= 4.50, S.D.= 0.47) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (M= 4.42, S.D.= 0.52) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก (M= 4.41, S.D.= 0.49) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M= 4.33, S.D.= 0.53) และ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (M= 3.78, S.D.= 0.62) และ อสม. ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับสูง ร้อยละ 94.59 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.41 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามระดับการรับรู้ (n= 259)

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	245	94.59
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	14	5.41
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0	0.00

(M= 4.29, S.D.= 0.38, Minimum= 3.00, Maximam= 5.00)

3. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมและรายด้าน (n= 259)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	M	SD	ระดับ
1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ	3.86	0.67	สูง
2. ด้านการปฏิบัติ	4.21	0.55	สูง
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.04	0.56	สูง
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.02	0.58	สูง
รวม	4.04	0.52	สูง

จากตาราง 3 พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $S.D. = 0.52$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($M = 4.21$, $S.D. = 0.55$) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับสูง ($M = 4.04$, $S.D. = 0.56$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการวางแผนและการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ($M = 3.86$, $S.D. = 0.67$) และ อสม. ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ร้อยละ 94.59 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.41 ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม ($n = 259$)

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	(คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	191	73.75
ระดับปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	68	26.25
ระดับต่ำ	(คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0	0.00

($M = 4.04$, $S.D. = 0.52$, Minimum = 2.67, Maximum = 5.00)

4. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ($n = 259$)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.627	< 0.001	สูง
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	0.486	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.446	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.457	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.275	< 0.001	ต่ำ
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.686	< 0.001	สูง

จากตาราง 5 พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับสูง ($r = 0.627$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ($r = 0.686$, $p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ($r = 0.486$, $p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r = 0.457$, $p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ($r = 0.446$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.275$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.627, p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคส่งต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือโรคนี้มีความรุนแรง จะมีแนวโน้มที่จะดำเนินการป้องกันโรคมามากขึ้น อสม. ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคนี้มากขึ้น ซึ่งบทบาทของ อสม. ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ สร้างความตระหนัก และแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจาก อสม. เป็นบุคคลชุมชนให้การยอมรับและมีความใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งสามารถใช้ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ สามารถกระตุ้นให้คนในชุมชนร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakhmani, Limpanont, Kaewkungwal, & Okanurak (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกในเมืองโอวอควารู เมืองมาลัง ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ และเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความไวในการรับรู้สูงกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่ดีกว่าผู้ที่ตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคนี้เป็นอย่างดีจะป้องกันได้ดีกว่าผู้ที่รู้เพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangkayai & Takaew (2014) พบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Poolsap (2015) ที่พบว่า อสม. ทำหน้าที่ป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหมายความว่า อสม. มีแนวโน้มที่จะดำเนินการเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคได้มากขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Leklai & Mekrueangwong (2018) ซึ่งพบว่า อสม. มีส่วนร่วมและทำหน้าที่ของตนได้ดีมาก ซึ่งช่วยให้ทุกคนปลอดภัย อสม. รับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ของการป้องกันไข้เลือดออก และยังคงคิดถึงความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอีกด้วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการกำหนดบทลงโทษ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Puakpromma, Nititham, & Sirisophon (2020) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อไข้เลือดออก ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kaewta & Jaitian (2020) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา พบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคและความท้าทายในการป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการป้องกันโรคโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chamnoi (2016) พบว่า อสม. รับรู้โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่ร้ายแรง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ อสม. อ.พรานกระต่าย จ.กำแพงเพชร และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อสม. ในพื้นที่ที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้ อย่างมั่นใจในทักษะของตนเอง และเข้าใจถึงความเสี่ยงเป็นอย่างดีในระดับสูง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม อสม. จัดอยู่ในกลุ่มผู้นำด้านสาธารณสุข ประกอบกับได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถที่จะป้องกันตนเองได้และสามารถที่จะแนะนำประชาชนในพื้นที่ได้มากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์สูงสุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรค เช่น จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้กระตุ้นให้รู้สึกกระตือรือร้นที่จะหยุดยั้งโรค รวมถึงสนับสนุนให้มีทักษะในการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น

2. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งอาจบ่งชี้ว่า อสม. มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการทำงานน้อย หรือไม่ได้เห็นว่าอุปสรรคมีผลกระทบต่อการทำงานอย่างชัดเจน ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอุปสรรค โดยการให้ข้อมูลและฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น ความยากลำบากในการเข้าถึงชุมชน หรือปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้มีการสร้างแรงบันดาลใจ การยอมรับว่าการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และ อสม. มีบทบาทที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวทางในการป้องกันโรค และให้การสนับสนุนและจัดหาทรัพยากรและเครื่องมือที่จำเป็นในการป้องกันโรค เช่น ยาพายุ หรือวัสดุในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้ความสำคัญกับการแก้ไขอุปสรรคในการป้องกันโรคจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้การป้องกันโรคมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น สถานะทางการศึกษา ระดับรายได้ หรือความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่อาจมีผลต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายจากองค์กร ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน โดยเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อการได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- Best, J. W. (1981). *Research in education*. 4th ed. Englewood. Cliff, N.J.: Prentice Hall.
- Bumrungrad Hospital. (2024). *Dengue hemorrhagic fever*. Retrieved February 9, 2024, from <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/dengue-hemorrhagic-fever>. (in Thai)
- Chamnoi, P. (2016). A study of knowledge levels, perceptions, and behavior of dengue fever control operations among public health volunteers. Case study of Phran Kratai district Kamphaeng Phet province. *Disease Control Journal*, 2, 138-150.
- Davies, J. A. (1971). *Elementary survey analysis*. N.J., Prentice-Hall.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Disease epidemic situation. Dengue fever in Thailand*. Retrieved February 11, 2024, from https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=36533&deptcode=brc&news_views=3731. (in Thai)
- Disease Prevention and Control Office 11, Nakhon Si Thammarat Province. (2019). *Guidelines for dengue fever control operations according to measures 3-3-1*. Nakhon Si Thammarat: Disease Prevention and Control Office 11, Health District 11. (in Thai)

- Duangkayai, W. & Takaew, T. (2014). *The relationship between awareness of dengue fever and dengue fever prevention behavior of village health volunteers, Sob Bong subdistrict, Phu Sang District, Phayao Province*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for master of public health, Phayao University. (in Thai)
- Kaewta, R. & Jaitian, N. (2020). *Dengue fever prevention measures for village health volunteers, Mae Ka Subdistrict, Mueang District, Phayao Province*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for master of public health, Phayao University. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities. Educational and psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Leklai, C. & Mekrueangwong S. (2018). *Factors for the participation of village health volunteers in dengue prevention and control work in Thammamoon subdistrict, Muang district, Chainat province*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the public health, Naresuan University. (in Thai)
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2023). *Dengue fever situation*. Nakhon Si Thammarat. (in Thai)
- Oungern, N. (2021). *Factors affecting dengue hemorrhagic fever prevention behavior of ethnic household heads in Pa Klang subdistrict, Pua district, Nan province*. [A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the public health, Naresuan University. (in Thai)]
- Poolsap, P. (2015). Development of dengue fever prevention behavior among village health volunteers by promoting participatory work according to actual conditions at Tha Pha subdistrict health promoting hospital, Ban Pong district, Ratchaburi province. *Ministry of Public Health Nursing Journal*, 25(2), 206-218.
- Puakpromma, P., Nititham, A., & Sirisophon, N. (2020). Factors related to dengue fever prevention behavior of people in the district. Bang Krachao subdistrict Mueang Samut Sakhon district, Samut Sakhon province. *Army Nursing Journal*, 23(2), 68-77.
- Rakhmani, A., Limpanont, Y., Kaewkungwal, J., & Okanurak, K. (2018). *Factors associated with dengue prevention behaviour in Lowokwaru, Malang, Indonesia: a cross-sectional study*. Retrived April 20, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29751758/>.

ความเครียดและประสิทธิผลในการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครอง
ศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษ จังหวัดสมุทรสงคราม

Stress and the Effectiveness of Special Needs Childcare by Parentals at the
Special Education Center, Samut Songkhram Province

จตุพร อุ่นประเสริฐสุข* และ ทิพย์วารินทร์ เบญจนิรัตน์

Jatuporn Ounprasertsuk* and Tipvarin Benjanirat

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตสมุทรสงคราม

College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University, Educationcenter of Samutsongkhram

(Received: October 15, 2024; Revised: November 25, 2024 ; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความเครียดในการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครอง 2) ระดับของประสิทธิผลของการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครอง และ 3) อิทธิพลของระดับความเครียดต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กพิเศษคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จำนวน 234 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยแบบพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองของเด็กพิเศษส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในการดูแลเด็กพิเศษอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปกครองเด็กพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง การพยากรณ์อิทธิพลของระดับความเครียดที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษ ได้ดีที่สุดเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\beta = 0.376$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก ($\beta = 0.259$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง ($\beta = 0.231$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย ($\beta = 0.222$) และความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก ($\beta = 0.192$)

การดูแลเด็กพิเศษต้องอาศัยการส่งเสริมด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการส่งเสริม การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถจัดการปัญหา ตลอดจนการส่งเสริมการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมได้

คำสำคัญ: เด็กพิเศษ, ความเครียด, ประสิทธิผลการปกครอง

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive research. The objectives of this research were: 1) to study the level of stress experienced by parents in caring for children with special needs, 2) to examine the level of effectiveness in parenting children with special needs, and 3) to explore the influence of stress levels on the effectiveness of parenting children with special needs. The sample group is parents of children with special needs. The researchers selected a purposive sampling. The number of samples was 234 people. Use a questionnaire to collect data. Data analysis using descriptive statistics and enter multiple regression analysis.

The results showed that most parents of special children had a moderately higher stress level in caring for special children. Parents of children with special needs are confident in their own ability to govern children with a moderate level of confidence. Forecasting the influence of stress levels on the effectiveness of parenting special children. The best in descending order are: Stress is within normal limits ($\beta = 0.376$) Stress is significantly lower than normal ($\beta = 0.259$) Stress is moderately above normal ($\beta = 0.231$) Stress is slightly higher than normal ($\beta = 0.222$) and the stress is much higher than normal ($\beta = 0.192$).

Taking care of special children requires physical and mental support, as well as encouragement, and support advice from relevant agencies. To achieve quality collaboration. Encourage parents to manage problems as well as promote appropriate emotional management.

Keywords: Special Needs Children, Stress, Parenting Effectiveness

บทนำ

เด็กพิเศษมาจากคำเต็มว่า “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” หมายถึง เด็กกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการปกครองช่วยเหลือเป็นพิเศษเพิ่มเติมจากวิธีการตามปกติในการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และการเข้าสังคม ให้เกิดการส่งเสริม และได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพ โดยออกแบบการปกครองช่วยเหลือเด็กตามลักษณะความจำเป็นและความต้องการของเด็กแต่ละคน (Siriratrekha, 2022) โดยประเภทความต้องการพิเศษที่มากที่สุด คือ ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย จำนวน 1,048,065 คน (Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Special Children Ministry of Social Development and Human Security, 2022) เด็กพิเศษมีอยู่ในสังคมของทุกประเทศตลอดมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน แต่บริการทางการศึกษาพิเศษที่จะสนองความต้องการของเยาวชนเหล่านี้ที่เป็นพื้นฐานของการจัดการศึกษาพิเศษได้เกิดขึ้นในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 18 โดยเริ่มมีการพัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอนเด็กตาบอด และหูหนวก และในตอนต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ได้มีความพยายามจัดระบบการให้การศึกษาแก่เด็กปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการจัดการศึกษาให้กับเด็กปัญญาอ่อน และเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ในปัจจุบัน (Keilthy, Warters, Brenner, & McHugh, 2017) ในช่วงก่อนหน้านี้เรื่องที่สังคมทำได้ดีที่สุด คือ ให้ความคุ้มครองเยาวชนเด็กพิเศษ โดยจัดเป็นสถานที่พิเศษให้เด็กเหล่านี้ มาอยู่รวมกันเพื่อปกป้องเด็กจากความโหดร้ายของโลกมนุษย์ (Brenner, 2018)

ความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิเศษอาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ การไม่มีความรู้ในการดูแล การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ต่าง ๆ ของเด็ก การฝึกให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นพัฒนาการ รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมก็ล้วนเป็นสิ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กพิเศษ เช่น การได้รับสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สิทธิการศึกษา การเข้ารับการรักษาพยาบาล อาการ และโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความมั่นใจของ

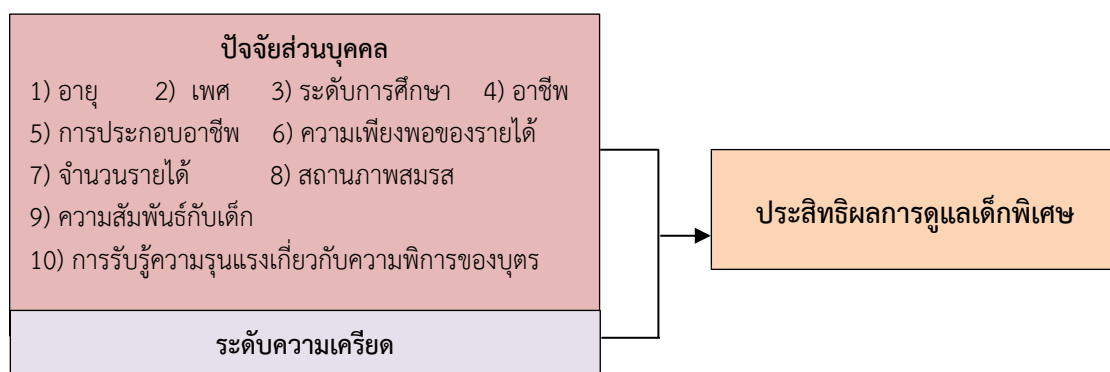
ผู้ปกครองเด็กพิเศษที่พบว่า ถ้าผู้ปกครองเด็กพิเศษไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์หรือมีความเครียดนั้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้ (Loijew, Thongkeng, Na Phiban, & Prasomrak, 2020) ด้วยเหตุนี้ผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และศูนย์การศึกษาพิเศษต้องมีการประสานความร่วมมือกันในการปกครองเด็ก โดยศูนย์การศึกษาพิเศษมีหน้าที่การจัดการศึกษาในลักษณะศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มและเตรียมความพร้อมของเด็กพิเศษ จัดระบบส่งต่อเด็กพิเศษประสานงานและกำกับปกครองการศึกษาเพื่อเด็กพิเศษในจังหวัดที่รับผิดชอบ จัดระบบสนับสนุนการเรียนการสอน จัดสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกบริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา รวมถึงการจัดครูเดินสอนแก่เด็กพิเศษ และสถานศึกษา (Brenner, 2019) เป็นศูนย์ข้อมูลรวมถึงจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการศึกษาเพื่อเด็กพิเศษระดับจังหวัด ประสานงานด้านการจัดการศึกษาเพื่อเด็กพิเศษกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดการศึกษาเพื่อเด็กพิเศษ จัดทำรายงานการจัดการศึกษาเพื่อเด็กพิเศษในจังหวัด จัดการศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัยเพื่อเด็กพิเศษในจังหวัด (Brenner, 2017) นอกจากนี้ผู้ปกครองยังมีบทบาทในการปกครองทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของเด็กพิเศษในขณะที่ยังมีบทบาทภาระหน้าที่ความรับผิดชอบจากงานประจำ มีการดำเนินชีวิตส่วนตัวและการปกครองสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น การปกครองบุตร สามีหรือภรรยาของตนเอง ทำให้ต้องดำรงหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ก่อให้เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Suthirit, Yuangthong, Chan-iad, Niyomchit, Buasaeng, & Rodcharoen, 2021)

ผู้ปกครองที่ให้การดูแลเด็กพิเศษเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปกครองต้องยอมรับและเข้าใจในภาวะโรคที่เด็กเป็น และให้การช่วยเหลือในประเด็นที่เด็กขาด ด้วยเหตุนี้ความพร้อมของผู้ปกครองโดยเฉพาะความพร้อมทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นการส่งเสริมสร้างการจัดการอารมณ์โดยเฉพาะความเครียดของผู้ปกครองได้อย่างเหมาะสม และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในการดูแลเด็กพิเศษนั้นจะส่งผลให้การดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดในการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครองศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครองศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษจังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของระดับความเครียดต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครองศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษ จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองที่ให้การดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 560 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองที่ให้การปกครองเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยจึงใช้สูตรในการคำนวณของ Yamane (1973) ได้จำนวน 234 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองที่ให้การดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษ จังหวัดสมุทรสงคราม
2. สามารถอ่านออกเขียนได้
3. มีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
2. ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) อายุ 2) เพศ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) การประกอบอาชีพ 6) ความเพียงพอของรายได้ 7) จำนวนรายได้ 8) สถานภาพสมรส 9) ความสัมพันธ์กับเด็ก และ 10) การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับความพิการของบุตร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบ่งระดับในการให้คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) เป็นบ่อย ๆ (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวม ดังนี้ (Department of Mental Health Ministry of Public Health, 2024)

- | | | |
|---------|-------|--|
| 1 - 5 | คะแนน | มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก |
| 6 - 17 | คะแนน | มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| 18 - 25 | คะแนน | มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย |
| 26 - 29 | คะแนน | มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง |
| 30 - 60 | คะแนน | มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก |

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กพิเศษ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวม 40 คะแนน ดังนี้ คะแนน 4 หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ปกครองมาก คะแนน 3 หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ปกครองปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ข้อความตรงกับความคิดเห็นของผู้ปกครองน้อย และ คะแนน 1 หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ปกครอง

การแปลผลเกณฑ์ในการให้คะแนนผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---------|-------|--|
| 31 - 40 | คะแนน | หมายถึง ผู้ปกครองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมาก |
| 21 - 30 | คะแนน | หมายถึง ผู้ปกครองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองปานกลาง |
| 11 - 20 | คะแนน | หมายถึง ผู้ปกครองมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองน้อย |
| 0 - 10 | คะแนน | หมายถึง ผู้ปกครองไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Index of Item – Objective Congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 การความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำไป Try out กับเด็ก

พิเศษที่ศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษ สาขาดาวตึงส์ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีลักษณะเด็กพิเศษใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กพิเศษ ระดับความเครียด และระดับประสิทธิผลในการดูแลเด็กพิเศษ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent)

2. การพยากรณ์อิทธิพลของระดับความเครียดต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยวิธีการคัดเลือกเข้า (Enter) ซึ่งมีการตรวจสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. ค่าสถิติ t เท่ากับ 0.000 และมีค่า Sig. เท่ากับ 1.000 ซึ่งมีความมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงยอมรับ H_0 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

2. Kolmogorov-Smirnov Test เท่ากับ 0.052 และมีค่า Sig. เท่ากับ 0.200 ซึ่งมีความมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงยอมรับ H_0 แสดงว่า ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

3. การกระจายข้อมูลอยู่เหนือและใต้ระดับ 0.00000 มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน แสดงว่า ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเมื่อนำมาพล็อตกราฟมีแนวโน้มคงที่ (Homoscedasticity) ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

4. ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกทั้งหมด จำนวน 10 คู่ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง 0.624 ถึง 0.752 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าน้อยกว่า 0.80 มีค่าน้อยกว่า 0.80 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวเป็นอิสระซึ่งกันและกัน หรือไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

5. ค่าการยอมรับ Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.270 ถึง 0.356 ซึ่งมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.20 (Pedhazur, 1997) แสดงว่า ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าองค์ประกอบความแปรปรวนที่สูงเกินความเป็นจริง VIF มีค่าอยู่ระหว่าง 2.813 ถึง 3.707 มีค่าต่ำกว่า 4 (Miles & Shevlin, 2001) แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

6. ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.869 แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระ ต่อกัน (ไม่เกิดปัญหา Autocorrelation) เนื่องจากมีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าระหว่าง 1.5 ถึง 2.5

จริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA.2-037/2024 ได้รับการรับรองในวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ผู้ปกครองเด็กพิเศษส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 71.79 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 56.84 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 53.42 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 71.36 สถานภาพสมรส จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 67.52 มีความสัมพันธ์เป็นปู่-ย่า จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 และส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับความพิการของบุตรในระดับปานกลาง จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 68.80

2. ความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิเศษ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิเศษ (n=234)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก	3	1.28
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ	39	16.67
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย	57	24.36
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง	121	51.71
ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก	14	5.98

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ปกครองของเด็กพิเศษส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง มากที่สุด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 51.71 รองลงมาคือ มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 24.36 ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.98 และระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.28 ตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพการปกครองเด็กพิเศษ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ประสิทธิภาพการปกครองเด็กพิเศษ (n=234)

ระดับประสิทธิภาพการปกครองเด็กพิเศษ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความมั่นใจในความสามารถของตนเองมาก	29	12.39
ความมั่นใจในความสามารถของตนเองปานกลาง	135	57.69
ความมั่นใจในความสามารถของตนเองน้อย	67	28.63
ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง	3	1.28

จากตาราง 2 ประสิทธิภาพการปกครองเด็กพิเศษ พบว่า ผู้ปกครองของเด็กพิเศษส่วนใหญ่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปกครองเด็กพิเศษอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 57.69 รองลงมาคือ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองระดับน้อย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 28.63 มีความมั่นใจในความสามารถตนเองของตนเองระดับมาก จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 12.39 และไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.28 ตามลำดับ

4. อิทธิพลของระดับความเครียดต่อประสิทธิภาพการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครอง ดังตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายอิทธิพลระหว่างระดับความเครียดกับประสิทธิภาพในการปกครองเด็กพิเศษ

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta (β)	t	Sig.
(Constant)	0.659	0.132		5.000	< 0.001**
X1	0.247	0.061	0.259	4.058	< 0.001**
X2	0.353	0.068	0.376	5.206	< 0.001**
X3	0.186	0.057	0.222	3.253	0.001**
X4	0.219	0.063	0.231	3.493	0.001**
X5	0.179	0.058	0.192	3.052	0.003**
$R = 0.824, R^2 = 0.679, \text{Adjusted } R^2 = 0.672, \text{SEE} = 0.426, F = 96.286, \text{Sig.} < 0.001**$					

หมายเหตุ : **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 3 พบว่า ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก (X1) ($\beta = 0.259, p < 0.001$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (X2) ($\beta = 0.376, p < 0.001$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย (X3) ($\beta = 0.222, p < 0.001$) ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง (X4) ($\beta = 0.231, p < 0.001$) และความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก (X5) ($\beta = 0.192, p < 0.001$) ส่งผลต่อประสิทธิผลการในการปกครองเด็กพิเศษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรผันของประสิทธิผลการในการปกครองเด็กพิเศษ ได้ร้อยละ 67.2 (Adjusted $R^2 = 0.672$) โดยสามารถเขียนความสัมพันธ์ด้วยสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้

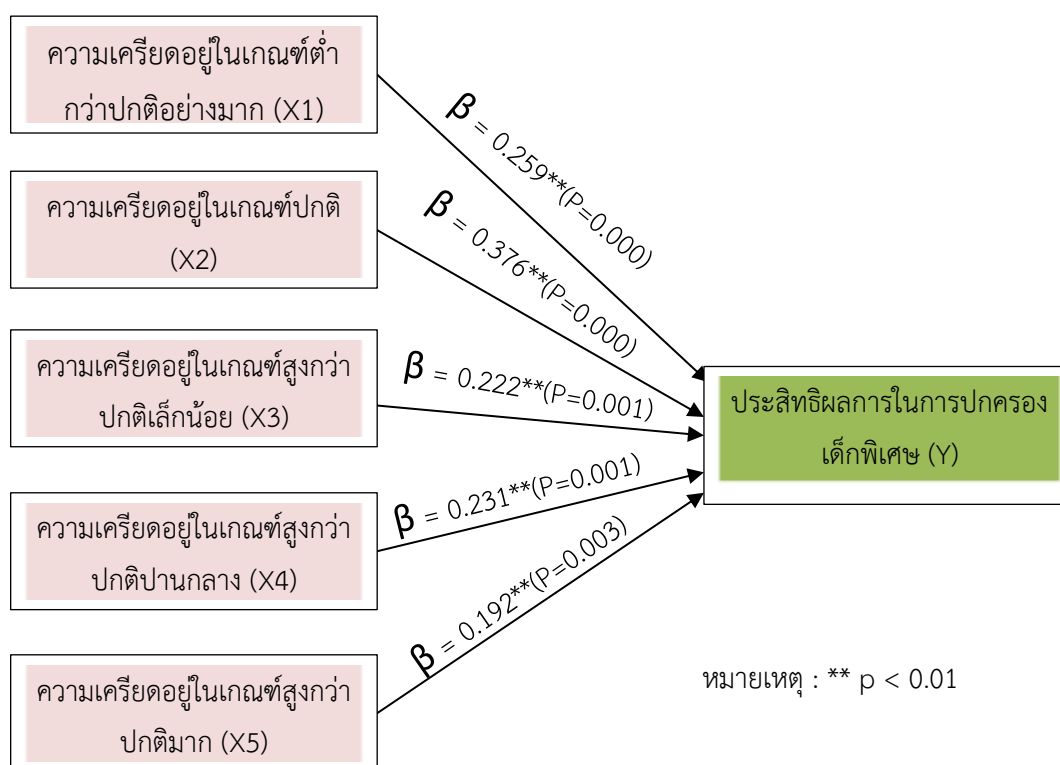
สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$Y = 0.659 + 0.247X_1 + 0.353X_2 + 0.186X_3 + 0.219X_4 + 0.179X_5$$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Y = 0.259X_1 + 0.376X_2 + 0.222X_3 + 0.231X_4 + 0.192X_5$$

จากสมการตัวแปรพยากรณ์อิทธิพลของระดับความเครียดที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการในการปกครองเด็กพิเศษ ได้ดีที่สุดเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง ความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย และความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติมาก สามารถเขียนกรอบแนวคิดใหม่ได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการในการปกครองเด็กพิเศษ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดในการดูแลเด็กพิเศษของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง การปกครองเด็กพิเศษต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ความเครียดของผู้ปกครองที่ให้การปกครองเด็กพิเศษ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถ

ทำนายประสิทธิผลในการปกครองเด็กพิเศษ ผู้ปกครองที่สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถลดการเกิดปัญหาของโรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ Muang Um (2024) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดีและความหย่นตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการความเครียดในด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ได้ ด้วยเหตุนี้การประเมินระดับความเครียดของผู้ปกครองที่ให้การปกครองเด็กพิเศษ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรับรู้ระดับความเครียดของตนเอง โดยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถค้นหาแนวทางในการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ประสิทธิผลการดูแลเด็กพิเศษของผู้ปกครองนั้น ผู้ปกครองมีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ ของเด็กพิเศษในแต่ละบุคคล และแต่ละวันมีความแตกต่างกันไป โดย Thonghem, & Piemkum (2017) พบว่า ประสิทธิผลการดูแลเด็กพิเศษนั้น ผู้ปกครองต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ปกครองเห็นถึงปัญหาทางด้านพัฒนาการของเด็กที่แสดงออกมา เช่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง ส่งเสียงไม่เป็นภาษา ไม่หันตามเสียงเรียก เล่นของเล่นไม่เป็น และมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ แสดงท่าทางแปลก ๆ มีความบกพร่องด้านการใช้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายรวมถึงกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อ มัดเล็กทำงานไม่ประสานกัน หากเด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เพียงพอและเหมาะสมจะทำให้มีภาวะความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านภาษาการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมการแสดงออกทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ปกครองตามมา

ความเครียดในการดูแลเด็กพิเศษมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดูแลเด็กพิเศษ ร้อยละ 12 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ปกครองที่มีความเครียดในระดับปกตินั้น แสดงถึงภาวะทางจิตของผู้ปกครองที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ และพร้อมในการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับ Fteiha, & Awwad (2020) กล่าวว่า ความเครียดกับความสัมพันธ์ของรูปแบบการเผชิญความเครียด การแรงจูงใจและการเอาใจใส่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้น และมีพฤติกรรมที่กล้าเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ โดยผู้ปกครองสามารถใช้ความรู้สึกความเครียดในการเผชิญกับความเครียด และมีรูปแบบการจัดการทางอารมณ์อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดการสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ของผู้ปกครองที่ให้การปกครองเด็กพิเศษ ผู้ปกครองที่มีความมั่นคงทางอารมณ์จะทำให้เด็กพิเศษรู้สึกมั่นคง ไว้วางใจ เชื่อใจ และพร้อมสำหรับการเรียนรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรม และพัฒนาการที่ดีต่อเด็กพิเศษ เช่นเดียวกับ Sanichawankul (2017) กล่าวว่า ผู้ปกครองเด็กพิเศษต้องเผชิญกับภาระความผิดชอบและปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ และความต้องการในด้านต่าง ๆ ของบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดปัญหาสุขภาพทางกายและทางใจ ตลอดจนปัญหาความสัมพันธ์ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเวลา และความรุนแรงที่ผู้ปกครองต้องเผชิญ และ Yeager, Gutta, Kutschera, & Stelzner (2024) พบว่า ผู้ปกครองของเด็กพิเศษจึงต้องการความช่วยเหลือที่หลากหลาย ทั้งทางด้านข้อมูล ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านการเงิน และด้านบริการทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดูแลที่มีประสิทธิภาพคือ การทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน ที่มีแนวทางดำเนินการในการส่งเสริมผู้ปกครองตลอดจนเด็กพิเศษต่อไป (Anunthawichak, 2023, & Alexande, 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่าระดับความเครียดมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปกครองเด็กพิเศษ ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบในการปกครองเด็กพิเศษในแต่ละภาคของประเทศไทยจำนวนไม่มากนัก ปัญหาที่พบของการจัดตั้งศูนย์การศึกษาพิเศษในแต่ละจังหวัดที่พบว่าจะมีเพียง 1 แห่ง ทำให้ผู้ปกครองบางกลุ่มไม่สะดวกในการส่งบุตรที่มีความต้องการพิเศษเข้ารับการศึกษ และทำให้การปกครองไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมความเข้มแข็งในการปกครองเด็กที่มีความต้องการเด็กพิเศษตามอำเภอต่าง ๆ การจัดตั้งโรงเรียนร่วม หรือโรงเรียนคู่ขนาน เพื่อส่งเสริมสิทธิของเด็กพิเศษให้สามารถดำรงชีวิตได้ จะส่งผลดีกับผู้ปกครองเด็กพิเศษ ต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมการจัดการอารมณ์ความเครียดของผู้ปกครองที่ให้การปกครองเด็กพิเศษที่มีความเหมาะสมนั้น สถานศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการทำงานบูรณาการร่วมกัน จัดสถานที่ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้การปกครองผู้ปกครองเด็กพิเศษได้อย่างครอบคลุม

References

- Alexande, D., Kurup, U., Menon, A., Mahgerefteh, M., Warters, A., Rigby, M., et al. (2019). Affiliate contributors to primary care for children. In Issues and opportunities in primary health care for children in Europe: The final summarised results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project. *Emerald Publishing Limited*, 303-330.
- Anunthawichak, S. I. (2023). The readiness approach of educational administration for children with special needs in inclusive learning management in the VUCA world. In interdisciplinary perspectives on special and inclusive education in a volatile. *Uncertain, Complex & Ambiguous (Vuca) World*, 20, 233-245.
- Brenner, M., Alma, M., & Clancy, A. (2017). *Report on needs and future visions for care of children with complex conditions: Commission Deliverable MOCHA consortium*. Retrieved March 15, 2023 from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/20171130>
- Brenner, M., O'Shea, M., Clancy, A., Kamionka, S. L., Larkin, P., Lignou, et al. (2019). Services and boundary negotiations for children with complex care needs in europe. Issues and opportunities in primary health care for children in europe: The final summarised results of the models of child health appraised (MOCHA) project. *Emerald Publishing Limited*, 199-218.
- Brenner, M., O'Shea, M. P., McHugh, R., Clancy, A., Larkin, P., Luzi, D., et al. (2018). Principles for provision of integrated complex care for children across the acute–community interface in Europe. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(11), 832-838.
- Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2024). *Stress measurement department of mental health (SPST - 20)*. Retrieved June 15, 2023 from https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf. (in Thai)
- Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Special Children Ministry of Social Development and Human Security. (2022). *Report on the situation of special children in Thailand*. Retrieved June 15, 2023 from <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>. (in Thai)
- Fteiha, M., & Awwad, N. (2020). Emotional intelligence and its relationship with stress coping style. *Health Psychology Open*, 7(2), 125- 132.
- Keilthy, P., Warters, A., Brenner, M., & McHugh, R. (2017). *Final report on models of children's social care support across the EU and the relationship with primary health care*. Retrieved May 15, 2023 from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wpcontent>.
- Loijew, K., Thongkreng, W., Na Phiban, S., & Prasomrak, P. (2020). Factors related to stress of special care teachers in the Special Education Center of School District 10. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(1), 91-105.

- Muang Um, W. (2024). Psychosocial factors related to the stress management behavior of the Navy. *The Navy Journal.*, 27(1), 84-100.
- Sanichawankul, P. (2017). *Early psychological experience of parents after the child is diagnosed as a special child*. Retrieved June 15, 2023 from <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/>
- Siriratrekha, T. (2022). *Special Child*. Retrieved June 15, 2023 from <https://th.rajanukul.go.th/>.
(in Thai)
- Suthirit, S., Yuangthong, O., Chan-iad, W., Niyomchit, S., Buasaeng, N. & Rodcharoen, S. (2021). Stress of bedridden elderly caregivers, Surat Thani province *district 11 Medical Journal*, 35(2), 1-12.
- Thonghem, A., & Piemkum, P. (2017). Parental Engagement in Promoting the Development of the Autistic Children In Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute (CAMRI). *Journal of Special Education Research and Development*, 6(2), 21-36
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory statistics*. (Second Edition.). New York: Harper & Row.
- Yeager, V. A., Gutta, J., Kutschera, L., & Stelzner, S. M. (2024). Perceived value of the inclusion of parent-to-parent support in case conferences and care planning for children with special healthcare needs. Research and theory to foster change in the face of grand health care challenges. *Emerald Publishing Limited*, 22, 211-229.

การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดนครศรีธรรมราช Development of the Guideline for the Control and Prevention of Leptospirosis in Nakhon Si Thammarat Province

พิทยา แท่งเกลี้ยง¹ และ สุมลรัตน์ ขนอม^{2*}

Pittaya Tangcleang¹ and Sumonrat Khanom^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, ²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office,

²Lansaka District Health Office, ¹Nakhon Si Thammarat Province

(Received: January 9, 2024; Revised: January 30, 2024 ; Accepted: February 2, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการ พัฒนารูปแบบ และประสิทธิผลของรูปแบบแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 4E2C กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 15 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแต่ละอำเภอ อำเภอละ 31 คน ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนตามสัดส่วนหมู่บ้านและตำบล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่มแบบบันทึก และเครื่องมือบันทึกข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ (2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และ (3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired sample t-test พร้อมทั้งเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโดยใช้ค่าความถี่ และมีฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565– 2566 โดยปัญหาหลักคือ การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า รวมถึงการขาดความร่วมมือจากชุมชน การพัฒนารูปแบบ Leptospirosis-CARE (L-CARE Model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C - Community awareness (การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน), A - Active surveillance (การเฝ้าระวังอย่างกระตือรือร้น), R - Rapid diagnosis & report (การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว) และ E - Effective coordination (การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ) และเมื่อนำรูปแบบ L-CARE ไปทดลองใช้ พบว่า การสร้างความรู้ในชุมชนและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรค อีกทั้งช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยยืนยันว่า การผสมผสานแนวคิดระบาดวิทยาและการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำ L-CARE Model ไปใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง และใช้ข้อมูลในการพัฒนาแผนอบรมสำหรับบุคลากรในหน่วยงานเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส, L-CARE Model, แนวคิด 4E2C, การควบคุมและป้องกันโรค

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: s_khanom@hotmail.com)

Abstract

The objectives of this study were to examine the situation, problems, needs, model development, and effectiveness of an operational guideline for the prevention and control of leptospirosis in Nakhon Si Thammarat Province, applying the 4E2C concept. The sample group consisted of 15 public health personnel, selected through purposive and simple random sampling, and 31 stakeholders from each district, selected through multistage proportional random sampling based on villages and sub-districts. The research tools included questionnaires, focus group discussions, record forms, and data recording instruments. Data collection took place from August 2024 to January 2025. The study followed three phases: (1) assessing the situation, problems, and needs; (2) developing an operational model; and (3) evaluating the effectiveness of the developed model. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, mean, and Paired Sample t-test. The number of patients was compared using frequency and median values.

The study found that the incidence of leptospirosis in Nakhon Si Thammarat Province increased during 2022–2023, with major challenges including delayed diagnosis and treatment, as well as a lack of community cooperation. The development of the Leptospirosis-CARE (L-CARE) Model consisted of four key components: C - Community awareness (raising awareness within the community), A - Active surveillance (proactive disease monitoring), R - Rapid diagnosis & report (quick screening and diagnosis), and E - Effective coordination (efficient collaboration). When the L-CARE Model was implemented, it was found that raising community awareness and enhancing coordination significantly improved knowledge and participation in disease control while also reducing leptospirosis cases. The findings confirmed that integrating epidemiological principles with community engagement enhances the effectiveness and sustainability of disease control efforts. Public health agencies can adopt and adapt the L-CARE Model to suit their local contexts and utilize the findings to develop training programs for healthcare personnel to ensure continuous surveillance.

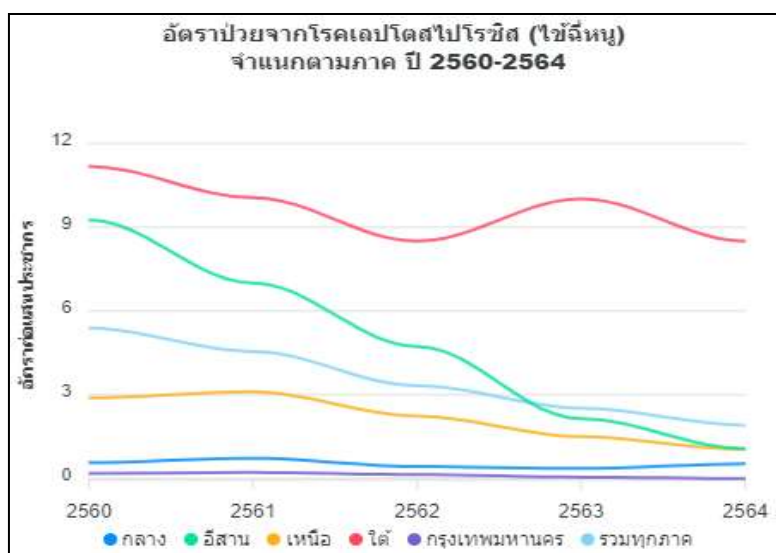
Keywords: Leptospirosis, L-CARE Model, 4E2C Concept, Disease Prevention and Control

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อไปยังมนุษย์ได้โดยการสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อหรือสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์เหล่านั้น โรคนี้มีอาการทางคลินิกที่หลากหลาย ตั้งแต่อาการไข้เล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของหลายระบบในร่างกาย โดยที่เชื้อโรคสามารถติดโรคได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิดแต่พบมากในหนู ซึ่งเป็นแหล่งรังโรค และมักจะพบการระบาดในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม เนื่องจากเป็นฤดูฝน (Department of Disease Control, 2021) โรคนี้เกิดจากเชื้อสไปโรคีต (Sapirochete) สกุลเลปโตสไปรา (Leptospira) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา โดยอาจพบการป่วยตั้งแต่การติดเชื้อแบบไม่มีอาการไปจนถึงการเสียชีวิตจากภาวะเลือดออกในปอดและกลุ่มอาการเวล (Weil's syndrome) คือ มีไข้ ตัว/ตาเหลือง ไตวาย ฉับพลัน เลือดออกผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและหัวใจเต้นผิดปกติ อาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/เนื้อสมองอักเสบ (Tatiana, Carvalho, Isaac, & Barbosa, 2015) โดยมีการประมาณการว่าโรคเลปโตสไปโรซิสก่อให้เกิดผู้ป่วยมากกว่าล้านคนและมีผู้เสียชีวิตกว่า 60,000 คนต่อปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 20 ดังนั้น

โรคเลปโตสไปโรซิสจึงเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียจากสัตว์สู่คนที่สำคัญที่สุดในโลก มักพบในภูมิภาคเขตร้อนของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เช่น บราซิล อินเดีย จีน อินโดนีเซีย เปรู ศรีลังกา และประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา และยุโรป (Joseph, Vinetz, Chetrick, Steimel, Devillers, Excler, et al, 2024)

สถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 5.39, 4.55, 3.33, 2.52 และ 1.91 ตามลำดับ (มัธยฐาน= 3.33) โดยอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ รองลงมา คือ ภาคอีสาน และภาคกลาง (Thai Health Statistics, 2024) ดังภาพ 1



ภาพ 1 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส (อัตราต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2560 - 2564 จำแนกตามภาค

จากรายงานทางระบาดวิทยาของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบผู้ป่วยสูงมาก ซึ่งหากเทียบกับค่ามัธยฐาน ระดับประเทศพบอัตราป่วยสูงกว่า 8 - 10 เท่า โดยพบว่า อัตราป่วยต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 - 2566 เท่ากับ 7.32, 6.91, 6.77, 24.07 และ 33.78 โดยมีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.63, 2.78, 1.90, 2.14 และ 1.50 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ อำเภอพรหมคีรี (อัตรา 100.98 และ 447.63) อำเภอบางขัน (อัตรา 244.14 และ 99.15) และอำเภอนบพิตำ (อัตรา 68.33 และ 165.82) ตามลำดับ (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2024) ซึ่งอำเภออื่น ๆ พบในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยที่อำเภอพรหมคีรี พบผู้ป่วยปี 2566 สูงเป็นพิเศษจากอำเภออื่น ๆ

ที่ผ่านมาการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในภาพรวม ยังขาดมาตรการเชิงรุกและสร้างการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนของพื้นที่ ยังยึดโยงอยู่กับบุคลากรสาธารณสุข ดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะรายเมื่อได้รับแจ้งว่าพบผู้ป่วย ให้สุศึกษา และปิดป้ายเตือนพื้นที่เสี่ยงขณะดำเนินการสอบสวน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยสูง 2 ปีติดต่อกัน และยังพบผู้เสียชีวิตต่อเนื่องมาทุกปี (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2024) ในขณะที่มาตรการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ Department of Disease Control (2021) คือ มาตรการ 4E2C อันประกอบด้วย Early detection (การค้นหาล่วง) Early diagnosis (การวินิจฉัยโรคเร็ว) Early treatment (การรักษาเร็ว) Early control (การป้องกันและควบคุมโรคโดยเร็ว) Coordination (การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่เสี่ยง) และ Community involvement (การสร้างพลังชุมชนให้ตระหนักและมีส่วนร่วม) เป็นการนำองค์ความรู้ทางด้านระบาดวิทยาและประชาสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชน เชื่อมโยงกับระบบบริการ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ อาทิจากการศึกษาใน

ตำบลห้วยน้ำ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง (Simmahrong, 2024) ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง (Prikchu & Leesahat, 2023) รวมทั้งงานวิจัยอื่นที่พบว่า องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค (Kaewkoonok, 2024; Bangphimai & Sukrawetsiri, 2017) ซึ่งสามารถประยุกต์เข้ากับมาตรการดังกล่าวได้ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาปรับใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาเป็นแนวทางของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยนำแนวคิด 4E2C ของ Department of Disease Control (2021) ซึ่งเป็นการนำหลักการทางด้านระบาดวิทยาและประชาสังคม เชื่อมโยงกับระบบบริการมาใช้ พัฒนามาเป็น Leptospirosis-CARE (L-CARE Model) ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลต่อการลดลงของจำนวนผู้ป่วย ดังภาพ 2



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & development) ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอน 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (เดือนสิงหาคม - 5 กันยายน พ.ศ. 2567) ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์โรค โดยใช้วิธีการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลระบาดวิทยาของจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562 - 2566 เพื่อวิเคราะห์อัตราป่วยและการกระจายของโรค
2. วิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล เลือกอำเภอ 2 แห่ง จาก 3 อำเภอ ที่มีการระบาดสูง คืออำเภอพรหมคีรี อำเภอนบพิตำ และอำเภอบางขัน เลือกอำเภอที่มีการระบาดสูง ลำดับที่ 1 และ 2 คือ อำเภอพรหมคีรี และอำเภอบางขัน

เพื่อศึกษา เนื่องจากอำเภอนบพิตำเป็นพื้นที่ติดกับอำเภอพรหมคีรี และมีลักษณะภูมิประเทศ เศรษฐกิจ และสังคมแบบเดียวกัน โดยผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วย อำเภอละ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมป้องกันโรคระดับอำเภอ ๆ ละ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมป้องกันโรคโรงพยาบาล ๆ ละ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมป้องกันโรค รพ.สต. ตำบลละ 1 คน รวม 15 คน 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละอำเภอ ประกอบด้วย ทีม SRRT ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข 1 คน ตัวแทน อสม. 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และ บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย 2 คน อำเภอละ 5 คน จากทุกตำบล รวม 10 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยแต่ละอำเภอคัดเลือกกันเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวคำถามสนทนากลุ่ม ใช้กรอบมาตรการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยหลักการ 4E2C ของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย Early detection (การค้นหาล่วง) Early diagnosis (การวินิจฉัยโรคเร็ว) Early treatment (การรักษาเร็ว) Early control (การป้องกันและควบคุมโรคโดยเร็ว) Coordination (การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในพื้นที่เสี่ยง) และ Community Involvement (การสร้างพลังชุมชน ให้ตระหนักและมีส่วนร่วม)

2. เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกการสนทนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1.00 และทดลองใช้แนวคำถามในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในอำเภอเชียรใหญ่ จำนวน 10 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและเข้าใจง่ายของคำถาม ความชัดเจน และความตรงประเด็นของคำถาม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับคำตอบในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม ความหลากหลายและครอบคลุมในแต่ละประเด็นตามกรอบการสนทนาและตรวจสอบยืนยันที่จดบันทึกและเครื่องบันทึกเสียง และผู้วิจัยวิเคราะห์ 2 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่จากข้อมูลทางระบาดวิทยาด้วยระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะการเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ และเป็นข้อมูลประกอบการประชุมกลุ่ม

2. จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD) บุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมป้องกันโรค รพ.สต. ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในพื้นที่

3. จัดประชุมสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการ

4. ประมวลผลและวิเคราะห์ผลที่ได้จากการประชุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดย 1) นำข้อมูลมาทบทวนและตีความ พร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการวิจัย 2) นำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกันตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดการวิจัย 3) สรุปสิ่งที่ค้นพบ ตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด และ 4) สรุปประเด็นที่ได้เพื่อนำไปใช้ในขั้นตอนพัฒนาารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรค (เดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2567)

ใช้รูปแบบการประชุมกลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 ดังนี้

1. ประชุมกลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมป้องกันโรคระดับอำเภอและตำบล ทีม SRRT ตัวแทน อสม. และผู้นำชุมชน อำเภอละ 1 ครั้ง เพื่อสะท้อนปัญหาและแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการควบคุมป้องกันโรค ผสมผสานเชื่อมโยงกับผลที่ได้จากการประชุมครั้งแรก

2. ทบทวนรูปแบบที่ใช้อยู่ในพื้นที่ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ 4E2C ในการวิเคราะห์ครั้งที่ 1 เพื่ออธิบายลักษณะการปฏิบัติจริงของพื้นที่ ค้นหาจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงและข้อเสนอแนะในการดำเนินการและออกแบบ

แนวทางร่วมกัน โดยเชื่อมโยงข้อมูลทางระบาดวิทยาเข้ากับการสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการบริหารจัดการ โดยให้มีหน่วยศูนย์กลางการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อชุมชน ได้รูปแบบกรอบการดำเนินงานคือ CARE Model ประกอบด้วย C - Community awareness (การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน) A - Active surveillance (การตรวจจับเฝ้าระวังในชุมชน) R - Rapid diagnosis & Report (การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และระบบรายงาน) E - Effective coordination (การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ)

3. ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกันโรคและด้านระบาดวิทยาตรวจสอบ ความเหมาะสมของ Model เห็นว่ามีความครอบคลุม เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้

4. ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริงของอำเภอพรหมคีรี 5 ตำบล และอำเภอบางขัน 4 ตำบล โดยขับเคลื่อนผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้บริหารจัดการทีมแต่ละตำบล โดย

Community awareness การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน ดังนี้

- ฝึกอบรมอาสาสมัครให้สามารถช่วยตรวจจับอาการ และแจ้งเตือนในพื้นที่ของตน โดยมอบหมายให้หน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินการ

- สร้างช่องทางสื่อสาร โดยใช้ Line group หมู่บ้าน วิทยุชุมชนที่มีอยู่หรือเสียงตามสาย เพื่อกระจายข้อมูลความรู้เรื่องโรคที่ถูกต้องและรณรงค์ในชุมชนเป็นครั้งคราวช่วงที่มีการระบาด โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการ

- ให้ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวางแผนและตัดสินใจในกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค โดยการจัดกิจกรรมในชุมชน และคืนข้อมูลการสอบสวนโรคแก่ชุมชน

Active surveillance การดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยง ดังนี้

- จัดตั้งทีมเฝ้าระวังสุขภาพในชุมชน 4 - 6 คน ต่อหมู่บ้าน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และสมาชิกสภาท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) เพื่อเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการใกล้เคียงกับโรคเลปโตสไปโรซิส สถานที่/พื้นที่เสี่ยง และส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยบริการ

- พัฒนาเครื่องมือและระบบรายงาน โดยใช้แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยง และการรายงานผ่านกลุ่ม Line เฉพาะ

- จัดระบบช่องทางด่วนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยของโรงพยาบาลในการผู้ที่ผ่านการประเมินแล้ว

Rapid diagnosis & report การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เป็นการพัฒนาระบบการคัดกรองและวินิจฉัยโรคให้มีความรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ และปรับปรุงระบบรายงานให้ตรงตามความเป็นจริง ดังนี้

- ให้หน่วยบริการในพื้นที่เป็นศูนย์ติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน ประสานการคัดกรอง และตรวจวินิจฉัยระหว่าง ชุมชน หน่วยบริการ และโรงพยาบาล

- ปรับบทบาทในการติดตามผู้ที่แพทย์นัดตรวจซ้ำ ให้ตรวจตามนัด หรือประสานข้อมูลเพื่อปรับในระบบรายงานโรค

- ปรับระบบคัดกรองผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล เพื่อตรวจจับผู้มีอาการเข้ากันได้กับเลปโตสไปโรซิสในการรับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรายงานโรค กรณีมีการเปลี่ยนแปลงให้ทำ รง.507

Effective coordination การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาอย่างบูรณาการและลดความซ้ำซ้อน เช่น การจัดตั้งทีมปฏิบัติการเฉพาะกิจ การแบ่งปันข้อมูลระหว่างองค์กร ดังนี้

- ปรับทีมสอบสวนโรค (SRRT) ให้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนร่วมทุกทีม

- จัดระบบสื่อสารภายในทีม และระหว่างทีมในอำเภอ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน

- ให้ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระดับอำเภอ และโรงพยาบาล เป็นศูนย์กลางการประสานงาน มีการจัดระบบการสื่อสาร และเป็นศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา แบบ Online เพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่สะดวก รวดเร็วทันเวลา

- กำหนดแผนจัดประชุม เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงาน 2 เดือน/ครั้ง

ผลการทดลองก่อนประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ สามารถดำเนินการได้จริงในพื้นที่ พบปัญหาในรายละเอียดบางประเด็นในช่วงต้น ได้แก่ การประสานงานระดับพื้นที่ การสนับสนุนสื่อการให้ความรู้ การใช้ช่องทางสื่อสาร และความร่วมมือของประชาชนในการควบคุมโรค ปรับปรุงและพัฒนาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดงบประมาณกรณีควบคุมป้องกันโรค สร้างเวทีเรียนรู้ของประชาชนในการประชุมหมู่บ้าน จัดทำสื่อการเรียนรู้ผ่านวิทยุชุมชนและเสียงตามสาย และเพิ่มประเด็น L-Leptospirosis ประกอบ Model เพื่อให้มีความเจาะจงมากขึ้น เป็น L-Care Model

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ (เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 – มกราคม พ.ศ. 2568)

ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pretest-posttest design) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคและความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับการประเมินจำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะและหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีม SRRT ที่ไม่ใช้บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power เลือกใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ในขั้นประเมินประสิทธิผล ด้วยการประเมินความรู้และความร่วมมือ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 54 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 และกระจายตามสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม จึงใช้ขนาดตัวอย่าง 62 คน อำเภอละ 31 คน เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน ตามสัดส่วนหมู่บ้าน/ตำบล ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่าย 2 ครั้ง เพื่อเลือกตำบล และทีม SRRT ระดับตำบล

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบล สุ่มเลือกหมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย และ สุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อเพื่อเลือกกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างครัวเรือนผู้ป่วย โดยสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วยจากฐานข้อมูลระบาดวิทยาของจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2567 และแบบสอบถามซึ่งประยุกต์จากแบบสอบถามของงานวิจัยของ Laihakot (2015) และมาตรการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยหลักการ 4E2C (Department of Disease Control, 2015) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่ง หรือการทำงานในปัจจุบัน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือก 2 ตัวเลือก กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผล ระดับความรู้ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 – 20 คะแนน), ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79.99 (12 – 15 คะแนน) และระดับต่ำ ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา ด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหา ด้านการได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหาและด้านการประเมินผล ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้

คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ การมีส่วนร่วมมากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยสุด (1 คะแนน)

การแปลผลการมีส่วนร่วม เป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (2005) ดังนี้ การมีส่วนร่วมระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33), ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ที่ได้จัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ด้านระบาดวิทยา 1 คน ด้านการควบคุมป้องกันโรค 1 คน และด้านระเบียบวิธีการวิจัยและสถิติ 1 คน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหารายชื่อ (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00

จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอเชียรใหญ่ ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น 1) แบบวัดความรู้ มีค่าความยากง่าย (Difficulty) ระหว่าง 0.27-0.77 ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ระหว่าง 0.20 - 0.37 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR20) มีค่าเท่ากับ 0.847 2) แบบวัดการมีส่วนร่วม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา เท่ากับ 0.953 ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหาค่าเท่ากับ 0.955 ด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าเท่ากับ 0.958 ด้านการได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหาค่าเท่ากับ 0.915 ด้านการประเมินผล เท่ากับ 0.940 และภาพรวมเท่ากับ 0.984

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เลือกตัวอย่างตามกรอบตัวอย่างที่กำหนด และไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 ประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลอำเภอละ 3 คน เพื่อให้มีความเข้าใจเนื้อหาแบบสอบถามและวัตถุประสงค์การวิจัยตรงกัน

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ และส่งกลับให้ผู้วิจัย และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน บันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล

3. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง 4 เดือน ดังนี้

3.1 ประเมินอัตราป่วยในพื้นที่ ไตรมาสที่ 1 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567) เนื่องจากพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยรายเดือน ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 พบว่า มีการระบาดสูงในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม

3.2 ประชุมกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสรุปผลการดำเนินงานและรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วย KS-test มีค่ามากกว่า 0.05 กระจายเป็นโค้งปกติ

2. ประเมินสถานการณ์โรค ด้วยการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2567 ช่วงระหว่างทดลองใช้รูปแบบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี และปี 2566

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากอนุมติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 135/2567 วันที่ 27 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

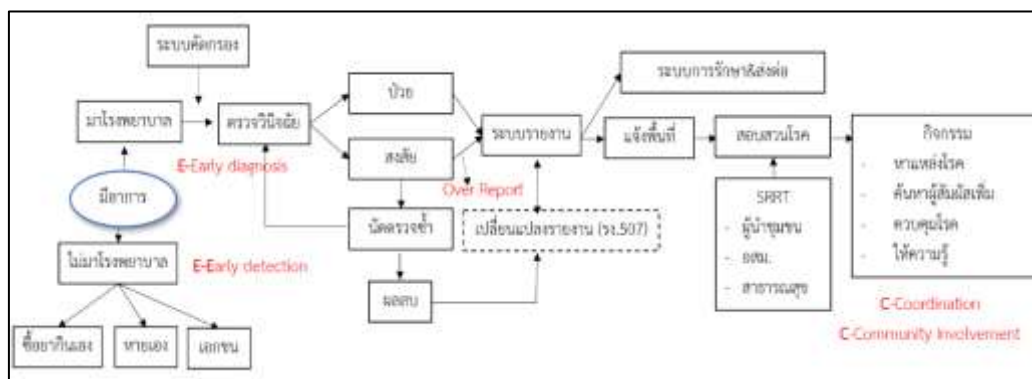
1. การศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 23 อำเภอ จากรายงานทางระบาดวิทยามี 10 อำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุดจาก ค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2562 - 2566 โดย 5 ลำดับแรก ได้แก่ อำเภอพรหมคีรี 108.93 อำเภอบางขัน 73.31 อำเภอนบพิตำ 48.62 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 24.93 และอำเภอลานสกา 22.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนในปีที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ ปี พ.ศ. 2565 และ 2566 อำเภอที่พบสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 ใน 5 ลำดับแรก คือ อำเภอพรหมคีรี อำเภอนบพิตำ อำเภอบางขัน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ และอำเภอชะอวด อัตรา 447.63, 165.82, 99.15, 57.68 และ 45.58 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 อัตราป่วยต่อแสนประชากร โรคเลปโตสไปโรซิส 10 ลำดับแรกของอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562 - 2566

อำเภอ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	เฉลี่ย 5 ปี
พรหมคีรี	8.02	61.38	26.65	100.98	447.63	128.93
บางขัน	14.80	6.32	2.11	244.14	99.15	73.31
นบพิตำ	-	2.98	5.96	68.33	165.82	48.62
เฉลิมพระเกียรติ	6.34	15.81	6.41	38.44	57.68	24.93
ลานสกา	4.89	7.33	31.64	24.33	43.85	22.41
พระพรหม	13.58	20.28	13.48	15.68	40.28	20.66
ชะอวด	3.47	5.79	20.94	23.27	45.58	19.81
ทุ่งใหญ่	8.06	4.01	12.04	46.81	17.43	17.67
ถ้ำพรรณรา	15.59	20.68	15.54	20.75	15.62	17.64
พิปูน	24.05	3.45	6.90	13.84	31.22	15.89

สถานการณ์โรคในภาพรวมจังหวัด พบผู้ป่วยทุกปีในอัตรา 6 - 7 คน ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 4 - 5 เท่าของปีอื่น ๆ โดยพบในอัตรา 24.07 และ 33.78 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนการกระจายของโรคเป็นรายเดือน มักพบการระบาดในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม เว้นแต่ปีที่ระบาดสูง คือปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบการระบาดตั้งแต่ช่วงพฤษภาคม

เมื่อศึกษารายละเอียดการกระจายของโรคอำเภอที่เลือกเป็นตัวอย่าง ปีที่มีผู้ป่วยสูง คือ ปี พ.ศ. 2565 และ 2566 ในอำเภอพรหมคีรี พบกระจายทุกตำบล พบมากที่สุดในตำบลทอนหงส์ ตำบลพรหมโลก ตำบลนาเรียง ตำบลบ้านเกาะ และตำบลอินคีรี ตามลำดับ โดยพบได้ตลอดทั้งปี แต่พบการระบาดสูงในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม ยกเว้นปี พ.ศ. 2566 ที่พบระบาดตั้งแต่เดือนสิงหาคม ส่วนอำเภอบางขัน พบกระจายทั้ง 4 ตำบล โดยพบสูงสุดที่ตำบลบางขันและตำบลลำนาว ลักษณะการกระจายตามเวลา ส่วนใหญ่พบในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม ส่วนปี 2565 ซึ่งเป็นปีที่ระบาดสูงสุดพบการระบาดในเดือนพฤษภาคม ซึ่งคล้ายกับภาพของจังหวัด โดยพบได้ทุกกลุ่มวัย ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี, 30 - 44 ปี และ 45 - 59 ปี



ภาพ 3 ผลการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่

วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ พบว่า จากการประชุมกลุ่มย่อย บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยหลักการ 4E2C รวมทั้งสะท้อนปัญหาและความต้องการในการพัฒนา มีประเด็นที่ควรพัฒนา ดังนี้

1. Early diagnosis การวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกมีความสำคัญ เนื่องจากอาการเริ่มต้นของโรคเลปโตสไปโรซิสมีความคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ หรือไข้เลือดออก เป็นต้น แต่ระบบคัดกรองที่ใช้อยู่ โดยการคัดกรองอาการที่เข้าข่ายเพื่อตรวจวินิจฉัยโดยเร็วยังไม่เต็มศักยภาพ ยังคงมีผู้มีอาการเข้าข่ายเข้ารับ การตรวจวินิจฉัยตามปกติ

2. Early detection การตรวจพบโรคเลปโตสไปโรซิสตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับยาทันทั่วทั้งที่ ระบบเดิมที่เป็นอยู่การตรวจพบยังล่าช้าเนื่องจากการบริการยังเป็นเชิงรับ ทำให้มีผู้ป่วยไปรักษาเอง ซื้อมากินเอง หรือไปคลินิกเอกชน ด้วยความเข้าใจว่าเป็นไข้หวัดหรือโรคอื่นๆ ที่ไม่รุนแรง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อผ่านไปหลายวัน ทำให้ปี พ.ศ. 2565 อำเภอพรหมคีรี มีผู้เสียชีวิต 2 ราย และปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิต ของอำเภอพรหมคีรี 2 ราย อำเภอบางขัน 1 ราย

3. Coordination การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่เสี่ยง เมื่อได้รับแจ้งพบผู้ป่วยจะดำเนินการสอบสวนโรคด้วยทีม SRRT ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อสม. และบางแห่งมีผู้นำชุมชนร่วมด้วย ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งในความเป็นจริง ควรครอบคลุมภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

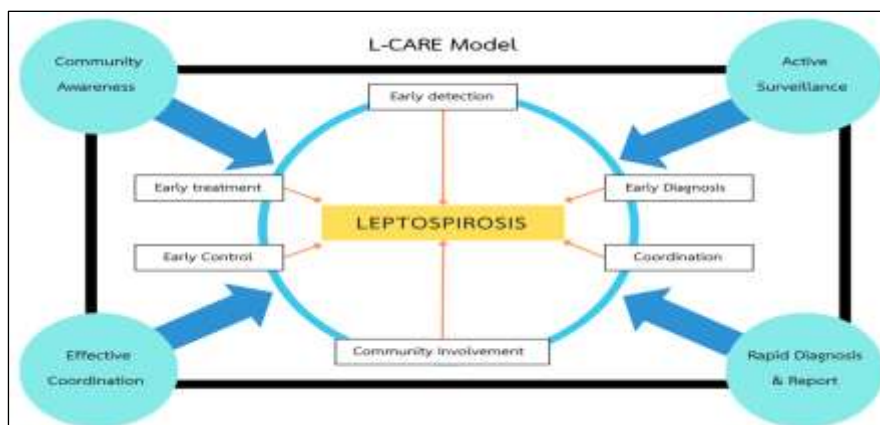
4. Community involvement การสร้างพลังชุมชน ให้ตระหนักและมีส่วนร่วม เมื่อพบโรคในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสอบสวนโรค คือ การค้นหาแหล่งโรค ค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติม การควบคุมโรค และให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยและบริเวณใกล้เคียง ยังขาดการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมในการควบคุมป้องกันโรค

5. Over report การรายงานจำนวนผู้ป่วยที่สูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยเป็นการตรวจด้วยชุดตรวจแบบเร็ว (Rapid test) โดยการตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) คือ ตรวจหา IgM และ IgG ที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเชื้อและรายงานโรคผ่านระบบ ในผู้ป่วยหลายรายที่ผลยังไม่ชัดเจน หรือผลที่มีการตอบสนองในระดับต่ำ (Weakly positive) แพทย์จะนัดตรวจซ้ำอีก 7 - 10 วัน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มาตามนัด และบางรายเมื่อตรวจซ้ำแล้วผลเป็นลบแต่ไม่ได้รายงานเปลี่ยนแปลงโรค (รง.507) จึงทำให้มีการรายงานผู้ป่วยสูงกว่าความเป็นจริง

2. การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรค

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ ประมวลเป็นรูปแบบที่จะดำเนินการและ

ทดลองใช้ในพื้นที่ คือ Leptospirosis-CARE Model หรือ “L- CARE Model” เชื่อมโยงกับหลักการ 4E2C ดังภาพ 4



ภาพ 4 L- CARE Model

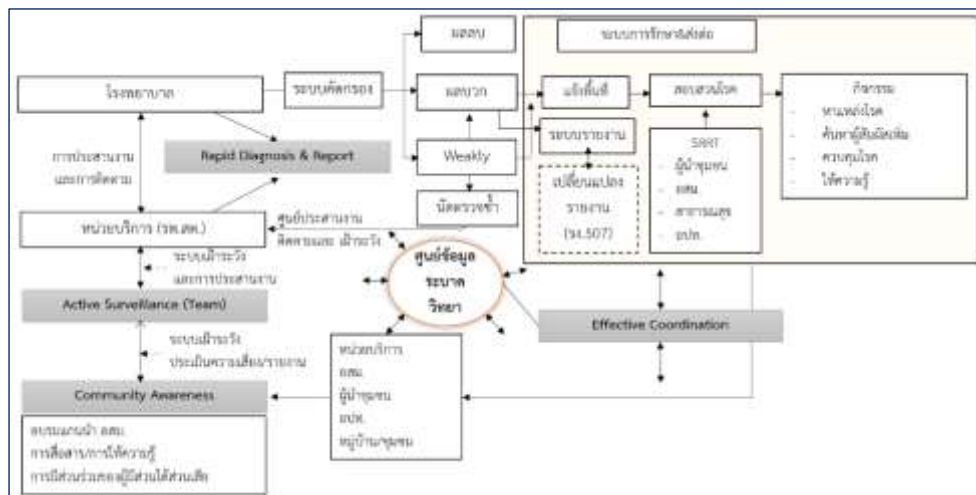
C - Community awareness (การสร้างความรู้ในชุมชน) เป็นการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชน เพื่อให้สามารถ ป้องกันตนเองและชุมชน ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค

A - Active surveillance (การเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน) เป็นการค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก โดยอาศัยความร่วมมือระหว่าง บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อตรวจจับโรคตั้งแต่ระยะแรก (Early detection) และส่งต่อข้อมูลไปยังระบบสาธารณสุข

R - Rapid diagnosis & report (การวินิจฉัยและรายงานอย่างรวดเร็ว) มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยให้แม่นยำและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที พร้อมปรับปรุง ระบบรายงานโรคให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน

E - Effective coordination (การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ) เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้มีการจัดการข้อมูลโรคที่เป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อการระบาด

