

ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 | Vol.5 No.2 May-August 2022

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี ก้าวเข้าสู่ปีที่ 5 ซึ่งศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์TCI) ได้พิจารณาคุณภาพวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารซึ่งวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

ขอขอบคุณสมาชิกวารสาร นักวิจัยที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ในการส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ เข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษา รายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th โดยวารสารออกปีละ 3 ปีละเช่นเคย วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565) ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าสนใจน่าติดตาม มีบทความวิจัยจำนวน 5 เรื่องคือ

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)	Page	Vol.5 No.2 (May–August 2022)
บทบรรณาธิการ		Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ ถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด19 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	1	◇ Lesson Learned from a Readiness of Hospital to Support the Critical Epidemic of COVID-19: A Case Study of FORT Sunpasitthiprasong Hospital
ดร.ณัฐวุฒิ สุริยะ		Natthawut Suriya
ดร.ศิริณี อิ่มน้ำขาว		Siranee Imnamkhao
นางจงลักษณ์ ทวีแก้ว		Chonglak Taveekaew
ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง		Songsuda Muenthaisong
ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์		Chanyawee Chaiwong
ดร.ภรตราชา จันทศิลป์		Bhanwasa Jantasin
○ ผลการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย	13	◇ Effects of Using a Nutritional Consumption-recording Form among at-risk Pregnant Women to Prevent Low Birth Weight Infants at Phon Phisai Health Center, Phon Phisai, Nong Khai
ธงกช อรกุล		Thonggot Aorrakul
○ ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19	21	◇ Experiences of nursing students in the face of the COVID-19 epidemic
วิลาวณีย์ กล้าแรง จุฬารัตน์ หัวหาญ		Wilawan Klaraeng ¹ , Chularat Howharn ¹ ,
อารยา จิรมนัสวงศ รุจิสรุ สุระถาวร		Araya Jiramanasawong ¹ , Rujison Surataworn
○ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี	34	◇ The effect of health promotion on individualized stress management through internet individual for COVID-19 patients in Sangkhom hospital and Phan hospital Udothani
รับบุญ คำไกล		Rubboon Karglai
นรากร สารีเหล็ก		Narakorn Sareelae
○ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านของผู้ป่วย	42	◇ Development a Care System for Stroke Patients from Hospital to the Patients' Home
เสาวณีย์ อุ่ยตระกูล		Saowanee Uitrakul
เพ็ญญา ศรีหรั่ง		Pennapa Sriring

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
2. ดร.จิราพร วรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
4. ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.ชัยญาวิรุฬห์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. นางภัณฑิรา เพื่องทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. รศ. ดร.นันทยา วัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร. ธันวดี ศรีธำวิรัตน์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร ังดกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณิดา ปรีชิตถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
13. ผศ. ดร.ณิชาพันธ์ ปัญญาเอก	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
14. พญ.ดร.เสาวนันท บำเรอราช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
16. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
17. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
18. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
19. ดร.กิตติภูมิ ภิบุญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
20. ภกญ.ดร.เพ็ญภา ศรีหรั่ง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
21. ผศ.ดร.วิสัย คตะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	กองบรรณาธิการ
22. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กองบรรณาธิการ
23. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
24. ดร.อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กองบรรณาธิการ
25. ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	กองบรรณาธิการ
26. นางพรพิมล โคตรณรงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ และเลขานุการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|--|--|
| 1. ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 2. ดร.นรากร สารีแท้ | โรงพยาบาลธัญลักษณ์อุตรธานี |
| 3.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4.ดร.ชัยญาวิรี ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 5. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 6.ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวาย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 7.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 8.ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 9.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 10.ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 11.ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.อจจนา จินวงษ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุตรธานี |
| 12.ดร.พรพรรณ มนัสจกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 13.นายสิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย |
| 14.ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 15.ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 16.ดร.พรเลิศ ชุ่มชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |

ถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์ชั้นวิกฤติของโควิด19

: กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Received: 3 August 2022

Revised: 14 August 2022

Accepted: 15 August 2022

ณัฐวุฒิ สุริยะ* Ph.D. ศิราณี อม่น้ำขาว* ปร.ด.

จงลักษณ์ ทวีแก้ว* พย.ม. ทรงสุตา หมั่นไธสง* ปร.ด.

ชญญาวีร์ ไชยวงศ์* ปร.ด. ภรรวษา จันทศิลป์* * ส.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนของการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์ชั้นวิกฤติของโควิด 19 โดยใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานวิธี โดยใช้กรอบ Health Care Capacity พื้นที่วิจัยคือ โรงพยาบาลค่ายค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่าง กันยายน 2564-กุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 คน คือ ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ จังหวัด โรงพยาบาล คณะกรรมการโควิด 19 บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 10 คือ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Nvivo.

ผลการวิจัยพบว่า บทเรียนที่ได้จากเรียนรู้ในการความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์ชั้นวิกฤติของโควิด 19 โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหาร คือ 1.ผู้นำองค์กร 2.การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง 3. การมีเครือข่ายความร่วมมือในการมีส่วนร่วม 4. การตอบสนองที่รวดเร็ว 4. การมีทัศนคติที่ดี 5. การสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการระบาดชั้นวิกฤติของโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: นโยบายสุขภาพ, การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ, การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19

Lesson Learned from a Readiness of Hospital to Support the Critical Epidemic of COVID-19: A Case Study of FORT Sunpasitthiprasong Hospital

Natthawut Suriya* Siranee Imnamkhao*

Chonglak Taveekaew* Songsuda Muenthaisong*

Chanyawee Chaiwong* Bhanwasa Jantasin**

Abstract

The purpose of this research is to explore a lesson learned from a readiness of hospital to support the critical epidemic of COVID-19 at FORT Sunpasitthiprasong Hospital. This research was conducted between September 2021 and February 2022. Mix-method was adopted based upon the Health Care Capacity indicator. The primary key informants were purposively recruited through administrators at a public health region, provinces, hospitals, COVID-19 committees, health professional and responsible for environmental work. The secondary key informants were a group of stakeholders. The research instrument was the health service management assessment form, in-depth interview, focus group, and relevant document record form. The data were analyzed by content analysis using Nvivo.

The findings found five issues for public sector organizations as follows: 1) A leadership ; 2);Teamwork 3) Developing Network Building and Participatory; 4) Positive attitude; 5) Providing clear and accurate information and having public relations which covering target groups and easy to access. This will result in the management system for the management of the health service system at tertiary level to support the outbreak of the COVID-19 crisis in the future.

Keywords: Health policy Health service system COVID-19 outbreak

¹Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author, E-mail: Natthawut@smnc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศต่างๆทั่วโลก ทำให้ทั่วโลกกำลังเผชิญกับคำถามและการตัดสินใจมากมายที่ต้องการแก้ไข เพื่อเตรียมรับมือและตอบสนองโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในขณะเดียวกันต้องให้การบริการสุขภาพด้านอื่นๆควบคู่ไปด้วย การตัดสินใจและดำเนินการที่สำคัญในการลดความเสี่ยงของการให้บริการสุขภาพ จะต้องได้รับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งระบบการบริการสุขภาพต้องมีการใช้ประโยชน์และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ทุกระยะของการระบาดของโรค การประเมินผลที่ถูกต้องและรวดเร็วของระบบหน่วยงานบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างและกระบวนการบริหาร การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการทรัพยากรทั่วไปและความต้องการของชุมชน เป็นสิ่งที่ต้องบอกถึงมาตรฐานการบริการสุขภาพที่สูงสุด องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรคโควิด 19 (COVID-19) ซึ่งได้มีการแพร่ระบาดที่กระจายไปในหลายประเทศทั่วโลกเป็นโรคระบาดร้ายแรง1 จากการรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2565 ผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกถึง 601,391,652 ราย และผู้เสียชีวิต 646,987,322 ราย¹ การแพร่ระบาด COVID-19 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ โดย 5 ประเทศที่พบผู้ป่วยสะสมมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และรัสเซีย จะเห็นได้ว่า ทวีปเอเชีย พบว่าอินเดียมีผู้ป่วยสะสมสูงสุดและเป็นอันดับสองของโลก คือ 30,544,485 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 402,015 ราย และพบว่าประเทศในทวีปเอเชียมีผู้ป่วยรายใหม่สูงสุดในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 คือ อินเดีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ปากีสถานและบังคลาเทศ ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น จำนวน 5,916 ราย และเสียชีวิตสะสมมากถึง 2,226 รายโดยเป็นรายใหม่ 44 ราย²

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของประเทศไทยมีการระบาดในระลอกที่ 3 หลังเดือนเมษายน 2564 เพิ่มขึ้นมากกว่าระลอกที่ 1 และ 2 ที่ผ่านมาเป็นหลายเท่าตัว โดยสถิติเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2564 ซึ่งเกิดขึ้นหลังเทศกาลวันหยุดสงกรานต์ของไทย พบมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 150,271 ราย แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศ 1,384 ราย เดินทางมาจากต่างประเทศ 6 ราย รวมผู้ป่วยยืนยันสะสม 43,742 ราย และพบผู้เสียชีวิตเพิ่ม 3 ราย ส่งผลให้ยอดเสียชีวิตสะสมอยู่ที่ 104 ราย และสถิติวันที่ 4 กรกฎาคม 2564 สถานการณ์ในประเทศไทยยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นการติดเชื้อในคลัสเตอร์ที่หลากหลาย ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อสะสมมากขึ้นเป็น 254,204 ราย ที่น่าสนใจคือผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากถึง 5,916 ราย เสียชีวิตจากหลักร้อยเพิ่มเป็นหลักพัน และมีผู้เสียชีวิตรายใหม่สูงถึง 44 ราย ในส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล ณ วันที่ 4 กรกฎาคม 2564 พบ ผู้ติดเชื้อรายใหม่และสะสมรวม 7,987 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้มีการแพร่กระจายเชื้อไปทุกช่วงวัยของอายุ โดยเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2564 พบคลัสเตอร์พืชน้ำมันในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 34 รายและครูพี่เลี้ยง จำนวน 8 ราย รวม 42 ราย 2 มาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤติการณ์จากโรคติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มจะระบาดเป็นวงกว้างไป ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการจัดบริการสุขภาพผ่านหน่วยงานรัฐเป็นส่วนใหญ่ กรมการแพทย์ได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด 19 เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามระดับการบริการสุขภาพ ซึ่งในประเทศไทยมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 912 แห่ง และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 436 แห่ง แบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) การให้บริการแต่ละระดับนั้นมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อ(referral system) โดยเป็นการจัดการบริการสุขภาพและดูแลปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันในผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโควิด 19 นอกจากนั้นยังพบว่าโรงพยาบาลสนาม ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อรองรับการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย หากพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อ(referral) เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งตามระบบในแต่ละระดับของการบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ

จากสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องมีการบูรณาการความร่วมมือการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 และการบริหารจัดการทั้งโครงสร้างและกระบวนการบริหาร การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการทรัพยากรทั่วไปตามความต้องการของชุมชนอย่างเต็มกำลังความสามารถ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ(Health Care Capacity) จึงมีความสำคัญมาก จากรายงานทำเนียบสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อแบ่งตามประเภทของโรงพยาบาลตาม Service plan พบว่า เป็นระดับตติยภูมินาต M1 จำนวน 38 แห่ง ขนาด S จำนวน 49 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับ A จำนวน 34 แห่ง รวม 121 แห่ง และนอกจากนี้โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 15 แห่ง

และโรงพยาบาลค่าย สังกัดกระทรวงมหาดไทย 7 แห่ง ในการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนทุกหน่วยงานล้วนมีความสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในระลอกนี้ จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่า มีสถานบริการระดับตติยภูมिनอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกจำนวนมากที่มีบทบาทในการทำหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้รับบริการในสถานการณ์โควิด 19 ซึ่งถือเป็นต้นทุนทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อรองรับสถานการณ์โควิดที่อาจเกิดขึ้นรุนแรง กรมการแพทย์ได้ขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (UHosNet) กระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด 19 ในทุกด้าน จนถึงกระบวนการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit)3 ในปี 2563 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนเตรียมความพร้อมช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยฉุกเฉินโรคโควิด 19 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคโควิด 19 จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจากสถานพยาบาล ห้ามปล่อยปละละเลย ปฏิเสธการรักษา และหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่นจะต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม4

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม ขนาด 200 เตียง มีภารกิจในการให้บริการทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard Level– Referral Hospital) ให้แก่ กำลังพลทหาร ครอบครัว ตลอดจนประชาชนทั่วไป ให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟู รวมถึง การสนับสนุนภารกิจของกองทัพบก ผู้รับบริการที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบจำนวน 62,637 คน จึงถือว่าเป็นโจทย์ที่ท้าทายของการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด 19 ซึ่งต้องมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ตามมาตรฐานสากลของระบบบริการสุขภาพ (Health Care Capacity) ขององค์การอนามัยโลก1และมาตรฐานการปฏิบัติของประเทศ เนื่องจากประเทศไทยเผชิญหน้ากับโควิด 19 มาเกินกว่า 1 ปีแล้ว และการระบาดครั้งล่าสุดที่กำลังเผชิญในปัจจุบันเป็นความรุนแรงอย่างยิ่ง แม้ประชากรส่วนหนึ่งของประเทศเริ่มได้รับวัคซีนแล้ว แต่จากสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกประเทศยังทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ในผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วยังมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้ออีกครั้ง5 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการดำเนินการตามมาตรฐานสากลของระบบบริการสุขภาพ (Health Care Capacity) ขององค์การอนามัยโลกบางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานทั้งหมดและเป็นการดำเนินการตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวคิดที่เหมือนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ที่ยังไม่ได้ถูกวิเคราะห์ สังเคราะห์และถอดบทเรียนเป็นชุดความรู้ใหม่หรือรูปแบบแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สถานบริการสุขภาพอื่นๆได้นำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการรับมือกับสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน หรือยังไม่ทราบปัญหาอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนระบบและกลไกการบริการสุขภาพที่มี ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด 19:กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด 19 การทบทวนและปรับปรุงมาตรการให้เป็นไปตามมาตรการสากล มีแนวทางการดำเนินงาน ที่เป็นมาตรฐานและเกิดประโยชน์ต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเพื่อรองรับการระบาดของโควิด 19 ในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด19 กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์ขั้นวิกฤติของโควิด19 กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) แบบวิจัยพร้อมๆกัน (Convergent Parallel Design) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในห้วงเวลาเดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ไปพร้อมกับเชิงคุณภาพ ในการประเมินการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพโดยใช้กรอบขององค์การอนามัยโลก จากนั้นทำการ

วิเคราะห์ข้อมูลจาก 2 แหล่งทั้งในการวิเคราะห์เอกสารและการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการถอดบทเรียน เพื่อสรุปองค์ความรู้และผลการถอดบทเรียน นำเข้าสู่ระยะที่ 2 ในการร่างข้อเสนอเชิงนโยบายและคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อปรับปรุงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีแบบวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมๆกัน (Convergent Parallel Design) โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ครอบคลุมการศึกษาตัวแปรต้น 1) สถานการณ์โควิด-19 2) กรอบแนวคิดทฤษฎีการประเมินขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพและจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19(Health Care Capacity for COVID-19) ขององค์การอนามัยโลกครอบคลุม 5 ด้านประกอบด้วย 1) ความพร้อมของรพ. 2) การวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา/ความพร้อมของวัคซีนและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่น ๆ สำหรับ COVID-19 3) อุปกรณ์ชีวการแพทย์สำหรับการจัดการกรณี COVID-19 – เครื่องมือสินค้าคงคลัง 4) ดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลสุขภาพ COVID-19 5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection prevention and control (IPC) การตอบสนองของสถานดูแลสุขภาพสำหรับ COVID-19 ผลลัพธ์ของการศึกษา คือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤติรุนแรงของโควิด-19

ขอบเขตของการวิจัย

1.ขอบเขตด้านประชากร การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยพิจารณาจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่จะช่วยให้ตอบวัตถุประสงค์การศึกษาได้และข้อมูลอื่นตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หรือสนทนา โดยผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ที่ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการจัดระบบบริการสุขภาพ ในสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 22 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1.ระดับผู้บริหาร (ผู้ตรวจราชการเขต,ผู้ว่าราชการจังหวัด,นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด,ผู้อำนวยการโรงพยาบาล,หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล,คณะกรรมการบริหารที่รับผิดชอบดำเนินงานด้านการบริหารจัดการในสถานการณ์โควิด) จำนวน 7 คน 2.ระดับปฏิบัติ(บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาล 5 คน, เจ้าหน้าที่ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล 5 คน) ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ประชาชนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการจัดระบบบริการสุขภาพ ในสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 5 คน 2.ขอบเขตด้านเนื้อหา ในการศึกษาครั้งนี้ ถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์ขึ้นวิกฤติของโควิด19 ที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิของ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของประเทศไทย

3.ขอบเขตด้านระยะเวลา และพื้นที่ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง กันยายน 2564-กุมภาพันธ์ 2565 โดยทำการศึกษาโรงพยาบาลค่ายสตรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ มีขั้นตอนดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบประเมิน Health Care ได้นำมาจากองค์การอนามัยโลก(World Health Organisation)² และนำมาแปลเป็นภาษาไทย 8 ขั้นตอนตามหลักของบุญใจ ศรีสถิตนรากร มีค่าความเชื่อมั่น 0.85หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ในงานวิจัยนี้จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1.แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด 2.แนวทางการสนทนากลุ่ม ระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) คุณภาพของเครื่องมือ โดยอาศัยเกณฑ์การพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปนำเสนอให้นักวิชาการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและ ตรวจสอบรวมถึงตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการวิจัยด้วยการตรวจสอบหาค่า ความสอดคล้อง และ หาความเชื่อมั่น เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยประเมินแต่ละข้อคำถามสามารถวัดได้ตรงกับจุดประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์การพิจารณาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการหาค่าดัชนีความ

สอดคล้อง (IOC) ในทุกข้อคำถาม เมื่อวิเคราะห์แล้ว ทุกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 จะคัดเลือกเอาไว้ส่วนข้อ คำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 จะพิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรืออาจตัดทิ้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากต้นสังกัดและคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก 4 แห่ง คือ 1) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม IRB เลขที่ SNC 022/2564 และ 2) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (ETHICS COMMITTEE OF SUNPASITTHIPRASONG HOSPITAL) เลขที่ 070/64 S โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียด การวิจัย ประโยชน์ สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยต้องลงนาม ใบยินยอม (Consent Form) และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเพิกถอน บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนบุคคลชื่อสกุลกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกนำไปเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ การประเมินการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการ วิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบThematic analysis ของ โคโลซี ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้
 - 2.1 อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งบันทึกภาคสนาม เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้
 - 2.2 ดึงคำหรือสกัดคำ (Extracting) หรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษาจากข้อมูลที่ได้
 - 2.3 สร้างความหมาย (Formulate meaning) ให้กับประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ได้มาจากการดึงคำ
 - 2.4 จัดกลุ่มหัวเรื่อง (Cluster of Themes) จากความหมายหลังจากทบทวนความหมายที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 2.4.1) หาความเที่ยงของหัวเรื่องที่จัดไว้ โดยนำกลับไปทบทวนกับความหมายเดิมตามคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง 2.4.2) พิจารณาหัวเรื่องขั้นต้นที่จัด ซึ่งอาจพบหัวเรื่องที่ขัดแย้งกันในแต่ละกลุ่มและไม่ควรตัดข้อมูลที่ไม่เข้ากับปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกไป
 - 2.5 นำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์หามาผสมผสานกัน และสร้างเป็นคำอธิบายในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด (Exhaustive description)
 - 2.6 นำคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาที่สร้างขึ้นอย่างละเอียด และลดรูป (Reduce) ให้เป็นโครงสร้างที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Essential structure) ซึ่งโครงสร้างสำคัญที่สร้างขึ้นในขั้นตอนนี้ เปรียบเสมือนข้อความที่อธิบายให้เห็นถึงโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน
 - 2.7 การตรวจสอบความเที่ยงของข้อค้นพบ โดยผู้วิจัยกลับไปหากลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อสัมภาษณ์ ข้อมูลเพิ่มเติม และตรวจสอบความเที่ยงของข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อน
- จากนั้นสรุปผลการวิเคราะห์ เมื่อผู้วิจัยดำเนินการแล้วได้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของผลการวิเคราะห์เนื้อหา การสรุปเป็นรูปแบบ (Connoisseurship) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
3. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน โดยใช้ขั้นตอนของ Weber et al. (2001) ที่มีการนำมาใช้ในการถอดบทเรียนในงานวิจัยของไทย ใน 4 ขั้นตอนหลักคือ รวบรวม ทวนสอบ จัดเก็บและเผยแพร่

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก 2 ส่วนคือ ข้อมูลเชิงปริมาณตามกรอบ Health Care Capacity: HCC (WHO, 2020) โดยประเมินในผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการจัดระบบบริการสุขภาพ ในสถานการณ์โควิด-19 ดังตารางที่ 1 (N=12)

ตัวชี้วัดHCC	ค่าเฉลี่ย(%)	การแปลผล
ความพร้อมของโรงพยาบาล	90.15	มาก
การวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา/ความพร้อมของวัคซีนและผลิตภัณฑ์	87.50	มาก
อุปกรณ์ชีวการแพทย์ฯ	85	มาก
ดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยฯ	89	มาก
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	92.75	มาก
รวม	88.88	มาก

จากข้อมูลตารางที่ 1 พบว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเตรียมความพร้อม สามารถนำข้อมูลมาใช้สำหรับในการตัดสินใจ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาของระบบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น พบว่ามีมากกว่าร้อยละ 80 ของแต่ละตัวชี้วัดในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงการมีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ตัวชี้วัดนี้สามารถช่วยในการติดตามความสามารถของการให้บริการสุขภาพและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ได้ทันเวลาผ่านการตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการให้บริการตลอดระยะเวลาของการระบาดใหญ่ของโรคโควิด19

การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลตามตัวชี้วัดในการติดตามความสามารถของการให้บริการสุขภาพและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 (WHO,2020)

ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลสถานการณ์โควิด 19 สามารถใช้ตัวชี้วัดนี้ ในการเตรียมพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู และสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวกับ COVID-19 โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเตรียมความพร้อมอย่างรวดเร็วและการประเมินที่แม่นยำในอย่างเป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้โรงพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโควิด 19 อย่างทันทั่วทั้งที่ และโรงพยาบาลสามารถใช้ตัวชี้วัดนี้ในการจัดลำดับความสำคัญและการตัดสินใจด้านสุขภาพ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และสถานพยาบาลต่างๆ จะต้องเตรียมการเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้าง ความพร้อมให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ตัวชี้วัดในการติดตามความสามารถของการให้บริการสุขภาพและการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เครื่องมือประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล Health Care Capacity: HCC ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก จะเป็นการประเมินความพร้อมของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานดูแลรองรับการระบาดขั้นวิกฤติของโควิด 19 เพราะเมื่อพบผู้ป่วยจะสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ทำให้ลดการแพร่ระบาดในวงกว้าง และ อัตราผู้ป่วยลดลงได้ ตัวชี้วัดเหล่านี้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจและผู้ที่เกี่ยวข้องแนวทางในการกำกับติดตามศักยภาพในการดูแลและใช้เพื่อการตัดสินใจในการระบาดของโควิด 19 โดยวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับศักยภาพในการและได้กำหนด 11 ตัวชี้วัดหลักในการติดตามทุกระยะของการระบาดของโรคโควิด 19 โดยตัวชี้วัดนี้ได้สอดคล้องกับแนวทางประกาศขององค์การอนามัยโลก ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อที่จะให้เหมาะสมในแต่ละประเทศเพื่อเตรียมการ และตอบสนองอย่างรวดเร็วและถูกต้องตลอดระยะเวลาของการระบาดของโรคโควิด 19

พบว่าโรงพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีการเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์วิกฤติโควิด 19 ภายใต้การดำเนินการของระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่อิงมาตรฐานการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ทางศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กำหนด และมีรูปแบบการเตรียมความพร้อม ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการวางแผนรับมือกับสถานการณ์ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ ระบบบริการ ความ

พร้อมด้านทรัพยากรบุคลากรที่พร้อมเป็นทีมสำรองหนุนเอื้อกันที่ นอกจากนี้ยัง มีการจัดระบบบริหารผู้ป่วยโรคโควิด 19 กับโรคอื่นๆ การสร้างความรู้ให้กับประชาชนต่อความเข้าใจในโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง และการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนาม การประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ และการระดมทุนจากภายนอกเพื่อสนับสนุนภารกิจ หลักการในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีให้ความสำคัญในด้านสถานที่ โครงสร้าง การบริหารงานบุคคล และระบบบริการทั้งในผู้ป่วยปกติด้วย โดยพบว่า การให้บริการคำนึงถึง 1) ความรวดเร็ว การประเมินผู้ป่วยทำได้เร็วมากขึ้น มีการประสานงานที่ดี 2) ให้การดูแลร่วมกันในเครือข่ายโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่น