อธิบายในภาพรวมได้ว่า L-CARE Model เป็นแนวทางการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีการทำงานแบบบูรณาการ โดย Community Awareness ช่วยให้ชุมชนตื่นตัวและมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) Active Surveillance ช่วยค้นหาผู้ป่วยที่อาจติดเชื้อได้เร็ว และส่งต่อข้อมูลไปยังระบบบริการสุขภาพ (Early Diagnosis) Rapid Diagnosis & Report ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาและมีระบบติดตามผลที่แม่นยำ Effective Coordination ทำให้ทุกภาคส่วนสามารถ แบ่งปันข้อมูลและร่วมมือกัน เพื่อให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและยั่งยืน และศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยาระดับอำเภอ ทำหน้าที่เป็น ศูนย์กลางในการบริหารจัดการและประสานงาน เพื่อให้ข้อมูลทันสมัยและสามารถใช้ในการวางแผนป้องกันโรคได้อย่างทันท่วงที เชื่อมโยงกับระบบบริการเดิม ดังภาพ 5



ภาพ 5 รูปแบบการพัฒนาแนวทางการการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม

1. ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยการวางกรอบการศึกษาไว้ 3 ประเด็น คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในขณะและหลังการทดลองใช้รูปแบบ รายละเอียดดังนี้

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อำเภอละ 31 คน รวม 62 คน ประกอบด้วย ทีม SRRT ระดับตำบล (ที่ไม่ใช่ อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข) 2 คน ผู้นำชุมชน อสม. และบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มละ 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.06 อายุเฉลี่ย 47.39 ปี มากกว่าร้อยละ 60 อยู่ในช่วง 40-59 ปี จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 51.61 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.68

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่าก่อนดำเนินการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.68 มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 40.32 อยู่ในระดับต่ำ หลังดำเนินการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.84 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.55 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.61 โดยหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความรู้	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)	M	SD.	Mean diff.	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	25 (40.32)	37 (59.68)	-	11.37	3.29	4.31	12.073	< 0.001**
หลังดำเนินการ	1 (1.61)	27 (43.55)	34 (54.84)	15.68	1.85			

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.13$, $SD = 0.60$) และอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา และด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ มีค่าเฉลี่ย 1.84, 2.15 และ 2.16 ตามลำดับ ส่วนหลังดำเนินการ การมีส่วนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38$, $SD = 0.35$) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.26 - 3.47 ด้านที่มากที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ และด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา ตามลำดับ ส่วนที่น้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยหลังดำเนินการค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อนและหลังดำเนินการ รายนามและภาพรวม

การมีส่วนร่วม	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		Mean diff.	t	p-value
	M	SD.	M	SD.			
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ	2.16	0.76	3.44	0.48	1.28	17.168	<0.001**
ด้านการวางแผนแก้ไข้ปัญหา	2.15	0.72	3.43	0.61	1.28	17.307	<0.001**
ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไข้ปัญหา	2.17	0.71	3.32	0.54	1.15	17.501	<0.001**
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	2.33	0.69	3.47	0.56	1.14	18.292	<0.001**
ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	1.84	0.58	3.26	0.37	1.42	18.783	<0.001**
ภาพรวม	2.13	0.60	3.38	0.35	1.25	23.012	<0.001**

** $p < 0.001$

1.3 จำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสหลังการใช้รูปแบบ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2567 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566) และปีก่อนหน้า (พ.ศ. 2566) ในภาพรวมของจังหวัด พบว่า จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2567 ลดลงจากปีที่ผ่านมา แต่อัตราการเกิดโรคลงต่ำกว่าค่ามัธยฐาน โดยเฉพาะในช่วงการประเมินการใช้รูปแบบระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคสูง

สำหรับอำเภอพรหมคีรี ในช่วงการทดลองใช้รูปแบบในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคสูง พบว่าสถานการณ์ดีขึ้นกว่าภาพรวมของจังหวัด โดยจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2566 และค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ขณะที่อำเภอบางขันมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามในเดือนธันวาคม จำนวนผู้ป่วยยังคงสูงกว่าค่ามัธยฐาน ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในปี 2567 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2562-2566) และปี 2566

พื้นที่/เวลา		ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
จังหวัด	Median	20	8	7	11	5	13	10	12	13	15	19	30
	2566	26	19	21	18	31	32	49	46	53	55	81	90
	2567	36	23	29	13	15	16	16	28	21	30	24	37
พรหมคีรี	Median	2	1	0	1	1	2	1	2	1	1	2	5
	2566	4	1	2	3	3	1	5	20	23	28	33	45
	2567	3	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	1
บางขัน	Median	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
	2566	0	3	1	4	7	10	12	4	4	1	1	0
	2567	3	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	1

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จากการศึกษา พบว่า อัตราการเกิดโรคในจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 โดยมีอัตราผู้ป่วย 24.07 และ 33.72 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การแพร่ระบาดพบได้ในทุกอำเภอ แต่พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ อำเภอพรหมคีรีและอำเภอบางขัน ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยสูงถึง 100.98 และ 447.63 รวมถึง 244.14 และ 99.15 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า การแพร่ระบาดเกิดขึ้นตลอดทั้งปี แต่มีแนวโน้มสูงสุดในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม และในปีที่มีการแพร่ระบาดมากอาจพบตั้งแต่เดือนสิงหาคม โดยพบในทุกกลุ่มวัย ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี ปัญหาที่พบ คือ การวินิจฉัยล่าช้า (Early diagnosis) การรักษาล่าช้า

(Early detection) ขาดประสิทธิภาพในการประสานงาน (Coordination) ชุมชนยังไม่ตระหนักและมีส่วนร่วม (Community involvement) และการรายงานเกินกว่าความเป็นจริง (Over report) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราผู้ป่วยทั่วประเทศอยู่ระหว่าง 1.91 - 5.39 ต่อประชากรแสนคน (Thai Health Statistics, 2024) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราผู้ป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศถึงประมาณ 6 - 15 เท่า โดยเฉพาะอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบการระบาดสูงมาก นอกจากนี้ หากพิจารณาอำเภออื่น ๆ ใน 10 ลำดับแรกที่มีอัตราผู้ป่วยสูง จะพบว่า เป็นพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในโซนภูเขาทั้งหมด ในขณะที่โซนที่ราบลุ่มแม้จะมีอัตราการป่วยต่ำกว่าโซนภูเขา แต่ก็ยังคงสูงกว่าระดับประเทศ ปัจจุบันนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะภูมิประเทศและอาชีพของประชากรที่มีความเสี่ยงแตกต่างกัน (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2024) เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มเสี่ยง พบในทุกช่วงวัย แต่ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การเดินทาง หรือการประกอบอาชีพที่ทำให้มีโอกาสสัมผัสเชื้อสูงขึ้น (Department of Disease Control, 2021)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ พบว่า จุดอ่อนของการควบคุมโรคมีทั้งในระดับระบบบริการและระดับชุมชน ในระบบบริการ ปัญหาการประสานงานที่ขาดประสิทธิภาพและการวินิจฉัยที่ล่าช้าทำให้การรักษาไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทันทั่วถึง ขณะที่ในระดับชุมชน พบว่า ประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรค ทำให้การป้องกันและเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงควรพัฒนาระบบวินิจฉัยและการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การประสานงานระหว่างหน่วยงานด้วยการพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่สามารถใช้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยสาธารณสุขเพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์และตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคผ่านกิจกรรมรณรงค์และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการแจ้งเตือนและรายงานสถานการณ์ในพื้นที่ของตนเอง และมีการปรับปรุงระบบรายงานให้มีความแม่นยำมากขึ้น เพื่อลดปัญหาการรายงานที่เกินจริง ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินสถานการณ์ หากสามารถดำเนินการมาตรการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีระบบ และลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคได้

2. รูปแบบการควบคุมป้องกันโรค จากการวิเคราะห์สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้พัฒนาโมเดล L-CARE ซึ่งเป็นแนวทางดำเนินงานที่ทดลองใช้ในพื้นที่ โดยอิงหลักการของระบาดวิทยาและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อจัดการโรคอย่างเป็นระบบ แนวคิดของ L-CARE Model สอดคล้องกับหลัก Epidemiologic Triad ซึ่งประกอบด้วย Host, Agent, Environment (Department of Disease Control, 2021) โดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคผ่านการสร้างความรู้ เฝ้าระวัง และประสานงานเพื่อให้สามารถตรวจจับและตอบสนองต่อโรคได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงกับแนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) ซึ่งอาศัยความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างชุมชน และภาคส่วนต่างๆ (Siamwalla & Phongpaichit, 2002) เพื่อสนับสนุนการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation theory) มีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเฝ้าระวังจนถึงการวินิจฉัยโรค (Pojanagaroon, 2009) ซึ่งช่วยให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีบทบาทโดยตรงในการจัดการโรค ภายใต้นแนวคิดดังกล่าว L-CARE Model จึงเป็นการบูรณาการทั้งหลักระบาดวิทยาและสังคมศาสตร์เข้าด้วยกัน โดยใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ควบคู่กับการเสริมสร้างร่วมมือระดับชุมชน นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงกับหลักการควบคุมโรค 4E2C ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระบบสุขภาพ จึงเชื่อว่าแนวทางนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกลยุทธ์ C - Community Awareness ที่เน้นการสร้างความรู้ในชุมชนผ่านการ

จัดอบรม การเผยแพร่ข้อมูล และการส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prikchu & Leesahat (2023) รวมถึง Bangphimai & Sukkavejsiri (2017) ที่พบว่าการเผยแพร่ข้อมูลและการให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้ นอกจากนี้ Laihakot (2015) และ Simmahrong (2024) ยังเน้นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกับชุมชน การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ และการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในการเฝ้าระวังโรค ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในเชิงทฤษฎี ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้โดยแนวคิดของ Rosenstock (1974) และ Glanz, Lewis, & Rimer, (1990) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค นอกจากนี้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986) และแนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ยังระบุว่าการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ชุมชนสามารถตัดสินใจเชิงสุขภาพได้ดีขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคที่ยั่งยืน ดังนั้น การใช้กลยุทธ์การสื่อสารและสร้างความตระหนักรู้ในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานผ่านกลยุทธ์ A - Active Surveillance และ E - Effective Coordination ที่ส่งเสริมบทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในการทำงานร่วมกัน โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และพัฒนาช่องทางการประสานงานให้เป็นระบบ ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและราบรื่นมากขึ้น แนวทางนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Laihakot (2015) ที่พบว่าการดำเนินการเชิงรุกของทีม SRRT ร่วมกับชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังโรคได้ เช่นเดียวกับ Simmahrong (2024), Prikchu & Leesahat (2023) และ Bangphimai & Sukkavejsiri (2017) ที่เน้นว่าการเฝ้าระวังเชิงรุกและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพในระดับชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของมาตรการป้องกันโรค ในเชิงทฤษฎี การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถอธิบายได้โดยแนวคิด ทฤษฎีทุนทางสังคม (Social capital) ของ Putnam (1993) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเครือข่ายความสัมพันธ์ในชุมชนสามารถเสริมสร้างความไว้วางใจและการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ แนวคิดการเสริมพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) ของ Laverack (2004) และการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายทางสังคมของ Wenger (1998) ยังสนับสนุนว่าการประสานงานที่เป็นเอกภาพและเป้าหมายร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น การดำเนินงานผ่านกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังเชิงรุกและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และช่วยให้ชุมชนสามารถพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคได้อย่างเข้มแข็งมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากกลยุทธ์ R - Rapid Diagnosis & Report ที่ช่วยให้การวินิจฉัยและรายงานสถานการณ์เป็นไปอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ส่งผลให้สามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น ลดการแพร่กระจายของโรค และสะท้อนถึงความสำเร็จของการใช้กลยุทธ์แบบบูรณาการ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการในพื้นที่ศึกษาใน อำเภอยะหริ่ง จำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานและข้อมูลย้อนหลังของปี 2565 และ 2566 ขณะที่ อำเภอบางขัน แม้แนวโน้มโดยรวมจะลดลง แต่ในเดือนธันวาคมยังคงมีอัตราผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน ซึ่งอาจสะท้อนว่ารูปแบบการดำเนินงานยังไม่เต็มประสิทธิภาพ โดยปัจจัยที่อาจมีผล ได้แก่ 1) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารและอาจทำให้การทำงานระหว่าง รพ.สต., สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ราบรื่นเท่าที่ควร (Suphanchaimaat, Noree & Phakaya, 2014) การเปลี่ยนแปลงระบบอาจเพิ่มขึ้นขั้นตอนการประสานงาน ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคล่าช้า (Teprakanporn, Wattanaseya, Hongkul, Ivanovich & Mongkolsamrit, 2023; Srisasalak, 2017) 2) ลักษณะการกระจายของโรคที่แตกต่างกัน โดยอำเภอบางขันพบการระบาดสูง

ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม เช่นเดียวกับพื้นที่อื่น แต่ยังพบการระบาดอีกระลอกในเดือนสิงหาคมถึงกันยายน ซึ่งอาจต้องใช้เวลาในการปรับปรุงและประเมินแนวทางที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน แต่แนวโน้มในอำเภอบางขันมีโอกาสพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีภาคประชาชนเข้มแข็ง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนมาตรการควบคุมโรคในอนาคต

การนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคในระดับพื้นที่ โดย หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำ L-CARE Model ไปใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อื่น ๆ หรือ นำไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ ระดับอำเภอหรือจังหวัด หรือ สามารถนำไปใช้เป็น ต้นแบบ (Best Practice) ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับท้องถิ่น
2. การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่าย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ., เทศบาล, อบต.) สามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยในการพัฒนาแผนอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ ผู้นำชุมชน และส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น รพ.สต. โรงพยาบาล และภาคประชาชน เพื่อให้การเฝ้าระวังโรคมีความต่อเนื่อง
3. การพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุข โดยหน่วยงานระดับจังหวัดหรือ ระดับสูงขึ้นไปสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ในการ ออกแบบแนวทางป้องกันโรคติดต่อในระดับต่างๆ หรือ นำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับการกำหนด มาตรการเฝ้าระวังโรคในฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงที่โรคเลปโตสไปโรซิสมักระบาดสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาแนวทางการปรับใช้ L-CARE Model ในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ปัจจัยแวดล้อม ต่างกัน กรณีพื้นที่ราบลุ่มในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือพื้นที่เขตเมือง และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการใช้โมเดลในแต่ละบริบท
2. การประเมินผลระยะยาวและความยั่งยืนของโมเดล โดยศึกษาติดตามผลการดำเนินงานของ L-CARE Model ในระยะยาว เพื่อตรวจสอบว่ามาตรการที่นำมาใช้สามารถลดอัตราการเกิดโรคได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และศึกษาปัจจัยที่ช่วยให้โมเดลสามารถดำเนินการต่อไปได้หลังจากสิ้นสุดโครงการ
3. วิจัยพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไป ยังกองการบริหารส่วนจังหวัดทั้งอำเภอ เปรียบเทียบกับพื้นที่ยังไม่ถ่ายโอน และถ่ายโอนบางส่วน

References

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Bangphimai, W., & Sukkavejthir, P. (2017). Factors associated with leptospirosis in Roi Et province. *Regional Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen Journal*, 24(2), 19-28.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2005). *Research in education* (10th ed.). Pearson.
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Handbook of Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Department of Disease Control. (2015). *Leptospirosis technical manual* (2nd ed.). Cooperative Printing Press of Thailand. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2021). *Guidelines for the prevention and control of leptospirosis using epidemiological principles and community engagement*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Surveillance, prevention, and control manual for infectious diseases in Thailand*. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (in Thai)
- Glanz, K. E., Lewis, F. M. E., & Rimer, B. K. (1990). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (5th ed)*. Jossey-Bass/Wiley.
- Joseph, M., Vinetz, A. N., Chetrick, K. E., Steimel, K. E., Devillers, C. E., Excler, J. L., et al. (2024). Getting leptospirosis onto the list of neglected tropical diseases. *Open Access Government*, 43(1), 52–54. <https://doi.org/10.56367/oag-043-11310>.
- Kaewkoonok, A. (2024). The study of leptospirosis prevention behavior among at-risk populations. *Sisaket Journal of Health Research and Development*, 3(2), 80–92.
- Laihakot, P. (2015). *Operational model of leptospirosis surveillance in the area by SRRT teams at the subdistrict level: A case study of Kamphi subdistrict, Borabue district, Maha Sarakham province* (Master's thesis). Mahasarakham University, Maha Sarakham, Thailand. (in Thai)
- Laverack, G. (2007). *Health promotion practice: Building empowered communities*. McGraw-Hill Education (UK).
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2024). *Epidemiological situation report*. Meeting of the Planning and Evaluation Committee (GWP), 1/2025, October 9, 2024, at Nakhon Si Thammarat Province's Office of Public Health meeting room. (in Thai)
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2025). *Epidemiological situation report*. Meeting of the Planning and Evaluation Committee (GWP), 3/2025, January 8, 2025, at Nakhon Si Thammarat Province's Office of Public Health meeting room. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Pojanagaroon, P. (2009). *Theories and processes of community development*. Kasetsart University Press. (in Thai)
- Prikchu, P. & Leesahat, N. (2023). Development of guidelines for leptospirosis prevention and control in urban community market areas: A case study of Thapthiang subdistrict, Mueang district, Trang province. *Lanna Public Health Journal*, 19(1), 49–63.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354–386.
- Siamwalla, A., & Phongpaichit, N. (2002). *Social capital and development*. Thailand Development Research Institute (TDRI). (in Thai)

- Simmahrong, M. (2024). The model of leptospirosis prevention and control among the public in the area of Wang Subdistrict Health Promoting Hospital, Prang Ku District, Sisaket Province. *Sisaket Health Research and Development Journal*, 1(1), 29–41.
- Srisasalak, J. (2017). *Summary of lessons learned from the transfer of public health responsibilities to local administrative organizations*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Suphanchaimaat, R., Noree, T., & Phakaya, N. (2024). *The impact of the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to local governments on the primary healthcare system: A case study of the "Sam Mo" policy in five provinces*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Tatiana, R. F., Carvalho, E., Isaac, L., & Barbosa, A. S. (2015). *Leptospira and leptospirosis. Molecular Medical Microbiology (Second Edition)*, 3(8), 1973-1990.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397169-2.00107-4>.
- Teptrakanporn, S., Wattanaseya, S., Hongkul, J., Ivanovich, K., & Mongkolsamrit, S. (2023). *Public perspectives and expectations on the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to local government management*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Thai Health Statistics. (n.d.). (2024). *Leptospirosis*. Retrieved August 20, 2024, from <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=243>. (in Thai)
- Wenger, E. (1998). Communities of practice: Learning as a social system. *Systems thinker*, 9(5), 2-3.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
Effect of an Empowerment Program on the Caregiving Burden of Older Adults
with Depression

เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ^{1*} และ ณัฐฐา นอพนธ์²

Metta Lertkiatratchata^{1*} and Naruttha Norphun²

¹ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต, ²โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

¹Pensioner, Department of Mental Health ²Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

(Received: November 11, 2024; Revised: January 15, 2025 ; Accepted: January 16, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 52 คน แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ๓ 26 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 26 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามำเนินจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม ครั้งละ 30 - 60 นาที ผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ($t = -2.1$, $p\text{-value} = 0.045$)

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ($t = -2.25$, $p\text{-value} = .030$)

ผลการวิจัยแสดงถึงโปรแกรม ๓ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรม ๓ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ภาระในการดูแล, ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า, ผู้ดูแล

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of an empowerment program on the caregiving burden of caregivers for older adults with depression receiving outpatient services at the Geriatric Psychiatry Clinic, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. A total of 52 participants were randomly assigned to either the experimental group ($n = 26$), who participated in the empowerment program, or the control group ($n = 26$), who received standard care. Simple random sampling was used by alternately drawing lots to assign participants to each group. The research instruments included 1) a demographic questionnaire for caregivers and a caregiving burden assessment scale for caregivers of older adults with depression, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85; and 2) the empowerment program to reduce the caregiving burden of caregivers for older adults with depression consisted of five activities, each lasting 30–60 minutes. The program was reviewed by three experts, yielding a content validity index (CVI) ranging from 0.67 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test. The study results indicated that:

1) After participating in the program, the experimental group showed a statistically significant reduction in caregiving burden compared to before the intervention ($t = -2.1, p = .045, p < .05$).

2) The experimental group also had a significantly lower caregiving burden than the control group after the intervention ($t = -2.25, p = .030, p < .05$).

These findings suggest that the empowerment program effectively reduces the perceived caregiving burden among caregivers of older adults with depression. Therefore, mental health and psychiatric nurses can apply this program in their practice to alleviate the caregiving burden experienced by these caregivers.

Keywords: Empowerment Program, Caregiving Burden, Older Adults with Depression, Caregivers

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากถึง 12.5 ล้านคน และร้อยละ 14 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบความผิดปกติทางจิต (World Health Organization, 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และสุขภาพทางสังคมลดลงอยู่ในภาวะพึ่งพา จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย (Phalasak, Soonthornchaiya, & Upasen, 2017) ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทยร้อยละ 3.7 - 45.0 (Setapura & Chaisongkram, 2021) และต่างประเทศร้อยละ 13.0 - 27.5 (Jalali, Ziapour, Karimi, Rezaei, Emami, Kalhori, et al, 2024) ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจประเมินโรคซึมเศร้าและรักษาที่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาจากเหตุ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ เช่น เปลี่ยนแปลงของสมองและสารสื่อประสาท ด้านจิตวิทยา เช่น ความคิดบิดเบือน การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสีย การขาดแรงสนับสนุน (Wongpanarak & Chaleoykitti, 2014) สูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก มีผลกระทบ คือ ความไม่มั่นใจในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแย่งลง เกิดปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดความคิดริเริ่ม หลีกหนีสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว (Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018) เห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจและปรับตัวได้

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีความรับผิดชอบ ความเข้าใจเรื่องโรค เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และใช้เวลารักษาค่อนข้างนาน เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจจะปรับตัวได้ แต่อาจมีบางส่วนที่ปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเจ็บป่วยทั้งทางกายและใจ มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยได้ (Chanapan, 2020) ผลจากการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเนื่องและยาวนานส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018)

การเสริมสร้างพลังอำนาจจากแนวคิดของ Gibson (1991) เป็นแนวคิดที่ยอมรับผลของการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจากการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการเสริมสร้างพลังให้บุคคลตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าในตนเอง จากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเสริมพลังเชื่อมั่นในตนเอง (Poomsanguan, 2015) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (Yimyam & Rodjarkpai, 2017) เปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล สร้างกำลังใจ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย (Chansri, Samrannet & Kor-issaranuphab, 2021; Naewbood, 2015) มีผลต่อมีการศึกษาของ Heidari, Mousavi, Mousavinasab, & AzimiLolaty (2020) พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 12 ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ข้อมูล 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า คือ 3,031 ราย 3,918 ราย และ 3,206 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีเพียงแค่การให้คำปรึกษาทั่วไปสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่เฉพาะหรือโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน ดังนั้น จึงมีความสำคัญที่ต้องพัฒนาความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้รับรู้ความมีคุณค่าในตนเองทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ฟื้นฟูใกล้เคียงปกติ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และใช้เป็นแนวทางให้ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลทุกระดับโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลในการบำบัดด้านสังคมจิตใจผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

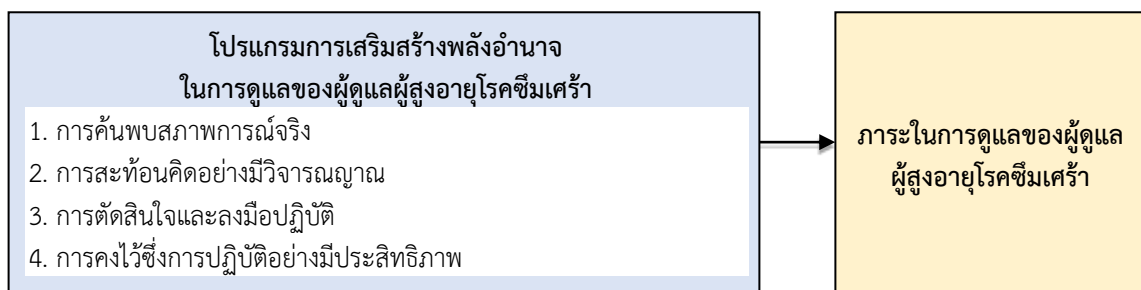
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจภายใต้แนวคิดของ Gibson (1995) เชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคน การเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่โปรแกรมฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยสามารถอธิบายขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มาให้บริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก T-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยใกล้เคียง (Noisuk & Pimpimol, 2021) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.48 ค่าความคลาดเคลื่อน = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยมากผลการวิจัยครั้งนี้ไม่น่าเชื่อถือ จึงปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลาง เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อการออกกลางคันร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน ดังสูตร (Jirawatkul, 2013)

$$n = \frac{42}{(1-.1)^2} = 51.85$$

แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน จับคู่ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เพศ การสูบบุหรี่ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า ดังนี้ (1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (2) เป็นสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (3) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (4) ระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (5) ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล (6) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามเวลาที่กำหนด (7) ไม่เป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และ (8) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยจนก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ เกณฑ์การยุติการวิจัย คือ ถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนเวลากำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ (1) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (2) อายุ (3) เพศ (4) สถานภาพ (5) ปัญหาสุขภาพ (6) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (7) มีบุคคลอื่นช่วยในการดูแล (8) ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย และ (9) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลแบบภาษาไทย (Toonsiri, Sunsern, & Lawang, 2011) ที่แปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดภาวะของ Steven H. Zarit ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ การตอบแบบสอบถามให้เลือกตอบตามความถี่ของการกระทำกิจกรรม ให้คะแนนจาก 0 - 4 ดังนี้

รู้สึกประจำ 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน

รู้สึกบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเป็นบางวันหรือเป็นครั้งคราว

รู้สึกบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

รู้สึกนาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเป็นเว้นระยะไปนานจึงจะมีสักครั้ง

ไม่เคยรู้สึกเลย 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย

การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระเป็น 4 ระดับ (Toonsiri, Sunsern, & Lawang, 2011) ได้แก่ ไม่มีภาระในการดูแลหรือเป็นภาระน้อย เป็นภาระในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง และเป็นภาระในการดูแลระดับมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน การแปลผลมีดังนี้

0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาระในการดูแลหรือเป็นภาระน้อยมาก

21 - 40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระในการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง

41 - 60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง

61 - 88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระในการดูแลระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรู้สึกภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Department of Mental Health, 2017; Singhard, 2016) วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การการค้นพบสถานการณ์จริง ผ่านกิจกรรมที่ 1 “รู้จักตน จะพ้นทุกข์” เป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้าที่จำเป็นภาระของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและบยายความรู้สึกและปัญหาการดูแล การบอกเล่าสภาพปัญหาแก่ผู้วิจัยโดยเปิดโอกาสให้คิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมทบทวนพฤติกรรมการดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแล โดยให้พยายามทบทวนเหตุการณ์ มองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง วิเคราะห์ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย และตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” เป็นการร่วมมือกันหาทางเลือกและมีส่วนร่วมการตัดสินใจ ทำความเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ หากไม่สามารถจัดการปัญหาของตนเองได้ ต้องร่วมกันค้นหาสาเหตุและปัญหาอุปสรรค เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประโยชน์โดยการเสริมแรงทางบวกและให้การสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กระบวนการที่ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติตัว ผ่านกิจกรรมที่ 4 “รู้ลงมือทำ สม่่าเสมอ” เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรม การดูแลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม และการสรุปประเมินผลผ่านกิจกรรมที่ 5 “รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” เป็นการประเมินผลเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสิ้นสุดกิจกรรมโปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และโปรแกรม ฯ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 1 ท่าน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งรายกิจกรรมและโดยรวม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 โดยผู้วิจัยปรับปรุงข้อความ นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาระในการดูแล ที่ไม่ได้ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficients มีค่าความเชื่อมั่น 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์และหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย ทำความเข้าใจแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ช่วยนักวิจัยสำรวจทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า โทรศัพท์นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นทดลอง

1. ผู้ช่วยนักวิจัย เตรียมสถานที่ แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกสถิติกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามทุกฉบับ
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มงานบริการผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับจะนำข้อมูลวิเคราะห์ร่วมกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคนอื่น นำเสนอผลในภาพรวม ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและกล้าเปิดเผยความรู้สึกใน

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สถานที่ทำกิจกรรมมีความเหมาะสมเนื่องจากปราศจากเสียงรบกวนและมีความเป็นส่วนตัว ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดภาวะในการดูแลก่อนเริ่มโปรแกรม ๑ ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดภาวะในการดูแลเช่นเดียวกัน

3. สำหรับกลุ่มทดลอง ได้นำโปรแกรม ๑ ไปใช้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 – 3 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 13 คน จัดกิจกรรมวันละ 2 รอบ เช้าและบ่าย ไม่ซ้ำคน ครั้งละ 45 - 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) “กิจกรรมที่ 1: รู้จักตน จะพ้นทุกข์” กระบวนการค้นพบสถานการณ์จริง เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นค้นหาปัญหาที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามากำลังเผชิญ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพุดระบายนความรู้สึกและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการใช้คำถามเพื่อประเมิน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) “กิจกรรมที่ 2: รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจยารณญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เรียนรู้การแก้ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมากับผู้วิจัย ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) “กิจกรรมที่ 3: รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” กระบวนการร่วมกับผู้วิจัยในการหาทางเลือกและเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า วางแผนร่วมกันและฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ครั้งที่ 4 – 5 เป็นกิจกรรมรายบุคคล โทรศัพท์ติดตาม ครั้งละ 30 - 45 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2) “กิจกรรมที่ 4: รู้ลงมือทำ สม่่าเสมอ” กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อเป็นที่ปรึกษารับฟังสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ ให้แรงเสริมทางบวกโดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม ใช้เวลา 30 - 45 นาที

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 3) “กิจกรรมที่ 5: รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมุ่งเน้นสิ้นสุดโปรแกรม ๑ สรุป ประเมินผลและยุติโปรแกรม ๑ และให้ทำแบบวัดภาวะในการดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ๑ ใช้เวลา 30 - 45 นาที

ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของแนวทางการดูแลของโรงพยาบาล เช่น การรับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และประเมินด้วยแบบวัดภาวะในการดูแลที่สัปดาห์ที่ 3

ขั้นหลังทดลอง

ประเมินหลังใช้โปรแกรม ๑ โดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทีเชเชอร์

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Simonov one sample test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายปกติจึงเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือ SKPH.IRB.CO.A1/2567 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย ให้เอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าการวิจัย ลงนามในหนังสือให้ความยินยอม (Informed consent)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	M=47.46, SD=12.11	M=47.73, SD=13.61	.940 ^a
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมิน			.884 ^b
บุตร	15 (57.69)	14 (53.85)	
หลาน	3 (11.54)	3 (11.54)	
สามี/ภรรยา	6 (23.08)	8 (30.77)	
อื่น ๆ ได้แก่ น้องสาว ลูกเขย	2 (7.69)	1 (3.84)	
เพศ			1.000 ^c
ชาย	10 (38.46)	10 (38.46)	
หญิง	16 (61.54)	16 (61.54)	
สถานภาพสมรส			.749 ^c
โสด	7 (26.92)	6 (23.08)	
สมรส	19 (73.08)	20 (76.92)	
ปัญหาสุขภาพ			1.000 ^c
มี	16 (61.54)	16 (61.54)	
ไม่มี	10 (38.46)	10 (38.46)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า			.490 ^b
อยู่กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	2 (7.69)	0 (0.00)	
อยู่กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	24 (92.31)	26 (100.00)	
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย			.578 ^c
ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	13 (50.00)	15 (57.69)	
มีกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	13 (50.00)	11 (42.31)	
มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			1.000 ^c
มาก-มากที่สุด	9 (34.62)	9 (34.62)	
น้อย-ปานกลาง	17 (69.23)	17 (69.23)	

^aIndependence t-test, ^bFisher's exact test, ^cChi-square

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มทดลอง ($M = 47.46$ ปี, $SD = 12.11$) และกลุ่มควบคุม ($M = 47.73$ ปี, $SD = 13.61$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร เพศหญิงร้อยละ 61.54 และ 61.54 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 61.54 และ 61.54 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อวันมากกว่า 4 ชั่วโมง ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p\text{-value} > .05$)

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

คะแนนภาระในการดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง			-2.10	25	.045
ก่อนทดลอง	38.62	10.06			
หลังทดลอง	34.12	8.56			
กลุ่มควบคุม			-0.78	25	.440
ก่อนทดลอง	40.04	9.94			
หลังทดลอง	39.69	9.29			

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนภาระในการดูแลเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน พบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=52$)

คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแล	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง				-0.51	.612
กลุ่มทดลอง	26	38.61	10.06		
กลุ่มควบคุม	26	40.04	9.94		
หลังทดลอง				-2.25	.030
กลุ่มทดลอง	26	34.12	8.56		
กลุ่มควบคุม	26	39.69	9.29		

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ถือว่าเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะการรับรู้เต็มที่เมื่อได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ (Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดี มีทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดี

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นบุตร เนื่องจากสังคมไทยมีวัฒนธรรมที่เพศหญิงได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว สามารถดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในระดับสูง ส่วนเพศชายมีบทบาทหน้าที่หารายได้หลักของครอบครัว และบริบทของสังคมไทยมีการยึดถือในหลักของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยบุตรต้องเป็นผู้ดูแลบิดามารดาเมื่ออายุมากขึ้นหรือเจ็บป่วย (Muenhor & Poonpol, 2016; Pengsa-iium, Chaiyasung, Pongsupasa, & Joomjana, 2017; Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018) การที่ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ทำให้รู้สึกว่ามีแหล่งสนับสนุนมีผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระไม่รู้สึกว่าตนเองต้องแบกรับการดูแลไว้คนเดียว (Kongnirundon, Vatanasin, & Nabkasorn, 2018) การที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้โรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางทำให้พร้อมที่จะได้รับการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นต่อบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำให้มีการดูแลลดลง (Meanmit & Wongpanarak, 2024)

จากผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และกลุ่มทดลองความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า การดำเนินกิจกรรมสามารถส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมช่วงแรกให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญ สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข Vipavanich (2021) กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสำรวจปัญหาร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการมองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Poomsanguan, 2015) กระบวนการค้นพบสภาพการณ์จริง ผ่านกิจกรรม “รู้จักตน จะพ้นทุกข์” Chansri, Samrannet, & Kor-issaranuphab (2021) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเข้าใจตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ จะแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ทำให้บุคคลมีพลังอำนาจ เกิดความมั่นใจในตนเอง ดังนั้นในการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตอบสนองด้านต่าง ๆ โดยตระหนักว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ผ่านกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” โดยให้พยายามคิดทบทวนเหตุการณ์ ผ่านการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลเลือกการ์ดสี ทำให้ง่ายในการแสดงออกแทนความรู้สึก โดยเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและวางแผน เป็นการกระตุ้นให้สะท้อนคิดสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไตร่ตรองสภาพการณ์อย่างรอบคอบซึ่ง Meanmit & Wongpanarak (2024) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และเข้าใจโรค สามารถที่จะรับมือและจัดการกับอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการดำรงชีวิตที่ดี (Singhard, 2016) เปิดโอกาสให้ทบทวนประสบการณ์การดูแลในด้านบวก เพิ่มความมั่นใจในการดูแล และเพื่อเป็นการลดความเครียดในการดูแล ซึ่งช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแล (Khunarak, 2019)

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” ผู้วิจัยกลุ่มทดลองนำเป้าหมายที่กำหนดมาวางแผน เมื่อผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกการดูแลในการปฏิบัติดูแลที่ช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และเพิ่มความสามารถในการดูแลเพิ่ม ซึ่ง Suvanayos & Thapinta (2018)

กล่าวว่าการที่บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพการณ์ที่แท้จริงของผู้ดูแลทำให้สามารถประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดกิจกรรมได้ฝึกคิดด้วยตนเอง มาจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประเมินได้จากการวางแผน (Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018)

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 “รู้ลงมือทำ สม่่าเสมอ” เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม ติดตามว่าสามารถนำวิธีการที่ตัดสินใจเลือกไปใช้ได้หรือไม่ Chansri, Samrannet, & Kor-issaranuphab (2021) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหา วิเคราะห์ สะท้อน และการเสริมแรงทางบวกส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภูมิใจ และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Chaowararak & Soonthornchaiya, 2016) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ เป็นการติดตามประเมินผล และยุติโปรแกรมฯ ผ่านกิจกรรมที่ 5 “รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” ติดตามว่าผู้ดูแลสามารถนำวิธีการที่ตัดสินใจเลือก นำไปปฏิบัติเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นและตอบสนองความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018) โดยสามารถประเมินผลลัพธ์ทางบวก 4 ประการ ได้แก่ 1) การพัฒนาตนเอง 2) ความสามารถในการควบคุม 3) ความรู้สึกพึงพอใจ และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ส่วนผลลัพธ์ทางลบ 3 ประการ ได้แก่ 1) การไม่ได้รับการยอมรับ 2) การมีความรับผิดชอบเกินความจำเป็น และ 3) การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Gibson, 1995)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังจากที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพสอดคล้องโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Stepanian, Larsen, Mendelsohn, Mariussen, & Heggdal, 2023) ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลข้างต้น ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลงได้ เนื่องจากโปรแกรมฯ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ (Gibson, 1995) ทำให้ตระหนักในความสามารถ เพิ่มความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ดี เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Naewbood, 2015; Prateepeteranun & Lueboonthavatchai, 2015) นอกจากนี้ (Chansri, Samrannet, & Kor-issaranuphab, 2021) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลด้านต่าง ๆ เช่น ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระการดูแล เพิ่มทัศนคติการดูแล และเพิ่มความสามารถการดูแลตัวเอง เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกพยายามเข้าใจบทบาทของตนเองเพื่อปรับปรุงความสามารถในการดูแล (Sakanashi & Fujita, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และจัดทำเป็นคู่มือสำหรับทีมสหวิชาชีพนำไปใช้ในคลินิกที่ดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. การนำโปรแกรมฯ ไปใช้ สามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาสามารถเชื่อมโยงกับความเชื่อส่วนบุคคลหรือความเชื่อทางศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อทดสอบความคงอยู่ของโปรแกรมฯ ว่าสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ควรมี

การติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มากกว่านี้

2. เพื่อดูความเสถียรของผลทดลองควรรนำโปรแกรม ฯ ไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน ในแต่ละภูมิภาค ต่างสถานที่และวัฒนธรรม เช่น 3 จังหวัดชายแดนใต้ นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าพื้นที่อื่น อาจศึกษาผลของโปรแกรม ฯ ในผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลาม

3. การคัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน อาจให้ผลของโปรแกรม ฯ ที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มีความรุนแรงมากและน้อยเปรียบเทียบผลของโปรแกรม ฯ

4. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดความรู้สึกเป็นภาระและให้สามารถดูแลได้มีคุณภาพมากขึ้น ควรเทียบกับโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล เป็นต้น

References

- Chanapan, N. (2020). Patients with major depressive disorder: nurses' role in promoting for patients' self-care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 32(1), 75-88.
- Chansri, P., Samrannet, W., & Kor-issaranuphab, N. (2021). Empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(11), 112-125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Chaowarak, N. & Soonthornchaiya, R. (2016). Expericence of elderly caregivers in caring for elderly depressed patients. *The Journal of Nursing Research and Mental Health*, 30(1), 110-122.
- Department of Mental Health. (2017). *Guidelines for depression at provincial level (Revised Edition IV; 2017)*. Nontaburi: Department of Mental Health. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Heidari, T., Mousavi, S. M., Mousavinasab, S. N., & AzimiLolaty, H. (2020). Effect of family and patient centered empowerment program on depression, anxiety and stress in patients with obsessive-compulsive disorder and their caregivers' burden. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), 482-489.
- Jalali, A., Ziapour, A., Karimi, Z., Rezaei, M., Emami, B., Kalhori, R., et al. (2024). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24(1), 809.
- Jirawatkul, A. (2013). *Statistics for health science research*. Bangkok: Witthayaphat Co., Ltd. (in Thai).

- Khatta, N., Hanprasitkam, K., & Siripitayakunkit, A. (2018). Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 108-129.
- Khunarak, U. (2019). Stressor, burden and supports needed by the caregivers of the elderly with depressive disorders. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 12(1), 36-47.
- Kongnirundon, S., Vatanasin, D., & Nabkasorn, C. (2018). Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(3), 118-132.
- Meanmit, S. & Wongpanarak, N. (2024). The relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden in caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Health and Nursing Education*, 30(1), 49-64.
- Muenhor, C. & Poonpol, S. (2016). Factors associated with the caregivers, role in caring for the elderly in Nakhon Phanom Province. *Nakhon Phanom University Journal*, 6(1), 79-86.
- Naewbood, S. (2015). Effects of empowerment program on self-care ability of a family caregiver. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 30-40.
- Noisuk, S. & Pimpimol P. (2021). The effects of empowerment program on caring burden for caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Nursing Division*, 48(2), 30-41.
- Pengsa-ium, V., Chaiyasung, P., Pongsupasa, V., & Joomjana, S. (2017). The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in the community. *Journal of Nursing and Health Research*, 18(3), 83-95.
- Phalasak, T., Soonthornchaiya, R., & Upasen, R. (2017). The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder. *The journal of psychiatric nursing and menatl health*, 31(1), 60-74.
- Poomsanguan, K. (2015). Health empowerment: nurses' important role. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 86-90.
- Prateepeteranun, W. & Lueboonthavatchai, O. (2015). The effects of empowerment program on coping ability of suicidal attempts. *The Journal of Psychiatric Nursing and Menatl Health*, 29(2), 103-115.
- Sakanashi, S. & Fujita, K. (2017). Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(5), doi: 10.1111/ijn.12573.
- Seenak, T., Nukaew, O., & Suttharangsee, W. (2018). Factors predicting caregivers' capabilities in caring for older persons with major depressive disorder (MDD). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 216-230.
- Setapura, P. & Chaisongkram, N. (2021). Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in Thailand. *Regional Health Promotion Center* 9, 16(3), 1070-1084.
- Singhard, S. (2016). Nursing of the elderly with depression. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 18(3), 15-24.

- Stepanian, N., Larsen, M. H., Mendelsohn, J. B., Mariussen, K. L., & Heggdal, K. (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. *BMC Health Services Research*, 23(1), 911.
- Suvanayos, C. & Thapinta, D. (2018). Role of nurse in decrease caregiving burden with dementia patients. *Nursing Journal*, 45(4), 229-239.
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75.
- Vipavanich, S. (2021). Role of psychiatric nurses in therapeutic relationship building. *Reginval Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 732-743.
- Wongpanarak, N. & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: a significant mental health problem of elderly. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 24-31.
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder*. Retrieved November, 1, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Yimyam, N. & Rodjarkpai, Y. (2017). Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon kaen*, 24(2), 46-58.

การพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Development of a Care Management Model for Dependent Older Adults
in the Community Health Center of Kantang Hospital, Trang Province

ปรีชา ถิ่นนัยธร¹, จุฑาทิพย์ เสนีย์¹, สุวิมล จิตรแก้ว¹ และ บุปผา รักษานาม^{2*}

Preecha Tinnaitorn¹, Jutatip Sanee¹, Suwimon Jitkaew¹ and Buppha Raksanam^{2*}

¹ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง,

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Community Health Center, Kantang Hospital, Trang Province,

²Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

(Received: November 16, 2024; Revised: January 1, 2025 ; Accepted: February 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระยะเวลา ศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาปัญหาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ 16 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 คน รวม 19 คน (2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล แบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความรู้ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Content analysis

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล กันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า PCT Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ P: Process กระบวนการ, C: Care Management การจัดการบริการดูแล และ T: Technology เทคโนโลยี หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความรู้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนได้รับการ พัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของพัฒนารูปแบบการจัดการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ได้แก่ การร่วมกันทำงานเป็นทีมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุ และร่วมกันพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท และชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการบริหาร จัดการในการวางระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, คุณภาพชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Buppha@scphtrang.ac.th)

Abstract

This action research aimed to develop a care management model for dependent older adults by family caregivers and caregivers in the Community Health Center of Kantang Hospital, Kantang District, Trang Province. The study was conducted from October 2023 to September 2024 and was divided into three phases: (1) situation analysis, (2) model development, and (3) model evaluation. The sample was divided into two groups: (1) 16 family caregivers and 3 caregivers, totaling 19 participants, and (2) 16 dependent older adults. Data collection included both quantitative and qualitative methods. The research instruments consisted of a personal information questionnaire for dependent older adults, a survey on problems and needs of dependent older adults and their caregivers for problem analysis in collaboration with community networks, the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire, knowledge and skill assessment tools for caregiving, in-depth interviews, and focus group discussion guidelines. Data analysis was conducted using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and content analysis.

The study found that the developed care management model for dependent older adults in the Community Health Center of Kantang Hospital, Kantang District, Trang Province, was called the PCT Model. It consisted of three key components: P (Process), C (Care Management), and T (Technology). After implementing the model, the caregiving knowledge, and skills of caregivers, as well as the quality of life of older adults, significantly improved, with statistical significance at the 0.05 level. The key factors contributing to the success of this care management model included teamwork and collaboration with community networks, problem analysis, and identifying the needs of older adults. The model was developed to align with the local context, allowing the community to apply it effectively in managing and improving the care system for dependent older adults.

Keywords : Care Management Model, Dependent Older Adults, Quality of Life

บทนำ

สังคมประชากรสูงวัยเป็นสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลกแตกต่างกัน ในปี 2562 จำนวนประชากรโลกได้เพิ่มขึ้นเป็น 7,713 ล้านคน โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ จำนวนผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มวัยได้เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จำนวน 576 ล้านคน (ร้อยละ 7.74) (2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 299 ล้านคน (ร้อยละ 3.88) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 143 ล้านคน (ร้อยละ 1.85) (World Health Organization, 2020) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีประชากรรวม 66 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 12.80 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง 7 ล้านคน และผู้สูงอายุเพศชาย 5.6 ล้านคน จำแนกตามช่วงอายุ ได้ดังนี้ อายุ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.69, อายุ 70–79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 29.38, อายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.43, อายุ 90 – 99 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.24 และอายุ 100 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.26 และในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน มีการดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 7,664,842 คน ร้อยละ 76.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่ามีผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.85 และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.54 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.61 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022)

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทและภารกิจหลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในทุกระดับ บนฐานข้อมูลและองค์ความรู้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุสุขภาพดี ตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลและเข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุข ในการดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ จากนโยบายถึงการดูแลที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ภายใต้โครงการการขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแบบบูรณาการโดยมีขับเคลื่อนนโยบายระบบการดูแลระยะยาวลงสู่ระดับพื้นที่ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 – 2565 มีเป้าหมายให้ครอบคลุมตำบล ร้อยละ 98 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการ ร้อยละ 98.19 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้สูงอายุทุกรายมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (Bureau of Elderly Health, 2020)

จังหวัดตรัง มีผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 109,520 คน ของประชากรทั้งหมด 505,183 คน ร้อยละ 21.68 อำเภอกันตังมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 12,704 คน ร้อยละ 18.26 และในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีผู้สูงอายุทั้งหมด 801 คน คิดเป็นร้อยละ 22.54 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มติดสังคม 785 คน ร้อยละ 98 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 คน ร้อยละ 1.24 กลุ่มติดเตียง 6 คน ร้อยละ 0.74 (Health Data Center, 2024) ลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่ต่างกันของผู้สูงอายุที่ได้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง นำไปสู่การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มนั้น โดยมีเป้าหมายที่แตกต่าง โดยการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุเป็นเป้าหมายสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพเป็นเป้าหมายเด่นของกลุ่มติดบ้าน และสำหรับกลุ่มติดเตียงเป้าหมายที่ต้องการ คือ การควบคุมอาการ การประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017) ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้รับบริการที่ตรงตามภาวะสุขภาพ สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวมและเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน (Community Health Center of Kantang Hospital, 2024)

การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง และเทศบาลตำบลบางเป้า ได้สมัครเข้าร่วมโครงการและดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2562 ดำเนินงานภายใต้ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในช่วง ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ไม่ได้ดำเนินงานเนื่องสถานการณ์ระบาดโรค COVID-19 และผู้รับผิดชอบงานในส่วนของเทศบาลตำบลบางเป้าย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่น ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่รวดเร็ว เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ขาดผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถในการดูแลที่เหมาะสม โดยที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีเพียงการเยี่ยมบ้านของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หากญาติผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะการดูแล เกี่ยวกับโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Community Health Center of Kantang Hospital, 2024)

แม้ว่าจะมีนโยบายระดับชาติสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ในระดับศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่ชัดเจน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ยังขาดการจัดการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การดูแลยังพึ่งพาโรงพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนขาดระบบบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

ส่งผลให้บริการขาดความต่อเนื่องและไม่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากนี้ การบูรณาการทรัพยากรและบุคลากรในชุมชนยังไม่เป็นระบบที่เป็นรูปธรรม ทำให้การส่งต่อและติดตามผลไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับพื้นที่ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลที่เหมาะสมกับศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง โดยเน้น การบูรณาการทรัพยากร การสนับสนุนจากทุกภาคส่วน และระบบติดตามผลที่มีประสิทธิภาพเพื่อยกระดับ คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Community Health Center of Kantang Hospital, 2024)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพ ชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในสร้างรูปแบบการจัดการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขที่ ดี มีความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะ ได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจสภาพแวดล้อม โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนมี ส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

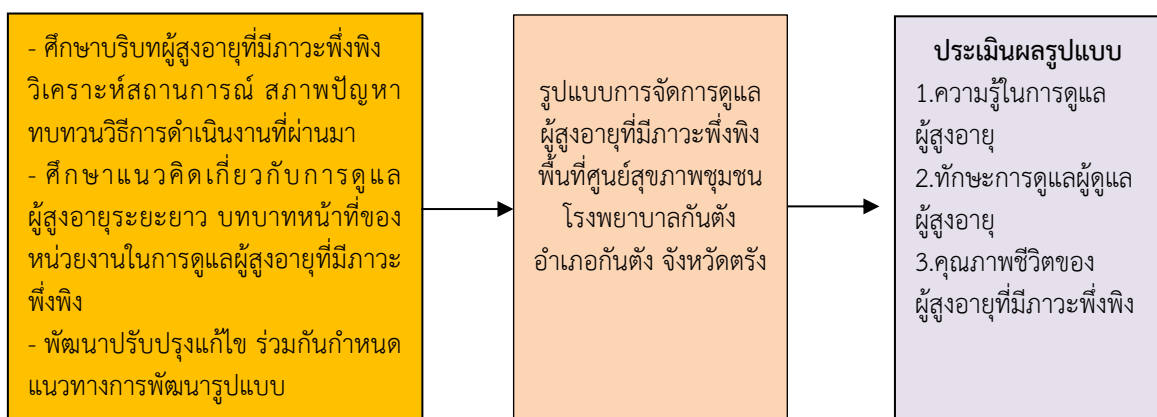
เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ภายใต้แนวคิด ของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มาประยุกต์ใช้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเป็นผู้ว่าจ้างก็ได้เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มเดียวกันและจำนวนเท่ากับประชากร แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 คน
2. ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ญาติผู้ดูแล จำนวน 16 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน ทั้งหมด 19 คน
3. ระยะประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1) ประเมินความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน ทั้งหมด 19 คน

2) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 คน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนประเมิน (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน 2) เป็นญาติผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำลังทำหน้าที่ในปัจจุบัน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย และ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารกับผู้อื่นได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และเสียชีวิตจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกิดมีสภาพอาการเจ็บป่วยรุนแรง จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และ 3) ปฏิเสธความร่วมมือในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ

2) แบบสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการนำเสนอในการทำประชาคม 7 ข้อ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความทรงจำ ทางด้านสังคม ทางด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่อยู่ประจำ

3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เรื่องการดูแลช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ

4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้คะแนนเป็นผลการปฏิบัติ คือ 0 คะแนน (ไม่ปฏิบัติ), 1 คะแนน (ปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอน) และ 2 คะแนน (ปฏิบัติถูกต้องทุกขั้นตอน) จำนวน 20 ข้อ และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าผลรวม

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (World Health Organization, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ให้เลือกตอบ 1 คะแนน (ไม่เลย) 2 คะแนน

(เล็กน้อย) 3 คะแนน (ปานกลาง) 4 คะแนน (มาก) และ 5 คะแนน (มากที่สุด) และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนน 5 (ไม่เลย) 4 คะแนน (เล็กน้อย) 3 คะแนน (ปานกลาง) 2 คะแนน (มาก) และ 1 คะแนน (มากที่สุด)

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)

2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ชุดที่ 1: แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ชุดที่ 2: แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ชุดที่ 3: แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุดที่ 4: แบบบันทึกการถอดบทเรียน และ ชุดที่ 5: แบบบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness of data) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลภาคสนามมาตรวจสอบคุณภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ ป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) การศึกษาที่ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ

ข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 โดยนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่า Kuder Richardson 20-KR-20 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเท่ากับ 0.80 และค่าอำนาจจำแนก แบบประเมินความรู้ มีค่าอยู่ในช่วง 0.20 - 1.00 และ ค่า Cronbach's alpha coefficient แบบประเมินทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.8 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative method) และเชิงปริมาณ (Quantitative method) ศึกษาในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 - กันยายน พ.ศ. 2567 การเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ร่วมวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ทบทวนวิธีการดำเนินงานที่ผ่านมา ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ร่วมปฏิบัติ (Action) โดยออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง นำแผนจากขั้นตอนการไปสู่การปฏิบัติตาม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ สร้างการมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมระหว่างทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยพื้นที่ ทีมสหวิชาชีพ

3. ร่วมสังเกตผล (Observation) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผลการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกันเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการดำเนินงานด้านจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ร่วมสะท้อนผล (Reflection) โดยจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นเรื่องปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประกอบอาชีพ มีรายได้ ลักษณะครอบครัว สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยสถิติ Paired t-test ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า $p > 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (รหัสโครงการวิจัยที่อนุมัติ เลขที่ P085/2567)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับการนำเสนอในการทำประชาคม ดังนี้

1.1 จากข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 13 ข้อ พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ (1) เพศหญิง ร้อยละ 53.33, (2) อายุอยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.00, (3) สถานภาพ สมรสและหม้าย ร้อยละ 46.77, (4) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00, (5) มีระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.33, (6) ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 100.00, (7) มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.33 (8) เบี้ยยังชีพผู้พิการ ร้อยละ 60.00, (9) มีรายได้ต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 100.00, (10) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 80.00, (11) ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 80.00, (12) ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และร้อยละ 93.33 และ (13) มีผู้ดูแล ร้อยละ 100.00

1.2 สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง ได้แก่ (1) ด้านสุขภาพกาย พบว่า เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 60.00 และเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทั้งหมด (ติดเตียง) ร้อยละ 40.00 การเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องไปพบแพทย์บ่อย ๆ แต่ขาดผู้พาไป ร้อยละ 100.00 และพิการ ประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ร้อยละ 53.33, (2) ด้านสุขภาพจิต พบว่า ฉุนเฉียวง่าย ซึมเศร้า ร้อยละ 40.00 วิตกกังวล ร้อยละ 20.00 ซึมเศร้า ร้อยละ 6.67, (3) ด้านความทรงจำ พบว่า หลงลืมบ่อย ๆ ร้อยละ 46.67 ความจำเสื่อม ร้อยละ 20.00, (4) ด้านสังคม พบว่า ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 93.33 ไม่มีบุตรหลานดูแล (ขาดผู้ดูแล) ร้อยละ 20.00 มีคนในครอบครัวพิการเป็นอัมพาต ร้อยละ 6.67 คนในครอบครัวเดียวกันทุกชายาเกิดดร้อน ร้อยละ 6.67, (5) ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.00 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 73.33 ต้องการประกอบอาชีพแต่ร่างกายไม่แข็งแรง ร้อยละ 33.30 ยากจนหรือมีรายได้ ประกอบอาชีพแต่ขาดทุน ร้อยละ 20.00 รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 13.33, (6) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม พบว่า สภาพภายในที่อยู่อาศัยไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีราวจับในห้องน้ำ ร้อยละ 33.33 บันไดไม่มีราวจับและสูงชัน ร้อยละ 26.67 ที่อยู่อาศัยทรุดโทรมต้องซ่อมแซม ร้อยละ 13.33 พื้นภายในบ้านไม่เรียบไม่เสมอกัน ส้วมเป็นนังยอง บริเวณที่อยู่อาศัยเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 6.77 ส่วนความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และ อสม.

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนา กลุ่ม พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ภาวะพึ่งพิงและความเสี่ยงทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ขาดโอกาสในการทำกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีเวลาและสถานพยาบาลอยู่ห่างไกล

“การดูแลผู้สูงอายุมันไม่่ง่ายเลย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ขาดอรรถภาพ ไม่สามารถทำอะไรได้เอง ต้องมีคนช่วยตลอดเวลา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เมื่อก่อนได้ไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลมั่ง เดียวนี้ไม่ได้ไปถึงฉันทะไม่วางจะพาไป ที่นี้อรรถภาพหาเดิมไม่ได้มีเวลาทำกายภาพเพราะฉันทะต้องทำงานบ้านหลายอย่าง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

2. ความท้าทายของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลที่ถูกต้อง มีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากไม่มีความรู้เฉพาะทาง ภาระงานบ้านและภารกิจอื่นๆ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

“บางครั้งฉันรู้สึกท้อแท้ค่ะ เพราะไม่แน่ใจว่าทำถูกต้องไหม ฉันไม่มีทักษะหรือความรู้เฉพาะทางในการดูแล ทำให้รู้สึกวิตกกังวล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

3. ความต้องการการสนับสนุนและฝึกอบรม ผู้ดูแลต้องการอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเป็นประจำ ต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น เตียงพยาบาล และอุปกรณ์สำหรับกายภาพบำบัด เสนอให้มีการตรวจสุขภาพโดย อสม. อย่างสม่ำเสมอ เช่น วัดความดัน เฝ้าไข้ น้ำตาล เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง

“อยากให้หมอมาเยี่ยมบ่อยๆ ได้ช่วยทำกายภาพให้คนไข้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“อยากให้ อสม. มาวัดความดัน เฝ้าไข้ น้ำตาลให้บ่อยๆ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ถ้ามีการอบรมที่ไม่กี่วัน จะดีมากคนที่แลคนไข้ก็จะมี ความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยลดความวิตกกังวลได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“อยากให้มีการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ อยากได้ผ้าอ้อมหรือของใช้ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ รถเข็น เตียง ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แล้วก็อยากให้มีการจัดอบรมระยะสั้นๆ เพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแล และอยากให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้านแนะนำการดูแลและดูแลด้านจิตใจด้วย เพราะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเป็นเรื่องที่หนักพอสมควร” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

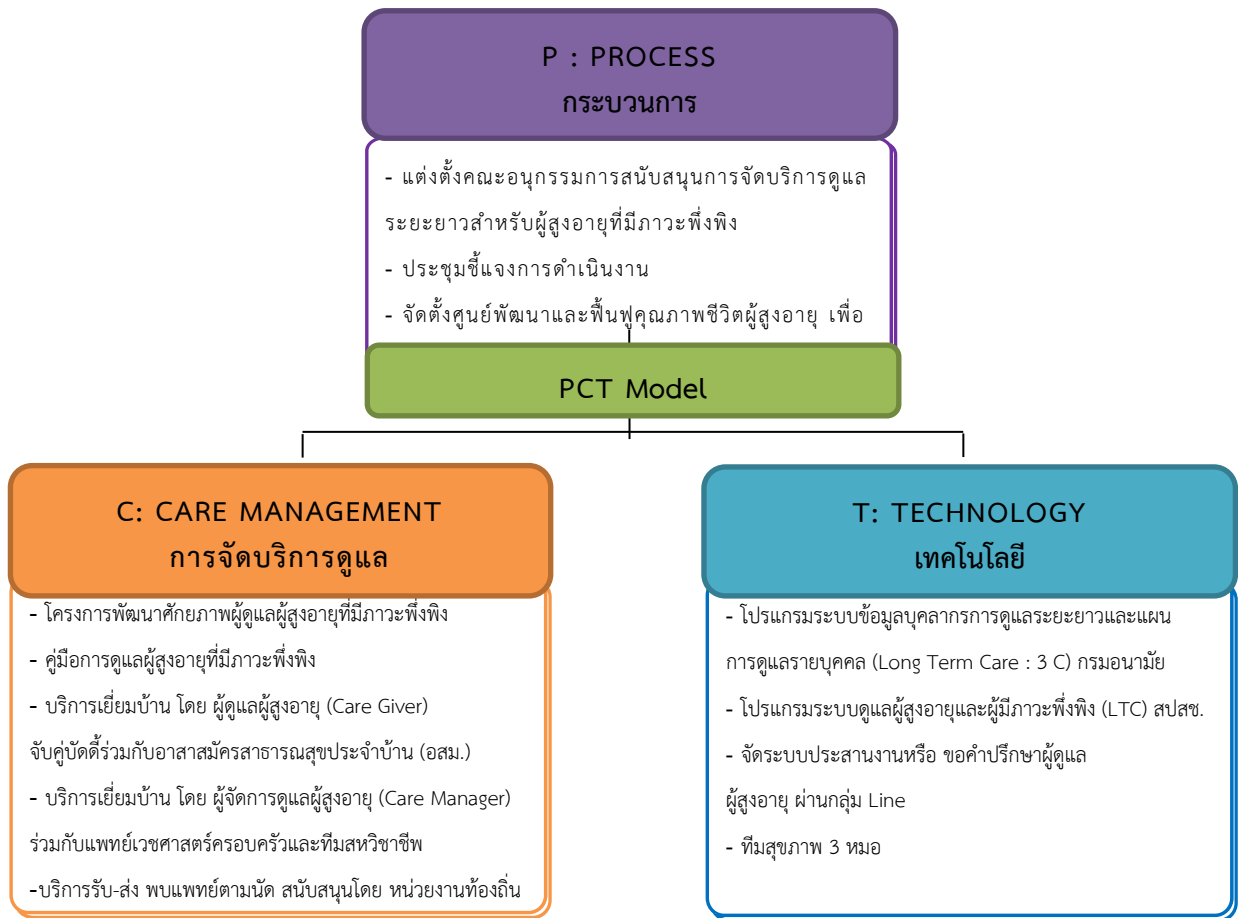
2. ผลการพัฒนาแบบแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย PCT Model ได้แก่ P : Process, C : Care Management, T : Technology

รูปแบบ PCT Model พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีรายละเอียดการดำเนินการพัฒนาดังนี้

P : Process กระบวนการ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อจัดหาและสนับสนุนเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

C : Care Management การจัดบริการดูแล ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, บริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จักรบำบัด ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.), กระบวนการหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้หลัก 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรกและอนามัยเป็นหลัก, บริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ, บริการรับ-ส่ง พบแพทย์ตามนัด สนับสนุนโดยหน่วยงานท้องถิ่น

T : Technology เทคโนโลยี โปรแกรมบันทึกข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบ 3C กรมอนามัย, โปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) สปสช., ระบบ Line กลุ่ม CG จัดระบบประสานงาน หรือขอคำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมสุขภาพ 3 หมอ ดังภาพ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง (PCT Model)

3. ผลการประเมินรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ในด้านความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุของญาติผู้ดูแล และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ฯ (n=15)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value*
	M	SD	M	SD		
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	14.33	1.25	18.07	1.31	8.07	<0.001
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ	13.06	1.89	18.07	1.29	9.37	<0.001
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	52.93	10.17	94.74	12.34	10.74	<0.001

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, * Paired t-test

จากตาราง 1 คะแนนการประเมินด้านความรู้ ด้านทักษะ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง

จังหวัดตรัง พบว่า คะแนนผลการประเมินความรู้ ทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังได้รับการพัฒนารูปแบบ สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความทรงจำ และสังคม อีกทั้งยังประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีทักษะและความรู้ที่เพียงพอ (World Health Organization, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Thakur, Banerjee, & Nikumb, 2021) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังและข้อจำกัดทางร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chen, Hicks, & While, 2019) ยังสนับสนุนว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สุขภาพโดยรวมแย่ลง

สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแล จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือขาดแคลนผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาระหนักต่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thakur, Banerjee, & Nikumb, 2021) ซึ่งศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของอินเดีย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังและข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพที่จำเป็น นอกจากนี้ ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลงอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chen, Hicks, & While, 2019) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศจีน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Liu, Yang, & Zhao, 2020) ที่พบว่าการฝึกอบรมผู้ดูแลสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลที่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดความเครียดของผู้ดูแลได้ แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควร มีการบูรณาการวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่าน PCT Model ซึ่งประกอบด้วย Process, Care Management และ Technology นั้น พบว่าช่วยทำให้การปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการฝึกอบรมผู้ดูแล การจัดระบบเยี่ยมบ้าน และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Ministry of Public Health, Thailand, 2022) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim & Park (2018) ที่แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลแบบองค์รวมช่วยลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Kim & Park (2018) ยังพบว่าการใช้เทคโนโลยีและการสนับสนุนจากชุมชนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย PCT Model โดยหัวข้อที่กิจกรรมพัฒนา ดังนี้ 1) P : Process (กระบวนการ) แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชุมชี้แจงการดำเนินงานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อจัดหาและสนับสนุนเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) C : Care Management (การจัดบริการดูแล)

ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง การบริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จับคู่บัดดี้ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.) ด้วยกระบวนการหลักการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้หลัก 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรกและอนามัยเป็นหลัก บริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ บริการรับ-ส่ง พบแพทย์ตามนัด สนับสนุนโดยหน่วยงานท้องถิ่น 3) T : Technology (เทคโนโลยี) โปรแกรมบันทึกข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบ 3C กรมนามัย, โปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) สปสช., ระบบ Line กลุ่ม CG จัดระบบประสานงาน หรือขอคำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมสุขภาพ 3 หมอ ซึ่งสอดคล้องกับ Thongin & Promasatayaprot (2020) ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nusuntara (2024) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอนพพิตสัย จังหวัดหนองคาย ที่ทำให้ญาติมีความรู้เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อใดๆ ญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับดี

ผลการประเมินรูปแบบ PCT Model พบว่าผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นอย่างชัดเจน การศึกษาในอดีตยังสนับสนุนว่า โมเดลการดูแลที่มีองค์ประกอบครบถ้วนทั้งด้านกระบวนการ การจัดการดูแล และเทคโนโลยี สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kantha (2021) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่า ความรู้หลังจากการพัฒนารูปแบบ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Robrujen (2017) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim & Park (2018) ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง พบว่าโปรแกรมที่ครอบคลุมช่วยลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saivaew, & Promasatayaprot (2021) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีคือการได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่าน PCT Model สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้โดยการนำกิจกรรมการพัฒนาและส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุมาใช้ในลักษณะที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีคุณภาพ เช่น การจัดอบรมที่ตอบโจทย์และเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวลและความรู้สึกท้อแท้ของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น จะช่วยในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถนำรูปแบบการดูแลไปปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ชุมชนต่างๆ ตามความเหมาะสม เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ การใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแล เช่น ระบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุและการ

จัดการกับการติดตามข้อมูลสุขภาพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรขยายกลุ่มตัวอย่างและศึกษาผลในระยะยาวเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและแม่นยำมากยิ่งขึ้น ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผลการใช้บริการสุขภาพ รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ควรศึกษาและทดสอบการใช้เทคโนโลยีใหม่ เช่น แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพและการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อประเมินผลกระทบต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ PCT Model กับโมเดลการดูแลอื่นๆ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์และความคุ้มค่าในด้านต่างๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและประสิทธิผลในการดูแล และควรศึกษาและพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในด้านจิตวิทยา การจัดการกับความเครียด และการใช้เทคโนโลยี เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ

References

- Bureau of Elderly Health. (2020). *Dependent elderly*. Nonthaburi; Department of Health. (in Thai)
- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2019). Depression and related factors in older people in China: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 31-45.
- Community Health Center of Kantang Hospital. (2024). *Annual report 2024: care management for dependent elderly in community health center report*. Trang Province. (in Thai)
- Department of Health Ministry of Public Health, Thailand. (2022). *National policy for long-term care of elderly people in Thailand*. Nonthaburi; Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Elderly*. Nonthaburi; Ministry of Public Health. Retrieved April 18, 2024 from <https://trg.hdc.moph.go.th/>. (in Thai)
- Kantha, T. (2021). Development of elderly dependency care pattern in Suad sub-district health promoting hospital, Banluang district, Nan province. *Journal of Health Science*, 30(3), 9-13.
- Kemmis, S. & McTaggart, R., (1988). *The action research planner*. Deakin University.
- Kim, H., & Park, M. (2018). Effectiveness of a comprehensive care program for older adults with frailty in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 39(5), 520-527.
- Liu, C., Yang, L., & Zhao, X. (2020). The impact of caregiver training on the quality of home care for older adults: A quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 12-21.
- Nusuntara, N. (2024). Development of a care model for the elderly with dependency by caregivers in the community Community Health Center, Phon Phisai Hospital, Phon Phisai District, Nong Khai Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 9(3), 133-142.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2017). *Long-term care system for the elderly in Thailand*. Bangkok: Ministry of Interior. (in Thai)

- Saivaew, S., Promasatayaprot, V., (2021). The development of long-term care systems for the dependent elderly in Nacharoen sub-district Det-Udom district UbonRatchathani province. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 8-12.
- Robrujen, S. (2017) Development of the elderly care model for elderly caregivers, Warinchamrab district, Ubon Ratchathani province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3), 6-10.
- Thakur, R., Banerjee, A., & Nikumb, V. (2021). Health problems among the elderly: A cross-sectional study in a rural community of India. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 25(2), 74-81.
- Thongin, D., & Promasatayaprot, V. (2020). The development of long term care for the elderly dependency system of long term care fund in Hanna Ngam subdistrict administrative organization, Sribunruang district, Nongbualamphu province. (Master's thesis, Faculty of Public Health, Mahasarakham University). Mahasarakham. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *WHOQOL-BREF-THAI: The brief version of the World Health Organization quality of life assessment (Thai version)*. Retrieved May 25, 2024 from <https://dhes.moph.go.th>.
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing 2020–2030*. Geneva; Switzerland.

การพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ
เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

The Development of the SMARTCARE-Telehealth Program for
Older Adult Care in Primary Care Units of the Songkhla Hospital Network

สรสรเสริญ อึ้งเอ็ง*, จักรพงษ์ เหมราชต์จิระกุล และ เพ็ญศิริ อัทธาวงศ์

Sunsern Ui-eng*, Jakapong Hemmaratchirakul and Phensiri Atthawong

โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

Songkhla Hospital, Songkhla Province

(Received: November 25, 2024; Revised: January 31, 2025 ; Accepted: February 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) พัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth และ (3) ศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านสถิติและข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลด้วย SMARTCARE-Telehealth ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก คือ ระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลความรู้ทางไกล ระบบติดตามพิกัดผู้สูงอายุ และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application 3) ศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth และทดลองใช้ระบบในเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา ที่มีประสบการณ์รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย โดยวิธีเลือกเฉพาะเจาะจง การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาในการใช้งานโปรแกรมนี้ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวได้ทดสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ 0.93 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ดี และทดสอบความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 แสดงให้เห็นว่ามีความสอดคล้องและความเชื่อถือได้สูง

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพทางไกลด้วย SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับ "ดีเยี่ยม" ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบนี้สามารถช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพทางไกล, ผู้สูงอายุ, SMARTCARE-Telehealth, การพัฒนาระบบ, ความตรงเชิงเนื้อหา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: adeptkong@hotmail.com)

Abstract

The objective of this research and development was to 1) study the health situation of older adults in the area, 2) develop the SMARTCARE-Telehealth program, and 3) assess the content validity of the program. The research process was divided into three steps: 1) studying the current problems by collecting statistical data and identifying limitations in healthcare for older adults in the area, 2) developing a telehealth healthcare system using SMARTCARE-Telehealth, which consisted of four main components: an older adult health screening system, a remote consultation and information system, a system for tracking older adult locations, and an automatic notification system via Line application, and 3) studying the content validity of the SMARTCARE-Telehealth program and testing its use in the primary care network of Songkhla Hospital. The sample for this study consisted of five public health officers from the community health center at Songkhla Hospital who had at least five years of experience in caring for older adults, and the sampling method was purposive. To assess the content validity of the program, a rating scale developed by the researchers was used. The scale was created based on a review of relevant literature and tested for content validity by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.93, which was considered excellent. Internal consistency was tested, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.96, indicating high consistency and reliability.

The research findings indicated that the SMARTCARE-Telehealth system for older adult healthcare was suitable and feasible for real-world implementation. The sample group rated the system's feasibility as 'excellent,' demonstrating that this system could effectively support the healthcare of older adults.

This study highlights the importance of developing medical technology to promote the healthcare of older adults.

Keywords: Telehealth, Older Adults, SMARTCARE-Telehealth, System Development, Content Validity

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นความท้าทายในการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคมแห่งมหาวิทยาลัยมหิดลระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการจัดการด้านสุขภาพและการบริการที่เหมาะสม ซึ่งจังหวัดสงขลาการให้บริการผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความท้าทายเนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่มีบริบทหลากหลาย ทั้งในเขตเมืองและชนบท ในเขตชนบทยังคงพบปัญหาด้านการเดินทาง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่เขตเมืองมีการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า แต่ยังคงมีความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถรองรับการจัดการภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง เช่น การป้องกันภาวะหกล้ม การดูแลโรคเรื้อรัง และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ (Thai Ministry of Public Health, 2023)

ปัจจุบันจังหวัดสงขลา มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก และเป็นพื้นที่ที่ต้องเผชิญกับปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย (Phungviwatnikul & Voraprateep, 2024) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา มีจำนวนทั้งหมด 214,503 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งจังหวัด ผลคัดกรองสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 9 ล้าน จำนวน 166,835 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 พบปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคที่พบบ่อย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงภาวะหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพเหล่านี้ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและต้องการการบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันทั่วถึงที่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว (Thai Ministry of Public Health, 2023) ด้วยเหตุนี้การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาเสริมบริการสุขภาพผ่านระบบการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) จึงเป็นแนวทางที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ครอบคลุมมากขึ้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายและความลำบากในการเดินทาง ลดช่องว่างในการให้บริการและสามารถตรวจสอบและติดตามสถานะสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้สามารถป้องกันโรคหรือจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาของ Izzo, Fernandez, & Patel (2018) ชี้ให้เห็นว่าระบบ Telehealth มีประสิทธิภาพในการช่วยจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การศึกษาของ Celler, Varnfield, Sparks, Li, Nepal, & Jayasena (2016) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพทางไกลมีความพึงพอใจสูงเนื่องจากสามารถรับบริการดูแลสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดตามอาการเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและเบาหวาน

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) เป็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาระบบสารสนเทศหรือซอฟต์แวร์ มีโครงสร้างการทำงานอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้การพัฒนาซอฟต์แวร์สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้ตลอดทุกขั้นตอนของการพัฒนา ทั้งนี้ SDLC ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ (Requirement analysis) การออกแบบ (System design) การพัฒนา (Development) การทดสอบ (Testing) การใช้งาน (Implementation) และการบำรุงรักษา (Maintenance) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะช่วยลดความเสี่ยงจากข้อผิดพลาดและทำให้โปรแกรมตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างเหมาะสม (Satzinger, Jackson, & Burd, 2011) จากงานวิจัยของ Whelton & Williams (2018) ระบุว่า การพัฒนาระบบด้วย SDLC ช่วยให้การออกแบบและพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทางไกลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น เนื่องจากสามารถตรวจสอบและปรับปรุงระบบได้ในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด โดยมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลที่ตอบโจทย์กลุ่มผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมการติดตามข้อมูลสุขภาพที่สำคัญได้ครบถ้วน ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทการให้บริการในพื้นที่ห่างไกล (Whelton & Williams, 2018)

วัตถุประสงค์วิจัย

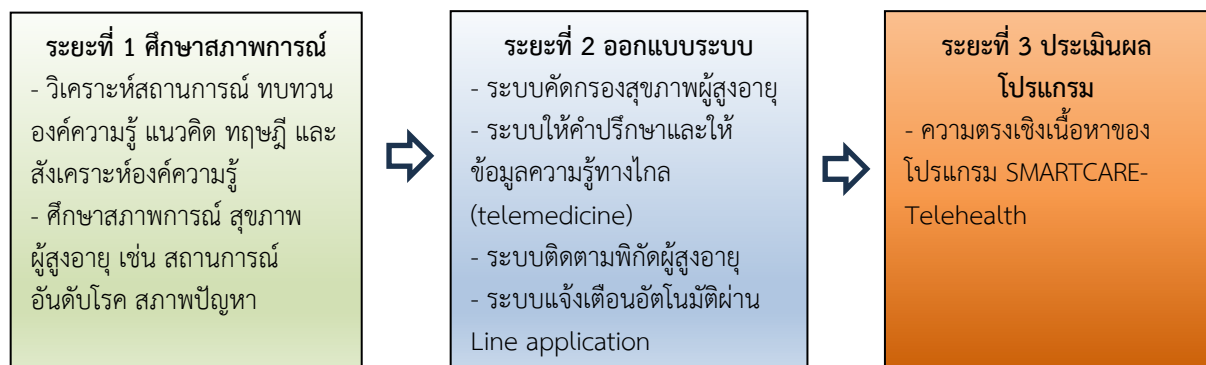
1. ศึกษาสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
2. พัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) ร่วมกับเกณฑ์ชี้วัดมาตรฐานการติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ดังภาพ 1 เพื่อพัฒนาระบบ SMARTCARE-Telehealth ที่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดวงจรพัฒนาระบบนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การศึกษาระบบ (System investigation) ทำการศึกษาสภาพการณ์ สุขภาพ และปัญหาผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) วิเคราะห์ความต้องการของเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งาน
3. การออกแบบระบบ (System design) ออกแบบระบบ เช่น ระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลความรู้ทางไกล (telemedicine) ระบบติดตามพิกัดผู้สูงอายุ และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application
4. การนำระบบไปใช้ (System implementation) ติดตั้งและทดสอบระบบ SMARTCARE-Telehealth โดยการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจและใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การดูแลรักษาและตรวจสอบระบบ (System Maintenance and Review) ทำการทดสอบการทำงานของระบบอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การใช้งานยังคงมีประสิทธิภาพและมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งาน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล SMARTCARE-Telehealth ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลด้วย SMARTCARE-Telehealth และ 3) ศึกษาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารสถิติที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์สุขภาพและจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และฐานข้อมูล JHCIS ของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) โดยเป็นระบบข้อมูลสุขภาพที่พัฒนาโดย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการจัดเก็บและบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน การนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยนี้ ดำเนินการผ่านขั้นตอนดังนี้

1. การเข้าถึงฐานข้อมูล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับการอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล JHCIS โดยใช้สิทธิ์การเข้าใช้งานที่ได้รับการควบคุมจากศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) ตามขั้นตอน PDPA
2. การดึงข้อมูลประชากรและสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ใน JHCIS เช่น ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และข้อมูลเชิงสถิติของผู้สูงอายุ
3. การดึงข้อมูลทำได้โดยการใช้คำสั่ง SQL (Structured Query Language) เพื่อเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เฉพาะ โดยแยกข้อมูลตามหมวดหมู่ เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนและสถิติการรับบริการโรงพยาบาล
4. การตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลที่ดึงจากฐานข้อมูล JHCIS จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและนำมาสังเคราะห์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ

ทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยและปัญหาการเดินทางมาที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุหรือญาติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผ่านระบบ Telehealth การใช้นวัตกรรมเพื่อลดเกิดโรค และประโยชน์จากการใช้งานระบบการดูแลสุขภาพทางไกล

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ผู้วิจัยการออกแบบโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth ในรูปแบบ web application ที่ประกอบด้วยระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลความรู้ทางไกล (telemedicine) ระบบติดตามพิกัดผู้สูงอายุ และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application

การพัฒนาโปรแกรมใช้แนวคิดการพัฒนาด้วยระบบ SDLC (System Development Life Cycle) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

1. การวิเคราะห์ความต้องการ (Requirement Analysis)
2. การออกแบบระบบ (System Design)
3. การพัฒนา (Development)
4. การทดสอบ (Testing)
5. การนำไปใช้ (Implementation)
6. การบำรุงรักษา (Maintenance) ใช้เซิร์ฟเวอร์ (Server) ในการทดสอบที่ได้รับการอนุเคราะห์จาก

ศูนย์บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

1. ภาษาโปรแกรม

1.1 PHP เป็นภาษาหลักที่ใช้ในการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันฝั่งเซิร์ฟเวอร์ (Server-side) เนื่องจากมีความยืดหยุ่นสูงและสามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ PHP พัฒนาโดยบริษัท Zend Technologies และได้รับความนิยมในงานพัฒนาเว็บที่เน้นการโต้ตอบแบบไดนามิกและการจัดการข้อมูล (Welling & Thomson, 2016)

1.2 MySQL ใช้เป็นระบบจัดการฐานข้อมูล (Database Management System) เพื่อเก็บข้อมูลสำคัญ เช่น ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการให้คำปรึกษา ตำแหน่งที่อยู่ และการแจ้งเตือน MySQL พัฒนาโดยบริษัท Oracle และเป็นหนึ่งในระบบฐานข้อมูลที่ได้รับความนิยมสูง เนื่องจากมีความเสถียรและรองรับปริมาณข้อมูลขนาดใหญ่ (Widenius & Axmark, 2002)

1.3 CSS ใช้สำหรับออกแบบและจัดการรูปแบบหน้าตาของเว็บแอปพลิเคชัน โดยช่วยให้ระบบมีความสวยงามและใช้งานได้ง่าย CSS พัฒนาโดย W3C (World Wide Web Consortium) และมีการอัปเดตเวอร์ชันเพื่อรองรับการออกแบบที่ยืดหยุ่นผ่านอุปกรณ์หลากหลายประเภท (Meyer, 2017)

1.4 JavaScript: เป็นภาษาโปรแกรมฝั่งผู้ใช้ (Client-side) ที่ช่วยเสริมความสามารถในการโต้ตอบ เช่น การแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์และการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น โดย JavaScript เป็นผลงานพัฒนาของบริษัท Netscape และเป็นมาตรฐานของการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันแบบอินเทอร์แอคทีฟ (Flanagan, 2020)

2. เครื่องมือพัฒนา

2.1 Visual Studio Code: เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยบริษัท Microsoft ใช้สำหรับการเขียนโค้ดและพัฒนาแอปพลิเคชันที่รองรับภาษาต่าง ๆ โดยมีฟีเจอร์ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การแนะนำคำสั่งอัตโนมัติ (Code Suggestions) และการดีบั๊กโค้ด (Debugging) (Microsoft, 2023)

2.2 Git: เป็นระบบควบคุมเวอร์ชันที่พัฒนาโดย Linus Torvalds ใช้ในการจัดการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของโปรแกรม ช่วยให้ทีมพัฒนาทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเก็บประวัติการเปลี่ยนแปลงของโค้ดได้อย่างเป็นระบบ (Chacon & Straub, 2014)

3. แพลตฟอร์มการใช้งาน

ระบบได้รับการออกแบบให้ทำงานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ ซึ่งผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงได้ทั้งจากคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์พกพา เช่น สมาร์ทโฟน โดยใช้โครงสร้างแบบ Responsive Design เพื่อให้ระบบสามารถแสดงผลได้ดีในทุกขนาดหน้าจอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ) 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ 1 คน

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาความตรงเชิงเนื้อหา มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) ที่มีประสบการณ์รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลารับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ระยะเวลาการทำงาน เป็นต้น

2. โปรแกรมสำเร็จรูปในรูปแบบ Web application ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำโปรแกรมที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ) 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการใช้โปรแกรม โดย อธิบายขั้นตอน วิธีการใช้โปรแกรม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลตามวิธีการของ Cohen & Uphoff (1981) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การอธิบายลักษณะงานวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยและการใช้งานโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจน

2.2 การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างและจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้โปรแกรม

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดตามผลการใช้งานโปรแกรมและประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกโดยกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยให้เจ้าหน้าที่ ดำเนินการใช้โปรแกรมในพื้นที่รับผิดชอบ

ผู้วิจัยติดตาม ประเมินผล การลงข้อมูลของเจ้าหน้าที่. โดยประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ลงข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับจากการลงข้อมูล ได้แก่ ความถูกต้องระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลความรู้ทางไกล (Telemedicine) ระบบติดตามพิทักษ์ผู้สูงอายุ และระบบ

แจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ความรู้ ความเข้าใจ ในการการใช้โปรแกรม การลงข้อมูลที่ถูกต้อง โดยแก้ไขปรับปรุงโปรแกรมจากปัญหาที่พบในระหว่างการใช้งาน ไปพร้อมกัน

2. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความ เป็นไปได้และประสิทธิภาพของระบบ SMARTCARE-Telehealth โดยทดสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น ความสะดวกในการใช้งาน (Ease of Use) ความเหมาะสมเชิง เทคนิค (Technical fit) ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ (Operational feasibility) โดยใช้มาตรวัด Likert scale กำหนด ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถามโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยกำหนดค่าระหว่าง 0.00 ถึง 1.00

ค่าที่ใกล้เคียง 1 แสดงว่ารายการคำถามมีความสอดคล้องสูง

ค่าที่ใกล้ 0 แสดงว่าความสอดคล้องภายในต่ำ

เกณฑ์ทั่วไปในการพิจารณาค่า Cronbach's Alpha ดังนี้

0.90 ขึ้นไป: ดีเยี่ยม (Excellent), 0.80 - 0.89: ดีมาก (Good), 0.70 - 0.79: ดีพอสมควร (Acceptable), 0.60 - 0.69: พอใช้ (Questionable), ต่ำกว่า 0.60: ไม่ควรนำไปใช้ (Poor)

สูตรการคำนวณค่า Cronbach's Alpha

$$\alpha = \frac{N \times c^-}{v^- + (N - 1) \times c^-}$$

โดยที่ N คือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด, c^- คือค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนร่วม (Average covariance) ระหว่างข้อคำถามทั้งหมด, v^- คือค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนในแต่ละข้อคำถาม (Average variance)

การหาความแปรปรวนร่วม (Covariance) และความแปรปรวน (Variance) วิธีการคำนวณดังนี้

1. ความแปรปรวน (Variance)

ความแปรปรวนคือการวัดการกระจายของข้อมูลรอบค่าเฉลี่ย ค่าความแปรปรวนที่สูงแสดงว่าข้อมูลมี การกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมาก คำนวณได้ดังนี้:

$$S^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N}$$

โดยที่: X_i คือค่าของข้อมูลแต่ละตัว, $\bar{X}$ คือค่าเฉลี่ยของข้อมูล, N คือจำนวนข้อมูลทั้งหมด

2. ความแปรปรวนร่วม (Covariance)

ความแปรปรวนร่วมเป็นการวัดว่าข้อมูลสองชุดเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ หากเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน ค่าความแปรปรวนร่วมจะเป็นบวก แต่หากเป็นทิศทางตรงข้ามกัน ค่าความแปรปรวนร่วมจะ เป็นลบ คำนวณได้ดังนี้:

$$(Cov(x, y)) = \frac{\sum (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{N}$$

โดยที่ X_i และ Y_i คือค่าของข้อมูลในแต่ละชุด, $\bar{X}$ และ $\bar{Y}$ คือค่าเฉลี่ยของแต่ละชุดข้อมูล, N คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

วิธีการคำนวณค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

Content Validity Index (CVI) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามหรือเครื่องมือ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามหรือหัวข้อในเครื่องมือว่ามีความเหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการวัดมากน้อยเพียงใด

ขั้นตอนการคำนวณ CVI

1. การให้คะแนนโดยผู้เชี่ยวชาญ

ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหานั้น ๆ ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามมาตรวัด โดยทั่วไปจะใช้มาตรวัด Likert Scale ระดับ 1 ถึง 5 (หรือระดับ 1 ถึง 4) เพื่อประเมินว่าข้อนั้นตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดหรือไม่

คะแนนที่มีความสอดคล้องสูง เช่น 4-5 หรือ 3-4 (ในกรณีใช้มาตรวัด 4 ระดับ) จะถือว่า "ตรงกับเนื้อหา"

2. คำนวณ CVI สำหรับแต่ละข้อ (Item-CVI หรือ I-CVI)

นับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนสูง (เช่น ระดับ 4-5) ในแต่ละข้อ แล้วหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

สูตรสำหรับ I-CVI:

$$I - CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนสูง}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

การคำนวณ CVI โดยรวม (Scale-CVI หรือ S-CVI)

นำค่า I-CVI ของทุกข้อคำถามมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อคำนวณเป็นค่า S-CVI

สูตรสำหรับ S-CVI:

$$S - CVI = \frac{\text{ผลรวมของ } I - CVI \text{ ของทุกข้อ}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

การตีความค่า CVI

ค่า CVI ใกล้ 1 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดในระดับสูง ค่าที่ต่ำกว่า 0.80 บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการปรับปรุงคำถามหรือข้อนั้น ๆ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา ก่อนเริ่มดำเนินการ รหัสหนังสือรับรอง: SKH IRB 2021-Nrl-J3-1040

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีค่าเฉลี่ย 3 ปี คือ 5,558 คน ปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 6,133 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.3 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลัง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128)

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	เพศชาย (คน)	เพศหญิง (คน)
2563	5,267	2,350	2,917
2564	5,580	2,460	3,120
2565	5,827	2,554	3,273
2566	6,133	2,664	3,469

สภาพการณ์ 5 อันดับโรคเรื้อรังผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128) จากฐานข้อมูล JHCIS วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 เวลา 9.00 น. พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละประเภทยของ 5 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลา (PCU128)

ประเภทโรคเรื้อรัง	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	48.17
โรคเบาหวาน	30.97
โรคข้อเสื่อม	12.67
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.12
โรคหลอดเลือดสมอง	4.07

สภาพการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเดินทางมาที่โรงพยาบาล ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลาเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) พบว่า ร้อยละ 70 มีปัญหาในการเดินทางมาโรงพยาบาล จากสาเหตุหลักคือมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการเดินทางมาที่โรงพยาบาล ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือญาติ 30 คนที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสงขลาเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีปัญหาด้านการเดินทางมาที่โรงพยาบาล		
มีปัญหาด้านการเดินทาง	21	70.00
ไม่มีปัญหาด้านการเดินทาง	9	30.00
สาเหตุของปัญหาการเดินทาง		
ระยะทางไกล	9	30.00
ขาดพาหนะเดินทาง	7	23.33
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง	10	33.33
สุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเดินทาง	11	36.67
การเดินทางไม่สะดวกในช่วงเวลาเร่งด่วน	4	13.34

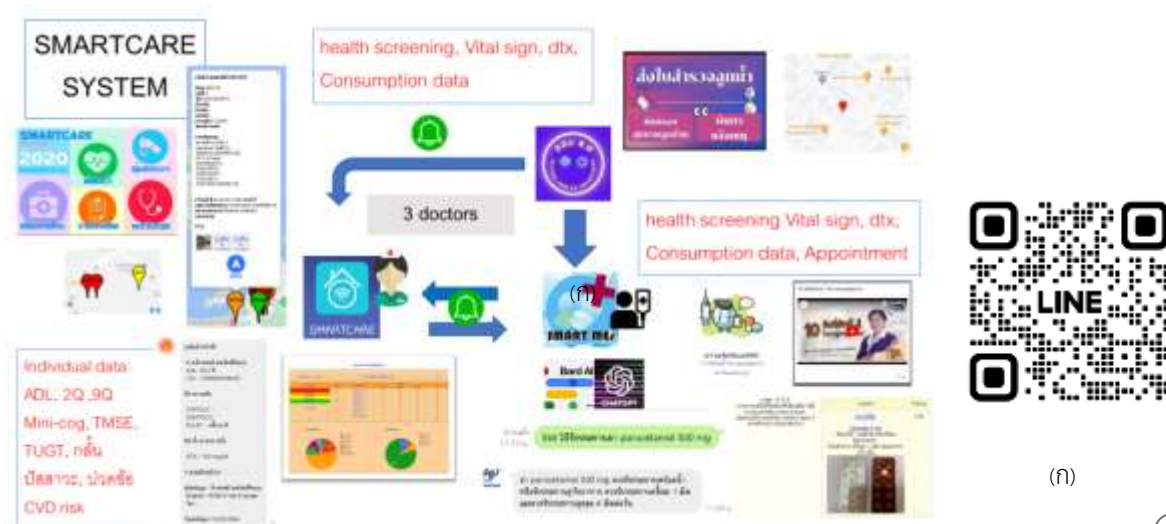
2. ผลการพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth

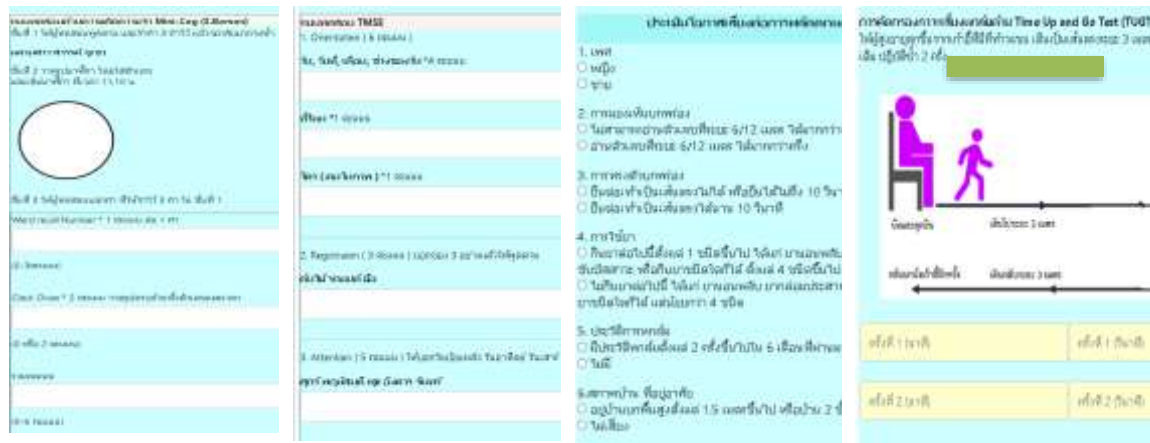
2.1 การพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth ตามกระบวนการ SDLC คือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ 2) การออกแบบระบบ 3) การพัฒนา 4) การทดสอบ 5) การนำไปใช้ 6) การบำรุงรักษา ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth ตามกระบวนการ SDLC

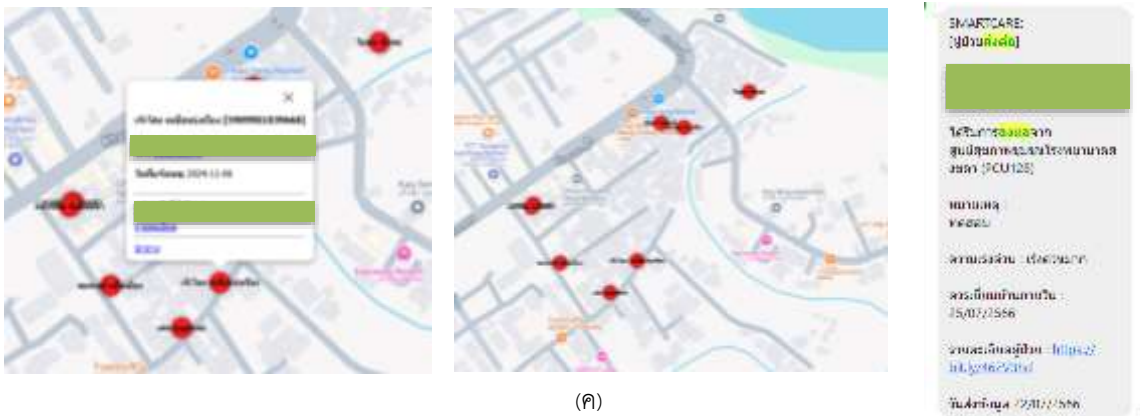
ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน	ผลลัพธ์
1. การวิเคราะห์ความต้องการ	เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วิเคราะห์ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและความต้องการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่	- กำหนดส่วนประกอบของโปรแกรม เช่น ระบบคัดกรองสุขภาพ, Telemedicine, ระบบติดตามพิกัดผู้สูงอายุ, การแจ้งเตือนผ่าน Line - กำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้ตอบสนองต่อปัญหาที่พบ
2. การออกแบบระบบ	ออกแบบโครงสร้างระบบโดยรวม เช่น ฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ, อินเทอร์เฟซที่ใช้งานง่ายสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุออกแบบโครงสร้างการทำงาน เช่น โมดูล Telemedicine และการแจ้งเตือน	- ได้แผนผังโครงสร้างระบบการใช้งาน - อินเทอร์เฟซที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ใช้งานทุกกลุ่ม - กำหนดโครงสร้างฐานข้อมูลและฟังก์ชันการทำงาน
3. การพัฒนา	เขียนโค้ดเพื่อพัฒนาฟังก์ชันสำคัญ เช่น - ระบบคัดกรองสุขภาพ - ระบบ Telemedicine - ระบบติดตามพิกัด - การแจ้งเตือนผ่าน Line	- ระบบสามารถใช้งานได้ตามข้อกำหนด - ฟังก์ชันทั้งหมดทำงานสอดคล้องกัน - ระบบพร้อมสำหรับการทดสอบในขั้นตอนต่อไป
4. การทดสอบ	ทดสอบระบบใน 3 รูปแบบ - ทดสอบแต่ละฟังก์ชัน - ทดสอบการทำงานร่วมกันของระบบ - ทดสอบโดยผู้ใช้งานจริง	- ระบบไม่มีข้อบกพร่องร้ายแรง - ผู้ใช้งานยืนยันว่าใช้งานง่ายและตอบสนองความต้องการ - พร้อมสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่จริง
5. การนำไปใช้	ทดลองใช้โปรแกรมใน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสงขลา (PCU128) โรงพยาบาลสงขลา ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ 5 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี เริ่มทดลองใช้ระบบกับผู้สูงอายุในพื้นที่	- ระบบได้รับการใช้งานจริงในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่ใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ระบบมีความถูกต้อง ตรงกับเนื้อหา
6. การบำรุงรักษา	บำรุงรักษาและอัปเดตระบบต่อเนื่อง เช่น - การปรับปรุงฟังก์ชัน Telemedicine - การอัปเดตฐานข้อมูลสุขภาพ - การแก้ไขข้อบกพร่องที่พบ	- ระบบทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ - ฟังก์ชันการทำงานได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสม

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth ดังภาพ 2





(ก)



(ค)

ภาพ 2 โปรแกรม SMARTCARE-Telehealth

(ก) รูปแบบการใช้งานโปรแกรม

(ข) ระบบการคัดกรองติดตาม ปรีกษาทางไกล

(ค) ระบบพิกัดติดตามผู้สูงอายุ

3. ผลการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านงานผู้สูงอายุ อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ราย ดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ หญิง	5	100.00
อายุ		
<35 ปี	1	20.00
35-44 ปี	1	20.00
45-54 ปี	2	40.00
55 ปีขึ้นไป	1	20.00
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี	5	100.00
อาชีพ พยาบาล	5	100.00
ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ		
6-10 ปี	1	20.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 10 ปี	4	80.00
ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
6-10 ปี	1	20.00
มากกว่า 10 ปี	4	80.00

จากตาราง 5 พบว่า ผลการตอบแบบสอบถาม พบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งหมดจำนวน 5 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 45 - 54 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ที่ปริญญาตรี อาชีพเป็นพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและระยะเวลาทำงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปี

4. ผลการประเมินแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ระบบการดูแลสุขภาพทางไกลด้วย SMARTCARE-Telehealth ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ามีความแม่นยำ มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการประเมินแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ

องค์ประกอบของระบบ	รายละเอียด	ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
ระบบคัดกรองสุขภาพ	ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงและข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ	สามารถคัดกรองได้อย่างแม่นยำและมีความปลอดภัยสูง
ระบบให้คำปรึกษาและข้อมูลความรู้	ให้คำปรึกษาทางการแพทย์และข้อมูลสุขภาพ	ข้อมูลเป็นประโยชน์และมีความชัดเจนในการนำเสนอ
ระบบติดตามพิักัดผู้สูงอายุ	บันทึกและติดตามพิักัดของผู้สูงอายุ	ช่วยให้ทราบถึงพิักัดผู้สูงอายุ ช่วยเหลือทันถ่วงที
ระบบแจ้งเตือน	เตือนการนัดหมาย และภัยสุขภาพ	ลดความเสี่ยงจากการลืมนัดหมาย