“ระบบการส่งต่อในบริบทที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกลาโหมและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นการดูแลร่วมกันเนื่องจากเป็นคนละสังกัด กรณีที่เกิดศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีการประสานงานผ่านคณะกรรมการ EOC ของจังหวัด กรณีที่ต้องใช้เตียงสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักขึ้นต้องได้รับการส่งต่อก็คือการทำงานร่วมกับคณะกรรมการ EOC จังหวัด” C.COVID 10-2-4

การประสานเครือข่ายความร่วมมือจากองค์กรภายนอกและการมีส่วนร่วมกับเครือข่าย

1. เครือข่ายความร่วมมือของภายนอกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด พบว่ามีความร่วมมือเกี่ยวกับการมาช่วยดูแลการจัด / การเตรียมสถานที่ จากทั้งภายในและภายนอก โดยจากภายในของกองทัพ ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในด้านการจัดเตรียมสถานที่ จากมณฑลทหารบกที่ 22 ให้การสนับสนุนด้านอาคารสถานที่ การจัดการพื้นที่อาคารที่ดัดแปลงเป็น โรงพยาบาลสนาม

2. ด้านอุปกรณ์ที่บริจาค มาจากผู้มีจิตศรัทธาที่ตนเอง ไม่ได้มีการร้องขอ บางส่วนที่เป็นเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือจากการเคยจัดงานวิ่งเข้าค่ายช่วยสนับสนุน อาหาร เครื่องดื่ม ออกซิเจน High Flow

นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลค่ายมีการออกไปช่วยเหลือเครือข่ายเท่าที่ช่วยได้ เช่น ในห้วงที่พบว่าโรงพยาบาลวารินชำราบ เกิดภาวะวิกฤติรับผู้ป่วยจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลค่ายได้รับการประสานจากทีม SAT ของจังหวัดในการช่วยรับผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนเตียง รับผู้ป่วยทั้งทางอำเภวารินชำราบ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานมา ก็รับมาจากโรงพยาบาลอื่นๆในเขตอุบลราชธานีด้วย

การบริหารอัตรากำลัง

ในการจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาล ใช้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักที่ ICU ที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยหนัก โดยพบว่ายังไม่มีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิดเฉพาะ ทั้งนี้มีการวางแผนในอนาคตจะมีห้องผู้ป่วยหนักโควิด และมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยการส่งไปอบรมเรียนเพิ่มเติมเพื่อดูแลผู้ป่วยหนักโควิด 19 โดยเฉพาะในส่วนของกลุ่มการพยาบาลพบว่า การบริหารจัดการด้านอัตรากำลังพยาบาล ในกลุ่มการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ของพยาบาลให้มีความรู้ใหม่อยู่เสมอ นำโดยทีม SAT และ ICN ทีมบริหารของโรงพยาบาลที่มีข้อมูลที่ทันสมัยสอดคล้องกับความรู้ใหม่ๆจากทางจังหวัด และมีการนำความรู้ลงสู่การปฏิบัติเป็นแบบรายวัน ให้กับผู้ปฏิบัติ มีการทบทวนความรู้ตามรอยการปฏิบัติ มีคณะกรรมการ สายงานที่ทำให้สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น ในช่วงแรกจะมีปัญหาเรื่องอุปกรณ์บ้าง แต่ผู้บริหารได้มีการเร่งรัดจัดหาให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย มีการได้รับบริจาคบ้าง จัดซื้อมาบ้างจนเพียงพอต่อการให้บริการ มีการจัดทำแนวปฏิบัติการจัดอัตรากำลังในหน่วยงานให้เพียงพอในแต่ละเวร มีการจัดสัดส่วนตามหอผู้ป่วย จัดอบรมความรู้ให้กับพยาบาลประจำการทุกคนโดย ICN โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละตึกจัดส่งบุคลากรมาให้เป็นรายเดือน พอมาช่วงหลังขอเป็นแบบจิตอาสาจากผู้ผ่านการอบรมมาทำให้จัดง่ายขึ้น

“กลยุทธ์ในการบริหารอัตรากำลังพบว่ามีการนำนโยบายของโรงพยาบาล มาทำความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยให้เหมือนเป็นกำลังพลหรือพี่น้อง และทีมต้องมีความแข็งแรงที่จะไปดูแลผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นโดยให้ผู้ปฏิบัติมีองค์ความรู้ ไม่กลัวไม่กังวล ให้ความรู้ ให้ฝึกฝนบ่อยๆ ให้เกิดความรู้ เกิดความมั่นใจ ติดตามผลการปฏิบัติงานประเมินประเด็นปัญหาและมีการนิเทศตามกรอบของ IC เพื่อเน้นให้ปลอดภัยทั้งในส่วนของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติ และที่สำคัญผู้บริหารได้ให้ความสำคัญในการจัดสรรค่าตอบแทนให้ได้อย่างเต็มที่ตามระเบียบที่สามารถเบิกได้” HN H2 10-2

ในระดับของผู้ปฏิบัติพบว่าในหอผู้ป่วยในจะประสบปัญหาล้าลากับที่อื่นๆ เนื่องจากโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ บุคลากรในช่วงแรกมีความวิตกกังวล เกิดความหวาดระแวง “จึงมีการจัดพี่เลี้ยงดูแลใกล้ชิด (Coaching) และเลือกพยาบาลที่ผ่านการอบรมที่จะไปปฏิบัติงานที่ cohort ward มีการนำความรู้สู่การปฏิบัติบ่อยๆ ซักซ้อมก่อนไปปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังมีทีม IC ทีม SAT ช่วยติดตามจนเกิดความมั่นใจแล้วจึงเริ่มจัดเวรหลังระบดรอบที่สาม มีการปรับเปลี่ยนเรียนรู้ พยาบาลที่เป็นทีมน้องๆได้มีการเรียนรู้มากขึ้นมีความมั่นใจ และเข้าสู่การปฏิบัติทั้งใน cohort ward และรพ. สนาม มั่นใจที่จะปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนไปตามปัญหาที่เจอในการปฏิบัติงาน” N.COVID 10-2-1

โดยในส่วนของการจัดอัตรากำลังแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลสนาม ระบบของการจัดอัตรากำลัง ช่วงแรกของระลอกที่สาม รพ.

ค่ายฯ ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด จึงถือเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่บุคลากรได้เรียนรู้และปรับเปลี่ยนโดย มีการแยกโซนดูแล มีการตั้งทีมดูแล ได้มีการตั้งทีมในการดูแลให้สอดคล้องกับทางจังหวัด เรียนรู้การรับผู้ป่วยในแต่ละระดับ ช่วงแรกปรับปรุงตึกที่มีอยู่ซึ่งเป็นตึกเก่าสำหรับรองรับ ก็มีการปรับปรุงเกี่ยวกับสถานที่และอุปกรณ์เรื่อยมาจนสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากขึ้นได้ ขณะเดียวกันปริมาณผู้ป่วยก็มากขึ้น ในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลกำลังพล ที่ดูแลทั้งทหารและครอบครัว ถ้ามีทหารและครอบครัวเจ็บป่วยก็ต้องมีเตียงสำหรับรองรับ จนต้องมีการขยายการรองรับจากเดิมจนเป็น 40 เตียงก็ยังไม่เพียงพอ ทั้งกำลังพลและครอบครัวหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับการดูแลก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในผู้ป่วยที่เราจำเป็นต้องรับผิชอบ ผู้บังคับบัญชาทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ให้ความสำคัญ จึงได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นโดยใช้พื้นที่ศูนย์การเรียนรู้ ในค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยรองรับได้ 45 เตียง ค่ายฯเรียนรู้ทำให้สามารถรับได้จำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (C.COVID 10-2/1)

งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

มีการดำเนินงานกลไกเกี่ยวกับงานงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ: IC ที่สำคัญ โดยเชื่อว่าเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ บุคลากรต้องมีการปฏิบัติงานโดยยึดหลักดังนี้

1.ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยกับ EOC ของทางจังหวัด

2.การเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติบ่อยๆ ถือได้ว่าเป็นความยาก หากมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ต้องดูแล

ความปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้ป่วย จึงต้องพิจารณาการมีแนวปฏิบัติใหม่ๆ การที่ต้องปรับเปลี่ยนให้ทัน เพราะบางครั้งโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติใหม่แต่กระทรวงฯ ทางจังหวัด ได้ปรับเปลี่ยนไปก่อนแล้ว เช่น

“การปรับการจากระบบการรับใหม่ จำหน่าย การรับกลับบ้านที่ต้องมีการปฏิบัติให้สอดคล้องกัน ซึ่งงาน IC ของโรงพยาบาลจะเป็นส่วนหนึ่งและพบว่าด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายทำให้สามารถผ่านไปได้ด้วยดี และในส่วนของการประสานงานที่ทำงาน IC ต้องดูแลในการแบ่งแยกโซน ไม่ว่าจะเป็นโซนเขียว โซนแดงที่ต้องมีการแยกก็มีการปรับมาเรื่อยๆจนปัจจุบันก็เป็นระบบดีขึ้น พอมาเป็นรอบการระบาดเดิมาก็ดีขึ้น” N.COVID 10-2-2

การสื่อสารสารสนเทศของโรงพยาบาล

การสื่อสาร สารสนเทศของโรงพยาบาลพบว่าการสื่อสารทำความเข้าใจและการจัดการข้อมูลตั้งแต่เริ่มมีการระบาด จะมีการสื่อสารกับทางจังหวัด การสื่อสารกับหน่วยที่เกี่ยวข้องในการรับข้อมูลการสื่อสารในหลายๆช่องทาง การแจ้งกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เป็นพื้นที่เสี่ยง การรับข้อมูลและการตอบข้อซักถามหลายๆช่องทาง และการสื่อสารผ่านทางสื่อโซเชียลของโรงพยาบาลเอง มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร นำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา การสื่อสารเผยแพร่ที่เป็น การจัดเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์

การสำรองอุปกรณ์ วัสดุ

ผลการศึกษาพบว่างาน IC จะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ สำรอง อุปกรณ์ป้องกัน ชุด PPE ต่างๆ แต่ละหน่วยงานจะเบิกผ่าน IC และมีการสำรองไว้สำหรับสามเดือน มีทีมโลจิสติกส์ที่ช่วยดูแล เช่น อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆที่จะจัดหาพร้อมใช้ งาน IC จะดูแลจัดการในส่วนของการป้องกัน และพบว่าการสนับสนุนอุปกรณ์โรงพยาบาลได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกหน่วยงานคือ มีผู้บริจาค ทั้งในรพ.ค่ายฯ และ รพ.สนาม จึงมีความเพียงพอในการที่ใช้งานจริง การบริหารจัดการด้านอื่นๆ เช่น วัคซีน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีนโยบายให้บุคลากรได้รับวัคซีนครบ 100 % ในเข็มที่สามและที่สี่ รวมทั้งในส่วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PCR , ATK : ปัจจุบันตรวจได้เฉพาะ ATK ส่วนการตรวจ PCR ต้องส่งห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์หรือ สำนักงานงานควบคุมโรค (สคร.) ทำให้ผลออกช้าเป็นวันหรือสองวัน การค้นหาผู้ป่วยจึงช้าจึงมีแผนที่จะเปิดตรวจเองในอนาคต

การให้บริการผู้ป่วยทั่วไปตามวิถีใหม่

สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วยทั่วไป มีการดูแลตามแนววิถีใหม่ คือมีการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ แต่ปัญหานี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาพบหรือพูดคุยกับแพทย์โดยเฉพาะ ซึ่งในอนาคตก็จะมีการนำระบบ Tele-medicine มาดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบพูดคุยกับหมอ ในอนาคตจะให้แพทย์ได้พบกับผู้ป่วยแบบทางไกล อาจจะมีการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต ส่งมาจากที่บ้านให้กับแพทย์ เพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์ได้มากขึ้น และในอนาคตจะมีการสร้างตึกเพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เว้นระยะห่างในการให้บริการ

หลักการบริหารจัดการของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ผลการวิจัย พบว่า หลักการในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีให้ความสำคัญในด้านสถานที่

โครงสร้าง การบริหารงานบุคคล และระบบบริการทั้งในผู้ป่วยปกติด้วย โดยพบว่าการให้บริการคำนึงถึง 1) ความรวดเร็ว การประเมินผู้ป่วยทำได้เร็วมากขึ้น มีการประสานงานที่ดี 2) ให้การดูแลร่วมกันในเครือข่ายโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น

“ระบบการส่งต่อในบริบทที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกลาโหมและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการดูแลร่วมกันเนื่องจากเป็นคนละสังกัด กรณีที่เกิดศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีการประสานงานผ่านคณะกรรมการ EOC ของจังหวัด กรณีที่ต้องใช้เตียงสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักขึ้นต้องได้รับการส่งต่อก็ใช้การทำงานร่วมกับคณะกรรมการ EOC จังหวัด” C.COVID 10-2-4

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับสถานการณ์โควิด

โรงพยาบาลค่ายามีทีมดูแลสิ่งแวดล้อม โดยมีทีมที่ปรึกษาคือทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทีมของโรงพยาบาล หากสถานที่ของโรงพยาบาลค่ายไม่พร้อม ทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมาช่วยตรวจสอบระบบคลอรีน น้ำเสีย และระบบการระบายอากาศเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก จึงจัดให้มีบริเวณคัดกรองหน้าโรงพยาบาล ให้การระบายอากาศให้ดี โดยทางกรมอนามัยให้มีการประเมิน COVID free Setting สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ ส่วนปัญหาที่พบคือขยะบางช่วงเวลาที่ขยะล้นเพราะให้ทางเทศบาลมาเก็บแต่สุดท้ายก็จัดการได้ เพราะได้มีการจัดให้แยกขยะอย่างถูกต้องช่วยลดปัญหาขยะล้นได้

มาตรการการสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ในการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 10 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบประเด็นที่สอดคล้องกับแนวทางการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

ด้านการจัดหาวัคซีนที่ดีที่สุดเพื่อลดการสูญเสีย เช่นบทสัมภาษณ์

“สำหรับบุคลากรได้รับครบ 100 % เข็มที่สามและที่สี่ ในส่วนของครอบครัวได้ 98 % ซึ่งค่อนข้างครอบคลุม” C.COVID 10-2.1

“เราก็จะได้รับการสนับสนุนฉีดวัคซีนในรอบแรกคือตอนนี้ทุกคนก็ฉีดครบแล้วรวมถึงเข็มกระตุ้นก็ได้รับครบแล้วครับ” ICN H2 10-2

ความพร้อมทางเครื่องมือและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข

ทางโรงพยาบาลมีการจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติ เช่น

“ของอุปมาเน้นในเรื่องของการคัดกรอง เพื่อแบ่งแยกความรุนแรงของโรคเพื่อให้สามารถดูแลให้ได้ตรงตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ”

“ใช้ ATK นำและ SI นำ “ATK First HI First” ถ้าไม่สามารถกักตัวได้ ก็มี CI : Community Isolation ระดับชุมชนหรือรพ.สนาม สามารถให้เข้าสู่กระบวนการได้เลย หากมีอาการรุนแรงก็เข้าสู่การรักษาในรพ.ได้เลย” Public Manage 10

“เรื่องทรัพยากรเหมือนกัน เราจะมีแผนตัวนี้รองรับ เตรียม คือเราเตรียมทรัพยากรไว้ ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินเราสามารถเอาแผนนี้และก็ทรัพยากรที่เราเตรียมไว้จะค่ะ เข้ามาสนับสนุนได้ทันทีค่ะ” C.COVID 10-2.3

การจัดสรรบุคลากรอาสาสมัครทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อลดชั่วโมงการทำงานและการพักผ่อน

“เราต้องมีการเกลี่ยอัตราสำหรับแต่มีหลักก็คืออายุรกรรมก็ต้องเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในวอร์ดที่ผู้ป่วยน้อยก็ต้องจัดสรรอัตรากำลังช่วยเป็นเป็นรูปทีม เป็นเมมเบอร์ประมาณนี้ อันนี้คือในเรื่องของคน อีกอันหนึ่งก็ค่อนข้างเหนื่อยจากจำนวนแล้วต้องเน้นสมรรถนะ” HN H1 10-1

การสร้างขวัญกำลังใจและให้คุณค่า

“มีการชื่นชมชื่นชมการทำงานของเขา โดยผ่านเวทีของคณะกรรมการบริหารค่ะ แล้วอีกอันหนึ่งก็คือได้ส่วนใหญ่เราจะให้น้องเข้าไปปฏิบัติงานในวอร์ดที่ดูแลผู้ป่วยโควิด คือหมุนเวียนกันไปคนละ 1 เดือนค่ะ เพื่อที่เขาจะได้ได้เรียนมากในการที่จะดูแลผู้ป่วยตรงนี้ แต่เราก็ทำเป็นใบประกาศขอแสดงความยินดีหรือว่าชื่นชมในการที่เขาช่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่ะ” HN H1 10-1

“การเติม Empowerment การให้ความมั่นใจกับทีมบุคลากรตอนนั้นนะพี่ว่ามันเป็นเรื่องที่สำคัญมาก.....เราก็ดำเนินการที่นี้เพราะตั้งหลักสิ่งที่เราจะให้ความมั่นใจกับเด็กตอนนั้นก็คือ 1 องค์ความรู้เหมือนอาวุธที่เราจะให้น้อง ถ้าเรามีองค์ความรู้มันเป็นโรคระบาดแต่ความมั่นใจในความปลอดภัยว่าเราจะต้องทำยังไงทีมถึงจะให้บริการตรงนี้ได้” N.COVID 10-1/3

“การบริหารจัดการเกี่ยวกับขวัญกำลังใจของน้องพี่ก็คือ ที่ที่วอร์ดนะจะให้เป็นค่าอาหารเขา วันต่อวันที่เขาไปนะจะมีเงินเลี้ยงยกก็ได้มากได้น้อยแล้วแต่เฉลี่ยช่วงที่มีคนขึ้นมากขึ้นน้อยนะค่ะ แล้วก็ได้เงินเดือนธรรมดาเลยละละละ 8-16 ใน 16 ไปก็บวกเป็นชม.วันละแล้วก็จะสะสมไว้ ถ้าครบ 4 ชม.ก็เบิกให้ 400 ครบ 8 ชม.ก็ให้ 800 ก็ไม่ได้เยอะอะไรละ” N.COVID 10-1/5

การจัดสรรงบประมาณให้มากขึ้นเพื่อลดความกังวลและความเครียดให้กับบุคลากรทางการแพทย์

“บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโควิดนี้จะได้รับตอบแทนสูงสุด คือ เวิร์ด 900 บาทประมาณนี้ละ” HN H1 10-1

“ถ้าของหมอเนี่ยเชื่อว่า ตั้งแต่ปี 63 64 พี่ได้รับค่า เขาเรียกว่าค่าเสี่ยงภัย 3,000 บาท เลยครับ แต่ว่าทางผู้บริหารก็ซัพพอร์ตเป็นส่วนอื่นครับ เป็นค่ารางวัลผู้ป่วยให้ครับ” C.COVID 10-2/1

อภิปรายผลการวิจัย

ความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า บุคลากรทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือช่วยเหลือกัน ความสำเร็จความร่วมมือ ความตั้งใจยินดีที่จะปฏิบัติงาน โดยเฉพาะงานความคุ้มครองการติดเชื้อ ที่ดูแลทุกส่วนเป็นหลักและทีม SAT ที่ช่วยประเมิน ประสานงาน มีความร่วมแรงร่วมใจกันในการดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือของทุกฝ่ายในการปฏิบัติตามแนวทาง บุคลากรทุกคนมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีความเข้าใจในหน้าที่ ทำตามนโยบายในการพร้อมที่จะรับฟังและปรับปรุง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ทางหน่วยงานต้นสังกัด กองทัพที่ช่วยดูแล ในการประชุมทุกสัปดาห์จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโควิด การเน้นย้ำถึงการเฝ้าระวัง การติดเชื้อของกำลังพล และการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลเป็นประชาชนทั่วไป ซึ่งกลุ่มที่มีจำนวนมากคือประชาชน การมีระบบ IT ที่สนับสนุนการจัดการ ระบบสำรองอุปกรณ์ได้อย่างครบถ้วน มีการทบทวนผู้ป่วยรายวัน ถอดบทเรียนเป็นแนวทางร่วมกันเป็นอย่างดี มีความเข้มข้น บุคลากรทุกคน ปฏิบัติตามแนวทาง ทำให้มีความรวดเร็วในการแก้ปัญหา มีระบบการนิเทศติดตามและการนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล พร้อมทั้งมีระบบ การคัดกรองที่ดีไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน ไม่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อในการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าการทำงานของทีม SAT พบว่าความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกการติดต่อประสานงานข้อมูลที่ดี มีการประสานงานทั้งทาง IC และงานอื่น มีการปรับปรุงมาตรฐาน จากระลอกที่ผ่านมา การส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว การจัดการปัญหาได้รวดเร็ว ทั้งจังหวัดอุบลราชธานีกับทางโรงพยาบาลค่ายมีความเป็น เอกภาพ มีการสื่อสารเน้นความเข้าใจสำหรับประชาชนโดยตรง ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน/ประชาสัมพันธ์จังหวัด และคลื่นวิทยุท้องถิ่น “ผู้ว่าฯ พงษ์รัตน์ พบประชาชน” เช่นกัน สอดคล้องกับการบริหารสถานการณ์โควิด 19 ของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับช่องทางรูปแบบของสื่อที่ใช้ในการณรงค์เพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-19 ของประเทศไทยมีหลายรูปแบบ การสื่อสารที่ประสบความสำเร็จเน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม⁷ เพื่อ สื่อสารโน้มน้าวใจด้วยคำขวัญที่สำคัญ คือ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” การใช้คำพูดที่ส่งเสริม และปลอบขวัญแก่ประชาชนจากโฆษกของศูนย์ บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) การทำงานเชิงรุกเคาะประตูบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสื่อสารกับคนในพื้นที่ การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การเชื่อมโยงเพจเฟซบุ๊กของส่วนราชการไปยังภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข การสื่อสารสร้างความเข้าใจต่อ สังคมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาแนวทางการสื่อสารร่วมกันภายใต้ ไทยรัฐโค วิด เพื่อสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวและช่วยกันยกระดับผู้โควิด-19 เพื่อกระตุ้นให้คนไทยรู้จักการเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือที่ บ่อยขึ้น และการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปในที่ชุมชน ซึ่งการณรงค์เพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-19 ของประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างน่า พึงพอใจ⁸ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสอยฤทัย เกลี้ยงนิล ที่กล่าวว่า มีการปรับมาตรการให้เข้ากับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อลด ผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการโควิด-19 มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการได้แก่ ด้านบุคลากร มีการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ผู้มี ความรู้เฉพาะด้าน ด้านงบประมาณ ขาดแคลนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการป้องกันโรครวมถึงค่าตอบแทนบุคลากรชุด ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์ในการลงพื้นที่ ของเจ้าหน้าที่ ทำให้อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ และด้าน สื่อประชาสัมพันธ์ ที่มีไม่เพียงพอขาดความน่าสนใจ⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นกษา สิงห์วีระธรรม และคณะ ที่กล่าวว่าการรับรู้โอกาส เสี่ยงจากการปฏิบัติงานและการรับรู้ความรุนแรง ของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุดส่วนการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก สำหรับทันตภิบาล ที่มีสถานที่ทำงานต่างกัน มีการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 แตกต่าง¹⁰ และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวลัยพร พัทธนฤมล และคณะ ที่ได้เสนอกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการ ตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีเป้าหมาย “ลดการติดเชื้อ ลดการป่วย และลดการตายจากโควิด 19”¹¹

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

1. บุคลากรทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือช่วยเหลือกัน ความสำเร็จความร่วมมือ ความตั้งใจยินดีที่จะ

จะปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ IC ที่ดูแลทุกส่วนเป็นหลักและทีม SAT ที่ช่วยประเมินประสานงาน มีความร่วมแรงร่วมใจกันในการดูแลผู้ป่วย ความสำเร็จความร่วมมือของทุกฝ่ายในการปฏิบัติตามแนวทาง

- 2.บุคลากรทุกคนมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีความเข้าใจในหน้าที่ ทำตามนโยบายในการพร้อมที่จะรับฟังและปรับปรุง บุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
- 3.ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ทางหน่วยงานต้นสังกัด กองทัพที่ช่วยดูแล ในการประชุมทุกสัปดาห์จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโควิด การเน้นย้ำถึงการเฝ้าระวังการติดเชื้อของกำลังพล และการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลเป็นประชาชนทั่วไป ซึ่งกลุ่มที่มีจำนวนมากคือประชาชน
- 4.การมีระบบ IT ที่สนับสนุนการจัดการระบบสำรองอุปกรณ์ได้อย่างครบถ้วน
- 5.มีการทบทวนผู้ป่วยรายวัน ถอดบทเรียนเป็นแนวทางร่วมกันเป็นอย่างดี มีความเข้มข้นในการ
- 6.ปฏิบัติตามแนวทาง ทำให้มีความรวดเร็วในการแก้ปัญหา มีระบบการนิเทศติดตามและการนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
- 7.มีระบบการคัดกรองที่ดีไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน ไม่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อในการปฏิบัติงาน
- 8.การทำงานของทีม SAT พบว่าความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกการติดต่อ