จากตาราง 6 การนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 ซึ่งบ่งชี้ว่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในแบบสอบถามอยู่ในระดับสูงดังตาราง 7

ตาราง 7 ผลการทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (M)	ความแปรปรวน (Variance)	ความแปรปรวนร่วม (Covariance)
ข้อ 1 ความสะดวกในการใช้งาน	4.5	0.3	0.25
ข้อ 2 ความเหมาะสมเชิงเทคนิค	4.6	0.28	0.24
ข้อ 3 ความคุ้มค่าในการใช้งาน	4.4	0.32	0.26
ข้อ 4 ประสิทธิภาพในการลดการเดินทางไปโรงพยาบาล	4.7	0.31	0.27
ข้อ 5 ความพึงพอใจโดยรวม	4.5	0.29	0.25
ค่าเฉลี่ย	-	0.3	0.254

การคำนวณค่า Cronbach's Alpha

- จากตาราง ค่าเฉลี่ยความแปรปรวน (Variance) ของแต่ละข้อเท่ากับ $\bar{v} = 0.3$
- ค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนร่วม (Covariance) เท่ากับ $\bar{c} = 0.254$
- จำนวนข้อคำถามทั้งหมด $N=5$

คำนวณค่า Cronbach's Alpha:

$$\alpha = \frac{5 \times 0.254}{0.3 + (5 - 1) \times 0.254} = \frac{1.27}{0.3 + 1.016} = \frac{1.27}{1.316} \approx 0.96$$

ผลค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบว่ามีคะแนน S-CVI รวมเท่ากับ 0.93 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความตรงด้านเนื้อหาในระดับสูงดังตาราง 8

ตาราง 8 ผลลัพธ์การทดสอบค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

รายการประเมิน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คะแนน 4-5	จำนวน ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด	I-CVI
ความเหมาะสมของระบบในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	3	3	1.00
ประสิทธิภาพของระบบในการให้คำปรึกษาและข้อมูลสุขภาพทางไกล (Telemedicine)	3	3	1.00
ความสะดวกของระบบในการติดตามพิกัดของผู้สูงอายุ	3	3	1.00
ความสามารถของระบบในการแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application	2	3	0.67
ความเหมาะสมของการออกแบบระบบในการให้บริการทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ	3	3	1.00
ความเหมาะสมทางเทคนิคของระบบในสถานการณ์จริง	3	3	1.00
ความสะดวกในการใช้งานระบบ SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุ	3	3	1.00
ความคุ้มค่าในการลงทุนเพื่อนำระบบไปใช้งาน	3	3	1.00
ประโยชน์ที่ระบบนี้สามารถสร้างให้กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3	3	1.00
ความเหมาะสมของระบบในการช่วยลดปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล	2	3	0.67

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เช่น ข้อจำกัดในการเดินทาง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Celler, Varnfield, Sparks, Li, Nepal, & Jayasena (2016) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทยังคงมีข้อจำกัดอย่างมาก ระบบ Telehealth จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่สามารถลดช่องว่างดังกล่าวได้

การพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth ตามกระบวนการ System Development Life Cycle (SDLC) ที่ออกแบบและพัฒนาอย่างมีขั้นตอน ช่วยให้ระบบรองรับการใช้งานได้อย่างครบถ้วน 4 ด้าน ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางไกล การติดตามพิกัด และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่าน Line application การพัฒนานี้เน้นการออกแบบอินเทอร์เฟซให้ใช้งานง่าย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย โดยอ้างอิงแนวคิดของ Izzo, Fernandez, & Patel (2018) ที่ระบุว่าการออกแบบเทคโนโลยีสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ใช้กลุ่มเฉพาะสามารถช่วยลดความซับซ้อนของการใช้งานและเพิ่มการยอมรับได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Pinchunsri, Chaisawat, & Jirapinyo (2019) ยังชี้ให้เห็นว่าการนำกระบวนการ SDLC มาใช้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสารสนเทศและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้งานอย่างชัดเจน ขณะที่ Phiwma & Mutchima (2017) พบว่า แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางนี้มีคุณภาพสูงและสามารถส่งเสริมการเรียนรู้และการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แสดงให้เห็นว่าระบบ SMARTCARE-Telehealth มีความเหมาะสมในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ความน่าเชื่อถือภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ

0.96 บ่งชี้ว่าระบบมีความเสถียรและน่าเชื่อถือสูง การตอบรับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุเกิน 5 ปี ยังแสดงให้เห็นว่าระบบนี้สามารถช่วยเพิ่มศักยภาพในการติดตามผู้สูงอายุได้

โปรแกรม SMARTCARE-Telehealth มีโอกาสพัฒนาเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและรองรับการใช้งานในอนาคต ดังนี้

1. โปรแกรมยังไม่ครอบคลุมถึงการเก็บข้อมูลกิจกรรมประจำวันมากนัก ควรเพิ่มฟังก์ชันการบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การติดตามการรับประทานยา การออกกำลังกาย และพฤติกรรมกรกิน เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเชิงลึกนี้ในการวิเคราะห์สุขภาพรายบุคคล และปรับคำแนะนำให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การแจ้งเตือนในปัจจุบันใช้วิธีการแจ้งเตือนผ่าน Line application ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจจะใช้งานไม่ถนัดเท่าที่ควร ควรมีการพัฒนาให้รองรับการแจ้งเตือนผ่าน SMS หรือการแจ้งเตือนด้วยเสียงจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการใช้งานได้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี

3. ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง ยังต้องอาศัยความถูกต้อง แต่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสายตา การเพิ่มการบูรณาการกับอุปกรณ์ IoT ด้านสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด หรือเครื่องติดตามอัตราการเต้นของหัวใจอัตโนมัติ ทำให้สามารถติดตามสุขภาพแบบเรียลไทม์ นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลอัตโนมัติจะช่วยลดภาระการป้อนข้อมูลด้วยตนเองและเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลสุขภาพ

4. ผลการประเมินพบว่าโปรแกรมมีความสะดวกในการใช้งาน แต่ควรปรับปรุงอินเทอร์เฟซให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น เช่น การใช้ปุ่มขนาดใหญ่ขึ้น สีสนที่มองเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น

5. ควรมีการขยายเครือข่ายการใช้งานและการให้บริการไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่อื่น เพื่อสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ พร้อมทั้งอบรมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้งานโปรแกรมที่ถูกต้องและแม่นยำ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดูแลผู้สูงอายุ

โปรแกรมช่วยคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สามารถบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงคำแนะนำด้านสุขภาพผ่านการแจ้งเตือนอัตโนมัติและการให้คำปรึกษาทางไกลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. การให้บริการแพทย์ทางไกล

แพทย์สามารถให้คำปรึกษาและติดตามอาการของผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์ผ่านแพลตฟอร์มที่เชื่อมต่อกับ Line application สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างสะดวก ทำให้วินิจฉัยและให้คำแนะนำที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

3. งานเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางการแพทย์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้ระบบติดตามพิกัดบ้านและแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพถึงบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุจะถูกบันทึกและส่งตรงไปยังแพทย์หรือโรงพยาบาล ทำให้สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพในระยะยาวได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายการใช้ระบบ SMARTCARE-Telehealth สู่พื้นที่อื่น ๆ ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตชนบท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพและลดภาระการเดินทางของผู้สูงอายุ

2. พัฒนาและเพิ่มฟังก์ชันการใช้งาน เช่น ระบบบันทึกการรับประทานอาหาร, การแจ้งเตือนการนัดหมายเพิ่มเติม, การประเมินผลสุขภาพรายวัน หรือการเชื่อมต่อข้อมูลกับแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควบคุมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้าใจและใช้ระบบอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างถูกต้อง
4. สร้างเครือข่ายชุมชนสำหรับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และให้หน่วยงานในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการประสานงาน เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างยั่งยืน

References

- Celler, B. G., Varnfield, M., Sparks, R., Li, J., Nepal, S., & Jayasena, R. (2016). Home telemonitoring of chronic disease for aged care. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(7), 390–396.
- Chacon, S., & Straub, B. (2014). *Pro git*. 2nd ed. Berkeley, CA: Apress.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Flanagan, D. (2020). *JavaScript: The definitive guide* (7th ed). Sebastopol, CA: O'Reilly Media.
- Izzo, J. L., Fernandez, J., & Patel, N. (2018). The role of technology in chronic disease management for the elderly. *Aging Medicine*, 10(2), 56–65.
- Meyer, E. (2017). *CSS: The definitive guide*. 4th ed. Sebastopol, CA: O'Reilly Media.
- Microsoft. (2023). *Visual studio code documentation*. Retrieved from <https://code.visualstudio.com/docs>
- Phiwma, N., & Mutchima, P. (2017). The development of the augmented reality application for arts, culture, and local wisdom learning support on alms bowl making at Ban Batra Community. *Parichart Journal*, Thaksin University, 30(1), 45–67.
- Phungviwatnikul, W., & Voraprteep, J. (2024). Analysis of aging society in Thailand between A.D. 2016–2022. *Journal of Arts and Thai Studies*, 46(1), 45–67.
- Pinchunsri, N., Chaisawat, P., & Jirapinyo, S. (2019). Enhancing system development through SDLC: A case study in healthcare applications. *Journal of IT and Health Systems*, 12(3), 45–58.
- Satzinger, J. W., Jackson, R. B., & Burd, S. D. (2011). *Systems analysis and design in a changing world* 6th ed. Cengage Learning.
- Thai Ministry of Public Health. (2023). National guidelines for elderly care and telehealth services. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health. Retrieved from <https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Welling, L., & Thomson, L. (2016). *PHP and MySQL web development*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Addison-Wesley.
- Whelton, P. K., & Williams, B. (2018). Telemedicine as a tool for improving hypertension management. *Hypertension*, 71(5), 738–740.
- Widenius, M., & Axmark, D. (2002). *MySQL reference manual*. Sebastopol, CA: O'Reilly Media.

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่เข้ารับการ
ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา

Factors Affecting the Extravasation of Contrast Media from the Vein among
Patients Undergoing Computed Tomography Scans at the Radiology
Department, Yala Hospital

สินีนาด วารี

Sineenad Waree

โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา

Yala Hospital, Yala Province

(Received: December 16, 2024; Revised: February 25, 2025 ; Accepted: March 2, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา เป็นการวิจัยเชิงสมมูลฐาน ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทุกรายที่เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกรังสีวิทยาช่วงวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 420 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณอิสระ

ผลการศึกษา อุบัติการณ์การเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเกิดขึ้น 18 ราย จากทั้งหมด 420 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.29 โดยปัจจัยที่มีผลการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ โรคประจำตัว/โรคร่วม (p -value < 0.001) ระดับความรู้สีกตัว (p -value < 0.001) ปริมาณ และอัตราเร็วในการฉีดสารทึบรังสี (p -value < 0.002)

คำสำคัญ : การรั่วซึม, สารทึบรังสี, หลอดเลือดดำ

Abstract

This study aimed to examine the factors affecting the extravasation of contrast media from the vein in patients who underwent computed tomography (CT) scans at the Radiology Department, Yala Hospital. This research followed an etiognostic approach. The study population consisted of all patients who received intravenous contrast media, while the sample group included all patients who experienced contrast media extravasation. The sample size was calculated based on the number of patients treated at the Radiology Department from January 1, 2023, to December 31, 2023, totaling 420 cases. Simple random sampling was used for sample selection. The research instrument was a data recording form validated by three experts. Data were analyzed using percentages and multiple logistic regression analysis.

The study found that the incidence of contrast media extravasation occurred in 18 out of 420 cases, accounting for 4.29%. The factors significantly associated with contrast media extravasation (P-value < 0.05) were comorbidities (P-value < 0.001), level of consciousness (P-value < 0.001), and the volume and injection rate of contrast media (P-value < 0.002).

Keywords: Extravasation, Contrast Media, Vein

บทนำ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัยได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการตรวจทางเอกซเรย์ทั่วไป เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่สามารถให้ภาพความคมชัดสูง (Magnetic Resonance Imaging: MRI) คลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งการตรวจด้วยเครื่องมือดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การฉีดสารทึบรังสี หรือหมายถึงการฉีดสารที่มีความไวต่อรังสีเพื่อให้ได้ภาพจากการตรวจมีความคมชัด ทำให้เกิดความแตกต่างในการดูดกลืนรังสีระหว่างอวัยวะที่ต้องการตรวจกับอวัยวะหรือโครงสร้างอื่นที่อยู่ใกล้เคียง เป็นผลให้สามารถเห็นอวัยวะที่ต้องการตรวจได้ชัดเจนขึ้น แต่หากสารทึบรังสีเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด อาจทำให้ผู้ป่วยแพ้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายจนถึงแก่ชีวิตได้ (Bae, 2010)

การรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ (Contrast media extravasation) ทำให้เกิดการอักเสบเฉพาะที่เนื่องจากความแตกต่างของความเข้มข้นสารน้ำ (Local inflammation, tissue injury due to hyperosmolarity), อาการบวม (Swelling or edema) แผลบริเวณผิวหนังและเนื้อตาย (Ulceration, necrosis) หรือภาวะความดันสูงในช่องปิดกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) โดยอาการจะรุนแรงสุดที่ 24 - 48 ชั่วโมง หลังเกิดการรั่วของสารทึบรังสี เนื้อเยื่อรอบๆบริเวณนั้นถูกทำลาย และอาจลุกลามจนถึงเส้นประสาท เส้นเอ็นหรือข้อต่อของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการเลาะเนื้อเยื่อที่ตายออก ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Bae, 2010; Beckett, 2015) ความรุนแรงของการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับน้อย (Mild) ซึ่งเป็นระดับที่พบได้บ่อยสุด โดยจะพบว่าผิวหนังซีดหรือมีสีชมพูอุณหภูมิผิวหนังเย็นหรืออุ่นบริเวณรอบ ๆ บวมแบบกดไม่ยุบ เคลื่อนไหวได้จำกัด มีอาการปวดเล็กน้อย อุณหภูมิของร่างกายปกติ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส 2) ระดับปานกลาง (Moderate) ผิวหนังมีสีแดงมากขึ้นหรือเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงคล้ำ มีอาการบวมหรืออาจพบตุ่มน้ำพองเล็ก ๆ มีความปวดระดับปานกลาง ทำให้เคลื่อนไหวได้น้อยลงอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 3) ระดับรุนแรง (Severe) พบได้น้อยสุด โดยมีลักษณะกลางแผลเริ่มมีรอยดำ ผิวหนังรอบ ๆ ซีด หรือแดงตุ่มน้ำพองอาจแตกออกผิวหนังหลุดลอกถึงชั้นไขมันและอาจลึกถึงกระดูก มีเนื้อตาย บวมมากขึ้นและมีอาการปวดมาก หรือบางรายอาจไม่มีความรู้สึก อุณหภูมิของร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส (Pathomjaruwat, 2016; Pathomjaruwat, 2017; Wilson, 2011)

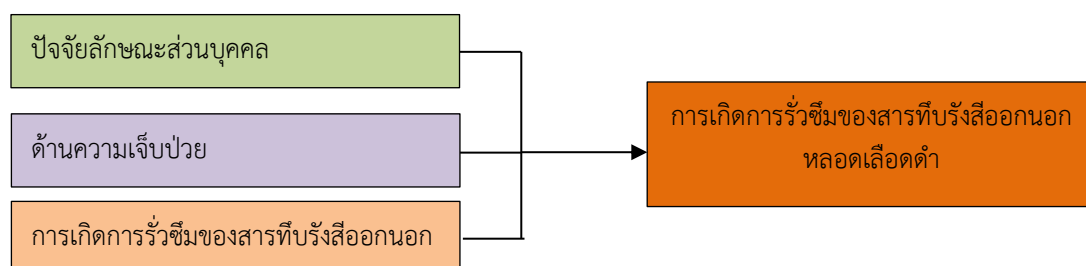
แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา พบอัตราการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2566 พบอุบัติการณ์เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ คิดเป็นร้อยละ 0.35 เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดภาวะรั่วซึมสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำคิดเป็นร้อยละ 0.23 (Belzunegui, Louis, Torrededia, & Oteiza, 2011; Ding, Meystre, Campeanu, & Gullo, 2018; Lewis, Merchan, Altshuler, & Papadopoulos, 2019) นับว่าโรงพยาบาลยะลา มีอัตราการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำค่อนข้างสูง ถึงแม้ยังไม่พบผู้ป่วยในระดับรุนแรง แต่พบว่ามีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้น จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องนำไปพัฒนางาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ส่งผลกระทบด้านจิตใจ และความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพ้สารทึบรังสี หรือศึกษาการเกิดภาวะรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดดำเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ นอกจากนี้แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการติดตามอาการผู้ป่วยที่เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจนมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะรังสีแพทย์ของโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วยสารทึบรังสีแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำจากการฉีดสารทึบรังสีในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยาโรงพยาบาลยะลา หากทราบปัจจัยดังกล่าวแล้ว จะทำให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การประเมินปัจจัยเสี่ยงและวางแผนในการป้องกันหรือลดโอกาสของการเกิดภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ และเป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันเพื่อลดอัตราการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสมมุติฐาน (Etiognostic research) ในรูปแบบ Case-control

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกรังสีในเวลาราชการ และไม่เกิด

การวิจัยของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ ช่วงวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีจำนวน 5,122 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดการรั่วซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ มีเกณฑ์การเลือก Case โดยต้องเป็นผู้ป่วยรายใหม่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เพิ่งเกิดภาวะนี้ ช่วงวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และไม่มีประวัติได้รับสารที่บ่งชี่มาก่อน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงอัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่เหมาะสม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารที่บ่งชี้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แผนกรังสีวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ในเวลาราชการ
3. ไม่มีประวัติการได้รับสารที่บ่งชี่มาก่อนภายในระยะเวลา 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารที่บ่งชี้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แผนกรังสีวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 นอกเวลาราชการ
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยสารที่บ่งชี่มากกว่า 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ และ 2) อายุ
2. ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) โรคประจำตัวหรือโรคร่วม และ 2) การประเมินระดับความรู้สึกตัว
3. ข้อมูลด้านการได้รับสารที่บ่งชี้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) บริเวณที่ได้รับสารที่บ่งชี้ 2) ชนิดของสารที่บ่งชี้ 3) ความเข้มข้นในการฉีดสารที่บ่งชี้ 4) ปริมาณในการฉีดสารที่บ่งชี้ และ 5) อัตราเร็วในการฉีดสารที่บ่งชี้

4. ข้อมูลการเกิดการรั่วซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) บริเวณที่เกิด 2) ชนิดของสารที่บ่งชี้ 3) ความเข้มข้นในการฉีดสารที่บ่งชี้ 4) ปริมาณในการฉีดสารที่บ่งชี้ และ 5) อัตราเร็วในการได้รับสารที่บ่งชี้ ซึ่งวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังได้รับสารที่บ่งชี้ และบันทึกข้อมูลไว้ในแฟ้มปฏิบัติการการเกิดการรั่วซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำของหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขารังสีวิทยา 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขารังสีวิทยา 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ทำการศึกษาหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยะลา และทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ โดยค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการฉีดสารที่บ่งชี้ ณ โรงพยาบาลยะลา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรม PAC ซึ่งเป็นโปรแกรมดูภาพถ่ายรังสี นำรายชื่อผู้ป่วยที่ได้ไปเปิดในโปรแกรม HosXP เพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษา การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ส่วนแบบเก็บข้อมูล ใช้บันทึกเพียงรหัสเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบันทึกชื่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการรักษาความลับ และในตอนท้ายมีบันทึกผู้ลงข้อมูล และวันที่เก็บข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย และอุบัติการณ์การเกิดการรื้อซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์หาแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดการรื้อซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi – Square) หรือ Fisher' Exact test (ในกรณีที่ไม่เป็นไปตาม assumption ของ Chi-Square)

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ข้อมูลระหว่างข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป ข้อมูลเพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ชนิดและความเข้มข้น ปริมาณ อัตราเร็วที่ได้รับสารทึบรังสี กับการเกิดการรื้อซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ โดยใช้สถิติ Multiple regression analysis โดยกำหนด $p\text{-value} < 0.05$ นำเสนอด้วยค่า Odds ratio ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยทำการศึกษาล้างจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา เลขที่ 14/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=420)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=402) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			0.552
ชาย	7 (38.89)	185 (46.01)	
หญิง	11 (61.11)	217 (53.99)	
กลุ่มอายุ			0.596
≤ 44 ปี	2 (11.11)	96 (23.89)	
45 - 56 ปี	5 (27.78)	100 (24.88)	
57 - 64 ปี	6 (33.33)	99 (24.62)	
≥ 61 ปี	5 (27.78)	107 (26.61)	
(Minimum= 20, Maximum= 81, M= 54.37, S.D.=13.55)			
โรคร่วม			0.007
ปฏิเสธโรคประจำตัว	2 (11.11)	177 (44.03)	
โรคร่วม 1 โรค	11 (61.11)	118 (29.36)	
โรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	5 (27.78)	107 (26.61)	
โรคประจำตัว			
โรคความดัน	8 (6.07)	124 (93.93)	0.471
โรคเบาหวาน	7 (8.54)	75 (91.46)	0.06

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=18) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=402) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคหัวใจ	2 (3.23)	60 (96.77)	1
โรคมะเร็ง	5 (6.33)	74 (93.67)	0.352
โรคไต	0 (0.00)	12 (100.00)	1
โรคกระเพาะ	0 (0.00)	11 (100.00)	1
โรคผิวหนัง	0 (0.00)	1 (100.00)	1
โรคภูมิแพ้	0 (0.00)	6 (100.00)	1
ระดับความรู้สึกตัว			< 0.001
คะแนนทางระบบประสาท 13-15 คะแนน	3 (16.66)	339 (84.32)	
คะแนนทางระบบประสาท 9-12 คะแนน	7 (38.89)	34 (8.46)	
คะแนนทางระบบประสาท ≤8 คะแนน	8 (44.45)	29 (7.22)	
บริเวณที่ได้รับสารทึบรังสี			0.013
ข้อมือ	5 (27.78)	226 (56.22)	
หลังมือ	0 (0.0)	19 (4.73)	
ข้อพับแขน	13 (72.22)	117 (29.10)	
ข้อเท้า-หลังเท้า	0 (0.0)	8 (1.99)	
ระหว่างข้อมือถึงข้อศอก	0 (0.0)	32 (7.96)	
ชนิดและความเข้มข้นที่ได้รับสารทึบรังสี			0.019
Lopamiro 300	14 (77.78)	381 (94.78)	
Optiray 300	2 (11.11)	10 (2.49)	
Ultravist 370	2 (11.11)	11 (2.73)	
ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ			0.003
70-80 ml	3 (16.67)	228 (56.72)	
81-90 ml	12 (66.66)	145 (36.07)	
91-100 ml	3 (16.67)	29 (7.21)	
อัตราเร็วในการฉีด			0.005
2-2.5 ml/sec	17 (94.44)	248 (61.69)	
3-4.5ml/sec	1 (5.56)	154 (38.31)	

หมายเหตุ 1. โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคกระเพาะ โรคผิวหนัง และโรคภูมิแพ้ เป็นตัวแปรแยกรายโรคของแต่ละบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลระบุเป็น 2 กลุ่ม คือ เป็นโรค/ไม่เป็นโรค และวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi – Square) หรือ Fisher' Exact test (ในกรณีที่ไม่เป็นไปตาม assumption ของ Chi-Square)

2. ตัวแปรโรคประจำตัว และตัวแปรบริเวณที่ได้รับสารทึบรังสี ไม่สามารถนำเสนอด้วยค่า Odds ratio ในตารางที่ 2 ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของตัวแปรข้างต้นเมื่อทำการแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จะทำให้ระดับของตัวแปรมีจำนวนเป็น 0 ซึ่งไม่สามารถวิเคราะห์ Odds ratio ได้

จากตาราง 1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยสารทึบรังสี เข้าทางหลอดเลือดดำโดยมีจำนวนตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกทั้งสิ้น 420 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 402 ราย และกลุ่มศึกษา 18 ราย จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54.37 (S.D.=13.55) ในการกำหนดช่วงอายุผู้วิจัยวัดการกระจายตัวของข้อมูล โดยการตรวจจับค่าผิดปกติด้วยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แล้วนำมาแปรเป็นผลสรุปกำหนดช่วงอายุ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

ปฏิเสธโรคประจำตัว จำนวน 177 ราย (ร้อยละ 44.02) มีโรคประจำตัวและมีโรคร่วม 1 - 2 โรคขึ้นไป คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 93.93) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 75 ราย (ร้อยละ 91.46) และ โรคมะเร็ง 74 ราย (ร้อยละ 93.67)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ (Chi-Square) พบว่า โรคประจำตัว/โรคร่วม มีโอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ อย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.007) ระดับความรู้สีกตัว มีโอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) ชนิดและความเข้มข้นที่ได้รับสารที่บ่งชี้ มีโอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.019) ปริมาณสารที่บ่งชี้ที่ได้รับมีโอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.003) และอัตราเร็วในการฉีด มีโอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.005)

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสารที่บ่งชี้บริเวณข้อมือและข้อพับแขน ซึ่งบริเวณข้อพับแขนมี โอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำมากกว่าข้อมือ ส่วนปัจจัยด้านเพศ และอายุ ไม่มี โอกาสการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรื้อซึมของสารที่บ่งชี้ออกนอกหลอดเลือดดำ (n=420)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Crude OR (95%CI)	Adj OR (95%CI)	p-value
เพศ			
ชาย	Ref		
หญิง	1.34 (0.51,3.53)	0.9 (0.22,3.66)	0.888
กลุ่มอายุ			
≤ 44 ปี	Ref		
45-56 ปี	2.4 (0.45,12.67)	0.88 (0.1,7.57)	0.906
57-64 ปี	2.91 (0.57,14.77)	0.41 (0.03,5.12)	0.486
≥ 61 ปี	2.24 (0.43,11.83)	0.3 (0.02,4.22)	0.376
โรคประจำตัว/โรคร่วม			
ปฏิเสธโรคประจำตัว	Ref		
โรคร่วม 1 โรค	8.25 (1.8,37.89)	36.39 (3.38,391.85)	0.003
โรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	4.14 (0.79,21.69)	11 (0.82,148.41)	0.071
ระดับความรู้สีกตัว			
คะแนนทางระบบประสาท 13-15 คะแนน	Ref		
คะแนนทางระบบประสาท 9-12 คะแนน	23.26 (5.75,94.12)	40.86 (6.12,272.64)	< 0.001
คะแนนทางระบบประสาท ≤8 คะแนน	31.17 (7.84,123.91)	57.25 (8.69,377.32)	< 0.001
ชนิดและความเข้มข้นที่ได้รับสารที่บ่งชี้			
Iopamiro 300	Ref		
Optiray 300	5.44 (1.09,27.21)	6.68 (0.62,72.01)	0.117
Ultravist 370	4.95 (1,24.47)	2.4 (0.16,35.09)	0.522
ปริมาณสารที่บ่งชี้ที่ได้รับ			
70 - 80 ml	Ref		
81 - 90 ml	6.29 (1.74,22.67)	4.74 (1.01,22.35)	0.049

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Crude OR (95%CI)	Adj OR (95%CI)	p-value
91 - 100 ml	7.86 (1.52,40.79)	18.74 (2.07,169.8)	0.009
อัตราเร็วในการฉีด			
2 - 2.5 ml/sec	Ref		
3 - 4.5ml/sec	0.09 (0.01,0.72)	0.1 (0.01,0.81)	0.031

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำจากการฉีดสารทึบรังสี ได้แก่ โรคประจำตัว/โรคร่วม 1 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคใดโรคหนึ่ง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 36.39 เท่า (95% CI: 3.38,391.85, $p=0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 11 เท่า (95%CI: 0.82,148.41, $p=0.071$) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว/โรคร่วมซึ่งไม่เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำจากการฉีดสารทึบรังสี ส่วนปัจจัยด้านระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่มีคะแนนทางระบบประสาท 9 - 12 คะแนน มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 40.86 เท่า (95% CI: 6.12,272.64, $p=0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีคะแนน 13 - 15 คะแนน และผู้ป่วยที่มีคะแนนทางระบบประสาท ≤ 8 คะแนน มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 57.25 เท่า (95% CI : 8.69,377.32, $p=0.001$) และผู้ที่ได้รับปริมาณสารทึบรังสี 81-90 ml มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 4.74 เท่า (95% CI : 1.01,22.35, $p=0.049$) ของผู้ที่ได้รับปริมาณสารทึบรังสี 70 - 80 ml และผู้ที่ได้รับปริมาณสารทึบรังสี 91 - 100 ml มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 18.74 เท่า (95% CI : 2.07,169.8, $p=0.009$) ส่วนปัจจัยด้านอัตราเร็วในการฉีดสารทึบรังสี 3-4.5ml/sec มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำเป็น 0.01 เท่า (95% CI : 0.01,0.81, $p=0.031$)

ปัจจัยด้านบริเวณที่ได้รับสารทึบรังสี พบว่าบริเวณข้อพับแขนมีโอกาการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ มากกว่าบริเวณข้อมือ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างบริเวณที่ได้รับสารทึบรังสีกับปัจจัย ที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ (Multivariate logistic regression) ได้ ส่วนเพศ อายุ ไม่มีโอกาสการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำจากการฉีดสารทึบรังสี

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ พบการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pathomjaruwat (2017) ที่ศึกษาเรื่องการป้องกันและการจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ พบว่าความผิดปกติของสภาพผิวและลักษณะของหลอดเลือดดำ พบได้ในบุคคลที่เป็นโรคต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดดำที่เรียกว่าคาวา (Superior vena cava syndrome) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จะทำให้การไหลเวียนโลหิตส่วนปลายเปลี่ยนแปลง เพิ่มแรงดันในการบีบตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบและความยืดหยุ่นของหลอดเลือดน้อยลง เมื่อมีการแทงหลอดเลือดเพื่อใหยาหรือสารน้ำ จึงอาจจะทำให้เกิดการระคายเคืองและบาดเจ็บของหลอดเลือดดำร่วมกับแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการรั่วซึมของยาหรือสารน้ำออกนอกหลอดเลือดดำมากขึ้น

ในการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง คะแนนทางระบบประสาท ≤ 8 คะแนน ไม่สามารถสื่อสารได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากการได้รับยาคลายกล้ามเนื้อหรือยานอนหลับ หรือเกิดจากโรคที่ทำให้การรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะส่วนปลายลดลง ได้แก่โรคเบาหวาน โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท (Peripheral neuropathy) กลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็ง พบการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเมเร็งที่เคยได้รับยาเคมีบำบัด และโรคเมเร็งที่เคยได้รับการฉายรังสี ยาเคมีบำบัดส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดดำ เกิดการอักเสบขึ้น แรงดันในหลอดเลือดสูงผิดปกติ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaqdan, Aran, Thrall, & Abujudeh (2014) ที่ศึกษาอุบัติการณ์การรั่วซึมของสารทึบรังสีสำหรับ CT และ MRI ในศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ พบว่า เมื่อมีการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยไม่สามารถบอกความรู้สึกเจ็บปวดหรือระคายเคืองหลอดเลือดได้ ทำให้อาการหลอดเลือดดำอักเสบมีความรุนแรงมากขึ้น

ปัจจัยด้านชนิดและความเข้มข้นที่ได้รับสารทึบรังสี ปริมาณ และอัตราเร็วในการฉีดสารทึบรังสีในการศึกษานี้พบว่า ชนิดและความเข้มข้นของสารทึบรังสีมีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมากกว่าครึ่ง ส่วนใหญ่ได้รับสารทึบรังสีชนิด Iopamiro 300 (Iso-osmolar contrast media) ซึ่งมีความเข้มข้นใกล้เคียงกับเลือด แต่ไม่ทำให้เกิดความรุนแรงระดับมาก โดยความเข้มข้นของสารทึบรังสีมีผลต่อการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วซึม สำหรับปริมาณของสารทึบรังสีที่มากขึ้นยังทำให้มีผลต่อการเกิดภาวะรั่วซึมมากขึ้น นอกจากนี้การฉีดสารทึบรังสีด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ ก็มีโอกาสทำให้เกิดภาวะรั่วซึมมากขึ้นเช่นกัน การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฉีดสารทึบรังสีโดยใช้เครื่องอัตโนมัติที่มีอัตราเร็วซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 - 2.5 มิลลิลิตร/วินาที ซึ่งการฉีดโดยใช้อัตราเร็วในการฉีดสูงขึ้น มีผลต่อการเกิดภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wienbeck, Fischbach, Kloska, Seidensticker, Osada, Heindel, et al. (2010) ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสารทึบรังสีด้วยเครื่องฉีดยาบริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย พบว่าการฉีดสารทึบรังสีด้วยอัตราที่สูงมีผลต่อการเกิดภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang, Shin, Choi, Park, 2018; Roditi, Khan, van der Molen, Bellin, Bertolotto, Brismar, et al., 2022; Reynolds, MacLaren, Mueller, Fish, Kiser, 2014; Lewis, Merchan, Altshuler, Papadopoulos (2019) ที่ศึกษาพบว่าความเข้มข้นที่ได้รับสารทึบรังสี ปริมาณ และอัตราเร็วในการฉีดสารทึบรังสีเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ มีโอกาสทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมากขึ้นเช่นกัน

ปัจจัยด้านบริเวณที่ได้สารทึบรังสี พบว่าบริเวณข้อพับแขนมีการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำมากที่สุด รองลงมาเป็นบริเวณข้อมือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pathomjaruwat (2017) ที่ศึกษาเรื่องการป้องกันและการจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ พบว่า การเลือกตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม เช่น บริเวณข้อต่อหรือตำแหน่งใกล้ข้อพับต่าง ๆ ซึ่งจะต้องขยับตลอดเวลาทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเสียดสีกับหลอดเลือดจนมีการบาดเจ็บ และมีผลทำให้เกิดการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alami, Nasri, Ahid, & Kacem, (2015); Mandlik, Prantl, & Schreyer (2019); Tao, Wichmann, Schoepf, Fuller, Lu, & Zhang (2016) และ Tonolini (2016) ที่ศึกษาพบว่า การใช้เข็มแทงหลอดเลือดดำบริเวณที่ไม่เหมาะสม การใช้เข็มที่มีขนาดยาวและใหญ่เกินไป ไม่พอดีกับความลึกของหลอดเลือด ทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือด จนเกิดการรั่วของยาหรือสารน้ำออกนอกหลอดเลือด โดยเฉพาะการใช้เครื่องฉีดยาอัตโนมัติ การฉีดควรระมัดระวังเป็นพิเศษ

ส่วนปัจจัยทางด้าน เพศ อายุ ในการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Ding, Meystre, Campeanu, & Gullo (2018) ที่ศึกษาเรื่องการซึมผ่านของสารทึบรังสีในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยศึกษาพบว่าผู้หญิงที่เป็น

ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำ เพราะผู้สูงอายุมีหลอดเลือดค่อนข้างเปราะบางจากความเสื่อมตามวัย ความแตกต่างของการศึกษา อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนค่อนข้างน้อย หรือกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายข้อมูลของเพศและอายุที่ไม่แตกต่างกันมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันการรั่วซึมของสารทึบรังสี เช่น การเลือกบริเวณการฉีด การตรวจสอบตำแหน่งของสายฉีดก่อนเริ่มฉีด การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย
2. ใช้ข้อมูลจากวิจัยเพื่อออกแบบหลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสี
3. นำผลการวิจัยไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่ควรสังเกต และแนวปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสี

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้มีทีมบุคลากรและระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปอาจจะเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาหรือศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านสารทึบรังสี ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วย และปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความจำเพาะเพื่อให้ทราบปัจจัยการเกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำได้ดียิ่งขึ้น

References

- Alami, Z., Nasri, S., Ahid, S., Kacem, H. H. (2015). Extravasation of contrast medium during CT examination: an observational case-control study. *Pan Afr Med J*, 20(89), 1-7.
- Bae, T. K. (2010). Intravenous contrast medium administration and scan timing at CT: considerations and approaches. *Radiology*, 256(1), 32-61.
- Beckett, R. K., Moriarty, K. A., & Langer, M. J. (2015). Safe Use of Contrast Media: What the Radiologist Needs to Know. *Radiographics*, 35(6), 1738-50.
- Belzunegui, T., Louis, J. C., Torrededia, L., & Oteiza, J. (2011). Extravasation of radiographic contrast material and compartment syndrome in the hand: a case report. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19(9), 1-4.
- Ding, S., Meystre, R. N., Campeanu, C., & Gullo, G. (2018). Contrast media extravasations in patients undergoing computerized tomography scanning: a systematic review and meta-analysis of risk factors and interventions. *JBIR Database System Rev Implement Rep*, 16(1), 87-116.
- Hwang, J. E., Shin, I. C., Choi, H. Y., & Park, M. C. (2018). Frequency, outcome, and risk factors of contrast media extravasation in 142,651 intravenous contrast-enhanced CT scans. *Eur Radiol*, 28(12), 5368-5375.
- Lewis, T., Merchan, C., Altshuler, D., & Papadopoulos, J. (2019). Safety of the Peripheral Administration of Vasopressor Agents. *J Intensive Care Med*, 34(1), 26-33.
- Mandlik, V., Prantl, L., & Schreyer, G. A. (2019). Contrast Media Extravasation in CT and MRI - A Literature Review and Strategies for Therapy. *Rofo*, 191(1), 25-32.

- Pathomjaruwat, T. (2016). Impact of a Nursing Care Guideline on Prevention and Management of Extravasation. *Thailand and Nursing Midwifery Council*, 31(2), 81-95. (in Thai)
- Pathomjaruwat, T. (2017). Prevention and Management of Extravasation in Infusion Therapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(2), 169-181. (in Thai)
- Reynolds, M. P., MacLaren, R., Mueller, W. S., Fish, N. D., & Kiser, H. T. (2014). Management of extravasation injuries: a focused evaluation of noncytotoxic medications. *Pharmacotherapy*, 34(6), 617-32.
- Roditi, G., Khan, N., van der Molen, A. J., Bellin, F. M., Bertolotto, M., Brismar, T., et al. (2022). Intravenous contrast medium extravasation: systematic review and updated ESUR Contrast Media Safety Committee Guidelines. *Eur Radiol*, 32(5), 3056-3066.
- Shaqdan, K., Aran, S., Thrall, J., & Abujudeh, H. (2014). Incidence of contrast medium extravasation for CT and MRI in a large academic medical centre: a report on 502,391 injections. *Clin Radiol*, 69(12), 1264-72.
- Tao, M. S., Wichmann, L. J., Schoepf, J. U., Fuller, R. S., Lu, M. G., & Zhang, J. L. (2016). Contrast-induced nephropathy in CT: incidence, risk factors and strategies for prevention. *Eur Radiol*, 26(9), 3310-8.
- Tonolini, M. (2016). Contrast Medium Extravasation: The Importance of Radiographic Assessment. *Curr Probl Diagn Radiol*, 45(3), 236-7.
- Wienbeck, S., Fischbach, R., Kloska, P. S., Seidensticker, P., Osada, N., Heindel, W., et al. (2010). Prospective study of access site complications of automated contrast injection with peripheral venous access in MDCT. *AJR Am J Roentgenol*, 195(4), 825-9.
- Wilson, G. B. (2011). Contrast media-induced compartment syndrome. *Radiol Technol*, 83(1), 63-77.

การพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

Development of a Support Model for Primary Healthcare Services for
Subdistrict Health Promoting Hospitals Transferred to the Trang Provincial
Administrative Organization

รัชพล สัมฤทธิ์¹ และ วราณี สัมฤทธิ์^{2*}

Ratchapol Sumrit¹ and Waranee Sumrit^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Trang Provincial Public Health Office,

²Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: January 10, 2024; Revised: February 10, 2025 ; Accepted: March 2, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ พัฒนาแบบแผนและประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ใช้การวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และพัฒนาความร่วมมือ 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบ 3) ปรับปรุงรูปแบบและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังและองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง และประชาชนที่ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 24) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 290 คน (ร้อยละ 10.86) พบปัญหาขาดการเตรียมการ บุคลากรกระจายไม่สมดุล การบริหารจัดการทรัพยากรไม่ชัดเจน ต้องการคณะทำงานร่วม 2) รูปแบบ TRANG-ME Model ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารทีม (Team Management) การพัฒนาทรัพยากร (Resource development) การขยายการเข้าถึงบริการ (Access to health services) การบูรณาการเครือข่าย (Network integration) การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล (Good governance) การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ (Monitoring) และการประเมินผล (Evaluation) 3) ผลของการใช้รูปแบบก่อนและหลังพัฒนา ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าด้านอื่น ได้แก่ ด้านการบริหารการจัดการ ด้านการจัดการบุคลากร และด้านระบบสารสนเทศ ตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.37$, $S.D. = 0.192$) ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04$, $S.D. = 0.104$)

ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่าการนำ TRANG-ME Model มาใช้จะช่วยจัดระบบสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกมิติ ช่วยส่งเสริมให้ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจให้ อบจ.ตรัง มีการพัฒนากลไกบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน มีการขยายการเข้าถึงบริการและการบริหารงบประมาณอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

คำสำคัญ: การสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอนภารกิจ, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th)

Abstract

This study was a research and development (R&D) project aimed at examining the situation, developing a support model, and evaluating the model for a support model for primary healthcare services for Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) transferred to the Trang Provincial Administrative Organization. The research and development process was divided into three phases: (1) analyzing the situation, identifying needs, and fostering collaboration; (2) developing and piloting the model; and (3) refining the model and evaluating its effectiveness. The sample group consisted of personnel from the Trang Provincial Public Health Office, the Trang Provincial Administrative Organization, and members of the public who had received services from the transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals. Data were collected through interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and comparative analysis with the Paired t-test.

The study found that: 1) In Trang Province, there were 30 Subdistrict Health Promoting Hospitals transferred to the Trang Provincial Administrative Organization (24%). A total of 290 public health personnel (10.86%) were involved. Problems identified included inadequate preparation, uneven distribution of personnel, unclear resource management, and a need for a joint task force. 2) The TRANG-ME Model comprised 7 components: Team Management, Resource Development, Access to Health Services, Network Integration, Good Governance, Monitoring, and Evaluation. 3) The results before and after the model implementation showed significant statistical differences in the average scores according to primary healthcare service quality standards ($p < 0.05$). The areas that changed the most were management, personnel management, and information systems, respectively. The satisfaction level of service users was the highest ($\bar{x} \pm SD = 4.37 \pm 0.192$), and the satisfaction level of personnel was high ($\bar{x} \pm SD = 4.04 \pm 0.104$). The research results suggest that implementing the TRANG-ME Model would improve the support system's effectiveness, covering all dimensions. It would help promote the development of effective management mechanisms, quality standard improvements, expanded access to services, and systematic budget management in the Subdistrict Health Promoting Hospitals transferred to the Trang Provincial Administrative Organization. It would also ensure continuous monitoring and evaluation to provide primary healthcare services in line with the goals of the Primary Health Care System Act B.E. 2562.

Keywords: Primary Healthcare Service Support, Subdistrict Health Promoting Hospitals, Mission Transfer, Provincial Administrative Organization

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 284 กำหนดให้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และได้กำหนดให้มีแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พร้อมแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ฉบับที่ 1 พ.ศ.2543 สาระสำคัญให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการและจัดระบบบริการให้กับประชาชน ในพื้นที่ 10 จังหวัดน่านร่องที่ถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปยังเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ ปี พ.ศ.

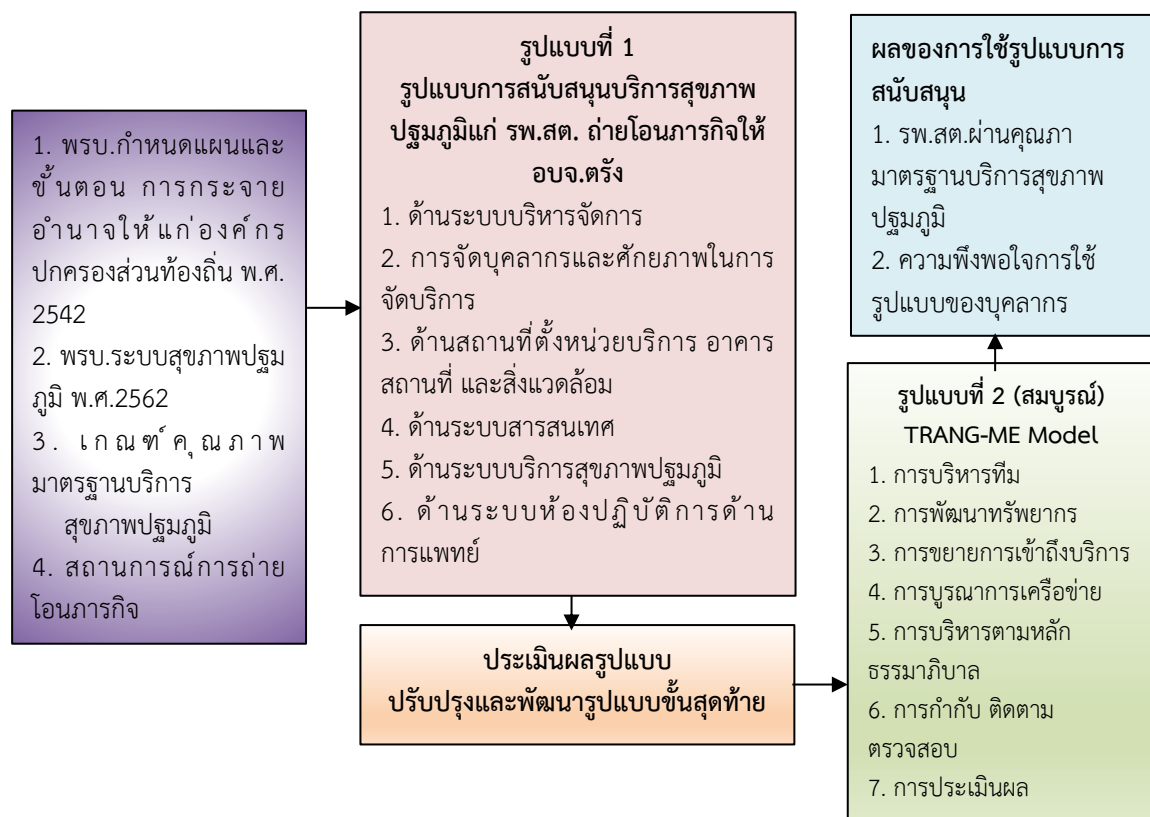
2551 – 2563 การถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการค่อนข้างล่าช้า โดยมีสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพียง 84 แห่งที่ถ่ายโอนให้เทศบาลและองค์การบริหารตำบล (อบต.) และในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 ได้กำหนดไว้ว่าระยะสุดท้ายหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ใดไม่มีความพร้อมให้ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จึงได้มีการประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ภายหลังที่ได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นจำนวนมากถึง 3,263 แห่ง (ร้อยละ 33.03) ไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 49 แห่ง จังหวัดตรัง เริ่มต้นถ่ายโอนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมัครใจถ่ายโอน จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 24.00) คลอบคลุม 6 ใน 10 อำเภอของจังหวัดตรัง โดยมีการถ่ายโอน ทั้งบุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน (Health Systems Research Institute, 2008)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปก่อนหน้านี้ มักประสบปัญหาขาดการสนับสนุนด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมถึงขาดสภาพคล่องในการบริหารจัดการทรัพยากร ซึ่งส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน อาจก่อให้เกิดความท้าทายในด้านความต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น ระบบการส่งต่อ การให้บริการผู้ป่วย การสนับสนุนจากแม่ข่าย และการขาดระบบกำกับและติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Suphanchaimat, Noree, Pagaiya, Hongthong, Nimnual, & Hengsiri, 2024) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการสนับสนุนที่เป็นระบบและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะพื้นที่ ทั้งในด้านโครงสร้าง บุคลากร และการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ การศึกษาครั้งนี้มีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนที่เหมาะสมครอบคลุม และยั่งยืน เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น (Limsuvat, & Suksamran, 2022; Kaewoyaem, Sangthima, Nongsai, & Towmit, 2023)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (6 ขั้นตอน) ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนาความร่วมมือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจ วิเคราะห์ปัญหา ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับจังหวัด

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้บริหารระดับจังหวัด 4 คน คัดเลือกแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติคือ เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการ ผู้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) จำนวน 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 1 คน และปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือผู้แทนที่ปฏิบัติงานด้านการถ่ายโอนภารกิจประจำองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง (Structure interview) เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการสนับสนุนการบริการสุขภาพของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจให้ อบจ.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง ไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เริ่มจากการแนะนำตัว ชวนพูดคุยในประเด็นทั่วไป แล้วจึงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า (Data Triangulation)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาความร่วมมือและแนวทางการพัฒนา

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 19 คน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) ตัวแทนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน จำนวน 6 คน คัดเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอน และ 3) บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 2 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประเด็น สร้างแนวทางการร่วมมือการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการระดมความคิดเห็น โดยแบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม โดยใช้เวลาสนทนากลุ่มละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจริง

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้ข้อเสนอแนะการยกร่างรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจริง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 ยกร่างรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจริง

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 23 คน ประกอบด้วย คณะทำงานบริหารจัดการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 11 คน และ บุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 6 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีบทบาทสำคัญและมีความเชี่ยวชาญในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง จำนวน 6 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในประเด็นรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารจังหวัดต่ง

3. แบบประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ของรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารจังหวัดต่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารจังหวัดต่ง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประเมินความตรงและความครอบคลุมของคำถาม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการวิจัย

นำร่างรูปแบบการสนับสนุนฯ ให้ ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมิน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สาธารณสุข การวิจัย การพยาบาลอนามัยชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว โดยได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 30 - 40 นาที เริ่มจากการแนะนำตัว ชวนคุยในประเด็นทั่วไป แล้วจึงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการสนทนา และการประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า (Data triangulation)

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้รูปแบบ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่ง ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริหารจัดการ 2) การจัดบุคลากรและศักยภาพในการจัดบริการ 3) สถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม 4) ระบบสารสนเทศ 5) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6) ระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 7) การจัดบริการ เภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) 8) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่ง รุ่นที่ 1 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 30 แห่ง เป็นระยะเวลา 3 เดือนและ จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 290 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด 30 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิประจำ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. 30 แห่งๆ ละ 1 คน รวม 30 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่งการบริหารส่วนจังหวัดต่ง มาอย่างน้อย 1 ปี 2) สนใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายสถานปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น 2) ลาพักงาน ลาคลอด หรือการลาป่วยระยะยาวระหว่างการเก็บข้อมูล และ 3) มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในประเด็นความเหมาะสม ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพิ่มเติมรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1 คน ด้านสาธารณสุข 1 คน และด้านการวิจัย 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสนทนากลุ่มใช้เวลากลุ่มละประมาณ 30 - 40 นาที เริ่มจากการแนะนำตัว ชวนคุยในประเด็นทั่วไป แล้วจึงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการ เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้า (Data Triangulation)

ระยะที่ 3 ปรับปรุงและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบขั้นสุดท้าย (Research3: R3)

1. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 4 มาสรุปวิเคราะห์ ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบขั้นสุดท้ายเพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์

2. นำรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังที่ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบขั้นสุดท้ายจนมีความสมบูรณ์ไปหาความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้แทน จำนวน 30 คน ทดสอบด้วยสถิติ One Sample t-test โดยการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับมาก (มากกว่า 3.50) ผลการประเมินพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผลรูปแบบ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังซึ่งปรับปรุงจนสมบูรณ์ไปใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 30 แห่ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน จากนั้นผู้วิจัยได้ประเมินผลรูปแบบ โดยประเมินจากผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบก่อน-หลังนำไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกอำเภออย่างง่าย จากทั้งหมด 6 อำเภอที่มี รพ.สต.ถ่ายโอนภารกิจในพื้นที่ศึกษาสุ่มได้ อำเภอสิเกา คำนวณขนาดประชากรจากจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ย 1 เดือนของ 6 รพ.สต. ในอำเภอสิเกา เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 1,412 คน จากโปรแกรม G*Power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 302 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม รพ.สต. ในอำเภอ สิเกา ได้แก่ รพ.สต. A 27 คน, รพ.สต. B 40 คน, รพ.สต. C 53 คน, รพ.สต. D 55 คน, รพ.สต. E 66 คน, และ รพ.สต. F 61 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่าย ตามที่คำนวณไว้ในแต่ละ รพ.สต.

เกณฑ์คัดเข้าคือ เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ผู้รับบริการที่ถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลผู้ที่มีภาวะทางจิตใจหรือร่างกายที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยได้แบบสอบถามข้อมูลสมบูรณ์กลับ 262 ชุด

กลุ่มที่ 2 บุคลากรที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power analysis ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น

เกณฑ์การคัดเข้า คือ สมครใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ลาพักงาน ลาคลอด ลาป่วย หรือภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 โดยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่ รพ.สต. ออกแบบตามแนวคิด SERVQUAL Model (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ (Donabedian Model, 1988) และ Customer Satisfaction Theory (Oliver, 1980) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) ความพึงพอใจในการมารับบริการ ได้แก่ 1) ด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ 2) ด้านการเอาใจใส่และความสุภาพของบุคลากร 3) ด้านระยะเวลาในการให้บริการ 4) ด้านความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากร 5) ด้านความเพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ 6) ด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อมของสถานที่บริการ 7) ด้านความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการ เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 35 ข้อ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ สำหรับบุคลากรที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสนับสนุน 7 ด้าน ได้แก่ การบริหารทีม การพัฒนาทรัพยากร การเข้าถึงบริการ การบูรณาการเครือข่าย การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล การกำกับติดตาม และการประเมินผล รวม 33 ข้อ ใช้มาตราส่วน Likert 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจทั้ง 2 ชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประเมินความตรงของเนื้อหา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการวิจัย จากนั้นดำเนินการ ทดลองใช้ (Try out) โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ชุดที่ 1 เท่ากับ 0.89 ชุดที่ 2 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลหลังนำรูปแบบขั้นสุดท้ายไปใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent Paired Sample T-Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2566/193 วันที่ 4 กันยายน 2566 ข้อมูลที่ได้จะทำการวิเคราะห์ในภาพรวม ปกปิดเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง จังหวัดตรังเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 เป็นปีแรก ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 24.00) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 290 คน (ร้อยละ 10.86) และพบว่า ด้านการเตรียมการไม่ได้มีการเตรียมการถ่ายโอนภารกิจร่วมกัน ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แจ้งความประสงค์ถ่ายโอนด้วยตนเอง ทำให้มีบุคลากรจำนวนมากในบางแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งขาดแคลน มาตรฐานตำแหน่งยังไม่มีกรอบรองรับ เช่น ลูกจ้าง พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ด้านการบริหารจัดการ ที่ดิน สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ ยังไม่เป็นปัจจุบัน ต้องเร่งรัดดำเนินการให้เป็นปัจจุบันเพื่อส่งมอบภารกิจ การเงินการคลัง ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการสนับสนุนงบประมาณ งบ PP/ OP งบค่าเสื่อมของโรงพยาบาลแม่ข่าย การสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิยังไม่ทราบแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา จำนวน 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านระบบบริหารจัดการ 2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ 3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม 4) ด้านระบบสารสนเทศ 5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และ 8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2. รูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนา ได้แก่ รูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง: TRANG-ME Model เพื่อเป็นต้นแบบให้เกิดความร่วมมือของ อบจ.และ สสจ.ในการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 โดยมีเป้าหมายหลักคือ ส่งเสริมการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง เสมอภาค เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ 2562 ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 การบริหารทีม (Team management)

2.1.1 จัดตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

2.1.2 จัดตั้งคณะทำงานประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ Plus (คปสอ.Plus) ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการ คปสอ.และตัวแทนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง เพื่อประสานความร่วมมือและจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1.3 จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้บริการแก่ประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

2.1.4 จัดตั้งศูนย์ประสานงานสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการ ประสานงาน จัดระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

2.1.5 แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) เพื่อประเมินรับรองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

2.2 การพัฒนาทรัพยากร (Resource Development)

2.2.1 การจัดบุคลากรและพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังตรวจสอบข้อมูลคุณสมบัติ สิทธิ ความก้าวหน้าของบุคลากรให้พร้อมส่งมอบ จัดอัตรากำลังที่เหมาะสมสนับสนุนบุคลากรสหวิชาชีพระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังให้มีการดำเนินงานร่วมกันในรูปแบบทีม 3 หมอและเครือข่ายปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้การจัดบริการปฐมภูมิต่อเนื่องและมีคุณภาพ เช่น การบริหารจัดการ การใช้ระบบสารสนเทศสุขภาพ และการจัดการโรคเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

2.2.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ร่วมกันส่งเสริมการจัดทำผลงานวิชาการและจัดให้มีเวทีวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.2.3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร จัดเงินโบนัสประจำปี และความก้าวหน้าในวิชาชีพ

2.2.4 จัดสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ตามมาตรฐาน 5 ส และมาตรฐานสุขภาพ เช่น การจัดการขยะติดเชื้อ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการจัดการน้ำสะอาด และดำเนินการสำรวจจัดการที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน

2.2.5 การสนับสนุนด้านงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตั้งจัดการภาระหนี้สิน ปรับปรุงข้อมูลทะเบียนให้เป็นปัจจุบัน ดำเนินการสนับสนุนงบประมาณ โดยบริการผู้ป่วยนอก (OP) โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนเป็นค่าเวชภัณฑ์ ยา วัสดุการแพทย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆในการจัดบริการผู้ป่วยนอก บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) จัดสรรร้อยละ 30 ของประชากร UC และงบค่าเสื่อม ประกอบด้วยบริการผู้ป่วยนอก (OP) จัดสรรให้ รพ.สต. ร้อยละ 36 ของจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) จัดสรรให้ รพ.สต.ร้อยละ 80 ของประชากร UC องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งสนับสนุนเงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และภารกิจถ่ายโอน ตามขนาด รพ.สต. ขนาด S จำนวน 400,000 บาท ขนาด M จำนวน 650,000 บาท

2.3 การขยายการเข้าถึงบริการ (Access to health services)

2.3.1 จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดตัญญูทธศาสตร์ชาติ และกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย ระบบการติดตาม กำกับ และประเมินผลร่วมกัน

2.3.2 จัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) การจัดการบริการในสถานบริการ การจัดการบริการทันตกรรม การจัดการบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด การจัดการบริการในชุมชน ส่งเสริมการจัดการบริการเชิงรุก และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

2.3.3 พัฒนาระบบสารสนเทศในการวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อจัดการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ระบบ HOSxP การบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ใช้ฐานข้อมูล HDC ในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3.4 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินมาตรฐาน โดยคณะกรรมการ คปคม.

2.3.5 โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ส่งเสริมการพัฒนาการประกันคุณภาพควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) และสนับสนุนคู่มือ วัสดุอุปกรณ์เก็บตัวอย่างส่งตรวจ

2.3.6 โรงพยาบาลแม่ข่ายบริหารจัดการระบบยาโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ส่งเสริม การพัฒนาลังยา และเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน การคัดเลือกส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ และสร้างระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตรวจสอบและควบคุมผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในพื้นที่

2.3.7 โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จัดเก็บและกำจัดมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ จัดเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน

2.3.8 โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนเครื่องมือ เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ และ CPG สำหรับจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.4 การบูรณาการเครือข่าย (Network Integration) จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระดับจังหวัดด้านเวชกรรมและการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก และบันทึกข้อตกลงของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้มีการจัดการบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหน่วยงานราชการในพื้นที่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพของประชาชน

2.5 การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้ง ส่งเสริมกำกับให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้

2.6 การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ (Monitoring) ติดตามนิเทศงาน โดยคณะกรรมการร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังและองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังอย่างต่อเนื่อง และติดตาม กำกับงานในระบบอิเล็กทรอนิกส์

2.7 การประเมินผล (Evaluation)

2.7.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรังและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ร่วมกันประเมินผลผลลัพธ์ผลกระทบทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนตามแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดตรัง และแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่

2.7.2 จัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และจัดทำสารสนเทศผลการดำเนินงานให้ประชาชนเข้าถึงได้

2.7.3 ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)



ภาพ 2 รูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง (TRANG-ME Model)

3. ประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วน จังหวัดตรัง

3.1 ผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วน จังหวัดตรังเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (ปี พ.ศ. 2566 – 2567) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

มาตรฐานบริการปฐมภูมิ	ก่อน (M,SD.)	หลัง (M,SD)	p-value
ด้านระบบบริหารจัดการ	5.56, 0.87	6.00, 0.00	.040
ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	7.65, 0.60	8.00, 0.00	.040
ด้านสถานที่ตั้ง อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	4.90, 0.31	5.00, 0.00	.083
ด้านระบบสารสนเทศ	8.66, 0.69	9.00, 0.00	.043
ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	55.08, 4.24	55.08, 4.24	.805
ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	36.12, 2.76	37.06, 2.52	.178
ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	58.85, 3.65	60.03, 3.19	.174
ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	54.81, 5.30	56.36, 3.59	.154
รวม	238.83, 9.26	253.81, 13.89	.001

จากตาราง 1 พบว่า ผลการใช้รูปแบบ TRANG-ME Model ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า มี 3 ด้านก่อนและหลังใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดการบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ และด้านระบบสารสนเทศ

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อการจัดการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจจากการใช้รูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง: TRANG-ME Model เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการมารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง (n=262)

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	3.97	0.48	มาก
ด้านการเอาใจใส่และความสุภาพของบุคลากร	4.14	0.50	มาก
ด้านความรวดเร็วในการให้บริการ	4.38	0.59	มากที่สุด
ด้านความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากร	4.10	0.50	มาก
ด้านความเพียงพอของยาและเวชภัณฑ์	4.67	0.50	มากที่สุด
ด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อมของสถานที่บริการ	4.57	0.51	มากที่สุด
ด้านความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการ	4.79	0.41	มากที่สุด
ภาพรวม	4.37	0.19	มากที่สุด

จากตารางพบว่า ผู้รับบริการที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความรวดเร็วในการให้บริการ ด้านความเพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ ด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อมของสถานที่บริการ และด้านความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการ

3.3 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารจังหวัดต่ง (n= 38)

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
การบริหารทีม (Team Management)	4.04	0.34	มาก
การพัฒนาทรัพยากร (Resource Development)	4.42	0.31	มากที่สุด
การขยายการเข้าถึงบริการ (Access to Health Services)	4.10	0.37	มาก
การบูรณาการเครือข่าย (Network Integration)	3.89	0.44	มาก
การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance)	4.34	0.71	มากที่สุด
การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ (Monitoring)	3.92	0.36	มาก
การประเมินผล (Evaluation)	3.90	0.48	มาก
ภาพรวม	4.09	0.20	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ด้านการพัฒนาทรัพยากร (Resource development) และการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล (Good governance) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่ง เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2567 โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจเข้าร่วม 30 แห่ง (ร้อยละ 24) การดำเนินการนี้สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมและความสมัครใจของ รพ.สต. ในการเข้าร่วมกระบวนการถ่ายโอนอำเภอที่มีอัตราการถ่ายโอนสูงที่สุด ได้แก่ อำเภอสีเกา (ร้อยละ 66.67) ในขณะที่อำเภอวังวิเศษมีอัตราต่ำสุด (ร้อยละ 14.29) แสดงถึงความแตกต่างด้านความพร้อมในแต่ละพื้นที่ ทั้งในแง่ทรัพยากร บุคลากร และการสนับสนุนจากชุมชน จากผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งไม่มีบุคลากรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลากรบางรายที่แจ้งความจำนงค์ถ่ายโอนในช่วงเริ่มต้นกลับยกเลิกในภายหลัง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่ชัดเจนในกระบวนการหรือความไม่พร้อมการเตรียมการ ด้านการบริหารจัดการ งบประมาณ และทรัพยากร มีปัญหาการเร่งรัดการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างก่อนการถ่ายโอน และการบริหารงบประมาณ เช่น งบ PP/OP และค่าเสื่อมของ รพ.สต. ยังคงต้องศึกษาแนวปฏิบัติและทำข้อตกลงร่วมกันในจุดที่สมดุล สอดคล้องกับการศึกษาด้านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ Prompunjai, Singthong, Thammakun, & Yoocharoen (2024) ได้เปรียบเทียบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน พบว่าการจัดบริการด้านกำลังคนด้านการเงินการคลัง ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าด้านข้อมูล ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น และด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านอัตราากำลังคน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakshetrin, Sriyasak, Chantira, Nimwatanakul, Krikgulthorn, Chuenklin, et al (2024) ได้ทำการศึกษาการบริหารอัตราากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า ขาดการวางแผนด้านนโยบายอัตราากำลังคน และการบริการการเงินและบัญชีที่ยังขาดความครอบคลุม ในด้านการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน ความพร้อมอัตรากำลังคนที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ อัตรากำลังคนในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับการให้บริการสุขภาพประชาชน ร้อยละ 83.20 รองลงมา คือ การจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.10 ส่วนความพร้อมที่น้อยที่สุด คือ จัดระบบการเงินและบัญชีให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 65.37

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น อาจเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจมีปัญหาของการดำเนินงานบ้างที่ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่น ซึ่งมีงานวิจัยของ Sriyasak, Sridawruang, Sriring, Nitkhamhan, Chatchumni, Khaonuan, et al (2024) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการหลังจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลไปยังการบริหารระดับจังหวัด โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในกระบวนการปรับตัวและการรักษามาตรฐานบริการ และการศึกษาของ Abimbola, Baatiema & Bigdeli (2019) ระบุว่า การกระจายอำนาจสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นและความเท่าเทียมในระบบสุขภาพได้ หากมีการบริหารจัดการที่ดี โดยพบกลไกที่สำคัญของการกระจายอำนาจ ได้แก่ 1) Voting with Feet การกระจายอำนาจส่งผลให้ประชาชนเลือกย้ายถิ่นฐานหรือเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นตามคุณภาพและความสะดวก ส่งผลต่อความเท่าเทียมในการกระจายทรัพยากรระหว่างพื้นที่ 2) Close to Ground การนำการบริหารจัดการมาสู่ระดับพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจและตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น เช่น การจัดการข้อมูลท้องถิ่น และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 3) Watching the Watchers ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างระดับการบริหารช่วยเสริมสร้างการตรวจสอบและความโปร่งใส ส่งผลต่อความยืดหยุ่นของระบบในการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงหรือความล้มเหลว แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของการกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ

การดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิ จังหวัดตรังมีการทำบันทึกข้อตกลงในระดับจังหวัด จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องมีข้อตกลงใช้รูปแบบการดำเนินการเหมือนที่ผ่านมาทั้งระดับจังหวัด และระดับอำเภอ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจพอสมควร ทั้งด้านบุคลากรสวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร ต้องเปลี่ยนสถานบริการปฏิบัติงานตามกรอบของการจัด PCU หรือ NPCU ใหม่ ช่วงแรกส่งผลกระทบต่อประชาชนในการรับบริการ อาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์เรื่องการถ่ายโอนภารกิจน้อย หรือแทบไม่มีการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนขาดการรับรู้ในกระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangmano, Siriwohan & Pichai (2014) พบสาเหตุที่ทำให้การถ่ายโอนไม่สมบูรณ์ ได้แก่ 1) ข้อยกจำกัดด้านงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ้างบุคลากร จัดซื้ออุปกรณ์ และดำเนินงานโรงพยาบาล 2) ความกังวลของบุคลากร บุคลากรโรงพยาบาลกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงาน การวางแผนอัตรากำลังในระยะยาว รวมถึงสวัสดิการและผลตอบแทน 3) ปัญหาด้านนโยบายและการประสานงาน ขาดการผลักดันและการจัดกิจกรรมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการถ่ายโอน 4) อุปสรรคในการบริหารจัดการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่มีนโยบายหรือแผนชัดเจนในการรับการถ่ายโอน

การดำเนินการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดตรัง พบว่ามีการใช้กลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ในการขับเคลื่อน ประสานการดำเนินงานระดับอำเภอทั้งด้านการบริหารด้านงบประมาณ การส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนวัสดุ ยา เวชภัณฑ์ด้านการแพทย์แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้ว่าการถ่ายโอนภารกิจ มีเป้าหมายหลักในการกระจายอำนาจด้านการดูแลสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการได้อย่างเต็มความสามารถนั้น แต่ก็ยังพบว่าด้านบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ขาดแคลนบุคลากรสวิชาชีพ หรือแม้กระทั่งค่าตอบแทน สวัสดิการ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจเป็นเพราะช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบกับแผนการรองรับการถ่ายโอนขาดประสิทธิภาพ (Chotchoungchatchai, Markchang, Uansri, Tanomsridachchai, Pattanasiri, Ittiphisit, et al, 2022) เช่นเดียวกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจต้องพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของการถ่ายโอนภารกิจในแต่ละพื้นที่ (DechArun & Suwannarat, 2023) และเมื่อผ่านระยะของการเปลี่ยนผ่านอาจส่งผลให้ระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นได้

รูปแบบ TRANG-ME Model เป็นตัวแบบที่มีองค์ประกอบทั้งด้านการบริหารจัดการทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม กำกับ

ติดตามประเมินผลให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ ซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือทั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือภาคส่วนอื่นๆ ในการจัดระบบสนับสนุนให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง : TRANG-ME Model ไปเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นนำไปใช้ เพื่อจัดระบบสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ

2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องร่วมกันจัดระบบสนับสนุน การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดีทั้งด้านการบริหารทีม การพัฒนาทรัพยากร การขยายการเข้าถึงบริการ การบูรณาการเครือข่าย การติดตาม กำกับ และประเมินผล ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

References

- Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: A realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, 34(8), 605–617. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>.
- Chotchoungchatchai, S., Markchang, K., Uansri, S., Tanomsridachchai, W., Pattanasiri, T., Ittiphisit, S., et al. (2022). Process of situation reviewing and health policy and system research providing: The case of transferring sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations (Final Report). Foundation for the Development of International Health Policy. (in Thai)
- DechArun, V. & Suwannarat, R. (2023). The operational models according to the roles of district health offices after decentralization by the Ministry of Public Health, Songkhla province. *Academic Journal for the Development of Primary Health Care and Public Health Systems*, 1(3),1-13.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>.
- Health Systems Research Institute. (2008). *Health system reform and decentralization of health authority*. Health Systems Research Institute.
- Kaewoyaem, W., Sangthima, W., Nongsai, P., & Towmit, S. (2023). The decentralization through transfer sub-district health promoting hospital to local government organizations. *Ratanabuth Journal*, 5(1), 694–707.