ซึ่งสามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มีดังนี้

- 1.ด้านความพร้อมของโรงพยาบาลการใช้อัตรากำลังที่มีส่วนร่วม การแบ่งหน้าที่ การใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกันเพื่อช่วยแบ่งเบา กระตุ้นและเสริมทุกโรงพยาบาลในพื้นที่ให้เป็นกลุ่มก้อนเดียวกันการเปิดพื้นที่รับผู้ป่วยให้ได้ปริมาณมากขึ้นของโรงพยาบาลน่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย
- 2.ด้านทีมให้บริการการจัดการเรื่องค่าตอบแทนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และค่าตอบแทนสำหรับผู้ป่วยอัตราการรักษาในแต่ละสิทธิ์ควรมีความเท่าเทียมกัน เพราะในทางปฏิบัติการปฏิบัติการส่งเบิกมีความสับสน และรวมทั้งค่ารักษาและค่าตอบแทนที่ควรเป็นแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติงานที่ทางสาธารณสุขควรมีค่าเสี่ยงภัย ในทางของ รพ. เองก็มีการเรียนรู้ที่จะปรับปรุงการจ่ายค่าตอบแทน ในอนาคตรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนควรมีความเป็นภาพรวมไปด้วยกันทุกหน่วยในแนวทางเดียวกัน ดูแลกำลังพลทหารใหม่ควบคู่กับการดูแลด้านการรับผู้ป่วยที่เป็นประชาชนทั่วไป เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลค่ายฯเป็นในส่วนของกองทัพ ต้องรับทั้งนโยบายจากกองทัพและสาธารณสุข เช่น ต้องรับทหารใหม่ ต้องดูแลเป็นพิเศษ มากกว่า เข้มข้นมากกว่าในทางปฏิบัติที่ต้องมากขึ้น นโยบายที่ต้องเข้มงวดในการดูแลกำลังพลทหารใหม่ ด้านการรับผู้ป่วยที่เป็นประชาชนทั่วไปก็ยังคงมีการดูแลควบคู่ไป การใช้บุคลากรร่วมกันได้ โดยเฉพาะ ICU เช่น หาก รพ.ค่ายฯ เปิด ICU โควิดแล้วบุคลากรไม่เพียงพอ อาจจะขอสนับสนุนอัตราากำลังพยาบาลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มาช่วยในการปฏิบัติงานหรือการฝึกอบรมให้มีการจัดสรรการใช้ทรัพยากรร่วมกันได้
- 3.ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม การมีทีมที่ปรึกษาคือทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทีมของโรงพยาบาล หากสถานที่ของโรงพยาบาลค่ายฯไม่พร้อม ทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะมาช่วยตรวจสอบระบบคลอรีน น้ำเสีย และระบบการระบายอากาศเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก จึงจัดให้มีบริเวณคัดกรองหน้าโรงพยาบาล ให้การระบายอากาศได้ดี โดยทางกรมอนามัยให้มีการประเมิน COVID free Setting สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ ส่วนปัญหาที่พบคือขยะ บางห้วงเวลาที่ขยะล้นเพราะให้ทางเทศบาลมาเก็บแต่สุดท้ายก็จัดการได้ ได้มีการจัดให้แยกขยะอย่างถูกต้องช่วยลดปัญหาขยะล้นได้
- 4.ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัด แต่ของโรงพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนปรับตามสถานการณ์ เรียนรู้หน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนองค์กรต่อเนื่อง ตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับ EOC ของทางจังหวัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในแต่ละเขตพื้นที่เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบตามหลักวิชาการและขยายผลสู่การนำรูปแบบหรือการถอดบทเรียนที่ได้ขยายผลสู่ระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ทุกเขตสุขภาพ
- 2.ขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในสังกัดโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารจัดการและเกิดผลดีต่อการนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ
- 3.วิจัยถอดบทเรียนความเข้มแข็งหรือจุดแข็งของแต่ละเขตสุขภาพเพื่อต่อยอดการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ที่สนับสนุนงบประมาณให้งานวิจัยนี้ได้ดำเนินงานวิจัยสำเร็จลงตามเป้าหมายที่กำหนด และขอขอบคุณคณะผู้ร่วมวิจัยเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกันทำงานด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.2022. [สืบค้นวันที่ 17 January 2022]. สืบค้นจาก: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization(WHO). Indicators to monitor health-care capacity and utilization for decision-making on COVID-19;2020. [สืบค้นวันที่ 17 January 2022]. สืบค้นจาก: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333754>
- 3.National Communicable Disease Committee. Summary of the meeting of the National Communicable Disease Committee under the Communicable Disease Act;2564. [สืบค้นวันที่ 4 July 2022]. สืบค้นจาก:<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/ DRAWER068/GENERAL/DATA0000/0 0000725.PDF>
4. Department of Health Service Support. Annual Report 2020.;2563. [สืบค้นวันที่ 14 January 2022].
- 5.Department of Medicine. Care guidelines; 2563. [สืบค้นวันที่ 7 July 2022]. สืบค้นจาก: [https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_Home_7_8?contentCategoryId =8 \(in Thai\)](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_Home_7_8?contentCategoryId =8 (in Thai))
- 6.Department of Disease Control. Criteria for consideration according to the severity of the coronavirus outbreak 2019. [สืบค้นวันที่ 21 January 2022]. สืบค้นจาก:https://ddc.moph.go.th/ viralpneumonia/im_commands.php
- 7.Saengkaew P, & Wongwatanaphong K,. Principles of good governance, new government management processes under the Covid situation19;2021. Journal of Roi Kaensarn Academi, 6(11), 303-316.
8. ระวี แก้วสุกใส พรทิศา คงคุณ บุญยั้ง ทองคุปต์ ลุดพี สมะแอ และ สกุนา บุญนรากร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8 (2):67-79.
- 9.สอยฤทัย เกลี้ยงนิล. รัฐ-ชุมชน กับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโควิด 19 พื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร. [สืบค้นวันที่21July2022]. สืบค้นจาก http://www3.ru.ac.th/mpaabstract/files/2562_ 1597741815_6114832006.pdf
10. นกาสิงหิรัยธรรม, วิชรพล วิวรรณแก้วพันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัยเพาะบุญ, และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ 2020. “การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 14 (2):104-15.
11. วลัยพร พชรนฤมล และคณะ. การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.สิงหาคม 2563. [สืบค้นวันที่21July2022]. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/12942>

ผลการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกัน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

ธงกษ อรกุล

Received: 4 February 2022

Revised: 7 August 2022

Accepted: 29 August 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการจำนวน 6 ราย โดยเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุด 33 ปี และอายุน้อยที่สุด 15 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และสามี 3,500 บาทต่อเดือน ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 66.66 ไม่มีประวัติการแท้ง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการติดตามโดยใช้แบบบันทึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมทุกราย

สรุปได้ว่า การติดตามโดยใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทำให้โอกาสในการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น หญิงตั้งครรภ์ไม่ขาดสารอาหาร และส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัมทุกราย ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมนี้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คำสำคัญ: แบบบันทึกการบริโภคอาหาร, หลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์, เสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการ

Effects of Using a Nutritional Consumption-recording Form among at-risk Pregnant Women to Prevent Low Birth Weight Infants at Phon Phisai Health Center, Phon Phisai, Nong Khai

Thongkot Aorrakul

Abstract

The purpose of this action research was to evaluate the effects of using Obstetric Nutritional Recommendations in nutritional-risk pregnancies at Phon Phisai Health Center, Phon Phisai, Nong Khai. Six pregnant women at risk for LBW neonates were asked to participate in a 5-time activity. The program included a multiple-pass activity technique involving with assessing the participants by questionnaires and providing nutritional recommendations in these nutritional-risk pregnancies. Data were analyzed using descriptive statistics

The results revealed that the participants aged from 15 to 33. Their occupations mainly involved with agriculture (66.67%), and employee (33.33%) with average household income of 3,500 baht per month. Most of them were extended family (83.33%). More than half of participants were first pregnancy (66.66%), while the second and third pregnancies showed the same percentage (16.67%). None of them reported the history of abortion. Then planning and dietary considerations were approached individually. After participation, it was reported that the average scores of nutritional knowledge and

¹ Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย

*Corresponding author, E-mail: Thongkot2553@hotmail.com

dietary pattern following desirable nutritional concept increased significantly compared to before participation with the statistical significance ($p < 0.05$). This resulted in preferable birth weight infants with greater than 2,500 grams.

In conclusion, adherence to obstetric nutritional recommendations in nutritional-risk pregnancies can meet nutrient requirements and can prevent LBW infants. With a 5-time multiple-pass activity technique, the compliance was generally high and resulted in preferable birth weight infants with over 2,500 grams. It is recommended that this program should be applied annually and continually, particularly among nutritional-risk and teenage pregnant women.

Key words: obstetric nutritional recommendations, nutrition concept, nutritional-risk pregnancies

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Infants) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม ซึ่งอาจเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Infant) หรือครบกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ก็ได้ ซึ่งปกติทารกแรกเกิดควรมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัมถึงประมาณ 3,800 กรัม ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอด รวมถึงชวปีแรกของชีวิต ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก (Neonatal period) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภาวะทุพโภชนาการ และการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเนื่องจากทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน น้ำหนักแรกเกิดจึงเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์¹

ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight, LBW) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยกำหนดเป้าหมาย LBW ไม่เกินร้อยละ 7 แต่ไม่สามารถบรรลุได้ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 4 (UNICEF OFFICE for Thailand, 2007) ประเทศไทย พ.ศ. 2548-2549 มีการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9.4 สอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2560 พบว่าการคลอดน้ำหนักน้อย (ตั้งแต่ 2500 กรัมและน้อยกว่า) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับร้อยละ 10.8, 10.4, 10.6, 11.1 และ 11.1 ตามลำดับ²

จากข้อมูลจำนวนคลอดมีชีพในปี พ.ศ. 2559-2562 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จำนวนทั้งสิ้น 118 ราย มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย หรือร้อยละ 5.93 และพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนักน้อย มากที่สุดจำนวน 4 ราย ร้อยละ 9.75 ส่วนในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 2 ราย ร้อยละ 4.54 และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.03³

จากการติดตามข้อมูลการคลอดทารกน้ำหนักน้อยจำนวนทั้ง 7 ราย ดังกล่าวพบว่า มี 5 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นการตั้งครรภ์แรก จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และไม่ได้ศึกษาต่อหรือไม่อยู่ในระบบการศึกษา มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม และยังพบข้อมูลการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ และจำนวน 2 ใน 5 ราย มารดาไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ส่วนอีก 2 ราย มารดามีประวัติการคลอดบุตรคนแรกน้ำหนักน้อย และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดาก่อนคลอดน้อยกว่า 24 กิโลกรัม/เมตร² และยังพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม จากการติดตามเยี่ยมขณะตั้งครรภ์ พบข้อมูลส่วนใหญ่มารดามีภาวะทุพโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ปัญหาทางเศรษฐกิจมีรายได้น้อย และความไม่พร้อมพร้อมของมารดา

จากการทบทวนวรรณกรรมของ วรณญา แก้วเย็น⁴ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า การตั้งครรภ์อายุครรภ์คลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม และระดับฮีโมโกลบินในเลือดน้อยกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความน่าเชื่อถือ และมีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

การศึกษา ของปิยาภรณ์ ลำฟ้าเรณู และคณะ⁵ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ และมาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12

สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 7.82 และ 2.86 ตามลำดับ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า และ การศึกษาของ ปิยะพร กองเงิน และคณะ⁶ ได้ศึกษาเรื่องผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีมียุติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ผลการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามีมียุติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนจึงได้คิดค้นวิธีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาระยะการเกิดน้ำหนักน้อย โดยการใช้นวัตกรรมที่การบริโภคอาหารประจำวันเป็นเครื่องมือควบคุมกำกับและติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกแบบสื่อโฆษณาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อใช้ในการให้ความรู้ที่สามารถเรียนรู้และเข้าใจง่ายทั้งด้าน กลุ่มอาหาร ปริมาณอาหารที่ควรได้รับต่อวัน และความสำคัญของสารอาหารต่อทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาผลการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ในเรื่องต่อไปนี้ การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม

สมมติฐานการวิจัย

การใช้นวัตกรรมที่การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การติดตามหญิงตั้งครรภ์ด้วยการใช้ แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมบริโภคอาหาร น้ำหนักทารกแรกเกิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่ออาสาสมัคร ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการที่ถูกต้อง ส่งผลให้ลดโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้
2. ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ช่วยให้ทารกแรกเกิดจากแม่ที่มีภาวะเสี่ยง มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงให้ปลอดภัย การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ประโยชน์ต่อองค์กรและส่วนรวม ส่งเสริมภาพลักษณ์ด้านการบริการการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ประชาชนเกิดความมั่นใจในการบริการ
4. ประโยชน์ต่อผู้วิจัย ได้แนวทางในการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สามารถนำไปใช้ในงานประจำ และขยายผลไปสู่หน่วยบริการอื่นนำไปพัฒนาต่อไป

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษาวิจัย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลโพธิ์ชัย หมู่ที่ 3 ตำบลจุมพล อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ระยะเวลาที่ทำโครงการวิจัย 1 ปี (ตุลาคม 2562- กันยายน 2564) เนื่องจากการติดตามรายกรณีตั้งแต่ฝากครรภ์และประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูงไปจนถึงการคลอดจึงต้องใช้เวลาในการติดตาม 2 ปี จนครบทั้ง 6 ราย

ประเภท/รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการและศึกษารายรายกรณี

การวางแผนวิจัย

1. กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- 1.1 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือ
- 1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักน้อย หรือ
- 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20

2.เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ(Inclusion criteria)

- 2.1 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย
- 2.3 สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
- 2.4 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 3.1 มีประวัติการใช้ยาจิตเวชหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช
- 3.2 ติดสุราเรื้อรังหรือใช้สารเสพติด
- 3.3 มีการย้ายที่อยู่ไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และการคลอด

4. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา(Discontinuation Criteria)ประกอบด้วย

- 4.1 ยุติการตั้งครรภ์
- 4.2 ขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (The One – Group Pretest –Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งครรภ์ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2564

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตามลักษณะประชากรตามวัตถุประสงค์ซึ่งในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ที่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์จำนวน 6 ราย จึงได้ทำการศึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) และนำไปปรับปรุงคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

ขั้นตอนและวิธีการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่เป็นไปตามเกณฑ์และชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ
2. ศึกษาข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติของหญิงตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ของกรณีศึกษาแต่ละราย
3. ออกแบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและสื่อโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับกรณีศึกษาแต่ละราย
4. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลร่วมกับการติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้
ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อีกครั้ง ประเมินอายุครรภ์ ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ทำแบบทดสอบหลังให้ความรู้ สอนและสาธิตการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ทบทวนความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ประเมินการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหาร ติดตามน้ำหนัก การรับประทานยาบำรุงครรภ์ ประเมินอายุครรภ์

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร ประเมินพฤติกรรมมารับบริโภคอาหาร ทบทวนการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหาร การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และความสามารถในการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทบทวนสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้กำลังใจในการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร ทบทวนสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้กำลังใจในการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

3.เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลังดำเนินการวิจัยครบ 5 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการปฏิบัติการด้วยสถิติ one group pre-post test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 6 ราย มีอายุเฉลี่ย 20.67 ปี อายุมากที่สุด 33 ปี และอายุน้อยที่สุด 15 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และสามี 3,500 บาทต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ร้อยละ 83.33 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 16.67 เป็นครอบครัวเดี่ยว ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 66.66 ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง ร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์ครั้งที่สาม ร้อยละ 16.67 ไม่มีประวัติการแท้ง เมื่อประเมินความรู้และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการติดตามโดยใช้แบบบันทึกจนครบ

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	10.16	2.91	6.10	5	<0.05
หลังการทดลอง	17.50	0.67			

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (N=6 คน)

พฤติกรรม	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
ควบคุมอาหาร					
ก่อนการทดลอง	2.00	0.78	7.02	9	<0.05
หลังการทดลอง	4.32	0.31			

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของพฤติกรรมบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อทารกน้ำหนักน้อยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นทุกด้านหลังจากได้รับการติดตามและใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร โดยได้รับความรู้และการเรียนรู้จากสื่อโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ผลการประเมินก่อนและหลังการติดตามโดยใช้แบบบันทึกพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารจากสัปดาห์ละ 1-2 วันเป็น 3 วันและมากที่สุดคือ 4-5 วัน/สัปดาห์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวนครั้งของการปฏิบัติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ความรู้และใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (N=6 คน)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	ก่อนการให้ความรู้และติดตาม			หลังการให้ความรู้และติดตาม		
	โดยใช้แบบบันทึก			โดยใช้แบบบันทึก		
	$\bar{X}$	S.D.	การปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	การปฏิบัติ
1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 3 กลุ่มคือ กลุ่มข้าว แป้ง กลุ่มผักและกลุ่มเนื้อ สัตว์หรือกลุ่มข้าวแป้ง กลุ่มผัก และกลุ่มนม ทุกวัน	0.83	1.12	1-2วัน/สัปดาห์	4.67	0.44	4-5วัน/สัปดาห์
2. กินอาหารหลักวันละ3-4มื้อ(เช้า กลางวัน บ่าย เย็น หรือค่ำ)ทุกวัน	1.67	1.15	1-2วัน/สัปดาห์	4.67	0.44	4-5วัน/สัปดาห์
3. กินอาหารระหว่างวัน วันละ2-3ครั้ง(ช่วงสาย บ่าย หรือค่ำ)ทุกวัน	1.00	1.41	1-2วัน/สัปดาห์	4.33	0.44	4-5วัน/สัปดาห์
4. ดื่มนมจืดวันละ3แก้วหรือกล่องทุกวัน	1.83	0.83	1-2วัน/สัปดาห์	4.33	0.44	4-5วัน/สัปดาห์
5. กินไข่ไก่หรือไข่เป็ดอย่างน้อยวันละ 1 ฟอง	2.17	0.35	1-2วัน/สัปดาห์	4.00	0.93	4-5วัน/สัปดาห์
6. กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เนื้อไก่ เนื้อหมู เนื้อปลา อย่างน้อยวันละ12ช้อนกินข้าว หรือ1ถ้วยกลาง	2.00	1.07	1-2วัน/สัปดาห์	3.83	0.64	3 วัน/สัปดาห์
7. รับประทานผักอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ผักกาดขาว						
กะหล่ำปลี แตงกวา ถั่วฝักยาว แครอท ฟักทอง	2.33	0.69	1-2วัน/สัปดาห์	4.50	0.46	4-5วัน/สัปดาห์
มะเขือเปราะ มะเขือเทศ วันละ 6 ท็อป						
รับประทานผลไม้อย่างใดอย่างหนึ่งวันละ 6 ส่วน	1.83	0.83	1-2วัน/สัปดาห์	3.83	0.64	3วัน/สัปดาห์
ได้แก่ มังคุด4ผล มะละกอสุก6คำ ชมพู 2 ผลกล้วย						
8. น้ำว่า 1ลูก มะม่วงสุกครึ่งผล						
9. รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน และยาเสริมธาตุเหล็กตามแพทย์สั่งทุกวัน	2.17	0.35	1-2วัน/สัปดาห์	4.33	0.44	4-5วัน/สัปดาห์

จากการติดตามเยี่ยมและปฏิบัติการให้ความรู้ และใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ครบ 5 ครั้งและมีการติดตามน้ำหนักแรกคลอดพบว่า ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ต่ำสุดคือ 2800 กรัม และมากที่สุดคือ 3200 กรัม ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 น้ำหนักทารกแรกเกิด (N= 6 คน)

ทารกจากมารดา รายที่	น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)
1	3,200
2	2,900
3	2,800
4	3,100
5	3,150
6	3,120

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย มีอายุเฉลี่ย 20.67 ปี อายุมากที่สุด 33 ปี และอายุน้อยที่สุด 15 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และสามี 3,500 บาทต่อเดือน ลักษณะครอบครัวร้อยละ 83.33 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 16.67 เป็นครอบครัวเดี่ยว ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 66.66 ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง ร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์ครั้งที่สาม ร้อยละ 16.67 ไม่มีประวัติการแท้ง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ($\bar{X}=17.50$) สูงขึ้นหลังจากมีการติดตามและให้ความรู้ควบคู่กับการใช้แบบบันทึกโภชนาการการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกันและทารกแรกเกิดจากมารดาที่เป็นกรณีศึกษามีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม ทั้ง 6 ราย โดยมีน้ำหนักตั้งแต่ 2800 กรัม จนถึง 3200 กรัม

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นหลังการปฏิบัติการลงเยี่ยมครบ 5 ครั้งและใช้แบบบันทึก ผลมาจากการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่เป็นระยะตลอดการติดตามเยี่ยมทั้ง 5 ครั้ง และการเรียนรู้จากสื่อโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ออกแบบการสื่อสารด้วยรูปภาพอาหารทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจง่ายและสามารถเรียนรู้ที่บ้านได้ตลอดเวลา และนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยมีครอบครัวสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) สมมติฐานที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นผลจากความรู้รับและจากสื่อโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายโดยใช้ควบคู่กับแบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวันเป็นเครื่องมือช่วยกำกับและติดตามความก้าวหน้ารวมทั้งการติดตามซึ่งน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ประจำครอบครัวทุกสัปดาห์ซึ่งกลไกทั้งหมดนี้เป็นสิ่งกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และสมมติฐานที่ 3 ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จำนวน 6 ราย หรือร้อยละ 100 น้ำหนักมากที่สุด 3,200 กรัม น้อยที่สุด 2,800 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 3,045 กรัม ผลจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัมทุกราย

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร กองเงินและคณะ¹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดพบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ จำนวนการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทั้งนี้ การติดตามเยี่ยมโดยให้ความรู้และใช้แบบบันทึกเป็นเสมือนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมี เจตคติที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของประนอมจิตร แยมหลังทรัพย์ และคณะ⁷ ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชวชนนมหาเถระ(นครหลวง) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดา ได้แก่ คลอดบุตร 2 ครั้งแล้ว มีประวัติการตั้งครรภ์ปกติ เว้นจากการตั้งครรภ์ 1-2 ปี ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง และมีอายุครรภ์ที่คลอดระหว่าง 37-42 สัปดาห์ (2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์และไม่ครบ 5 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรารับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ ข้าวแบ่งทุกวัน รับประทานกลุ่มผักผลไม้ ไขมันแทบทุกวัน และ (3) ปัจจัยด้านเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของมารดาส่งผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคนและขยายไปใช้กับพื้นที่อื่น เนื่องจากสามารถแก้ไข ปัญหาทารกน้ำหนักน้อยได้ผล

2. การใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และสื่อโภชนาการดังกล่าว ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตั้งแต่แรก ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา การประเมินผล เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ปัญหาให้ ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งการสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารตามหลักโภชนาการ

3. การติดตามและใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โยมีการติดตามที่บ้านเป็นการเสริมพลังอำนาจของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น ทั้งบุคลากรและครอบครัวควรมีการบันทึกติดตามอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และการให้ ครอบครัวหรือผู้มีบทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

4. คลินิกฝากครรภ์ควรการติดตามทุกรายที่มีภาวะเสี่ยงและการวิจัยควรเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตั้งครรภ์ พร้อมกันและใช้เวลานานกว่าจะสิ้นสุดการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. ระจิตร์ ชาศรีวิชย์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องทารกน้ำหนักน้อย. ศูนย์อนามัยที่ 5. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564, จาก <https://apps.hpc.go.th/dmkm/item/1432>
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2558).
3. ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลโพธิสัย 2562. โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย. (2562).
4. วรัญญา แก้วเอียน. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยใน โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง, วารสารการแพทย์เขต 11, (2561). 34(3) หน้า 63
5. ปิยาภรณ์ ลำฟ้าเรณู และคณะ. ปัจจัยทำนายการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในคลินิกตั้งครรภ์วัยรุ่น, Journal of Nursing Science, (2559). 36(2), หน้า 31
6. ปิยะพร กองเงิน และคณะ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสัมผัสต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวนของการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล, (2559). 31(3), หน้า 67
7. ประนอมจิตร แยมหลังทรัพย์, พัชรวไล วรรณตร, ณรงค์ ประทุมเกษ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชวาสนมหาเถระ(นครหลวง) อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: กระทรวง สาธารณสุข; (2558).

ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19

Received: 24 August 2022

Revised: 30 August 2022

Accepted: 31 August 2022

วิลาวณีย์ กล้าแรง¹ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ¹,อารยา จิรมนัสวงศ¹, รุจิสร สุระถาวร²,

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลหลักคือนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแนวทางสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการเผชิญเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประกอบไปด้วย (1) "เผชิญหน้าตรง ๆ อย่างเลี่ยงไม่ได้" ด้วยเห็นประโยชน์จากวิกฤติ จึงเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส เปลี่ยนความสะเทือนใจเป็นแรงผลักดัน และมีความสุขแม้อยู่ในความยากลำบาก (2) "อุปสรรคที่ถาโถมคือเงินทอง และเรียนกับของที่จับต้องไม่ได้" ความขัดสนและความยากลำบากมากกลับเป็นพลังในการสู้ชีวิต รู้จักคิดไตร่ตรอง รู้จักประหยัด เรียนสำเร็จได้จากสถานการณ์จำลองและเรียนออนไลน์ (3) "วัคซีนช่วยเสริมภูมิคุ้มกันภัยให้รอดและปลอดภัย จิตสาธารณะช่วยประสานน้ำใจให้สังคมรอด" สังคมต้องการการดูแลพึ่งพาอาศัยกัน เมื่อนักศึกษาได้รับวัคซีนและมีความรู้ นักศึกษาได้รู้พร้อมอาสาและแบ่งปัน (4) "มีครอบครัวช่วยเป็นหลัก จับให้มั่นที่จะสู้กันต่อ" ครอบครัวมีความสัมพันธ์และส่งผลดี พลังที่ได้จากครอบครัวทำให้เผชิญปัญหาไปได้ มีความสุข ตั้งใจเรียนผลการเรียนดีขึ้น

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต, นักศึกษาพยาบาล, โควิด-19

Lived Experiences of Nursing Students in Facing with the Pandemic of COVID-19

Wilawan Klaraeng¹, Chularat Howham¹,Araya Jiramanasawong¹, Rujison Surataworn²,

Abstract

The purpose of this qualitative research was to study the life experiences of nursing students during the COVID-19 pandemic. Key informants were Twenty nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Surin, Instrument was a semi-structure interview regarding life experiences during the COVID-19 pandemic. Data were collected by in-depth interview. Content analysis were using to describe the findings.

The findings were as follows. Live experiences of nursing students during the COVID-19 pandemic composed of four theme. (1) "Facing in front without avoiding": benefits could have observed from this pandemic; thus, a crisis could be changed into an opportunity, an extreme hardship could be changed into powerful force leading to the happiness among the difficulty. (2) "The hurdles that come down are gold and silver, learning with intangible things: difficulty and hardship could be observed as the life power lead to the critical thinking and learn how to save. Simulated learning and online learning are the learning strategies leading to the succeed. (3) "Vaccines strengthen the immunity to survive and be safe, Public spirit helps to harmonize society to survive": during the pandemic society depend on and need help, students got the vaccination and gain knowledge then they can share and volunteer. (4) "Family acting as the core pillar and hold the hands for keep going.": during the limitation, the family bonding was the best resource that strengthen the coping leading to the happy and better learning achievement.

Keywords: experience, nursing student, COVID-19

¹ Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author, E-mail: wilawan@bcnsurin.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 นำมาสู่มาตรการการป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาด โดยรัฐบาลไทยได้มีนโยบายเร่งด่วนให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกัน มีการตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ให้สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ พกแอลกอฮอล์เจล และเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) 1-2 เมตร แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ยังเกิดในวงกว้าง คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ปิดสถานศึกษา และปิดองค์กรหรือหน่วยงานที่มีสมาชิกองค์กรจำนวนมาก เนื่องจากมีโอกาสที่สัมผัสใกล้ชิดกันส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อได้ แม้สถานการณ์การระบาดค่อย ๆ ลดลงโดยลำดับ แต่ก็มีมาตรการระลอกใหม่ อีกอย่างรุนแรง จำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นรายวัน (New High) เกินกว่าระบบสาธารณสุขจะรับไหว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต สังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามจากวิกฤตการณ์ครั้งนี้ ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่เกิดความตระหนักถึงการป้องกันตัวเองและบุคคลรอบข้างให้ปลอดภัย อีกทั้งช่วยกระชับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวดีขึ้น เพราะได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันที่บ้าน รวมถึงได้แสดงออกถึงความรัก ห่วงใย ใส่ใจกันมากขึ้น² อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม คอลัมน์สามัญสำนึกในประชาชาติธุรกิจได้เขียนให้เห็นว่าโควิด-19 จัดระเบียบชีวิตและสังคมได้เพราะมนุษย์กลัวตายจึงยอมทุกอย่างให้สถานการณ์ผ่านพ้น กระชับความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น เหตุการณ์ในครั้งนี้แสดงให้เห็น “พลังสามัคคี” ที่ดีที่สุดเพราะโควิดได้ทำให้ทุกกิจกรรมหยุดชะงัก สิ่งใหม่ อะไรใหม่ ๆ กำลังเกิดขึ้น พฤติกรรม “ออนไลน์” แทบจะตอบโจทย์ทุกข้อ ทั้งสะดวกและลดต้นทุน(สมถวิล ลีลาสุวัฒน์, 2563)¹⁶ เช่นเดียวกันกับนายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ⁹ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้บอกว่า ในทางที่มีมิติยังมีแสงสว่าง มีการมองเห็นผลกระทบด้านบวกจากวิกฤติโควิด-19 คือ 1) ทำให้เห็นศักยภาพของระบบสาธารณสุขไทย ว่ามีความพร้อมกับการตั้งรับทำงานเชิงรุกและการควบคุมการระบาด 2) ทำให้เห็นประชาชนปรับตัวจาก “การตื่นกลัวกลายเป็นการตื่นรู้” เกิดการเรียนรู้ครั้งใหญ่ของประชาชน ที่จะรับมือกับการระบาด การดูแลตัวเอง การเว้นระยะห่างทางสังคม 3) ธรรมนูญของประชาชนในการสู้ภัยโควิด-19 โดยประชาชนได้มีการออกมาตรการของตัวเองในการจัดการกับโรคระบาดที่เกิดขึ้น ซึ่งมีทั้งมาตรการที่ล้อตามมาตรการของรัฐ และการทำมาตรการของตัวเองในชุมชน เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อ เช่น ผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมกับการมีมาตรการดูแลทางสังคม การตั้งโรงงาน การดูแลกันเรื่องความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งธรรมนูญเหล่านี้สามารถยกระดับเป็นธรรมนูญรับมือภัยพิบัติและป้องกันโรคระบาดอื่น ๆ ได้ ถือเป็นพัฒนาการของชุมชนที่สำคัญยิ่งและ 4) ทำให้สังคมตระหนักมากขึ้นในเรื่องการกระจายอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับว่าทุกวิกฤติมีโอกาสเสมอ

จึงน่าสนใจว่า ในการระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2563-ตุลาคม พ.ศ. 2564 แต่ละคนต้องเผชิญกับอะไรบ้าง อย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่ต้องหยุดเรียน หรือเรียนออนไลน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีประกาศให้นักศึกษาเลื่อนการฝึกภาคปฏิบัติออกไป นักศึกษาบางส่วนต้องกักตัวเนื่องจากสัมผัสผู้ติดเชื้อ หรือเป็นผู้เสี่ยงสูง ให้ทุกชั้นปีมีการเรียนออนไลน์ จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการนักศึกษาระบุว่านอกจากจะมีอุปสรรคการเรียนที่ยากลำบากมากขึ้นและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพลดลงแล้ว บางครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อ ส่งผลกระทบทำให้ทำงาน หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อเกิดเป็นความเครียดและความวิตกกังวล นักศึกษาส่วนหนึ่งเกิดความท้อและท้อแท้ใจ ท่ามกลางความยากลำบากเหล่านี้ นักศึกษาสามารถเผชิญปัญหาอย่างไร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญกับโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลเลย โดยเฉพาะที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนักศึกษาทั้งจากประเทศไทยและประเทศพม่า มีประสบการณ์ชีวิตในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตลอดจนศึกษาถึงเส้นทางแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการเรียนและการใช้ชีวิต เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้ในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคของการเรียนและการใช้ชีวิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เทียบเคียงกัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มี ใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีวิทยาการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเรื่องเล่า (Life experiences and Narrative Approach) ประชากรผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์จำนวน 338 คน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลจำนวน 20 คน จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ให้ข้อมูลจากแบบสำรวจประสบการณ์ชีวิตฯ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) มีประสบการณ์ชีวิตทั้งทางบวกและทางลบ บรรยายถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของนักศึกษาและครอบครัวเป็นอย่างมากหรือมีบทเรียนที่เป็นประโยชน์

เครื่องมือวิจัยคือ แนวทางสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการเผชิญเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ข้อคำถามย่อยอาจเกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สัมภาษณ์สอบถามต่อเนื่องจนได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถพรรณนาประสบการณ์ชีวิตในช่วงการเผชิญเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลคือ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม และผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) และได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P-EC 7-03-64) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant Observation) และการบันทึกข้อมูลด้วยการเขียน บันทึกเสียง โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนดำเนินการบันทึกเสียง ทั้งนี้จะไม่มีการบันทึกชื่อ หรือกล่าวถึงชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์เพื่อสร้างเรื่องเล่า (Narrative Analysis) โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แยกแยะเป็นหมวดหมู่ ติความ และนำเสนอด้วยการบรรยายแบบเล่าเรื่อง

ผลวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 20 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 17 คน ส่วนใหญ่อายุ 19-24 ปี มีอายุ 28,33 และ 34 ปีอย่างละ 1 คน อาศัยอยู่กับครอบครัว ภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์เป็นส่วนใหญ่ ส่วนจังหวัดอื่นๆ เช่น บุรีรัมย์ หนองบัวลำภู สระแก้ว ชัยภูมิ ตาก สมุทรปราการ มหาสารคาม และกำแพงเพชร (นักศึกษากำแพงเพชรได้และอาศัยอยู่ที่หอพักตลอด) นักศึกษาเรียนสำเร็จตามจุดประสงค์ของแต่ละชั้นปีทุกคนเพราะอาจารย์ได้ปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ มีการปรับเปลี่ยนตารางและวิธีฝึกภาคปฏิบัติ ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเรื่องเล่าของนักศึกษาพยาบาล ขอนำเสนอดังนี้

1."เผชิญหน้าตรง ๆ อย่างเลี่ยงไม่ได้"

นักศึกษาจำเป็นต้องเรียนให้จบตามหลักสูตร ตามโปรแกรมที่วิทยาลัยจัดให้ใหม่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในการเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อันหนักหน่วงเช่นนี้ จึงเป็นทั้ง“ปัญหาอุปสรรค”และเป็นทั้ง“โอกาสหรือความท้าทาย”(Challenge) แล้วแต่จะเลือกมุมมอง เมื่อนักศึกษาตั้งใจได้เรียนจะมองปัญหาเป็น “โอกาส”และจะใช้สติปัญญาในการสื่อสารและการเผชิญกับความยากลำบาก ทำให้ปรับตัวได้ดี มองเห็นประโยชน์จากวิกฤติ เช่น การช่วยงานบ้าน ทำสวนครัว ออกกำลังกาย การจัดการเวลา การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและมีการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง

ในช่วงแรก ๆ ของการระบาดนักศึกษาส่วนใหญ่ต้องหยุดเรียน ภายหลังมีการเรียนออนไลน์อยู่บ้านมีปัญหาเกี่ยวกับสัญญาณอินเทอร์เน็ตบ้างเรียนไม่เข้าใจบ้าง บางเนื้อหาเรียนออนไลน์ไม่ได้ เช่น ภาคทดลอง การฝึกภาคปฏิบัติมีการปรับเปลี่ยนตารางใหม่ และปรับวิธีการฝึกหรือเรียนจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้มีความปลอดภัย ต่อมาเมื่อมีการระบาดระลอกใหม่ก็มีปัญหาล้ำๆ เดิม แต่นักศึกษาส่วนใหญ่เรียนรู้และปรับตัวได้ดีขึ้น และได้เข้ามาอยู่ภายในวิทยาลัย โดยมีการคัดกรอง ATK ก่อนเข้าหอพักทุกราย แต่ก็มีนักศึกษาบางคนสัมผัสผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต้องกักตัว 14 วัน แต่สุดท้ายผล RT-PCR ก็ปกติตลอด บางคนติดเชื้อจากที่อื่นส่งผลกระทบต่อครอบครัวและแหล่งฝึกมากพอสมควร แต่ยังไม่พบการระบาดภายในวิทยาลัย มีเพียงติดเชื้อจากที่อื่นบ้างประปราย ด้านการเรียนการสอนมีทั้งเรียนแบบออนไลน์และแบบเผชิญหน้า (Onsite) ตามสถานการณ์การระบาด การฝึกภาคปฏิบัติได้ปฏิบัติตามมาตรการของแหล่งฝึกโดยเคร่งครัด เช่น ตรวจ ATK ก่อนขึ้นฝึกทุกสัปดาห์ สวมหน้ากากอนามัย 2 ชั้น สวมหมวกตัวนอน สวมเฟซชิลด์ นักศึกษาที่ฝึกจิตเวชสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ฉากกระจกกัน และนักศึกษาไม่ได้รับอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบผล RT-PCR บางโรงพยาบาลต้องให้นักศึกษาตรวจ RT-PCR ก่อนขึ้นฝึก และให้สวมหมวก หน้ากากอนามัย เฟซชิลด์ และใส่เสื้อกันฝน เป็นต้น บางตึกนักศึกษาไม่สามารถเข้าฝึกได้เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากติดเชื้อโควิด-19 และทางโรงพยาบาลได้เปิดเป็นหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ห้องแยกโรค (isolation room) และโรงพยาบาลสนาม (field hospital) เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พยาบาลต้องสวมชุด PPE เข้าไปให้การพยาบาลและไม่อนุญาตให้นักศึกษาเข้า อาจารย์ได้ปรับเปลี่ยนตารางและกิจกรรมการฝึก เช่น การทำกลุ่มบำบัด ให้นักศึกษาแสดงเป็นผู้ป่วยจิตเวช การนำกรณีศึกษาของปีการศึกษาที่ผ่านมาให้นักศึกษาเรียนรู้ และทำการสอนในคลินิกทุกหัวข้อ เป็นต้น

1.1 คนฉลาดจะเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส

เชื่อว่าโควิดจะเป็นวิกฤติอย่างเดียวยังเป็นโอกาสดี ๆ ที่มี อยู่ทั้งวิธีคิดและการปฏิบัติ มีความตึงเครียดเกิดขึ้นมากมาย บางครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีขึ้นได้อยู่ด้วยกันมากขึ้น ได้ช่วยกันทำงานบ้าน มีการทำกิจกรรมกับครอบครัวด้วยกัน กินข้าวด้วยกันทุกมื้อ มีความสุข บางคนตั้งใจเรียนมากขึ้น

ผลการเรียนดีขึ้น บางครอบครัวคุณแม่ทำอาหารมาส่งลูกทุกวัน ช่วยให้ก้าวหน้าเทคโนโลยีได้มากขึ้นและเร็วขึ้นด้วย ซึ่งตรงกับการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ทั้งรูปแบบการเรียนการสอน การใช้ชีวิต การส่งงาน การประชุมต่าง ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการค้นคว้าด้วยตัวเอง การเข้าถึงสื่อที่ทันสมัย และช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น สถานการณ์ช่วยสอนให้นักศึกษาหลายคนรู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้จ่าย รู้จักประหยัด ที่ต้องประหยัดเพราะครอบครัวรายได้ลดลง แต่ทุกคนก็พยายามปรับตัว เอาตัวรอด หลายคนทำได้ คิดถึงประโยชน์ที่ได้รับ เป็นแบบอย่างที่ดี น่าชื่นชม ได้รู้ว่าบุคคลสามารถเรียนรู้การปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต นับเป็นความฉลาดในการเอาตัวรอด รู้จักเรียนรู้ เปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ดังตัวอย่างสัมภาษณ์

“จากที่แยกย้ายกันไปทำงาน ก็ได้อยู่ด้วยกันมากขึ้น ได้ช่วยทำงานบ้านด้วยกัน มีการทำกิจกรรมกับครอบครัวด้วยกัน กินข้าวด้วยกันทุกมื้อ มันมีความสุขมากค่ะ”(Student4/5)

“สิ่งที่พวกเราทำตอนนี้ก็เพื่ออนาคตของเรากับครอบครัว หนูจึงพยายามตั้งใจเรียน ตั้งสติตั้งสมาธิให้จดจ่อกับการเรียนในช่วงนี้ให้ได้มากที่สุดค่ะ”(Student3/1)

“เป็นผลดีครับ ทำให้มีอะไรหลายๆอย่างเปลี่ยนแปลงและทำให้ก้าวหน้าเทคโนโลยีได้มากขึ้นและเร็วขึ้นด้วยครับ ซึ่งตรงกับการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ทั้งรูปแบบการเรียนการสอน การใช้ชีวิต การส่งงาน การประชุมต่าง ๆ ทำให้ได้เกิดการเรียนรู้ มีการค้นคว้าด้วยตัวเอง การเข้าถึงสื่อที่ทันสมัย และช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น ซึ่งผมว่ามันเป็นผลดีครับ”(Student3/3) ยังมีความตึงตังต่ออีก

“หาส่วนลดและสั่งอาหารกับเพื่อนหลายคนค่ะ ซึ่งเพื่อนก็ประสบปัญหาทางการเงินกันทุกคนค่ะ ดิฉันที่แพลกเคชั่นสั่งอาหารมีส่วนลดให้ค่ะ มีส่วนลดบ่อยค่ะ ทำให้ช่วยประหยัดได้เยอะค่ะ แต่หนูว่าการเกิดปัญหาแบบนี้ในชีวิตมันก็เป็นสิ่งที่ดีเหมือนกันนะค่ะ เหมือนช่วยสอนให้เรารู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้จ่าย รู้จักประหยัดด้วยค่ะ ส่วนตอนนี้สถานการณ์ครอบครัวดีขึ้นแล้วค่ะอาจารย์ เพราะพี่ได้ไปทำงานแล้วค่ะ หนูไม่ได้เครียดอะไรแล้วค่ะ มันเป็นความกังวลในระยะสั้น ๆ ค่ะ”

“เพื่อนๆช่วยกัน support กันเองค่ะอาจารย์ กลุ่มเรียนเก่งคอยถาม คอยช่วย หนูก็ผ่านความหมด energy มาได้... แต่พอสอบเสร็จปัญหานั้นหมดไป ปัญหาใหม่ก็มา คือ พวกหนูนอนไม่เอนกันทุกคนเลยค่ะอาจารย์” นักศึกษาลดเอาตัวรอดได้ด้วยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง

“สิ่งที่พวกเราทำตอนนี้ก็เพื่ออนาคตของเรากับครอบครัว หนูจึงพยายามตั้งใจเรียน ตั้งสติตั้งสมาธิให้จดจ่อกับการเรียนในช่วงนี้ให้ได้มากที่สุดค่ะ” (Student3/1)

“การเรียนออนไลน์ทำให้พวกเราเหมือนกันค่ะ ตอนหนูอยู่ที่บ้านเมื่อเรียนเสร็จแล้วหนูก็ได้ช่วยเหลือคุณแม่ทำงาน ได้ทำงานบ้านหลายๆอย่าง ทำให้พ่อกับแม่ไม่เหน็ดเหนื่อยมากค่ะ ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ปลูกผักสวนครัว เล่นกีฬาออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็น เล่นแบดมินตัน เตะฟุตบอล เป็นต้น (Student2/3) สะท้อนว่าได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่ามากขึ้น รู้จักดูแลสุขภาพป้องกันตนเอง รู้จักช่วยงานบ้าน รู้จักจัดการเวลาในการเรียนมากขึ้น มีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองมากขึ้น การเข้าถึงสื่อการสอนที่ทันสมัยมากขึ้น รู้จักป้องกันและรักษาความสะอาดมากขึ้น ได้อยู่กับตัวเองได้ทำอะไรทำใหม่ๆ

1.2 คนตีเปลี่ยนความสนใจเป็นแรงผลักดัน

บางครั้งสถานการณ์วิกฤติโรคระบาดก็มีเหตุการณ์ทำให้นักศึกษาบางคนเกิดการเข้าใจผิดกับอาจารย์ถึงขั้นทำให้เสียใจ แต่ที่สุดท้ายกลายเป็นแรงผลักดันให้เธอตั่งใจเรียน ตั้งใจสอบสภาให้ผ่าน บางคนคุณแม่และคุณแม่ไม่ได้ไปทำงานหลายเดือนแต่ครอบครัวก็สามารถค่อยๆ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว

“หนูมีเรื่องอยากจะเล่าให้ฟังนะแค่เรื่องเล่าเฉยๆนะค่ะ หนูถือว่าเป็นแรงผลักดันให้กับหนูมาก ๆ ค่ะ ช่วงโควิดช่วงแรก ๆ นี่แหละค่ะ คือทางบ้านหนูก็เข้าใจว่าช่วงนี้เรียนออนไลน์ก็คงจะยังไม่ต้องจ่ายค่าเทอมแน่ ๆ เพราะคาดว่าการศึกษาของไทยก็น่าจะยังไม่ต้องจ่ายก่อน หนูเลยไปทำเรื่องผ่อนผันกับอาจารย์ท่านหนึ่งในวิทยาลัย ด้วยความที่เราคิดว่า เรายังเรียนออนไลน์อยู่ ไม่ได้เรียนที่วิทยาลัย ค่าชดเชยยังไม่มี เลยคิดว่ารอกลับมาเรียนที่วิทยาลัยค่อยจ่าย หรือ รอทางสถาบันพระบรมราชชนกออกมาชี้แจงค่อยจ่าย เลยทำเรื่องผ่อนผัน แต่กลายเป็นว่าอาจารย์ท่านนี้ได้พูดถึงคุณพ่อคุณแม่ของหนูเลย พูดถึงเรื่องหนูว่า “ทำให้ได้ทุนแล้วไม่จ่ายค่าเทอม” (มีเยอะกว่านี้ค่ะ ขอเล่าแค่นี้) เรื่องนี้ทำให้หนูรู้สึกเสียใจเล็กน้อย และเสียใจที่อาจารย์พูดแรงเกินไป มันทำให้หนูอยากผลักดันตัวเองอย่างมาก สักวันหนึ่งหนูต้องได้ดี และจะมีย้อนกลับมาว่าเคยเจออะไร สุดท้ายนี้หนูก็จะตั้งใจเรียน ตั้งใจสอบสภา ให้ผ่าน เพื่อตัวหนูเองและครอบครัวที่น่ารักของหนูค่ะ ขอขอบคุณค่ะอาจารย์”(Student4/5)

“ผมอาศัยอยู่กับคุณตา คุณยายและน้องครับ คุณพ่อกับคุณแม่ไปทำงานต่างจังหวัดครับ ฐานะทางบ้านก็พอมีพอกินครับอาจารย์ ท่านก็มีผลกระทบบ้างช่วงโควิด เพราะสถานที่ทำงานของท่านเขาปิดช่วงโควิดครับ เลยทำให้ทั้งคุณแม่และคุณแม่ไม่ได้ไปทำงานหลายเดือน เพิ่งได้เริ่ม

ทำงานช่วงต้นเดือนกันยายนปี 64 นี้เองครับ ผมว่าทางครอบครัวก็ค่อยๆ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ครับอาจารย์ เช่น จัดการรายรับรายจ่าย จ่ายให้น้อยลง แต่ก็ไม่ได้ให้ลดค่าอาจารย์”(Student2/6)

1.3 คนมีความสุข มีความสุขได้แม้อยู่ในความยากลำบากมาก

บางครอบครัวไม่มีรายรับเลย มีแต่รายจ่ายจริง ๆ ทำให้นักศึกษาเครียดมาก แต่การเรียนออนไลน์ที่บ้านสามารถประหยัดได้มาก ได้เจอหน้าคุณพ่อคุณแม่ เจอสิ่งที่ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้นได้พูดคุยหรือเล่นกับน้องกับสัตว์เลี้ยงที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษารู้จักขยันประหยัดและระมัดระวังในการใช้ชีวิตซึ่งเป็นที่มาของความเข้มแข็ง คนมีความสุข สามารถมีความสุขได้แม้อยู่ในความยากลำบากยากจน

“พอคิดว่าตอนนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ปี 4 ได้กักตัวค่ะอาจารย์ แล้ววิชาเรียนทั้ง PMC บริหาร และชุมชน ต้องเรียนออนไลน์แล้วมันยากมากค่ะ ทั้งวิทย์ภาษาอังกฤษชั้นสูงค่ะ หนูก็เลยท้ออยู่ช่วงหนึ่งเพราะมันเหนื่อย เรียนก็ไม่รู้เรื่อง และงานเยอะค่ะ มีรีเทิร์นด้วย แต่พอหนูเคลียร์งานหมดหนูก็โล่งค่ะอาจารย์ ไม่มีเครียดแล้วค่ะ แสบป่ะ ครอบครัวหนูก็โทรหาเล่าเรื่องโควิดทางบ้านให้ฟังตลอดค่ะ ก็รู้ว่าทางบ้านก็เป็นห่วงเราค่ะ” (Student4/3)

“การเรียนออนไลน์ที่บ้านสามารถประหยัดได้มากค่ะ แต่จะเห็นได้ว่าอุปสรรคก็เยอะเช่นกันสำหรับตัวหนูแล้ว ทางด้านการเงิน คุณแม่ก็จะกั๊กยืมจากโครงการของธนาคารค่ะ ช่วงที่มีโครงการมาให้เกษตรกรกู้ยืม และที่บ้านช่วงต้นปีก็จะปลูกพริก ปลูกข้าวโพดในสวนค่ะ พอช่วงเดือนเมษายนพฤษภาคมก็พอได้เก็บขายเป็นรายได้ให้ครอบครัว ช่วงนั้นก็ถือว่าเป็นรายได้หลักของครอบครัวเลยคะ เพราะคุณพ่อก็ไม่สามารถไปทำงานได้ ช่วงมีการระบาดของโรค จึงทำแค่การปลูกพริกคะที่พอเป็นรายได้ให้กับครอบครัว การเล่าเรียนหนูก็จะบริหารเงินทุนของสสจ.คะ ในการจ่ายค่าหอมและค่าอาหารการกิน เพื่อที่จะช่วยทางบ้านประหยัดให้ได้มากที่สุด จนมีบางครั้งคุณแม่เคยถามหนูว่า “เสียใจไหมที่เกิดเป็นลูกคนจนแบบแม่” หนูตอบคุณแม่ไปเลยว่า “หนูไม่เสียใจเลยสักนิดที่ได้เกิดเป็นลูกแม่..” “การที่เราไม่มีอะไรสักอย่างมันยิ่งทำให้เราต้องพยายามทำให้มากขึ้น เพื่อที่จะได้สิ่งนั้นมา หากวันหนึ่งเราประสบความสำเร็จ เราจะภูมิใจในตัวของตัวเองมากที่เราอดทนจนผ่านอุปสรรคตรงนั้นมาได้ ทุกวันนี้นูหนูให้กำลังใจตัวเองด้วยการบอกกับตัวเองทุกครั้งว่า “อดทนคือคนเก่ง” และ “ความพยายามไม่เคยทรยศใคร” “หนูขอบพระคุณอาจารย์มาก ๆ นะคะ ที่ให้หนูได้ร่วมเล่าประสบการณ์ในครั้งนี้ ซึ่งหนูไม่เคยเล่าเรื่องนี้ให้ใครฟังเลยคะ มันทำให้หนูตระหนักได้ว่า “ลำบากกว่านี้ก็เคยผ่านมาแล้ว ช่วงนั้นยังผ่านมาได้ ถ้าต่อไปเจออุปสรรคอะไรเราก็ต้องผ่านมันไปให้ได้เช่นกันคะ”(Student2/1)

2. "อุปสรรคที่ถาโถมคือเงินทอง และเรียนกับของที่จับต้องไม่ได้"

ความขัดสนและความยากลำบากของการเรียนและการใช้ชีวิต ก่อเกิดเป็นพลังในการสู้ชีวิต นักศึกษาหลายคนรู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้จ่าย รู้จักประหยัด ส่วนการหยุดเรียน การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและการเรียนออนไลน์ แม้จะทำให้นักศึกษาเครียด แต่ก็เป็นประสบการณ์ที่สามารถผ่านมาได้ด้วยดี นักศึกษาบางคนได้เล่าถึงความเครียดทั้งเรื่องเรียนเชิงเล่าไปบนไปถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ นานา บางคนถึงกับเครียดทั้งเรื่องเรียนและปัญหาทางครอบครัวที่รายได้ไม่เพียงพอ ผู้ปกครองบางคนตกงาน บางคนต้องทำงานเสี่ยงต่อการติดโควิด การเรียนออนไลน์บางครั้งบางวันก็ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เช่น ช่วงฝนตก โดยรวมแล้วชีวิตมีความยากลำบากมาก มีบางคนถึงกับหลังน้ำตาขณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ บางคนมีความเครียดเพราะวิทยาลัยไม่อนุญาตให้กลับบ้าน บางคนออกไปทางบริโภคจนน้ำหนักเพิ่ม อาหารการกินก็ไม่ค่อยดี เพราะส่วนใหญ่สั่งอาหารฟาสต์ฟู้ดหรือสั่งจากไรเดอร์ซึ่งราคาค่อนข้างแพง ทำให้รู้สึกเครียดเรื่องเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันที่ยากขึ้น ชีวิตส่วนใหญ่วนลูปอยู่แต่หน้าจอบคอมพิวเตอร์อย่างเดียว ไม่มีเวลาพักผ่อน ปวดตา ปวดหลัง รู้สึกอึดอัดกับการใส่แมสตลอดเวลา ทำให้สับสน ตัวอย่างการบอกเล่าถึงปัญหา “อุปสรรค” ในการเรียนและการใช้ชีวิต เช่น

“หนูต้องสั่งอาหารทางไรเดอร์ตลอดเลยคะ ราคาก็แพงกว่า เงินก็ยังไม่พอใช้จ่าย พ่อแม่หนูก็ตกงาน ครอบครัวขาดรายได้บ้านหนูลำบากมากคะ” “หนูไม่เคยเล่าให้ใครฟัง เมื่อหนูเล่าให้อาจารย์ฟัง หนูก็รู้สึกเบาแล้วค่า” (Student4/4)

“การเรียนแย่งสำหรับหนูคือช่วงที่เรียนออนไลน์ที่บ้านคะอาจารย์เป็นช่วงของปี 3 เรียนสุดิ แล้วมันต้องทำจริง ๆ แต่เรายังไม่เคยแม่แต่จะได้อัปเกรดเลยสักครั้ง แต่ได้จบจริง ๆ วันไป R/D เลย แต่หนูก็ทำได้ต้อยคะ เพราะครอบครัวหนูก็ให้กำลังใจและตัวหนูเองก็รู้สึกเหมือนจะกระตือรือร้นในการเรียนมากขึ้น แต่ยอมรับว่าตอนเรียนภาคฤดูร้อนทำให้หนูไม่ค่อยได้ตั้งใจเรียนเท่าไร เพราะมันมีหลายอย่าง ด้วยความที่รู้ว่ามันจะมีการบันทึกอยู่แล้ว เลยปล่อยละเลยไป แต่ความเป็นจริงนั้น เราก็ดูแลกลับไปทบทวนทำให้หนูเสียความรู้ในบางส่วนนั้นไป หนูคิดว่าต่อไปถ้ามีเรียนออนไลน์ควรตั้งใจมากกว่านี้ หนูว่าควรเปิดกล้องเรียน เพราะถ้าเปิดมันก็เหมือนสะท้อนให้เห็นตัวเองคะว่าตั้งใจเรียนไหม มันเหมือนเป็นการบังคับตัวเองให้ตั้งใจเรียนคะ ส่วนการทำงานหนักอย่างไบบ้าง ก็น่าจะเป็นเรื่องการเปลี่ยนบริบทในการใช้ชีวิตคะ หนักในที่นี้ น่าจะเรื่องเรียนคะ เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของตัวหนูที่ต้องมาเรียนออนไลน์คะ แต่ก็ถือว่าไม่หนักเท่าไรคะอาจารย์พอปรับได้ สมัยอยู่ปี 3 ต้องรีเทิร์นวิชาสถิติ การสอน

ปฏิบัติออนไลน์ ค่อนข้างจะทำให้หนูเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติได้ยาก รวมถึงต้องเดินทางไปกลับเพื่อสอบปฏิบัติ แต่ในทางการเรียนทฤษฎีไม่ค่อยมีผลสักเท่าไรค่ะ”(Student4/5)

“แต่ที่จริงแล้วตอนนี้ก็ไม่ได้เครียดอะไรค่ะ ส่วนตัวหนูคิดว่ามันเป็นความกังวลค่ะ ต้องบอกก่อนว่าหนูมีคุณแม่ คุณแม่ และพี่ชาย 2 คนที่ช่วยส่งเงินให้ในแต่ละเดือนค่ะ แต่ในช่วงที่โควิดรอบนี้ที่มันหนักมาก ๆ ส่งผลให้พี่ออกไปทำงานไม่ได้ รายได้ลดลง แต่รายจ่ายมันคงเดิม การโทรคุยเล่าให้ฟังเราก็กังวลอย่างนี้ค่ะ ทุกคนได้รับผลกระทบหมดเลย มันเลยทำให้หนูกังวลค่ะ เรื่องที่สำคัญที่สุดคือเรื่องเงินค่ะ ทั้งค่ากิน ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน ค่าเทอม ค่าใช้จ่ายมันเยอะค่ะ วิทยาลัยก็ไม่อนุญาตให้ออกไปข้างนอกได้ทุกวัน ก็ต้องสั่งอาหารการกิน และขั้นต่ำก็อยู่ที่ 50 บาท ซึ่งปกติซื้อที่ร้านถูกกว่ามากค่ะ 35-40 เป็นราคาที่รับได้ ร้านข้าวคุณป้าที่มาขายในวิทยาลัย กินไม่อิ่ม ส่วนตัวหนูทานบางวัน รู้สึกว่า โซเดียมเยอะมากค่ะ “ในตอนนี้การปรับตัวก็คือหาส่วนลดและสั่งกับเพื่อนหลายคนค่ะ ซึ่งเพื่อนก็ประสบปัญหาทางการเงินกันทุกคนค่ะ ดีที่แอปพลิเคชันสั่งอาหารมีส่วนลดให้ มีส่วนลดบ่อย ทำให้ช่วยประหยัดได้เยอะ แต่หนูว่าการเกิดปัญหาแบบนี้ในชีวิตมันก็เป็นสิ่งที่ดีเหมือนกันนะค่ะ เหมือนช่วยสอนให้เรารู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้จ่าย รู้จักประหยัดด้วยค่ะ ส่วนตอนนี้สถานการณ์ครอบครัวดีขึ้นแล้วค่ะอาจารย์ เพราะพี่ได้ไปทำงานแล้วค่ะ หนูไม่ได้เครียดอะไรแล้วค่ะ มันเป็นความกังวลในระยะสั้นๆค่ะ”

“เรื่องที่หนูเครียดส่วนใหญ่จะมาจากเรื่องเรียนค่ะอาจารย์และเวลาฝึกปฏิบัติงานที่อยู่ในช่วงโควิด ทำให้หลายๆบริบทเปลี่ยนไปและต้องมีการปรับตัวใหม่ค่ะ หนูเข้าใจว่าทางวิทยาลัยมีมาตรการในการป้องกันโควิด เพื่อให้นักศึกษาทุกคนปลอดภัยค่ะ แต่การที่มีการกักตัวห้ามไม่ให้ออกไปไหน ๆ เลย ทำให้หนูเครียดค่ะอาจารย์ ซึ่งหนูและเพื่อนๆมีความเครียดสูงมากในระหว่างกักตัวและเรียนไปด้วย วิธีการเผชิญปัญหาของหนูมีการพูดคุยกับเพื่อน มีการดูซีรีส์หรือผ่อนคลายต่างๆ แต่บางครั้งหนูรู้ว่ามีไม่ได้ผลเท่าที่ควรค่ะ ยังมีความเครียดอยู่เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นหลายอย่าง บางครั้งหนูก็รู้สึกว่าความเครียดของหนูไม่ดีเท่าที่ควรค่ะ” (Student4/6)

“ดีตรงที่หนูได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวในการใช้ชีวิตจากที่ได้ออกไปไหนได้ก็งดออก แต่ปกติหนูเป็นคนไม่ค่อยออกไปไหนอยู่แล้วค่ะ ส่วนเรื่องลำบากก็จะเป็นการหารายได้ของคุณพ่อคุณแม่ซึ่งเศรษฐกิจช่วงนี้ทำให้ของแพงขึ้น ผู้ปกครองก็ต้องหาเงินมาให้ อยากจะขายของแต่ก็ขายไม่ได้ แต่เนื่องจากที่บ้านหนูเป็นชนบทสามารถปลูกอะไรรับประทานได้ ผู้ปกครองก็คอยบอกให้ประหยัดในการใช้จ่าย ผลที่ได้ก็คือผู้ปกครองสามารถปรับได้และตัวหนูเองก็ปรับตัวด้วย สามารถใช้จ่ายเงินได้พอในแต่ละเดือนค่ะ”(Student4/1)

“หนูเข้าใจโรค เข้าใจมาตรการประเทศนะค่ะ และก็เข้าใจมาตรการวิทยาลัยที่เพื่อความปลอดภัยของพวกหนูนะค่ะ พวกหนูอยู่แต่ในหอพักออกไปไหนไม่ได้เลยมันเครียดมากค่ะ...”

เธอเล่าพร่ำพรู สัมผัสได้ถึงความรู้สึกความยากลำบากของพวกเธอ เด็กบางคนเล่าว่าครอบครัวขาดรายได้ เพราะตลาดนัดถูกปิด ครอบครัวไม่สามารถไปค้าขายได้ ไม่มีรายได้เข้าครอบครัวเลย “พ่อหนูขายของตลาดนัดค่ะ ช่วงระบาดหนักตลาดนัดปิดไป 3-4 เดือน แต่พอสถานการณ์คลี่คลายตลาดนัดเปิดพ่อก็ไม่กล้าไปขาย เพราะชาวบ้านรังเกียจไม่อยากให้คนขายของตลาดนัดอยู่ในหมู่บ้าน แล้วพ่อหนูก็เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านด้วยค่ะท่านไม่ยอมมีปัญหาเกี่ยวกับลูกบ้าน พ่อต้องไปหาปลาในแม่น้ำมูลมาขาย หนูก็เป็นห่วงพ่อเพราะน้ำลึกหาปลายากมากหนูกลัวพ่อจะจมน้ำค่ะอาจารย์แต่หนูไม่รู้จะทำยังไง..(เธอน้ำตาไหล เสียงเครือและนั่งไปสักระยะ..) แต่ปลาแม่น้ำมูลขายได้ราคาดีก็พอมีเงินส่งให้หนูเรียน และพ่อต้องส่งให้พี่สาวด้วยค่ะ เพราะพี่สาวก็ทำงานไม่ได้เงินเดือนมา 3-4 เดือนแล้ว ปกติพี่สาวทำงานบริษัทที่กรุงเทพฯ พ่อต้องส่งให้พี่สาวใช้จ่ายหนึ่งหมื่นบาทค่ะ พี่สาวหนูเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวมีลูกชาย 1 คนอายุ 14 ปี โชคดีที่ลูกชายของพี่สาวเรียนโรงเรียนประจำของในหลวงรัชกาลที่ 9 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ จังหวัด...ค่ะ ไม่ต้องเสียค่าเล่าเรียน” “ที่ให้หลานชายไปเรียนโรงเรียนประจำเพราะที่หมู่บ้านหนูยาเสพติดระบาดหนักมากค่ะอาจารย์ ถ้าหลานหนูอยู่ไม่รอดแน่ ๆ..” จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเห็นวิกฤติครอบครัว จึงได้พูดคุยให้กำลังใจและช่วยเหลือเบื้องต้นเรื่องอาหาร และเงินจำนวนหนึ่งในการดำรงชีวิต ซึ่งยังดีที่นักศึกษาที่มีคนละครึ่งได้ช่วยประคับประคอง ดูแลความยากลำบากก็ทำให้นักศึกษามีความเข้าใจชีวิตและมีการเรียนรู้การปรับตัวให้อยู่รอด อย่างน่าชื่นชม เพราะเธอได้หุงข้าวและทำอาหารรับประทานเองกับเพื่อนในหอพักเพื่อประหยัดเงิน เรื่องไม่จบแค่นี้เธอเล่าต่อถึงแม่ “แม่หนูป่วยกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงมานานแล้ว พ่อพาแม่ตระเวนรักษาหลายที่มากมายทั้งโรงพยาบาลและทางไสยศาสตร์แต่อาการป่วยของแม่ก็ไม่ได้ดีขึ้น หมอก็ไม่รู้ว่าแม่เป็นโรคอะไร หนูเองก็ไม่รู้จะช่วยพ่อกับแม่ยังไง..”(Student3/5)

นักศึกษาบางคนเป็นห่วงคุณแม่ เธอเล่าว่า “บ้านหนูเรื่องที่ลำบากน่าจะมาจากการทำงานของคุณแม่ค่ะอาจารย์ คุณแม่หนูเป็นพยาบาลอยู่โรงพยาบาล... เวลาที่มีคนติดมาก ๆ คุณแม่ก็ต้องไปทำงาน ทำให้เกิดความเครียดค่ะส่วนหนึ่งก็รู้สึกเป็นห่วงแล้วก็ส่งสารคุณแม่ค่ะอาจารย์” (Student4/6)

ที่สุดแล้วสถานการณ์ก็ได้เป็นบทเรียนให้นักศึกษาหลายคนรู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้จ่ายเงิน รู้จักประหยัด ที่ต้องประหยัดเพราะครอบครัวรายได้ลดลง แต่ทุกคนก็พยายามปรับตัวเอาตัวรอด หลายคนทำได้ดี คิดถึงประโยชน์ที่ได้รับ ได้รู้ว่าบุคคลสามารถเรียนรู้การปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต

3. "วัคซีนช่วยเสริมภูมิคุ้มกันภัยให้รอดและปลอดภัย จิตสาธารณะช่วยประสานน้ำใจให้สังคมรอด"

การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองโดยที่ไม่ได้ฝึกประสบการณ์กับสถานการณ์จริง อาจส่งผลต่อความรู้และทักษะ แต่แล้วก็มีความช่วยเหลือมาช่วยเสริมวิทยาลัยจัดหาวัคซีนให้ให้นักศึกษาได้ขึ้นฝึกงาน ได้มาเรียนได้ การได้รับวัคซีนจึงเป็นตัวช่วยนักศึกษาคลายความกังวลได้บ้าง แต่ก็ยังกังวลอยู่ดีเพราะครอบครัวยังได้รับวัคซีนไม่ครบทุกคน และบ้านก็ขายของไม่ค่อยได้ทำให้รายได้ลดลงครอบครัวอยู่ในความยากลำบาก หลายคนกังวลคิดไปต่าง ๆ นานา บางคนกังวลเพราะมีการระบาดในงานศพ บางคนมีความเครียดกลัวว่าจะเรียนจบช้า กังวลว่าวิทยาลัยจะจัดการกับการศึกษาอย่างไร

“ช่วงนี้หนูกังวลลดลงแล้วค่ะอาจารย์ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ในช่วงนี้ยังไม่ค่อยดีเท่าไรค่ะ แต่ทางวิทยาลัยได้จัดหาวัคซีนให้นักศึกษาทุกคน และหนูก็ได้รับวัคซีน...เข็มที่ 3 อย่างดีเลยค่ะอาจารย์ก็ทำให้หายเครียด หายกังวลเลยค่ะ ถึงแม้ว่าจะฉีดวัคซีนแล้วแต่ก็ยังมีความวิตกกังวลได้ แต่อย่างน้อยก็ช่วยบรรเทาอาการไม่ให้รุนแรงได้ แต่หนูก็ยังเป็นห่วงคนที่บ้านค่ะ เพราะยังได้รับวัคซีนไม่ครบทุกคน” (Student3/2)

“สำหรับผมในช่วงแรก ๆ ที่มีการระบาดจนถึงตอนนี้ก็มีความเครียดนะครับว่า จะจบช้าไหม วิทยาลัยจะจัดการกับการศึกษาอย่างไรและจะมีมาตรการอย่างไร ช่วงที่ยังไม่มีวัคซีนครับ และพอมาช่วงที่ 2 ที่มีการระบาดตอนนี้ก็เริ่มปรับตัวได้แล้วครับจากประสบการณ์ในรอบที่ 1 และพอมารอบที่ 3 ก็รู้สึกว่าไม่ได้อะไรมาครับเนื่องจากได้รับวัคซีน 3 เข็ม และถ้าเราป้องกันตัวเองและดูแลตัวเองไม่ให้สัมผัส หรืออยู่ใกล้ที่เสี่ยงก็พอครับ” (Student3/3) สะท้อนว่าวัคซีนช่วยเสริมภูมิคุ้มกันภัยให้รอดและปลอดภัย คลายเครียดให้กับนักศึกษาได้จริง

ขณะโลกเผชิญกับวิกฤติโรคระบาด สังคมต้องการการดูแลทั้งพหุอากัษย์ซึ่งกันและกัน การมีจิตสาธารณะช่วยประสานน้ำใจให้สังคมรอด มีนักศึกษาจำนวนมากเคยเป็นจิตอาสา ช่วยเหลือและแบ่งปัน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่คล้ายๆกันหลายคน เช่น คัดกรองบุคคลที่จะเข้าหมู่บ้าน นำปลาที่หามาได้แบ่งปันกับเพื่อนบ้าน นำอาหารแห้งและของใช้จำเป็นไปใส่ในตู้ปันสุข บริจาคแอมส การช่วยเหลือในการฉีดวัคซีน การให้สุศึกษา บริจาคเงินสมทบทุนเพื่อช่วยเหลือคนที่ยากลำบากในสถานการณ์โควิด-19 บริจาคเงินให้กับโรงพยาบาล ทำอาหารไปแจก บริจาคอาหารแห้งของใช้แก่ผู้ติดเชื้อมีโควิด-19 ทำบุญให้อาหารสัตว์ ร่วมบริจาคให้สถานสงเคราะห์เด็กร่วมบริจาคเงินซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ ช่วยแชร์โพสต์ข้อความของคนที่เดือดร้อนจากสถานการณ์โควิด ฯลฯ เป็นต้น

ปี 3 “เรื่องจิตอาสาที่พอมีครับ ผมไปช่วยคัดกรองบุคคลที่จะเข้าหมู่บ้าน คือจะเป็นในลักษณะของการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน ช่วยวัดอุณหภูมิของบุคคลที่จะเข้าหมู่บ้าน ไปช่วยคัดกรองคนเข้าออกหมู่บ้านกับพ่อ และนำปลาที่หามาได้แบ่งปันกับเพื่อนบ้าน ครับ”(Student3/3)

“นำอาหารแห้งและของใช้จำเป็นไปใส่ในตู้ปันสุข” “บริจาคเงินสมทบทุนร่วมกับคนในหมู่บ้านเพื่อช่วยเหลือคนที่ตกอยู่ในสภาวะที่ยากลำบากในสถานการณ์โควิด-19” (Student3/12)

ปี 4 “บริจาคแอมสให้คนให้หมู่บ้าน” การบริจาคให้คนที่ลำบาก “การช่วยเหลือในการฉีดวัคซีน การให้สุศึกษา” “แม่ของหนูเป็นอสม.ต้องดูแลผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อที่กลับมาพักที่บ้าน บางครั้งก็ได้ดูแลผู้ป่วยโควิดที่หายแล้วกลับมาพักที่ที่บ้าน” “จิตอาสาให้ความรู้เรื่องโควิด 19”(Student4/8)

ปี 2 “ผู้ใหญ่บ้านเป็นคนคิดทำครัวอาจารย์เรื่อง ทำอาหารไปแจก คือผู้ใหญ่บ้านก็รับบริจาคจากคนในหมู่บ้าน และหมู่บ้านใกล้เคียง อะไรแบบนี้ครัวอาจารย์ และผมก็ไปช่วยจัดอาหารใส่กล่องแล้วก็ไปแจกช่วยกันครับ”(Student2/6)

“เคยช่วยบริจาคเงินให้กับโรงพยาบาลราชวิถี” (Student2/8) “ร่วมบริจาคให้สถานสงเคราะห์เด็กหรือทำบุญให้อาหารสัตว์ที่เลื่อนผ่านบนเว็บไซต์และเป็นเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้ ตามกำลังที่เรามี” (Student2/1)

“บริจาคอาหารแห้งให้ผู้ประสบปัญหาหมากกว่า” “การแบ่งปันสิ่งของให้กับผู้ที่ประสบกับสถานการณ์โควิด-19 ที่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างทั่วถึงค่ะ” “บริจาคอาหารแห้งของใช้แก่ผู้ติดโควิด” “ผู้นำหมู่บ้านและชาวบ้านบางส่วนรวมถึงผม ได้ทำอาหารไปแจกโรงพยาบาลสนามใกล้เคียง” “ช่วยแชร์โพสต์ข้อความของคนที่เดือดร้อนจากสถานการณ์โควิด ร่วมบริจาคเงินซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์” (Student2/3) ขอขอบคุณที่นักศึกษามีจิตสาธารณะช่วยประสานน้ำใจให้สังคมรอด

4. "มีครอบครัวช่วยเป็นหลัก จับให้มันที่จะสู้กันต่อ"

เมื่อมีโควิด-19 พลังที่สำคัญคือพลังจากครอบครัว ที่ช่วยให้ทุกคนสามารถเผชิญปัญหาไปได้ บางครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีขึ้นได้อยู่ด้วยกันมากขึ้นจากที่เมื่อก่อนไม่ค่อยได้มีเวลาให้ครอบครัว

“ช่วงโควิดมาแรกๆ ตอนนั้นก็คือทุกคนกลัวกันหมด กลัวว่าครอบครัวเราจะติดไหม แต่เอาเข้าจริง ๆ กลับทำให้ครอบครัวเรามีความสัมพันธ์กันดีขึ้นค่ะ ทุกคนได้อยู่พร้อมหน้ากันค่ะ จากที่แยกย้ายกันไปทำงาน ก็ได้อยู่ด้วยกันมากขึ้น ได้ช่วยทำงานบ้านด้วยกัน มีการทำกิจกรรมกับครอบครัวด้วยกัน กินข้าวด้วยกันทุกมื้อ มันมีความสุขมากค่ะ จากที่เมื่อก่อนคือต่างคนต่างมีหน้าที่ ทำให้ไม่ค่อยได้มีเวลาให้ครอบครัวค่ะ”(Student4/5)

“คุณแม่หนูทำอาหารมาส่งหนูที่วิทยาลัยทุกวันเลยคะ” (Student2/3)

“มีกำลังใจจากครอบครัวตลอดเลยคะ โดยที่การอยู่วิทยาลัยไม่มีสิ่งเหล่านี้คะ และสิ่งเหล่านี้ได้หายไปนานมาก ๆ หลังจากจบมัธยมปลายมาคะ หนูเลยรู้สึกดีเวลาที่เรียนอยู่บ้านคะ หนูมีกำลังใจเรียน และที่สำคัญผลการเรียนช่วงเรียนออนไลน์ หนูดีขึ้นจากแต่ก่อนมากเลยคะ คุณแม่เอาใจใส่อย่างดี และแม้ว่าหนูมีความสุขที่บ้าน แต่การเรียนอยู่วิทยาลัยก็ไม่ได้ดูแลมากขนาดนั้นนะคะ สิ่งนี้อ่านวยด้านการเรียนรู้ รวมถึงความสะอาดต่าง ๆ ก็มีมากคะ และเพื่อนๆ ก็มีเยอะที่คอยจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็อบอุ่นอีกแบบคะ”(Student4/2) เธอมีทัศนคติที่ดี

“หนูมีคุณแม่คอย support ตลอดคะ เวลานั่งเรียนหรือทำงานส่งอาจารย์ แม่จะคอยหาของว่างให้ทานตลอด อ่านวยทุก ๆ อย่างให้หนู อาหารแม่ก็ทำให้ทานตลอดคะ ถึงเวลารับประทานอาหารก็ไปรับประทาน ไม่ต้องหาอาหารรับประทานเอง ประหยัดหลายอย่างคะ รวมถึงการมีกำลังใจจากครอบครัวตลอดเลยคะ โดยที่การอยู่วิทยาลัยไม่มีสิ่งเหล่านี้คะ และสิ่งเหล่านี้ได้หายไปนานมาก ๆ หลังจากจบมัธยมปลายมาคะ หนูเลยรู้สึกดีเวลาที่เรียนอยู่บ้านคะ หนูมีกำลังใจเรียน และที่สำคัญผลการเรียนช่วงเรียนออนไลน์ หนูดีขึ้นจากแต่ก่อนมากเลยคะ เธอเล่าต่อ “จากที่หนูได้เล่า เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของหนูคะ หลังจากเจอโควิด-19 และได้เรียนออนไลน์อยู่บ้าน แต่การเรียนอยู่วิทยาลัยก็ไม่ได้ดูแลมากขนาดนั้นนะคะ สิ่งนี้อ่านวยด้านการเรียนรู้ รวมถึงความสะอาดต่าง ๆ ก็มีมากคะ และเพื่อนๆ ก็มีเยอะที่คอยจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็อบอุ่นอีกแบบคะ”(Student4/2)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

"เผชิญหน้าตรง ๆ อย่างเลี่ยงไม่ได้"

ที่สุดแล้วนักศึกษาก็ต้องเผชิญหน้าตรง ๆ ต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 อันหนักหน่วงอย่างเลี่ยงไม่ได้ คนฉลาดได้เปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส คนดีเปลี่ยนความสะเทือนใจเป็นแรงผลักดัน และคนมีความสุข มีความสุขได้แม้อยู่ในความยากลำบากมาก ทั้ง“ปัญหาอุปสรรค” ที่พยายามเรียนรู้และปรับมุมมองให้เป็น“โอกาสหรือความท้าทาย”(Challenge) ต่างก็ถาโถมเข้ามาอย่างไม่ขาดสาย ใครที่ไม่เรียนรู้ก็ยังคงอยู่กับความอ่อนแอ แต่อีกหลายคนก่อเกิดเป็นความเข้มแข็งอดทน ซึ่ง นักจิตวิทยา Kobasa, S. C. (1979)¹⁸ กล่าวว่า “ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) เป็นลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลซึ่งทำหน้าที่เสมือนกันชน เมื่อประสบกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและเป็นที่สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความท้าทาย (Challenge) คนที่มีความเข้มแข็งอดทน จะเปลี่ยนความยากลำบากให้เป็นความท้าทาย เผชิญหน้าโดยไม่ได้ตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่มุ่งที่จะค้นหาความหมายและบทเรียนที่อยู่เบื้องหลังเหตุการณ์เหล่านั้น 2) ความมุ่งมั่น (Commitment) ความความตั้งใจที่ยึดมั่น ให้มีความสำคัญและคุณค่าในสิ่งที่ตนกระทำอยู่ให้สำเร็จลุล่วงโดยไม่คำนึงถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น 3) การควบคุมตนเอง (Control) คือ การตระหนักว่าคุณเป็นเจ้าของการกระทำของคุณเอง คุณไม่สามารถจัดการกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ แต่คุณสามารถควบคุมอารมณ์และการตอบสนองของตนเองได้ องค์ประกอบทั้งสามของความความเข้มแข็งอดทนนี้เป็นคุณสมบัติภายในที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรที่เราจะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในจิตใจและบำรุงรักษาไว้ให้คงอยู่ตลอดช่วงอายุขัยของเรา

การบ่นว่าเป็นปฏิกิริยาแรกๆ ของนักศึกษาส่วนใหญ่เมื่อชีวิตเธอเปลี่ยนไปในทางที่ยากลำบากมากขึ้น สะท้อนว่ามีความรู้สึกเป็นอุปสรรค กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์อธิบายว่า จากความหมายของความทุกข์ยาก (Adversity) เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากหรือไม่พึงพอใจ มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกอย่างรุนแรง ส่วนใหญ่ไม่เคยพบมาก่อนหรือไม่เคยคาดคิดว่าจะเกิดขึ้น เช่น ประสบภัยพิบัติ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรง ฯลฯ เมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ยากลำบากต่าง ๆ เหล่านี้บุคคลไม่สามารถนำวิธีการจัดการหรือแก้ไขปัญหาแบบเดิม ๆ มาใช้อย่างได้ผล ส่งผลให้เกิดความเครียดความทุกข์ใจอย่างรุนแรง การบ่นจึงเป็นปฏิกิริยาแรกในการเผชิญที่สะท้อนความเครียดความทุกข์ใจเมื่อคนเมื่อต้องเผชิญกับยากลำบาก การที่คนเหล่านี้ยังสามารถบ่นได้หมายความว่า

ยังมีพลังใจที่พร้อมจะสู้ต่อ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า มีนักศึกษาหลายคนเรียกสติได้เร็ว นักศึกษากลุ่มนี้จะมองปัญหาเป็น “ความท้าทาย” หรือมองเห็น “โอกาส” ก็จะใช้สติปัญญาในการสื่อสารและการเผชิญกับความยากลำบาก โดยมองเห็นว่าชีวิตเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น ได้ช่วยเหลือพ่อ กับแม่ทำงาน ได้ทำงานบ้านหลายอย่าง ทำให้พ่อกับแม่ไม่เหนื่อยมาก ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ฯลฯ สะท้อนการมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดี หลายคนสะท้อนว่า ประสบการณ์ตรงทำให้เกิดการเรียนรู้ เช่น “หนูควรตั้งใจเรียนออนไลน์มากกว่านี้ หนูว่าควรเปิดกล้องเรียน.. ฯลฯ” สุดท้ายเมื่อนักศึกษาอดทนด้วยดี มันจึงเป็นประสบการณ์เพื่อความดีงามของนักศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งที่จะกำหนดว่าเราจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทุกข์ยากที่เกิดขึ้นอย่างไรมันมาจากวิธีการที่เราใช้ในการเผชิญปัญหา หรือการจัดการกับความเครียด สัมพันธ์กับผลการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี¹⁰ ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก็พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความเครียดต่ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีของนักศึกษา นั่นคือ เมื่อนักศึกษาเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจทั้งด้านการเรียน หรือการดำเนินชีวิตนักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงก็มีแนวโน้มที่จะสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเครียดต่ำ อันส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี รวมทั้งการศึกษาค้นคว้า การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล ของจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ⁵ พบว่าครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.7) สาเหตุของความเครียดมาจากกิจกรรมด้านการเรียนทั้งหมด ส่วนมากใช้วิธีการจัดการความเครียดทั้ง 3 วิธีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.8) คะแนนเฉลี่ยความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาแต่ละชั้นปีพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิสุทธิ โฉมจิตต์, นภัสรยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า และ ปารวีร์ มั่นพัก(2563)¹⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความเครียดประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้ร้อยละ 30.90 กลุ่มตัวอย่างจัดการความเครียดโดยใช้กิจกรรมออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ดูหนัง ฟังเพลง ร้องคาราโอเกะ ปรึกษาพ่อแม่และผู้ปกครอง และสร้างกำลังใจให้ตัวเอง ตามลำดับ จะเห็นว่าบุคคลล้วนมีวิธีการจัดการกับความเครียดเป็นของตนเองเสมอ

จะอย่างไรก็ตามจากผลวิจัยก็มีทั้งนักศึกษาที่มีความเข้มแข็งทางใจมาก และมีความเข้มแข็งทางใจน้อยหรือมีความอ่อนแอ เพราะไม่ใช่ทุกคนจะสามารถเปลี่ยนความยากลำบากความสะเทือนใจเป็นแรงผลักดันได้ แม้คนที่เข้มแข็งทางใจมากในความเป็นจริงก็ย่อมมีมุมของความอ่อนแอซ่อนอยู่บ้าง การที่นักศึกษาเล่าถึงความสะเทือนใจจากคำพูดครูแม้ว่านักศึกษาจะสามารถเปลี่ยนความสะเทือนใจเป็นแรงผลักดันได้ แต่ก็ทำให้เธอสะเทือนใจและเชื่อว่าทุกคนจะคิดได้แบบนี้ บุคคลไม่ว่าจะเป็นใครก็ตามพึงระมัดระวังการใช้ชีวิตและการพูดจาให้มาก การใช้ชีวิตพึงใช้สติปัญญา เรียนรู้เท่าทันอารมณ์ตัวเอง คิดก่อนที่จะพูดจาท่อออกไป พูดกันดี ๆ ไม่สะเทือนหัวใจต่อกัน หรือไม่รับตัวตนตัดสินใคร トラบที่ยังไม่รู้ข้อมูลทั้งหมดตีพอ หรือตราบที่เราไม่เคยยืนอยู่ ณ จุด ๆ นั้น ทุกคนเคยกระทำผิดพลาด แต่เมื่อทำผิดแล้วรู้สำนึกได้ถือว่าเป็นประสบการณ์ ชีวิตคนเราสั้นนักถ้าเราไม่รับทำสิ่งที่ควรทำแล้ว เราอาจจะเสียใจภายหลัง ไม่ว่าจะมิควิดหรือไม่ บุคคลก็จะยังคงเจอกับความทุกข์ใจ การเสริมสร้างวัคซีนใจด้วยการเผชิญความทุกข์ยากอย่างเข้าใจชีวิตว่าความทุกข์ของเราจะอยู่กับเราไม่นานและหากเราอดทนด้วยดีมันจะเป็นประสบการณ์เพื่อความดีของเรา เมื่อนั้นความอ่อนแอจะกลับเข้มแข็ง ความกล้าหาญเสียสละอดทนจะเผยความดีงาม “ความทุกข์ที่เกินทน จะหลอมคนให้ทนทาน ยิ่งเพียวยาวนานจะหลอมคนให้เกรียงไกร”

"อุปสรรคที่ถาโถมคือเงินทอง และเรียนกับของที่จับต้องไม่ได้"

ความขัดสนและความยากลำบากมากของการเรียนและการใช้ชีวิต ก่อเกิดเป็นพลังในการสู้ชีวิต นักศึกษาหลายคนรู้จักคิดและไตร่ตรองก่อนการใช้เงิน รู้จักประหยัด ส่วนการหยุดเรียน การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและการเรียนออนไลน์ แม้จะทำให้นักศึกษาเครียด แต่ก็ยังเป็นประสบการณ์ที่สามารถผ่านไปได้ด้วยดี

จากอุปสรรคที่ถาโถมคือเงินทอง และเรียนกับของที่จับต้องไม่ได้ก่อเกิดเป็นพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคของการเรียนและการใช้ชีวิต ทำให้รู้วิธีที่จะผ่านความทุกข์ยากครั้งนี้ไปได้ สัมพันธ์กับบทความของกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์ที่กล่าวว่า “สิ่งที่เป็นตัวกำหนดชะตากรรมของคุณนั้นไม่ใช่เรื่องของความอดทน แต่กลับเป็นความสัมพันธ์ของคุณที่มีต่อความเป็นจริงต่อตัวคุณเองและต่อคนอื่น วิธีคิด และวิธีการที่คุณจะสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นนั้นเป็นคุณสมบัติทางจิตใจที่ทุกคนมีอยู่แต่อาจมีมากไม่เท่ากัน ซึ่งความจริงแล้วเราสามารถพัฒนาให้มากขึ้นและเพียงพอที่จะช่วยให้เราผ่านพ้นความยากลำบากไปด้วยดี ด้วยการปรับตัวเองดังต่อไปนี้ 1) **ปรับความคิด** เช่น นักศึกษาได้ปรับความคิดว่า “ช่วงโควิดมาแรกๆ ตอนนั้นก็คือทุกคนกลัวกันหมด กลัวว่าครอบครัวเราจะติด

ใหม่ แต่เอาเข้าจริง ๆ กลับทำให้ครอบครัวมีความสุขสัมพันธ์กันดีขึ้นค่ะอาจารย์ ทุกคนได้อยู่พร้อมหน้ากันค่ะ จากที่แยกย้ายกันไปทำงาน ก็ได้อยู่ด้วยกันมากขึ้น ได้ช่วยทำงานบ้านด้วยกัน มีการทำกิจกรรมกับครอบครัวด้วยกัน กินข้าวด้วยกันทุกมื้อ มันมีความสุขมากค่ะ จากที่เมื่อก่อนคือต่างคนต่างมีหน้าที่ ทำให้ไม่ค่อยได้มีเวลาให้ครอบครัวค่ะ”(Student4/5) สะท้อนการมีความเข้มแข็งทางใจมองเห็นมุมมองประโยชน์ ยอมรับความจริงว่าความทุกข์ยากเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สิ่งที่เราคาดหวังและตั้งใจจะทำบางอย่างอาจไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้เกิดขึ้นในชีวิตของเรา และการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นก็ได้เกิดขึ้นแล้วเราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ จัดการกับความคิดอัตโนมัติ การพยายามทำความเข้าใจเราคิดอย่างไรต่อสถานการณ์ทุกข์ยากที่เราไม่รู้ว่าจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไรเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์มาก ถ้าสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นจะพบว่าเราจะมีความคิดอัตโนมัติมากมาย และส่วนใหญ่จะเป็นความคิดลบซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ผ่านกระบวนการของการใช้เหตุผล และไม่เกิดผลดีต่อการแก้ไขปัญหา แต่รับกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ขัดขวางการนอนหลับและการมีสุขภาพกาย-ใจที่ดี เราควรปล่อยวางความคิดอัตโนมัติด้านลบเหล่านี้โดยการฝึกสติสังเกตรับรู้ลมหายใจ พยายามอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อให้มีสติ มองโลกในแง่ดีเข้าไว้ 2) **ปรับอารมณ์ พูดยบายความรู้สึกทุกข์ใจออกมา(บ่นว่า)** อย่าพยายามเก็บกดปิดกั้นความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งมีนักศึกษาหลายคนบ่นว่าออกมาเลยนับเป็นโอกาสที่ดีที่ผู้วิจัยได้รับฟังความทุกข์ใจของนักศึกษา และถ้าหากยังหาใครสักคนที่ยินดีและพร้อมที่จะรับฟังความรู้สึกอัดอั้นตันใจในขณะนั้นไม่ได้ ก็สามารถพูดกับหมา แมว ต้นไม้ พืชผักต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งการพูดออกมาดังๆกับตัวเองเมื่ออยู่ตามลำพัง เพราะการพูดเป็นสิ่งที่ดีต่อจิตใจ คำพูดที่สอดแทรกความรู้สึกออกไปด้วยจะช่วยทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง 3) **ปรับการกระทำ** โดยพัฒนาความเข้มแข็งภายในตนเอง คนที่เชื่อมั่นว่าความสามารถในการควบคุมจัดการกับปัญหามีศูนย์กลางจากความเข้มแข็งภายในตนเอง ย่อมผ่านพ้นความทุกข์ยากได้ดีกว่า คนที่คิดว่ามาจากคนอื่นหรือปัจจัยภายนอก ขณะเดียวกันคนที่มีความยึดหยุ่นทางจิตใจจะมองโลกตรงกับความเป็นจริงและเชื่อว่าแม้เราจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่เรายังสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ผู้คนที่ยังคงติดต่อสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นย่อมสามารถเผชิญกับช่วงเวลาแห่งความทุกข์ยากได้ดีกว่าคนที่รู้สึกตัวเองโดดเดี่ยวอ้างว้าง และ 4) **แสวงหาความช่วยเหลือ** การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์มากในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความยากลำบากนี้ไปได้ ดังนั้นการที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์และพบปัญหาของนักศึกษาที่ครอบครัวตึงเครียดและได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยเหลือจากครูจึงนับเป็นทั้งตัวช่วยให้นักศึกษามีกำลังใจและสามารถผ่านวิกฤตินี้ไปได้ในเวลาอันรวดเร็ว

"วัคซีนช่วยเสริมภูมิคุ้มกันภัยให้รอดและปลอดภัย จิตสาธารณะช่วยประสานน้ำใจให้สังคมรอด"

รายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี 2565¹⁵: ครอบครัว ไทยในวิกฤตโควิด-19 ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของคนไทยในหลายมิติ ทั้งพฤติกรรมทางสุขภาพ ชีวิตการเรียน-การทำงาน การเดินทางท่องเที่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเราทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในเดือนสิงหาคม 2564 เป็นเดือนที่มียอดการระบาดของโควิด-19 สูงสุดสำหรับปีนั้น โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 217 ราย/วัน ผู้ติดเชื้อเฉลี่ย 19,595 รายต่อวัน และเมื่อเทียบสัดส่วนการได้รับวัคซีนครบ Dose ของประชากรไทยกับประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 ไทยอยู่ในอันดับที่ 5 ของอาเซียน และมีประชากรไทยได้รับวัคซีนครบโดสร้อยละ 66 ดังนั้น การที่นักศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เสมือนเป็นวัคซีนใจหรือยาคลายเครียด เพราะอย่างน้อยก็มั่นใจได้ว่าช่วยลดความรุนแรงหากเกิดการติดเชื้อทุกคนเริ่มยิ้มได้เพราะทางวิทยาลัยเอาใจใส่ดูแลให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทุกคนได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มตามเกณฑ์ การที่ไม่เกิดการแพร่ระบาดภายในวิทยาลัยก็เป็นตัวสะท้อนประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามมาตรการที่เป็นความดีงามของทุกคน จะอย่างไรก็ตามการรณรงค์เชื้อโรคโควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด แม้จะมีวัคซีนแล้ว แต่ยังคงมีโอกาสติดเชื้อ วัคซีนเพียงช่วยลดความรุนแรง ดังนั้นทุกคนพึงป้องกันปฏิบัติตามหลักการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด, D : Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด M : Mask Wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H : Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ T : Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย T : Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออก สถานที่สาธารณะทุกครั้ง(15 มิ.ย. 2564) A-Application ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ หมอชนะ หมอพร้อม และต่อไปอาจจะมีแอปพลิเคชันใหม่ๆอีกตลอดเส้นทางการต่อสู้กับโควิด-19 ให้สมกับที่เรามีความรู้ที่ถูกต้อง ดังการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน (2564)⁶ พบว่าประชาชนในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก ร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทย จะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน นอกจากนั้นยังพบว่าระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .10, .18, \text{ และ } .16$ ตามลำดับ) ขณะโลกเผชิญกับวิกฤติโรค

ระบาด ผู้คนจำนวนมากขาดแคลนสิ่งจำเป็นพื้นฐาน สังคมต้องการการดูแลทั้งทางกายและใจซึ่งกันและกัน การมีจิตสาธารณะของทุกคนทำให้โลกรอด ทำให้โลกนี้สวยงามน่าอยู่ ขอขอบคุณนักศึกษาผู้มีจิตอาสาทำให้รู้ว่า “จิตกุศลไม่มีวันสูญสิ้น”(Charity is Never Die)

"มีครอบครัวช่วยเป็นหลัก จับให้มันที่จะสู้กันต่อ"

เมื่อมีโควิด-19 พลังที่สำคัญคือพลังจากครอบครัว ที่ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาไปได้ บางครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีขึ้นได้อยู่ด้วยกันมากขึ้นจากที่เมื่อก่อนไม่ค่อยได้มีเวลาให้ครอบครัว ได้ช่วยกันทำงานบ้าน มีการทำกิจกรรมกับครอบครัวด้วยกัน กินข้าวด้วยกันทุกมื้อ มีความสุข ทำให้ตั้งใจเรียนมากขึ้น ผลการเรียนดีขึ้น บางครอบครัวคุณแม่ทำอาหารมาส่งลูกทุกวัน คนที่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีส่วนสำคัญมาจากการที่ครอบครัวเป็นหลักให้ความรักความเอาใจใส่เลี้ยงดูลูก การดูแลกันและกันในครอบครัวด้วยทัศนคติที่ถูกต้องช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งไม่ได้เป็นลักษณะที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด แต่เป็นสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้และพัฒนาให้เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยการหมั่นฝึกฝนจิตใจให้คุ้นชินกับการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิตประจำวัน เผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน และพยายามพัฒนายึดมั่นในการเอาชนะอุปสรรคด้วยทัศนคติที่มองเห็นโอกาสในทุก ๆ ปัญหา ประสบการณ์ที่เหนือคำบรรยายของนักศึกษา"อดทนคือคนเก่ง" และ "ความพยายามไม่เคยทรยศใคร" จึงเป็นประจักษ์พยานของความเข้มแข็งและยืดหยุ่นในจิตใจที่นักศึกษาได้รับการปลูกฝังหล่อหลอมจากครอบครัวจนกระทั่งสู่วัยพาขาวของวิทยาลัยพยาบาลเพื่อร่วมกันบ่มเพาะสานต่อความดีงามฝากไว้ให้โลกนี้ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาต้องเผชิญกับปัญหาใด ๆ ก็ตาม ครอบครัวจึงเป็นเสมือนเสาหลักให้ลูกเสมอ สัมพันธ์กับการศึกษา ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล ของจิราภรณ์ สรรพวิรัตน์ และคณะ(2559)⁵ ที่พบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความเครียด ความต้องการความช่วยเหลือลำดับแรก คือครอบครัว (ร้อยละ 59.47) เพื่อน (ร้อยละ 23.20) และ อาจารย์ (ร้อยละ 12.09) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด -19 ของว่าที่ร้อยตรีหญิงวารินิ โสภางกร พระครูธรรมศุต (สุทธิพงษ์ สุทธิวงษ์) และณัฐยา กำแพงแก้ว(2563)¹² ที่พบว่า เมื่อผลกระทบที่มีการสั่งให้หยุดชะงักทุกอย่างในสังคมทั่วทุกด้าน จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด -19 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญประการแรก ที่ถือเป็นโอกาสที่ดีในการลดช่องว่างความห่างเหินของสมาชิกในครอบครัว พร้อมกับการฟื้นฟูอุปสรรคสำคัญที่เป็นปัญหาระดับประเทศ การตั้งกติกาใหม่ร่วมกันเพื่อรับมือความเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตให้ปลอดภัยจากโควิด-19 ด้านสุขอนามัย โดยเฉพาะครอบครัว 3 รุ่น ที่มีผู้สูงอายุ และลูกหลานอยู่ร่วมกัน พ่อแม่ ต้องปลูกฝังให้ความรู้ ความเข้าใจ การดูแลปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตาม หลักสุขอนามัย การสร้างความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้นมากขึ้นของสมาชิกในครอบครัวผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันในครอบครัวจากเวลาที่ได้อยู่ร่วมกันเพิ่มขึ้น และการรักษาสุขภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวอันเกิดจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ทุกวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นโอกาสในการปิดช่องว่างที่เคยห่างหายไปของสมาชิกในครอบครัวชี้ให้เห็นว่าวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ถือได้ว่า ยังมีมิติแห่งโอกาสการเชื่อมความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวได้ใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง และต้องการปรับตัวอย่างรวดเร็วของสังคมไทยและสังคมโลก

การที่นักศึกษาเกิดมาในครอบครัวยากจนเป็นมาตรวัดคุณค่าแท้ของคนเป็นพ่อแม่ที่ต้องใช้ความพยายามมากแค่ไหนในการเลี้ยงลูกให้เป็นคนดีมีความสุขที่ได้เกิดมาเป็นลูกพ่อแม่ เธอต้องใช้ความพยายามมากแค่ไหนกว่าจะเอาชนะความยากจนและสามารถสอบเข้ามาเรียนพยาบาลได้ ดังนั้นไม่ว่านักศึกษาจะเกิดในครอบครัวเช่นไรทำให้ยิ่งใหญ่และยั่งยืนที่สุดของคนเป็นพ่อแม่ คือ การให้ประสบการณ์ตรงในการใช้ชีวิตแก่ลูก ทำให้รู้ว่าทุกชีวิตทุกครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวเสมอ แม้บางครั้งผลวิจัยจะมีภาพสะท้อนหลายครอบครัวพ่อแม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด ฝากลูกไว้กับตายาย ก็ต้องขอบคุณที่ท่านได้มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุมอบความไว้วางใจให้ท่านช่วยดูแลลูกหลาน แต่อาจมีหลายคนที่คิดตำหนิด้อยค่าตายายหรือพ่อแม่ แต่ในความเป็นจริงเหตุปัจจัยและผลลัพธ์ในแต่ละครอบครัวจะต่าง ๆ กันไป และไม่ว่าผลดีหรือผลร้ายคงไม่ได้เป็นผลจากครอบครัวทั้งหมด เพราะสังคมมีความเกี่ยวโยงเกี่ยวพันกันอย่างแยกกันไม่ออก ขึ้นขมกันดีกว่าอย่าด้อยค่ากันเลย ไม่ว่าเหตุผลจะเป็นเช่นไรก็ตาม แต่อย่างน้อยก็คือความจริงของครอบครัวที่ได้เลือกแล้ว ช่วยกันมองให้เห็นคุณค่าเกิด มองให้เห็นคุณค่าแท้และปัญญาของผู้ที่มีประสบการณ์มากมายของผู้สูงอายุเถิด รมโพธิ์ร่มไทรนืออันเหลือเกิน “ขอบคุณที่โลกนี้มีคุณปู่คุณย่าคุณตาคุณยาย”

สรุปผลวิจัยพบประเด็นสำคัญ คือ 1) ทักษะการเผชิญปัญหาชีวิตที่เข้มแข็งทรงพลังทำให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ นานามาได้ 2) การบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโดยเคร่งครัด การรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่วยให้ทุกคนปลอดภัยและลดความวิตกกังวล และ 3) การบริหารจัดการให้เรียนจากสถานการณ์จำลองและเรียนออนไลน์ ช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนสำเร็จตามจุดประสงค์ของแต่ละชั้นปีด้วยดี จึงเป็นจุดเด่นที่ควรพัฒนาต่อยอดให้คุณค่าแท้เหล่านี้คงอยู่กับนักศึกษาพยาบาลสืบไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าหากต้องการให้นักศึกษาเกิดอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติที่มีลักษณะเทียบเคียงกับโควิด-19 นั้น การจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะการสอนออนไลน์ ควรมีการสำรวจสอบถามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือหลายๆช่องทาง พร้อมทั้งรับฟังและให้ความช่วยเหลือ ติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเข้าสู่ภาวะสมดุล รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเปิดภาคเรียนภาคปฏิบัติควรเน้นให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและปรับตัวทัศนคติให้มีความเข้าใจและยอมรับสถานการณ์ก่อน เพื่อลดอคติเพิ่มความละเอียดอ่อน และมีความเข้าใจถูกต้องครบถ้วน อาจารย์ผู้สอนควรสะท้อนคตินักศึกษาให้มีความเข้าใจสัมผัสคุณค่าแท้ของโอกาสการเรียนรู้ การร่วมด้วยช่วยกันเผชิญปัญหาอุปสรรคให้กำลังใจกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกัน พร้อมทั้งให้นักศึกษาได้มีโอกาสสะท้อนคิดกับผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน อาจารย์นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยงและเพื่อนๆ การสื่อสารกันใช้การชื่นชมความดีงามมากกว่าการบ่นว่า การมองปัญหาอุปสรรคเป็นโอกาสเป็นความท้าทายพร้อมที่จะเผชิญไปด้วยกัน การแบ่งปันเป็นการแสดงน้ำใจแม้มีไม่มากนักก็แบ่งได้ สามารถแบ่งปันรอยยิ้มหรือแบ่งปันเท่าที่เรามีให้ผู้ที่มีน้อยกว่า แค่นี้ทุกคนก็จะสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคนานาไปได้อย่างงดงามทรงคุณค่า

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาแบบการให้บริการสุขภาพในยุควิถีชีวิตใหม่(New Normal) โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ยากไร้ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เรื่องเล่าประสบการณ์ที่เปลี่ยนชีวิตเปลี่ยนทัศนคติ เปลี่ยนความอ่อนแอให้กลับเข้มแข็ง ตลอดจนการมีจิตสาธารณะและการคิดเชิงบวกของนักศึกษาพยาบาล นับว่าเป็นปณิธานสูงสุดของการเป็นพยาบาล ซึ่งคุณค่าแท้นี้จะติดตัวนักศึกษาและอยู่คู่วิชาชีพการพยาบาลอย่างยั่งยืนสืบไป

บรรณานุกรม

1. กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 1-18
2. กองทุนการออมแห่งชาติ. (2563). ชีวิตคิดบวก สู้ภัยโควิด-19.บทความการบริหารความมั่งคั่ง การลงทุน. ฉบับวันที่ 06/05/2563. เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564. เข้าถึงจาก <https://www.nsf.or.th/node/798>
3. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์. (2562). จะปรับตัวอย่างไร...ให้ผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความทุกข์ยากครั้งนี้ไปได้. เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2564. เข้าถึงจาก <https://nph.go.th/?p=5675>
4. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(Faculty of Psychology, Chulalongkorn University). (2561). ความเข้มแข็งอดทน - Hardiness. เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564. เข้าถึงจาก <https://www.facebook.com/PsychologyChula/posts/1670881696359570:0>
5. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา คำมี, จันทร์จิรา นิยมสุวรรณ, แชติมา หมัดอะดัม, ศุภรัตน์ ละเอียดการ และสุชาติ โสภณ.(2559).ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(3), 36-48.
6. ญัฐวรรณ คำแสน. (2564).ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
7. นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ยุพาวดี ชื่นทบัลลังก์,อำพล บุญเพียร, สอาด มุ่งสิน, และ รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์.(2561). เอกลักษณ์และอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก ตามการรับรู้ของนักศึกษา อาจารย์ ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(1), 60-70.
8. นฤมล จิตรเอื้อ, ประสพชัย พสุนนท์. (2561). การใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเพื่อการศึกษาการดำเนินการที่เป็นเลิศของสถานศึกษา.*วารสารVeridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ*.11(2), 18-35.
9. ประทีป ธนกิจเจริญ. (2565). เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ส่องสังคมไทยหลังโควิด19 ตอกย้ำความสำคัญการกระจายอำนาจ ปูทางสู่การปฏิรูปประเทศ. เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565. เข้าถึงจาก <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2242>
10. พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทัศนาศา ทวีคุณ, จริยา วิทยะศุภกรม และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(1), 4-12.
11. พิทักษ์ ศิริวงศ์ และ ประภาภรณ์ พวงเนียม. (2556). เรื่องเล่าเก่าแก่ไร้อ้อย อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 30 (1) : 51-64

12. วาริณี โสภาร จรพระครุธรรมคต (สุทธิพนธ์ สุทธิจโน) และณัฐยา กำแพงแก้ว. (2563). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด -19. *วารสารศึกษาศาสตร์ มมร*, 8(2) : 162-181.
13. วิลาวณีย์ กล้าแรง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, อารยา จิรมนัสวงศ์, และ ธิดา มุลาลินท์. (2563). กว่าจะเป็นพยาบาลที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 55-66.
14. วิสุทธิ์ โนจิตต์, นภัสสร ยอดทองดี, วงเดือน เล็กสง่า และ ปารวีร์ มั่นพิภ. (2563). การศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*, 10(1), 118-128
15. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย. (2565). รายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี 2565: ครอบครัว ไทยในวิกฤตโควิด-19. เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564. เข้าถึงจาก <https://www.sdgmove.com/2022/06/09/sdg-updates-thai-health-report-2022-covid-effects/>
16. สมถวิล ลีลาสุวัฒน์. (2563). คอลัมน์ สามัญสำนึก ข้อดีโควิด. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. วันที่ 2 พฤษภาคม 2563 - 21:30น.เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2564. เข้าถึงจาก <https://www.prachachat.net/columns/news-458832>
17. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์, และ วิทวัส ดิษยะศริน สัตยารักษ์. (2558). กลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารหาดใหญ่วิชาการ*, 13(2), 117-132.
18. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านของผู้ป่วย

เสาวณีย์ อู่ตระกูล พย.บ.¹ เพ็ญภา ศรีหรั่ง ภ.บ., ภ.ม., ปด.²

Received: 24 August 2022

Revised: 30 August 2022

Accepted: 31 August 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อจากโรงพยาบาลระยะยถึงบ้านผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดวงจร PAOR ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 20 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแล จำนวน 174 คน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ใช้สถิติเชิงพรรณนา Pair t-test และ One-Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาแล้วเมื่อนำมาปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องและผ่านตัวชี้วัดของสถานบริการ ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนจากเครือข่าย และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p value <0.05) ส่วนทัศนคติไม่มีการเปลี่ยนแปลง สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการมีพฤติกรรมกรรมการพัฒนาตนเองที่บ้านดีขึ้น มีการสนับสนุนจากเครือข่ายและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพอีกต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอีกในอนาคต

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแล การเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพ โรคหลอดเลือดสมอง

Development a Care System for Stroke Patients from Hospital to the Patients' Home

Saowanee Uitrakul ¹, Pennapa Sriring ²

Abstract

The objective of this action research is to develop a home care system for stroke patients from Rayong Hospital to the patients' home and effectiveness evaluation. A methodology of PAOR was conducted during 2019-2022. The topics for focus groups and structure interview was used as a tool for collecting data and the content analysis were used for brainstorming in a group discussion. The content analysis and descriptive statistics, Paired-Samples T test and One-Way ANOVA were used to analyze the data. The 20 stakeholders and 174 stroke patients with care givers were invited to participate in the study. It was found the mean scores of the behaviors, support from peer, and satisfaction toward the new care system was statistical significance higher (p value <0.05). There was no change in attitude. In concluding, the new care system working by a multidisciplinary team helped increasing in behavior of self-care, supporting form peer, and enhance the patient satisfaction However, continuing an effective and efficient collaborative practice **for the next** individual stroke patient require improvement of health outcomes at their home.

Keywords: model development, home visiting, multidisciplinary team, stroke

¹ Corresponding: เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

*Corresponding author, E-mail: pennapa@scphkk.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย⁽¹⁾ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลก⁽²⁾ และในประเทศไทย^(3, 4) รายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6 ระยะเวลาในระหว่างปี 2560-2563⁽⁵⁾ พบว่า จาก พ.ศ. 2560 เท่ากับ 313.11 คนต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 342.26 คนต่อแสนประชากรใน ปี พ.ศ. 2562 ส่วนข้อมูลด้านอุบัติการณ์ของโรคนี้ จากประชากร 221,118 คน มีผู้ป่วย รวม 3,324 คน (ร้อยละ 1.50) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 161 คน อัตรา 56.38 ต่อแสนประชากร (ร้อยละ 0.056) ซึ่งเป็นอัตราสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละพื้นที่ของจังหวัดระยอง พบว่าในเขตอำเภอเมืองระยองมีอัตราสูงและอุบัติการณ์สูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งมีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคนี้เข้าเกณฑ์ที่ต้องดูแลต่อเนื่องมากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดระยอง คือ จำนวน 845 คน ในขณะที่ยังคงติดตามต่อเนื่องกลับลดลงจากในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 99.8 จากจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด 1,852 คน ลดลงเป็นร้อยละ 96.1 ในปีถัดมา โดยมีเป้าหมาย ร้อยละ 100 และคุณภาพวันเยี่ยมยังไม่ผ่านเกณฑ์

โรงพยาบาลระยองมีแผนพัฒนาระบบของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care หรือ COC) เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁶⁾ มีอาการรุนแรงจนทำให้เป็นอัมพาต พิการและเสียชีวิตได้ เกิดผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของประเทศเพิ่มขึ้น โดยยังขาดข้อมูลที่จำเป็นปัจจุบัน เพราะมีเพียงรายงานผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในระดับต่ำ ส่วนร้อยละ 46 ของผู้ป่วยยังไม่มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูบบุหรี่ร้อยละ 44 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 10 โดยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคุณภาพกระบวนการให้ความรู้ให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁽⁷⁾ และรายงานผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันของ โรงพยาบาลระยอง จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้น้อยสำคัญทางสถิติ และเสนอให้ส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง และเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ในที่สุด⁽⁹⁾ ต้องใช้เวลาประมาณ 1-7 ปี⁽¹⁰⁾ จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติ โรงพยาบาลระยองจึงได้กำหนดเวลาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลา 1-3 ปี เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลจนถึงบ้านผู้ป่วย แบบไร้รอยต่อ ตามแนวทางของ World Stroke Organization⁽¹¹⁾ โดยคำนึงถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ของชุมชน เช่นเดียวกับในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแม้ว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมักได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ก็ยังขาดความพร้อมในหลายด้าน⁽¹²⁾ รวมทั้งยังขาดความเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทำให้พิกัดบ้านผู้ป่วยคลาดเคลื่อน ที่อยู่ผิด ทำให้ผู้ให้ทีมบริการเข้าถึงบ้านผู้ป่วย ส่งรายงานซ้ำซ้อนกันไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงชุมชนได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าไม่ถึงบริการ จึงมีความต้องการพัฒนาความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ โดยมีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามรูปแบบ PAOR⁽¹³⁾ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ Plan (P) Act, (A) Observer(O) และ Reflect (R) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลระยองถึงบ้านผู้ป่วย
- 2) เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้านหลังการพัฒนาระบบ

โดยมีสมมุติฐานการวิจัย มีดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและเมื่อสุ่มติดตามผลประเมินซ้ำ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะ การพึ่งพา สภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วม การออกกำลังกาย ความสามารถในการพูดและสื่อสาร แผลกดทับ ข้อติด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ส่วน ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ข้อมูลทั่วไป
- เพศ
- อายุ (ปี)
- สถานภาพ
ภาวะสุขภาพ
- การพึ่งพา
- โรคประจำตัว/ ภาวะแทรกซ้อน
- ขาดการออกกำลังกาย
- ปัญหาด้านการพูด
- ข้อติด แผลกดทับ
- ต้มสุรา
- สูบบุหรี่
- รับประทานยาละลายเกร็ดเลือด
ความต้องการสนับสนุน/อุปกรณ์

ตัวแปรตาม

- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงและการป้องกัน
- ทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูร่างกาย
- การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและทีมบริการ
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูร่างกาย
- ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมฟื้นฟูและเครือข่าย

การพัฒนาระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามรูปแบบ PAOR เริ่มจากการสำรวจวิเคราะห์สภาพปัญหา ยกร่างระบบการดูแล ทดลองนำไปใช้โดยทีมสหวิชาชีพ ประเมิน และปรับปรุงระบบ แล้วจึงนำไปปฏิบัติจริง ประเมินผล และปรับปรุงระบบจนมีความเหมาะสม ดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนการติดตามดูแลของศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลระยอง ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งสามารถพูดและสื่อสารได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการติดตามประเมินผล โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 (P) คือ การวางแผนและรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลระยอง เลขที่ RYH REC No. E014/2562 วันที่ 2 พฤษภาคม 2562 ก่อนการรวบรวมข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆ ให้อาสาสมัครลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลประโยชน์ ผลกระทบ และการรักษาความลับของอาสาสมัคร มีการสำรวจข้อมูลดังต่อไปนี้

1.1 การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการจังหวัดระยองทั้งหมด 2,212 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,108 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลเมืองระยอง จำนวน 174 คน ที่มีผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การสำรวจ ก่อนพัฒนาระบบ ใน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 100 คน

กลุ่มที่ 2 สำรวจหลังการทดลองใช้ระบบ กับผู้ป่วยรายใหม่ ใน ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 74 คน

กลุ่มที่ 3 การติดตามผู้ป่วยรายเดิมซ้ำในกลุ่มที่ 1 ของปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30 คน สำรวจใน ปี พ.ศ. 2565

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2⁽¹⁴⁾ กลุ่มที่ 1 และ 2 เลือก t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยแบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน แบบทางเดียว Effect size 0.5 (ค่า α เท่ากับ 0.05) ค่า Power 0.90 กำหนดสัดส่วนของกลุ่มที่ 2 ต่อกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 0.74 ได้ ขนาดตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 82 คน และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 60 คน และมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาเนื่องจากเป็นโรคซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตมาก ได้จำนวนกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 100 คน และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 74 คน

ส่วนกลุ่มที่ 3 เป็นการติดตามผู้ป่วยรายเดิมที่ส่งจากผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ในขั้นตอนการคำนวณ เลือก t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยแบบ match pairs ซึ่ง เลือก Effect size 0.5 (ค่า α เท่ากับ 0.05) ค่า Power 0.80 ได้ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 27 คน และมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คือแพทย์สาขาอายุรกรรม พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน และเภสัชกร พิจารณาความสอดคล้องของคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ก่อนการรวบรวมข้อมูลมีการทดลองนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแลในพื้นที่ของจังหวัดระยองซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้ผลค่า Cronbach's Alpha ในส่วนทัศนคติ การสนับสนุนจากเครือข่าย พฤติกรรมการฟื้นฟูตนเองที่บ้าน และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน เท่ากับ 0.81, 0.81, 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ เครื่องมือมีส่วนประกอบ 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ มี 4 ตัวเลือก คือ

“ใช่” “ไม่ใช่” “ไม่รู้” หรือ “ไม่แน่ใจ” ข้อที่ตอบถูกได้ 1 ได้ 1 คะแนนและข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (8 -10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความสำหรับผู้ตอบเลือกคำตอบได้ ใช้มาตรวัด 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปจนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และเครือข่ายทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ

เป็นข้อความสำหรับผู้ตอบเลือกมาตรวัดความถี่ 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เคย) ไปจนถึง 5 (สม่ำเสมอ) นับตั้งแต่ป่วย จนถึง การฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ โดยให้ระบุความถี่ของการปฏิบัติ ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยมาตรวัดความถี่ 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เคย) ไปจนถึง 5 (ทำทุกวัน)

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและเครือข่าย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ ใช้มาตรวัด 5 ระดับ เรียงจาก 1 (น้อยที่สุด) ไปจนถึง 5 (มากที่สุด)

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของส่วนที่ 3-6 แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 (มากที่สุด) 3.51-4.50 (มาก) 2.51-3.50 (ปานกลาง) 1.51-2.50 (น้อย) 1.00-1.50 (น้อยที่สุด)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการโดยทีมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพของกุ่มการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลระยอง ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับเทคนิควิธีการรวบรวมข้อมูลแล้ว จำนวน 11 คน สํารวจ จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระหว่าง วันที่ 13- 30 มิถุนายน พ.ศ. 2562, ครั้งที่ 2 ใน พ.ศ. 2563 และ ครั้งที่ 3 ใน พ.ศ.2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistic 26 โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน Pair t-test เปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการติดตามประเมินซ้ำในช่วงก่อนและหลังการพัฒนาระบบ และมีการใช้ One-Way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของทั้ง 3 กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) 0.05

1.2 การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ให้บริการและเครือข่าย

ใช้วิธีการสนทนากลุ่มระดมสมองของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน ประกอบ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลระยอง ซึ่งได้รับมอบหมายให้พัฒนาระบบและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน แพทย์ 1 คน กายภาพ 1 คน โภชนากร 1 คน ทันตภิบาล 1 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ตัวแทน

อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลเมืองระยองจำนวน 3 คน ตัวแทนมูลนิธิในเขตเทศบาลเมืองระยอง จำนวน 1 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ประเด็นคำถาม ดังนี้

- 1) จุดเด่นและจุดด้อยของระบบการดูแลแบบเดิม ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลคืออะไรบ้าง
- 2) ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเป็นอย่างไร
- 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือระบบใดบ้าง
- 4) การดำเนินการตามบทบาทของทีมนสวิชาชีพและเครือข่ายที่ต้องพัฒนาคือหน้าที่ใดบ้าง
- 5) นโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คืออะไรบ้าง

ขั้นที่ 2 (A) คือ การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

นำเข้าข้อมูลจากขั้นที่ 1 และ 2 ในการประชุมร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และนำเข้าพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดแล้วจึงนำระบบใหม่มาทดลองปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องไปจนถึงบ้านผู้ป่วยด้วยบริการแบบเชิงรุกโดยสหวิชาชีพแบบครบทีม รวมทั้งปรับปรุงระบบเริ่มนำมาใช้ปฏิบัติในช่วงไตรมาสที่ 3-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยมีการติดตามประเมินผลด้วยการสังเกตและใช้แบบสอบถามในขั้นตอนที่ 3

ขั้นที่ 3 (O) คือ การประเมินผลจากการปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลเมืองระยอง กลุ่มที่ 2 จำนวน 74 คน และ กลุ่มที่ 3 จำนวน 30 คน และใช้เครื่องมือเดียวกันกับในขั้นที่ 1.1

ขั้นที่ 4 (R) คือ การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในรอบปีต่อไป

รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มระดมสมองของทีมนสวิชาชีพและผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้งเครือข่ายในพื้นที่ ใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ ประเด็นคำถามและหัวข้อในการสนทนา

ผลการวิจัย

ขั้นที่ 1 จากการสนทนากลุ่ม พบว่าจุดเด่น คือโรงพยาบาลระยองมีระบบการดูแลเดิมซึ่งดูแลผู้ป่วยทุกโรคแต่ยังคงมีปัญหาซึ่งต้องพัฒนาระบบสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านตามนัด 58.74 ตามแผน 41.26 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน 99.13 และมีการเปลี่ยนแปลงของ Barthel ADL Index ไปในทางที่ดีขึ้น 56.52 และมีปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข ได้แก่ การระบุที่อยู่และพิกัดบ้านของผู้ป่วยผิดพลาดมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ การลงข้อมูลส่งเยี่ยมบ้านออกไม่ครบถ้วน คิดเป็น 30.9 และปัญหาอื่นๆเช่น ส่งผู้ป่วยไปผิดพลาดไม่ตรงกับพื้นที่รับผิดชอบ ส่งข้อมูลซ้ำซ้อน ส่งผลการวินิจฉัยโรคและประเภทผู้ป่วยผิดไม่สรุปการรักษา และไม่ใส่เลขบัตรประชาชน รวมทั้งใส่เลขบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง ขั้นตอนก่อนการพัฒนาระบบ (ภาพที่ 2) และไม่มีการติดตามประเมินด้านความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน ส่วนระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ควรปรับปรุงแก้ไขให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ รวมทั้งในระบบเดิมมีเพียงพยาบาลวิชาชีพเพียงวิชาชีพเดียวทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งควรทำร่วมกับทีมนสวิชาชีพและเครือข่ายซึ่ง เช่นกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้นำในชุมชน รวมทั้งตัวแทนมูลนิธิในพื้นที่ โดยควรมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่เอื้อต่อการทำงานแบบครบทีมแบบเชิงรุกในชุมชน

ขั้นที่ 2 นำระบบไปใช้ในการปฏิบัติจริงโดยเน้นการสื่อสารและส่งต่อข้อมูล โดยมีกิจกรรมการพัฒนา 3 ด้าน คือ

- 1) พัฒนาระบบและระบบ โดยอาศัยหลักการความครอบคลุม (Coverage) ของการลงทะเบียนผู้ป่วย การสื่อสารภายในทีมผู้ให้บริการ การวางแผน การดูแลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงระบบการรายงานให้มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น นำระบบข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ที่มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้นมาประยุกต์ใช้
- 2) การเสริมพลัง ผู้ป่วยและครอบครัว (Empowerment) สานิตขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดอาการแทรกซ้อน เพิ่มอัตราการดีขึ้น หายป่วย และลดอัตราการตาย
- 3) ผู้ป่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น มีการเพิ่มบทบาทของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้สามารถ

พึ่งตนเองได้จนมีคุณภาพชีวิตที่เป็นปกติ และชุมชนมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนการคัดกรองและแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้ความสะดวกในการบริหารจัดการเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1) กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ยังช่วยเหลือตัวเองได้แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ภายใน 1 เดือน

3.2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผล กระทบต่อวิถีชีวิตปกติมีความจำกัด หรือ ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันให้ ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

3.3) กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิด ความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1 - 2 สัปดาห์

เปรียบเทียบขั้นตอน ก่อนพัฒนาระบบ (ภาพที่ 2) หลังพัฒนาระบบ (ภาพที่ 3) และพัฒนาเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้านและได้รับการเยี่ยมบ้านให้ได้ร้อยละ 100 มีรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่ออกจากโรงพยาบาลและต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านโปรแกรม Smart Continuum Of Care (smart COC) สื่อสารตามระบบของ Smart COC เพื่อให้เพิ่มอัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ผ่าน smart COC ภายใน 5 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งกำหนดอัตราการเยี่ยมบ้านตอบกลับผู้ป่วยภายใน 14 วัน ร้อยละ 100 และกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านได้รับการอบรมการใช้โปรแกรม Smart COC ร้อยละ 80 รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทส่วนของหน่วยงานองค์กรอิสระที่มีส่วนสนับสนุนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง พัฒนาความรู้ด้านโรคให้กับประชาชนผ่านสื่อออนไลน์ และจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ชุมชนมีระบบแจ้งเตือนภาวะเส้นเลือดสมองตีบ ผ่านตัวย่อ B E F A S T (Balance Eye Facial Arm Speech Time) ผ่านทาง 1669 หรือ Application Rayong Help call center โดยที่มีมูลนิธิอาสาสมัครในการส่งเสริมให้ความรู้ประชาชน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเส้นเลือดสมองจะมูลนิธิในพื้นที่เป็นหน่วยงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุหรือบ้าน เพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทำให้มาถึงรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือถึงโรงพยาบาลได้เร็ว ส่งผลให้การได้รับยาลายลิ้ม หรือ ผ่าตัดสมองทันเวลาที่กำหนด ลดอัตราการเสียชีวิตและพิการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาหากมีภาวะติดเชื้อ หรือ การช่วยเหลือตนเองได้ลดลง หน่วยงานจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมูลนิธิอาสาสมัครสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น อุปกรณ์ ความรู้ ช่องทางขอความช่วยเหลือผ่านทางเครือข่ายอาสาสมัครพัฒนาสังคม และ หากผู้ป่วยต้องมาตามนัดโรงพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อน หรือ อาการทรุดลง ทางมูลนิธิอาสาสมัครจะเข้าการช่วยเหลือเบื้องต้น การนำส่งโรงพยาบาลตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครบวงจร เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจทุกหน่วยงานที่บูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ (ภาพที่ 3)

ขั้นที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุต่ำกว่า 65 ปี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พื้นฟูสมรรถภาพได้ดีมากขึ้น และเดินได้ตามปกติ มีภาวะเสี่ยง คือโรคความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง และเบาหวาน ความต้องการผู้ดูแลและสิ่งสนับสนุน ตามลำดับ คือ ครอบครัว และสังคมสนับสนุนดูแลที่เยี่ยมบ้าน และการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม รวมทั้งเครื่องวัดความดัน จำนวน 1 ใน 3 ยังคงมีการรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน เช่น แอสไพริน 81 หรือ 300 มิลลิกรัม Clopidogrel 5 มิลลิกรัม ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาระบบ ในตารางที่ 2-6

ขั้นที่ 4 โรงพยาบาลระยองปรับปรุงระบบการดูแลจนมีความเหมาะสม (ภาพที่ 3) มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระดับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน ปี 2562-2565 (Disease Specific Certification Stroke) และ ผ่านการประเมิน Re-accreditation Standard Stroke Center Certify จากศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 รวมทั้งผลการประเมิน พบว่า พฤติกรรม การสนับสนุน และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05) โดยด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านตามคำแนะนำของทีมเยี่ยมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากคะแนนเต็ม 5 มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก ในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 3.65 คะแนน . เพิ่มขึ้น 3.89 และ 4.25 คะแนน ในปี พ.ศ. 2563 และ 2565 ตามลำดับ (p value 0.001)

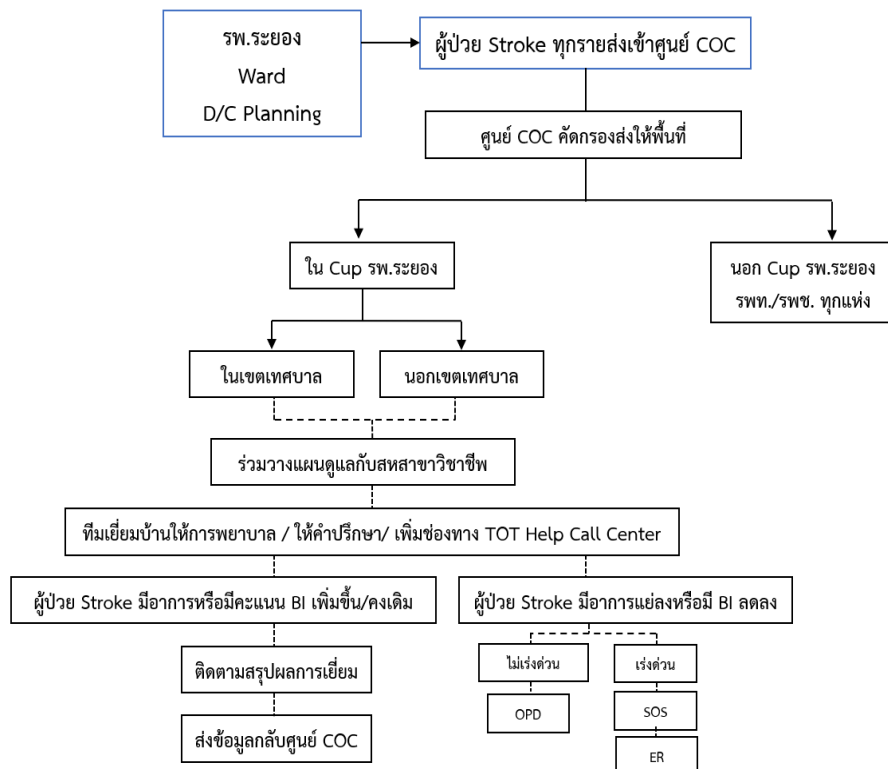
ด้านทัศนคติมีคะแนนทุกวงรอบอยู่ในระดับที่มากและไม่เปลี่ยนแปลง (p value 0.219)

ด้านความรู้มีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงในปีถัดมาแต่กลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญในปี พ.ศ. 2565 (p value <0.001) รายละเอียดดังแสดงใน

ตารางที่ 2

ด้านการสนับสนุนของเครือข่าย พบว่ามีความถี่ของการสนับสนุนบ่อยครั้งมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) จากเดิม 2.08 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 3.33 คะแนน

ด้านคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้าน จากคะแนนเดิม 5 พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value 0.046) มีการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนเดิมในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 2.58 ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 2.81 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละทีมแตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และ 6 ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจต่อสถาบันหรือมูลนิธิในพื้นที่ แม้จะมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ จากในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 1.16 เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม เพิ่มขึ้นเป็น 1.47 (p value 0.038) ส่วนความพึงพอใจต่ออาสาสมัครของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง มีคะแนนเพิ่มจาก 1.24 เป็น 1.66 (p value 0.024)



ภาพที่ 3 ระบบหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

		พ.ศ. 2562 ก่อน (n=100)	พ.ศ. 2563 ทดลองใช้ n=74	พ.ศ. 2564 หลังพัฒนา (n=30)
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ	ชาย	55 (55.0)	31 (41.9)	16 (53.3)
	หญิง	45 (45.0)	43 (58.1)	14 (46.7)
อายุ (ปี)	ต่ำกว่า 65	53 (53.0)	37 (50.0)	11 (36.7)
	65 และมากกว่า	47 (47.0)	37 (50.0)	19 (63.3)
สถานะ	โสด/ แยก/ หย่า/ หม้าย	48 (48.0)	37 (50.0)	13 (16.7)
	คู่	52 (52.0)	37 (50.0)	25 (83.3)
ไม่เป็นการพึ่งพา		85 (85.0)	65 (87.8)	26 (86.7)
ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ		75 (75.0)	54 (73.0)	27 (90.0)
ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีมากขึ้น		76 (76.0)	67 (90.5)	19 (96.7)
เดินได้ตามปกติ		65 (65.0)	55 (74.3)	22 (73.3)
ภาวะเสี่ยง	โรคความดันโลหิตสูง	70 (70.0)	50 (67.6)	23 (76.7)
	ไขมันในเลือดสูง	58 (58.0)	46 (62.2)	25 (83.3)
	เบาหวาน	35 (35.0)	26 (35.1)	14 (46.7)
	ขาดการออกกำลังกาย	18 (18.0)	11 (14.9)	2 (6.7)
	มีปัญหาด้านการพูด	17 (17.0)	13 (17.6)	1 (3.3)
	ข้อติดแข็ง เป็นแผลกดทับ	11 (11.0)	4 (5.4)	- -
	ดื่มสุรา	7 (7.0)	2 (2.7)	1 (3.3)
	สูบบุหรี่	6 (6.0)	3 (4.1)	0 (0.0)
ความต้องการผู้ดูแลและสิ่งสนับสนุน				
ครอบครัวดูแล		90 (90.0)	29 (39.2)	29 (96.7)
สังคมสนับสนุนดูแล		58 (58.0)	35 (47.3)	0 (0.0)
ทีมเยี่ยมบ้าน		57 (57.0)	44 (59.5)	30 (100.0)
ญาติและผู้ดูแล		49 (49.0)	42 (56.8)	28 (93.3)
เครื่องวัดความดัน		35 (35.0)	14 (18.9)	0 (0.0)
การปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม		31 (31.0)	12 (16.2)	2 (6.7)
มีรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน				
แอสไพริน 81 หรือ 300 มิลลิกรัม		27 (27.0)	44 (59.5)	17 (56.7)
Clopidogrel 5 มิลลิกรัม		15 (15.0)	4 (5.4)	2 (6.7)
Warfarin 3 มิลลิกรัม		6 (6.0)	3 (4.1)	4 (13.3)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและเครือข่ายและความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน) เมื่อคะแนนเต็ม 5

รายการประเมิน	พ.ศ. 2562(n=100)		พ.ศ. 2563(n=74)		พ.ศ. 2564(n=30)		การแปลผล ระดับหลังพัฒนา
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	SD	
การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและเครือข่าย							
สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิด	4.78	(0.84)	4.81 (0.73)		4.63 (0.85)		มาก
เพื่อนบ้าน คนในชุมชน	2.15	(1.77)	1.69 (1.49)		4.47 (1.25)		มาก
ผู้นำชุมชน/ประธานชุมชน	4.34	(1.15)	4.35 (1.13)		4.17 (1.05)		มาก
ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	4.37	(1.14)	4.32 (1.11)		3.97 (0.85)		มาก
เทศบาลหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น	4.06	(1.28)	4.19 (1.12)		4.13 (1.10)		มาก
มูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	4.00	(1.22)	4.24 (1.04)		4.30 (1.11)		มาก
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์							มาก
หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม	3.55	(1.45)	4.03 (1.24)		4.20 (0.85)		
เจ้าหน้าที่ผู้จากโรงพยาบาลระยอง	3.50	(1.54)	4.05 (1.33)		4.07 (0.98)		มาก
จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา	3.45	(1.44)	3.92 (1.38)		4.23 (1.07)		มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม* ¹ (p value <0.001)	3.80	(1.31)	3.96 (1.17)		4.24 (1.01)		มาก
ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน							
สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิด	4.26	(1.11)	3.81 (1.43)		4.34 (0.94)		มาก
ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลระยอง	3.58	(1.00)	4.32 (0.94)		3.89 (1.01)		มาก
เพื่อนบ้าน คนในชุมชน	3.42	(1.37)	2.70 (1.61)		3.29 (1.14)		ปานกลาง
ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	2.00	(1.21)	2.25 (1.40)		2.47 (1.39)		ปานกลาง
เทศบาลหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น	1.87	(1.17)	1.77 (1.16)		2.11 (1.23)		น้อย
ผู้นำชุมชน/ประธานชุมชน	1.82	(1.11)	1.84 (1.26)		1.89 (1.09)		น้อย
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	1.24	(0.54)	1.59 (1.12)		1.66 (0.97)		น้อย
หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม							
มูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	1.16	(0.44)	1.55 (1.04)		1.47 (0.76)		น้อยมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	3.92	(0.71)	4.39 (0.74)		4.18 (0.90)		มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม* ¹ (p value <0.001)	2.59	(0.58)	2.66 (0.84)		3.54 (0.51)		มาก

*คะแนนเต็ม 5, *มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดย One-Way ANOVA test

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และพฤติกรรม ก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

รายการประเมิน	พ.ศ. 2562ก่อน		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		การแปลผล
	(n=100)		ทดลองใช้ (n=74)		หลัง (n=30)		ระดับ
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	หลังพัฒนา
ทัศนคติ							
สมองที่ขาดเลือดและเสียหายจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูให้หายดีได้	3.86	(0.98)	4.12 (0.83)		4.40 (0.86)		มาก
โรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้	3.93	(0.92)	4.04 4.10		(0.76)		มาก
การทำกิจกรรมประจำวัน	3.09	(1.45)	3.53 (1.46)		3.86 (0.74)		มาก
การออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างเคร่งครัดเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.38	(0.76)	4.49 (0.60)		4.07 (0.83)		มาก
การช่วยเหลือตนเองและใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองไม่นานเกินรอ	3.97	(0.80)	4.07 (0.83)		4.07 (0.69)		มาก
การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และฟื้นฟูเป็นสิ่งที่จำเป็น	4.29	(0.74)	4.46 (0.58)		3.93 (0.69)		มาก
การทำกายภาพบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ	4.22	(0.90)	4.42 (0.62)		4.09 (0.83)		มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม* ¹	3.96	(0.54)	4.16 (0.38)		3.83 (0.42)		มาก
พฤติกรรม							
รับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตามที่แพทย์กำหนดอย่างถูกต้องอย่างเคร่งครัด	4.78	(0.84)	4.81 (0.73)		4.63 (0.85)		มากที่สุด
งด ปรึบลดยาบางมื่อหยุดยาเอง	2.15	(1.77)	1.69 (1.49)		4.47 (1.25)		มาก
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จัดท่าทางของร่างกาย ฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดไว้	4.34	(1.15)	4.35 (1.13)		4.17 (1.05)		มาก
ออกกำลังกาย เคลื่อนไหว บริหารข้อต่อ	4.37	(1.14)	4.32 (1.11)		3.97 (0.85)		มาก
รับประทานเนื้อปลา ไข่ และเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	4.06	(1.28)	4.19 (1.12)		4.13 (1.11)		มาก
รับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช	4.00	(1.22)	4.24 (1.04)		4.30 (1.12)		มาก
งด หรือ ลด อาหารมัน ปรุง ทอด	3.55	(1.45)	4.03 (1.24)		4.20 (0.85)		มาก
งด หรือ ลด อาหารเค็ม อาหารมีโซเดียมสูง	3.50	(1.54)	4.05 (1.33)		4.07 (0.98)		มาก
งด หรือ ลดอาหารหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	3.45	(1.44)	3.92(1.37)		4.23 (1.07)		
ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด	2.38	(1.38)	3.38 (1.65)		4.33 (0.84)		มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม* ¹ (p value 0.001)	3.66	(0.70)	3.90 (0.82)		4.25 (0.87)		มาก

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดย One-Way ANOVA test

ตารางที่ 4 ร้อยละของการตอบคำถามถูกต้องในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ใช้ทดลองระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

ข้อความ	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
	ก่อน (n=100)	ทดลองใช้ (n=74)	หลัง (n=30)
	ตอบถูก (%)	ตอบถูก (%)	ตอบถูก (%)
โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้	84 (84.0)	65 (87.8)	29 (96.7)
ขัดขวางการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จน			
เกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต พิการหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต			
เมื่อมีอาการ ปากเบี้ยว แขนขาไม่มีแรง มีอาการชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืน	97 (97.0)	68 (91.9)	28 (93.3)
ลำบาก เดินเซ ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที หรือโทร 1669 เพื่อ			
เรียกรถพยาบาล			
การมองเห็นภาพซ้อน ตามัว มองไม่เห็นชั่วขณะ ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่	54 (54.0)	34 (45.9)	13 (43.3)
เคยเป็นมาก่อน อาการเหล่านี้เป็นอันตรายไม่สามารถหายเองได้			
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว	86 (86.0)	67 (90.5)	20 (66.7)
จากเริ่มมีอาการ ยิ่งช่วยเพิ่มโอกาสรอดและฟื้นตัวจากความพิการได้			
ผู้ชายอ้วน มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผอม	21 (21.0)	16 (21.6)	1 (3.3)
การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30-40 นาที ทำให้	54 (54.0)	34 (45.9)	13 (43.3)
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
การพักผ่อนให้เพียงพอและคลายเครียดสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการ	85 (85.0)	62 (83.8)	12 (40.0)
เกิดหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตันเฉียบพลันได้			
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดทำให้เกิดโรค	85 (85.0)	66 (89.2)	23 (76.7)
หลอดเลือดสมอง			
ผู้ที่เป็นเบาหวาน มีระดับไขมันในเลือดสูง การมีญาติสายตรง (พ่อหรือ	15 (15.0)	14 (18.9)	1 (3.3)
แม่/พี่หรือน้อง) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่า			
คนทั่วไป			
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รู้สึกสบายดีแม้ไม่มีอาการปวดหรือเวียนศีรษะ ก็ไม่	72 (72.0)	50 (67.6)	0 (0.0)
สามารถหยุดยาเองได้			
ค่าเฉลี่ยโดยรวม^{#.1}(p value <0.001)	65.3 (65.3)	47.6 (64.3)	14.0 (46.7)

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA test

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนน ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้าน ของทั้ง 3 กลุ่ม เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA(ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$)

ตัวแปร	หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา ทดลองใช้	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (หลัง-ก่อน)	ช่วงเชื่อมั่น 95%	p value
ความรู้	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	-2.10	-3.00 ถึง -1.19	<0.001*
		พ.ศ. 2563	-2.10	-3.04 ถึง -1.15	<0.001*
ทักษะ	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.02	-0.27 ถึง 0.31	1.000
		พ.ศ. 2563	-0.14	-0.44 ถึง 0.16	0.745
พฤติกรรม	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.60	0.21 ถึง 0.98	0.001*
		พ.ศ. 2563	0.36	-0.04 ถึง 0.77	0.096
การสนับสนุนของเครือข่าย	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	1.24	0.94 ถึง 1.55	<0.001*
		พ.ศ. 2563	1.10	0.78 ถึง 1.42	<0.001*
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.95	0.60 ถึง 1.29	<0.001*
		พ.ศ. 2563	0.88	0.52 ถึง 1.24	<0.001*

ตารางที่ 6 ผลการติดตามประเมินซ้ำในด้านความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย (SD) ระหว่างก่อนพัฒนาระบบ (พ.ศ. 2562) กับหลังพัฒนาระบบ (พ.ศ. 2565) จำนวน 30 คน ทดสอบโดย Paired-t test โดยมีช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% CI)

ความพึงพอใจต่อ ทีมเยี่ยมบ้าน	ปี พ.ศ.	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s.d.)	95 % CI ของค่าเฉลี่ย	p value
ต่อทีมฟื้นฟูสมรรถภาพโดยภาพรวมทุกทีม	2565	2.81	0.53	0.23	0.68	0.04 ถึง 0.45	0.046
	2562	2.58	0.52				
ต่อมูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	2565	1.47	0.76	0.32	0.15	0.19 ถึง 0.61	0.038
	2562	1.16	0.44				
ต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม	2565	1.66	0.97	0.42	0.18	0.58 ถึง 0.79	0.024
	2562	1.24	0.54				
	2562	1.24	0.54				

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วยมีผลลัพธ์ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของสถานบริการ สามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลของการประเมิน พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของด้านทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่าย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้านหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าในด้านความรู้มีคะแนนลดลงในกลุ่มผู้ป่วยรายเดิมที่สุ่มติดตามประเมินความรู้ซ้ำเมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 2 ปี เป็นผลจากระยะเวลาซึ่งเมื่อความรู้เป็นความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) เมื่อเวลาผ่านไปนานจนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจึงลืม การให้ความรู้จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและพัฒนาทักษะจนเป็นความจำระยะยาว (Long-term memory) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน และการสนับสนุนของเครือข่าย รวมทั้งความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก ประกอบกับมีผลเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีความเหมาะสมและจัดทำคู่มือการดำเนินงานและเผยแพร่ให้หน่วยบริการอื่นนำไปใช้ในการปฏิบัติต่อยอด ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตามสภาวะ และเฝ้าระวังการไม่ให้เกิดสภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาดำเนินงาน 3 ปี พัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกปี จนได้รับรางวัลระดับชาติ และได้รูปแบบผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหา และออกแบบรูปแบบการดูแลมีการประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากสามารถจัดทำคู่มือการดำเนินงานโดยอาศัยร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย เช่น แพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล ผู้ใช้โปรแกรม Smart COC ของโรงพยาบาล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ชุมชน ภาครัฐ เครือข่าย มูลนิธิสว่างพรกุศลในพื้นที่ และมีการเชื่อมโยงกับการพัฒนานวัตกรรมด้านอื่นของพื้นที่ที่อยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันซึ่งรับรางวัล เช่น รางวัล Good in Change ในผลงาน การพัฒนาผลงาน Mobile Stroke Application เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระยองโดยแพทย์หญิงณัฐธิดา ศิริธรรม และคณะ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การสนับสนุนจากเครือข่ายยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ผลการประเมินทัศนคติพบว่าไม่เปลี่ยนแปลง และในการศึกษานี้ไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรอื่นๆที่อาจจะมีผลต่อผลการประเมินในแต่ละครั้งเช่น รายได้ จำนวนผู้ดูแล และความแตกต่างของทีมเยี่ยมบ้านและจำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน อีกทั้งไม่ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบผลด้านคลินิكدังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วย(9) ส่วนด้านความรู้และไม่พบพัฒนาการด้านความรู้เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ซึ่งเลือกที่ไหลออกมาทำให้เกิดแรงกดเบียดต่อเนื้อสมอง และทำลายเนื้อสมอง ประกอบเป็นผลของเวลาที่ผ่านไปนานจึงส่งผลต่อคะแนนด้านความรู้ที่ลดลงและกิจกรรมด้านการพัฒนาความรู้ดำเนินการในเฉพาะในโรงพยาบาลผลจึงยังไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งมีผลลัพธ์สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่นำไปทดลองใช้ ประกอบด้วยด้านพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนของเครือข่าย และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูตนเองที่บ้านดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลและในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ด้านทัศนคติแม้ยังคงเดิมแต่ยังเป็นคะแนนเชิงบวกต่อระบบการดูแล ส่วนด้านความรู้ลดลงเพราะเป็นข้อจำกัดด้านเวลาที่ทำให้จำได้ในเวลาสั้น ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเครือข่ายบางกลุ่มยังคงอยู่ในระดับต่ำ จึงควรพัฒนาต่อยอดสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยดำเนินงานควบคู่กับการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ให้มีบทบาทชัดเจนและพึงพาได้จริงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ครอบคลุมและครบทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความรู้ และทัศนคติประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอีกในอนาคต โดยควรมีโครงการแทรกแซงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนทัศนคติและให้มีนักจิตวิทยาเข้ามาร่วมด้วยเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น
2. รวมทั้งควรมีศึกษาประยุกต์ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้งานได้ง่ายเหมาะสมกับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้รายงานผลสุขภาพแบบทางไกล บูรณาการกับการออกเยี่ยมจริง เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มวัย สามารถส่งรายงานข้อมูลรายงานสภาวะสุขภาพประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง แม้ว่าต้องเว้นระยะห่างระหว่างกันก็ตาม
3. การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ทำให้การเยี่ยมบ้านทำได้ยาก จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลแบบทางไกล ใช้เครื่องมือการสื่อสารที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านสามารถใช้งานง่ายและใช้ได้จริงแบบมีประสิทธิภาพ และทำได้แบบครบทีมสหวิชาชีพ ควบคู่กับแผนการพัฒนาในระดับจังหวัดระยองและระดับเขตสุขภาพที่ 6 ควรดำเนินการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆได้ ด้วย เช่น ผู้พิการ มารดาใกล้คลอด ผู้สูงวัยเสี่ยงต่อการล้ม เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลร่วมด้วยในการศึกษาครั้งต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิพระพุทธรูปอภัยภูธร โรงพยาบาลระยอง และ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Phadungwanichakun P. Stroke [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
2. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
3. Siriyong W. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Kanchanadit Hospital. R 11 Med J. 2018; 32: 863-879. (in Thai)
4. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. J Stroke. 2014; 16(1): 1–7.
5. Tiamkao S. Situation of Stroke. Thai Journal of Neurology. 2021; 31 (4): 54-60. (in Thai)
6. King Chulalongkorn Memorial Hospital Stroke Medical Center Thai red cross society. 2