- Limsuvat, S. & Suksamran, S. (2022). Problems of transferring district health promoting hospitals from the Ministry of Public Health to local government organizations in Nakhon Ratchasima province. *Journal of Wisdom the Political Science and Multi-Disciplinary Sciences*, 5(5), 35–50.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469. <https://doi.org/10.2307/3150499>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). *SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Promptunjai, P., Singthong, T., Thammakun, T., & Yoocharoen, P. (2024). The impacts of transferring the mission of the sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations on the disease prevention and control management system in Thailand. *Journal of the Office of DPC7 Khon Kaen*, 31(2), 1-16.
- Sangmano, S., Siriwohan, S., & Pichai, K. (2014). Problems of transferring district health promoting hospitals from the ministry of public health to local government organizations in Chiang Mai province. *Graduate Research Journal, Chiang Mai Rajabhat University*, 5(2), 25-35.
- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Chantra, R., Nimwatanakul, S., Krirkgulthorn, T., Chuenklin, T., et al. (2024). Policy proposal of health manpower management in a transitional period from sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations. *Bcnon Health Science Research Journal*, 18(1), 121-132.
- Sriyasak, A., Sridawruang, C., Sriring, P., Nitkhamhan, B., Chatchumni, M., Khaonuan, B., et al. (2024). Factors affecting hospital provision of health-promoting services transferred to provincial administration in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 1053. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081053>.
- Suphanchaimat, R., Noree, T., Pagaiya, N., Hongthong, P., Nimnual, I., & Hengsiri, P. (2024). The impact of transferring subdistrict health promoting hospitals to local administrative organizations on the primary health care system: a case study of the “three doctors” policy in five provinces. (Full Research Report). Health Systems Research Institute.

ผลของอาหารและรูปแบบการบริโภคแบบเมดิเตอร์เรเนียนที่มีผลอาหารต่อ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

The Effect of Mediterranean Diet and Consumption Patterns on Erectile Dysfunction

อภिरัตน์ ศุภธนาทรัพย์^{1,*} และ จิรายุส ไมตรีสถิต²

Abhirat Supthanasup^{1,*} and Chirayus Maitrisathit²

¹สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ²ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

¹School of Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University

²Urology Surgery, Veterans General Hospital

(Received: September 18, 2024; Revised: November 1, 2024 ; Accepted: November 6, 2024)

บทคัดย่อ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คือ ภาวะที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวเพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างพึงพอใจได้ เป็นภาวะที่มีผลกระทบทั้งกิจกรรมทางเพศตลอดจนคุณภาพชีวิต ถือเป็นภาวะผิดปกติทางเพศที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ชายและมีความชุกเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีลักษณะร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด กล่าวคือ การอักเสบ การทำงานที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ดังนั้นอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหารซึ่งเป็นปัจจัยของโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นอาจมีบทบาทต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเช่นเดียวกัน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศคือ อาหารที่มีปริมาณพลังงาน โซเดียม และไขมันสูง ซึ่งทำให้มีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดที่สูงเป็นสาเหตุทำให้เซลล์เยื่อบุหลอดเลือดเสียหายนำไปสู่การลดลงของไนตริกออกไซด์ ขณะที่อาหารเมดิเตอร์เรเนียนซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคที่เน้นอาหารจากพืช น้ำมันมะกอก บริโภคอาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อขาว ผลิตภัณฑ์จากนมในปริมาณพอเหมาะ และจำกัดอาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำตาลและไขมันนั้นช่วยลดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ตลอดจนเพิ่มระดับสารต้านอนุมูลอิสระและอาร์จินีน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสมจึงอาจมีส่วนช่วยลดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งนี้ รูปแบบการบริโภคอาหารดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทยโดยเน้นการบริโภคข้าวไม่ขัดสี ผัก ผลไม้ ตลอดจนอาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อขาว เพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีพลังงาน โซเดียมและไขมันสูง

คำสำคัญ: อาหาร, รูปแบบการบริโภคอาหาร, ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: abhirat.sup@stou.ac.th)

Abstract

Erectile dysfunction is a condition where the penis cannot become erect enough for satisfactory sexual intercourse. It impacts not only sexual activity but also quality of life. Erectile dysfunction is the most common sexual dysfunction in men and its prevalence is increasing. The pathophysiology of erectile dysfunction is closely linked with cardiovascular diseases, such as inflammation, endothelial cell dysfunction, and arteriosclerosis. Therefore, diet and eating patterns, which are risk factors for heart disease, may also play a role in erectile dysfunction. Studies have shown that risk factors for erectile dysfunction include diets high in calories, sodium, and fat, which increase blood sugar and fat levels, leading to endothelial damage and a reduction in nitric oxide production. On the other hand, the Mediterranean diet, which emphasizes plant-based foods, olive oil, moderate consumption of white meat, dairy products, and limits red meat, processed meat, sugar, and fat, helps reduce the risk of erectile dysfunction by controlling blood sugar and fat levels, as well as increasing antioxidant and arginine levels. Therefore, modifying dietary habits to a more appropriate pattern may help alleviate erectile dysfunction, which is a significant public health issue. This dietary pattern can be adapted to the Thai context by promoting the consumption of brown rice, vegetables, fruits, and white meat proteins, while reducing the intake of foods high in calories, sodium, and fat.

Keywords: Food, Dietary Patterns, Erectile Dysfunction

บทนำ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction, ED) คือ ภาวะที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวเพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างพึงพอใจได้ (McCabe, Sharlip, Atalla, Balon, Fisher, Laumann, et al, 2016) ถือเป็นความผิดปกติทางเพศที่พบได้บ่อยที่สุดในเพศชาย คาดการณ์ว่าความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 152 ล้านคนในปี พ.ศ. 2538 เป็น 322 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (Aytaç, Mckinlay, & Krane, 1999) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบความชุกของภาวะนี้ที่ร้อยละ 1 - 10 ในกลุ่มชายอายุน้อยกว่า 40 ปี (Nguyen, Gabrielson, & Hellstrom, 2017) และมากกว่าร้อยละ 40 ในกลุ่มชายอายุมากกว่า 40 ปี (Zhang, Yang, Li, & Li, 2017) จากความชุกดังกล่าวทำให้ทราบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน สิ่งที่น่าสนใจนอกเหนือจากปัจจัยด้านอายุ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) จากการศึกษาพบว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นปัจจัยทำนายโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังควบคุมปัจจัยอื่น (Uddin, Mirbolouk, Dardari, Feldman, Cainzos-Achirica, DeFilippis, et al, 2018) ทั้งนี้ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและโรคหัวใจและหลอดเลือดมีพยาธิสรีรวิทยา ร่วมกัน เช่น การอักเสบ (Inflammation) การทำงานผิดปกติของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (Endothelial dysfunction) และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เป็นต้น (Shin, Pregonzer, & Gardin, 2011) เป็นที่ทราบว่าอาหารและรูปแบบการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Lu, Jing, Qian, Fan, & Cheng, 2024) ดังนั้น อาหารและรูปแบบการบริโภคอาหารจึงอาจมีบทบาทต่อการภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ บทความนี้จะกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และรูปแบบการบริโภคอาหารต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยอาหารถือเป็นหนึ่งในปัจจัยดังกล่าว ทั้งนี้อาหารที่มีปริมาณพลังงาน โซเดียม และไขมันสูงมีความสัมพันธ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Miller, Eidelberg, & Chughtai, 2021) ดังนี้

1.1 พลังงาน การวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณพลังงานและภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการได้รับพลังงานมากเกินไปโดยเฉพาะพลังงานจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตขัดสีทำให้เกิดโรคอ้วน ทั้งนี้ โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศผ่านหลายกลไก เช่น การตอบสนองต่อการอักเสบในร่างกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำงานของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด การมีระดับฮอร์โมนผิดปกติ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการลดลงของระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน เป็นต้น (Skrypnik, Bogdański, & Musialik, 2014; Traish, Feeley, & Guay, 2009) โดยการมีปริมาณไขมันในร่างกายสูงมีผลทำให้เกิดภาวะอักเสบแบบอ่อนอย่างเรื้อรัง (Chronic low-grade inflammation) โดยการอักเสบนำไปสู่การทำงานของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด ทำให้มีการลดลงของไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการแข็งตัวขององคชาต โดยทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่เนื้อเยื่อขององคชาตและกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือด (Helicine arterioles) ทำให้เลือดไหลเข้าไปในคอร์ปัสคาร์เวอร์โนซั่มขององคชาตทำให้ขนาดขององคชาตขยายใหญ่ขึ้น

การศึกษาในสัตว์ทดลองและการศึกษาในระดับโมเลกุลพบว่า การจำกัดพลังงาน (Calorie restriction) มีผลดังนี้ 1) กระตุ้นการทำงานของเอนไซม์กระตุ้นการสังเคราะห์ไนตริกออกไซด์ที่หลังจากเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด (Endothelial nitric oxide synthase, eNOS) ซึ่งมีหน้าที่เปลี่ยนแอล-อาร์จินิน (L-arginine) ให้เป็นไนตริกออกไซด์ และ 2) ลดความเสียหายของหลอดเลือด (Limanjaya, Song, Choi, Ghatak, Minh, Kang, et al, 2017; Macit, Ustundag, Dagdeviren, Mercanoglu, & Sener, 2020; Testa, Biasi, Poli, & Chiarpotto, 2014) ขณะที่การศึกษาในมนุษย์ พบว่า การได้รับผลิตอาหารทดแทนมื้ออาหาร (Meal replacement) ที่จำกัดพลังงานในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 กก./ม.² มีความสัมพันธ์กับการลดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยพิจารณาจากค่าดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function, IIEF) ที่เพิ่มขึ้น Khoo, Ling, Tan, Teo, Ng, Chen, et al, 2014) ทั้งนี้ดัชนี IIEF เป็นการประเมินภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอด ความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจโดยรวม โดยผู้ที่มีความรุนแรงกว่าแสดงถึงการมีสมรรถภาพทางเพศที่ดีกว่าผู้ที่มีความรุนแรงต่ำ

1.2 ไขมัน อาหารไขมันสูงโดยเฉพาะกรดไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fat) ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การทดลองในสัตว์ชี้ให้เห็นว่า การมีไขมันในเลือดผิดปกติและภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมีส่วนสำคัญในการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Mulhall, Teloken, Brock, & Kim, 2006) สำหรับการศึกษาในมนุษย์ พบว่า ผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีระดับคอเลสเตอรอลและระดับแอลดีแอลสูงกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญ (Nikoobakht, Nasseh, & Pourkasmaee, 2005) ในการวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มชายที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ พบว่า การได้รับอาหารไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าดัชนี IIEF และมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเพิ่มขึ้น (Moran, Brinkworth, Martin, Wycherley, Stuckey, Lutze, et al, 2016) ดังนั้น การลดการบริโภคไขมันจึงมีความสำคัญในการป้องกันและบรรเทาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

1.3 โซเดียม การบริโภคโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับปัญหาการไม่แข็งตัวขององคชาต การศึกษาในหนูทดลอง พบว่า หนูที่ได้รับอาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์สูงเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ มีปัญหาการไม่แข็งตัวขององคชาตมากกว่าหนูที่ได้รับอาหารปกติ โดยไม่มีหนูทดลองตัวใดที่มีระดับความดันโลหิตสูงจากการได้รับอาหารที่มีโซเดียมคลอไรด์สูง ดังนั้น การบริโภคโซเดียมสูงลดการแข็งตัวขององคชาตโดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

ของระดับความดันโลหิต (Leitolis, Crestani, Elizabeth, & Silva-Santos, 2019) จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอาหารที่โซเดียมสูงอาจส่งผลต่อการแข็งตัวขององคชาติ อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในมนุษย์ต่อไป

2. รูปแบบการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

รูปแบบการบริโภคอาหาร (Dietary patterns) เป็นลักษณะของการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่บุคคลรับประทานและดื่มเป็นประจำ โดยมองภาพรวมของอาหารที่รับประทานซึ่งมีผลต่อชนิดของสารอาหารต่าง ๆ ที่ได้รับทั้งหมด โดยสารอาหารต่าง ๆ เหล่านี้ทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ (Dominguez, Veronese, Baiamonte, Guarrera, Parisi, Ruffolo, et al, 2022)

ดังนั้น การพิจารณาการบริโภคอาหารจึงสามารถบ่งชี้ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ดีกว่าการพิจารณาเพียงสารอาหารหรืออาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยจะกล่าวถึงอาหารเมดิเตอร์เรเนียนซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่มีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ดังนี้

อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean Diet, MedDiet) เป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นการบริโภคอาหารจากพืชจำพวกผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว และถั่วเปลือกแข็ง โดยบริโภคปลา อาหารทะเลที่มีเปลือก เช่น กุ้ง หอย ปู เป็นต้น อาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อขาว เช่น เนื้อสัตว์ปีก เป็นต้น ไข่ และผลิตภัณฑ์จากนมในปริมาณที่พอเหมาะ ตลอดจนมีการใช้น้ำมันมะกอกเป็นหลัก ขณะที่จำกัดการบริโภคอาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อแดง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อแกะ เป็นต้น เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำตาลและไขมัน (Castro-Quezada, Román-Viñas, & Serra-Majem, 2014) ถือเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลก สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา เป็นต้น ว่าช่วยส่งเสริมสุขภาพ โดยมีงานวิจัยสนับสนุนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 เป็นต้นมา พบว่า อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนการทำงานของสมอง เป็นต้น (Cena & Calder, 2020) อาหารเมดิเตอร์เรเนียนนอกจากลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวแล้วยังเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพทางเพศและลดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการศึกษาในชายที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 หรือมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่า กลุ่มผู้ที่ปฏิบัติตามรูปแบบการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนมีความชุกของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศน้อยที่สุด (Esposito, Ciotola, Giugliano, Sio, Giugliano, D'Armiento, et al, 2006; Esposito, Giugliano, Maiorino, & Giugliano, 2010; Maiorino, Bellastella, Caputo, Castaldo, Improta, Giugliano, et al, 2016) การศึกษาที่ดำเนินไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรสุขภาพดีอายุระหว่าง 40 - 75 ปี จำนวน 21,469 คน โดยพิจารณาค่า Mediterranean diet score ซึ่งแสดงถึงการรับประทานอาหารของบุคคลว่ามีความสอดคล้องกับรูปแบบอาหารเมดิเตอร์เรเนียนหรือไม่ พบว่า ผู้ชายที่มีการบริโภคอาหารตามรูปแบบอาหารเมดิเตอร์เรเนียนนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศน้อยกว่ากลุ่มที่มีการรับประทานอาหารไม่ปฏิบัติตามรูปแบบอาหารเมดิเตอร์เรเนียนทั้งในกลุ่มชายอายุน้อยกว่า 60 ปี อายุระหว่าง 60 - 70 ปี และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (Bauer, Breyer, Stampfer, Rimm, Giovannucci, & Kenfield, 2020) อาหารเมดิเตอร์เรเนียนอาจมีส่วนช่วยลดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด เพิ่มระดับสารต้านอนุมูลอิสระและอาร์จินิน ดังนั้น จึงเพิ่มการทำงานของไนตริกออกไซด์ (Di Francesco & Tenaglia, 2017) ทั้งนี้ การมีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดหลังการรับประทานอาหารที่สูงอาจเป็นสาเหตุทำให้เซลล์เยื่อบุหลอดเลือดเสียหายจากอนุมูลอิสระที่มีปริมาณมาก นำไปสู่การลดลงของไนตริกออกไซด์ (Esposito, Giugliano, Maiorino, & Giugliano, 2010) ขณะที่อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด รวมทั้งอาหารเมดิเตอร์เรเนียนซึ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี และน้ำมันมะกอกนั้นมีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับสารต้านอนุมูลอิสระโดยเฉพาะฟลาโวนอยด์ (Flavonoid) การศึกษาแสดงให้เห็นว่า การได้รับอาหารที่เป็นแหล่งของฟลาโวนอยด์สัมพันธ์กับการลดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายวัยเจริญพันธุ์

การศึกษาในกลุ่มที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค (Case-control study) ในผู้ชายอายุระหว่าง 18 - 40 ปี พบว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศมีการบริโภคผักและผลไม้และได้รับปลาไว้น้อยกว่ากลุ่มที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Mykoniat, Grammatikopoulou, Bouras, Karampasi, Tsionga, Kogias, et al, 2018) นอกจากนี้ การบริโภคปลาในอาหารเมดิเตอร์เรเนียนทำให้ได้รับกรดไขมันโอเมก้า 3 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับสารบ่งชี้การอักเสบ (Inflammatory markers) ส่งผลดีต่อการทำหน้าที่ของเซลล์เยื่อหลอดเลือด (Lopez-Garcia & Hu, 2004) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่เน้นการบริโภคปลา ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง และธัญพืชไม่ขัดสี ยังเป็นแหล่งที่สำคัญของการเพิ่มปริมาณอาร์จินีนอีกด้วย Shannon, Stephan, Minihane, Mathers, & Siervo, 2018)

เมื่อพิจารณาอาหารไทยเปรียบเทียบกับรูปแบบการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่กล่าวมาข้างต้นแล้วพบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารไทยแบบดั้งเดิมที่เน้นการบริโภคข้าว ปลา ผัก และผลไม้ เป็นหลักนั้นมีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดังกล่าว โดยลักษณะการบริโภคอาหารไทยแบบดั้งเดิมนั้นปรากฏอยู่ในหลักฐานต่างๆ โดยเฉพาะจากบันทึกของชาวต่างประเทศ เช่น จดหมายเหตุของโยสต์ สเคาเติน (Joost schouten) และบันทึกประวัติศาสตร์อยุธยาของฟานฟลิต (Jeremias van vliet) เป็นต้น ซึ่งกล่าวว่าชาวสยามนิยมบริโภคข้าว ปลา และผัก ไม่นิยมบริโภคสัตว์อื่น ส่วนอาหารหวานจะเป็นผลไม้ เครื่องดื่มเป็นเพียงน้ำธรรมดา (Sujachaya, 2017) อย่างไรก็ตาม รูปแบบการบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการเน้นบริโภคธัญพืชขัดสี เนื้อสัตว์ที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เป็นต้น อาหารแปรรูปซึ่งมีพลังงาน โซเดียมและน้ำตาลสูง ขณะที่บริโภคผักและผลไม้ลดลง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในบริบทของสังคมไทยตามอาหารเมดิเตอร์เรเนียนสามารถทำได้ ดังนี้

1) เลือกบริโภคธัญพืชไม่ขัดสีหรือขัดสีน้อยแทนข้าวแบ่งที่ขัดขาว เช่น เลือกบริโภคข้าวกล้องงอกแทนข้าวขาว เลือกบริโภคขนมปังโฮลวีทแทนขนมปังขาว เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกายเนื่องจากเป็นแหล่งของวิตามินบีและใยอาหาร

2) รับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้นในทุกมื้ออาหาร โดยเลือกบริโภคผักและผลไม้อย่างหลากหลายและเหมาะสมตามฤดูกาล

3) เลือกบริโภคแหล่งของโปรตีนที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา อาหารทะเล ตลอดจนเนื้อไก่ และไข่ เป็นหลักสำหรับการเลือกบริโภคปลานั้นอาจไม่จำเป็นต้องเลือกบริโภคปลาทะเลน้ำลึกในทุกครั้งเนื่องจากมีราคาค่อนข้างสูง สามารถเลือกบริโภคปลาได้หลากหลายชนิด เช่น ปลาทู ปลาช่อน ปลาทับทิม เป็นต้น และหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการบริโภคแหล่งของโปรตีนที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู เป็นต้น ตลอดจนเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก เบคอน หมูยอ กุนเชียง เป็นต้น

4) เลือกบริโภคถั่วและเมล็ดพืชเป็นอาหารว่าง เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว เมล็ดทานตะวัน เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ อัลมอนต์ เป็นต้น และหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการรับประทานอาหารว่างที่มีน้ำตาลและไขมันสูง เช่น เบเกอรี่ ขนมไทย น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น

5) เลือกใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทนการใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เลือกใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันคาโนลา น้ำมันเมล็ดชา น้ำมันมะกอก แทนการใช้น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาต่าง ๆ ข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลของอาหารพลังงาน โซเดียมและไขมันสูงต่อการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ขณะที่รูปแบบการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนมีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาต่อไปจึงอาจมุ่งศึกษาในประเด็น ดังนี้

1) ผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียนต่อการลดอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศโดยพิจารณาจากค่าดัชนี IIEF

2) ผลของรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอื่นๆ เช่น อาหารแดช (Dietary approaches to stop hypertension, DASH Diet) อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean-DASH intervention for neurodegenerative Delay, MIND Diet) เป็นต้น ต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

4. บทสรุป

จากความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อาหารและรูปแบบการบริโภคอาหารอาจมีบทบาทต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยการศึกษาในประเด็นเรื่องอาหารนั้น พบว่า การได้รับอาหารพลังงานพลังงานสูง ตลอดจนอาหารที่มีไขมันและโซเดียมในปริมาณมากมีความสัมพันธ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ขณะที่การศึกษาเรื่องรูปแบบการบริโภคอาหารอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีมีผลลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว ดังนั้น แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงควรเน้นรูปแบบการบริโภคอาหารประเภทผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง ปลา อาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อขาว อาหารทะเล และน้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง ขณะที่จำกัดการบริโภคอาหารกลุ่มโปรตีนเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำตาลและไขมัน โดยรูปแบบการบริโภคอาหารในลักษณะนี้มีความคล้ายคลึงกับรูปแบบการบริโภคอาหารไทยแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม การบริโภคอาหารมีการเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันที่เน้นบริโภคธัญพืชขัดสี เนื้อสัตว์ที่มีไขมันอิ่มตัวสูง อาหารแปรรูปซึ่งมีพลังงาน โซเดียม และน้ำตาลสูง ขณะที่บริโภคผักและผลไม้ลดลง ดังนั้น จึงควรสนับสนุนรูปแบบการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมในสังคมไทยปัจจุบันเพื่อช่วยลดปัญหาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข

References

- Aytaç, I. A., Mckinlay, J. B., & Krane, R. J. (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU International*, 84(1), 50–56. doi: 10.1046/j.1464-410x.1999.00142.x.
- Bauer, S. R., Breyer, B. N., Stampfer, M. J., Rimm, E. B., Giovannucci, E. L., & Kenfield, S. A. (2020). Association of diet with erectile dysfunction among men in the health professionals follow-up study. *JAMA Network Open*, 3(11); e2021701. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21701.
- Castro-Quezada, I., Román-Viñas, B., & Serra-Majem, L. (2014). The mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*, 6(1); 231–48. doi:10.3390/nu6010231.
- Cena, H. & Calder, P. C. (2020). Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*, 12(2); 334. doi:10.3390/nu12020334.
- Di-Francesco, S. & Tenaglia, R. L. (2017). Mediterranean diet and erectile dysfunction: a current perspective. *Central European Journal of Urology*, 70(2); 185–87. doi: 10.5173/cej.2017.1356.
- Dominguez, L. J., Veronese, N., Baiaomonte, E., Guarrera, M., Parisi, A., Ruffolo, C., et al. (2022). Healthy aging and dietary patterns. *Nutrients*, 14(4); 889. doi: 10.3390/nu14040889.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Sio, M. D., Giugliano, G., D'Armiento, M. et al. (2006). Mediterranean diet improves erectile function in subjects with the metabolic syndrome. *International Journal of Impotence Research*, 18(4), 405-410. doi: 10.1038/sj.ijir.3901447

- Esposito, K., Giugliano, F., Maiorino, M. I., & Giugliano, D. (2010). Dietary factors, mediterranean diet and erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2338–2345. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01842.x.
- Khoo, J., Ling, P. S., Tan, J., Teo, A., Ng, H. L., Chen, R. Y. T., et al. (2014). Comparing the effects of meal replacements with reduced-fat diet on weight, sexual and endothelial function, testosterone and quality of life in obese asian men. *International Journal of Impotence Research*, 26(2), 61–66. doi: 10.1038/ijir.2013.36.
- Leitolis, A., Crestani, S., Elizabeth, A. E., & Silva-Santos, J. E. D. (2019). High-salt intake reduces apomorphine-induced penile erection and increases neurally mediated contractile responses of the cavernosal smooth muscle in rats. *American Journal of Hypertension*, 32(12), 1206–13. doi: 10.1093/ajh/hpz142.
- Limanjaya, A., Song, K. M., Choi, M. J., Ghatak, K., Minh, N. N., Kang, D. H., et al. (2017). Calorie restriction reverses age-related alteration of cavernous neurovascular structure in the rat. *Andrology*, 5(5), 1023–1031. doi:10.1111/andr.12401.
- Lopez-Garcia, E. & Frank, B. H. (2004). Nutrition and the endothelium. *Current Diabetes Reports*, 4(4), 253–259. doi:10.1007/s11892-004-0076-7.
- Lu, L., Jing, W., Qian, W., Fan, L., & Cheng, J. (2024). Association between dietary patterns and cardiovascular diseases: a review. *Current Problems in Cardiology*, 49(3), 102412. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2024.102412.
- Macit, C., Ustundag, U. V., Dagdeviren, O. C., Mercanoglu, G., & Sener, G. (2020). The effects of calorie restriction and exercise on age-related alterations in corpus cavernosum. *Frontiers in Physiology*, 11, 45. doi:10.3389/fphys.2020.00045.
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., Caputo, M., Castaldo, F., Improta, M. R., Giugliano, D., et al. (2016). Effects of mediterranean diet on sexual function in people with newly diagnosed type 2 diabetes: The MÈDITA trial. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 30(8), 1519–1524. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.08.007.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D. Laumann, E., et al. (2016). Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135–143. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019.
- Miller, R., Eidelberg, A., & Chughtai, B. (2021). Chapter 7 - role of diet in the development and progression of erectile dysfunction. pp. 95–106 in *Molecular mechanisms of nutritional interventions and supplements for the management of sexual dysfunction and benign prostatic hyperplasia*, edited by B. Chughtai. Academic Press.
- Moran, L. J., Brinkworth, G. D., Martin, S., Wycherley, T. P., Stuckey, B. Lutze, J., et al. (2016). Long-term effects of a randomised controlled trial comparing high protein or high carbohydrate weight loss diets on testosterone, SHBG, erectile and urinary function in overweight and obese men. edited by N. Shore. *PLOS ONE*, 11(9), e0161297. doi: 10.1371/journal.pone.0161297.

- Mulhall, J., Teloken, P., Brock, G., & Kim, E. (2006). Obesity, dyslipidemias and erectile dysfunction: a report of a subcommittee of the sexual medicine society of north America. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(5), 778–786.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00286.x.
- Mykoniatis, I., Grammatikopoulou, M. G., Bouras, E., Karampasi, E., Tsionga, A., Kogias, A., et al. (2018). Dietary flavonoid intake and erectile dysfunction among young men of reproductive age. *Clinical Nutrition ESPEN*, 24, 175. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.01.016.
- Nguyen, H. M. T., Gabrielson, A., & Hellstrom, W. (2017). Erectile dysfunction in young men: a review of the prevalence and risk factors. *Sexual Medicine Reviews*, 5.
doi: 10.1016/j.sxmr.2017.05.004.
- Nikoobakht, M., Nasseh, H., & Pourkasmaee, M. (2005). The relationship between lipid profile and erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17(6), 523–526.
doi: 10.1038/sj.ijir.3901350.
- Shannon, O. M., Stephan, B. C. M., Minihane, A. M., Mathers, J. C., & Siervo, M. (2018). Nitric oxide boosting effects of the mediterranean diet: a potential mechanism of action. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(7), 902–904. doi: 10.1093/gerona/gly087.
- Shin, D., Pregoner, G., & Gardin, J. M. (2011). Erectile dysfunction: a disease marker for cardiovascular disease. *Cardiology in Review*, 19(1), 5–11.
doi:10.1097/CRD.0b013e3181fb7eb8.
- Skrypnik, D., Bogdański, P., & Musialik, K. (2014). Obesity--significant risk factor for erectile dysfunction in men. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 36(212), 137-141.
- Sujachaya, S. (2017). Thai cuisine during the Ayutthaya period. *Humanities Journal*, 24(2), 1-29. (in Thai)
- Testa, G., Biasi, F., Poli, G., & Chiarpotto, E. (2014). Calorie restriction and dietary restriction mimetics: a strategy for improving healthy aging and longevity. *Current Pharmaceutical Design*, 20(18), 2950–2977. doi: 10.2174/13816128113196660699.
- Traish, A. M., Feeley, R. J., & Guay, A. (2009). Mechanisms of obesity and related pathologies: androgen deficiency and endothelial dysfunction may be the link between obesity and erectile dysfunction. *The FEBS journal*, 276(20), 5755-5767.
- Uddin, S. M. I., Mirbolouk, M., Dardari, Z., Feldman, D. I. Cainzos-Achirica, M., DeFilippis, A. P., et al. (2018). Erectile dysfunction as an independent predictor of future cardiovascular events: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation*, 138(5), 540–542.
doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.033990.
- Zhang, X., Yang, B., Li, N., & Li, H. (2017). Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in chinese adult males. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(10), 1201–1208.
doi:10.1016/j.jsxm.2017.08.009.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ตรงกลาง ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)

- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. " *Basic nursing challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14^{1*} (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ^{1*} ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน1 หน้า

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

.....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์จากงานวิจัย.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่ *)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

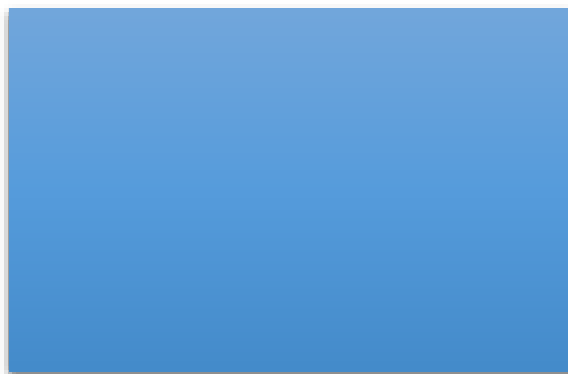
(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนนำเสนอผลจากตารางที่น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการ
กำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 089-6163137 E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy

ISSN : 2985-1602 (Online)

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2568



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat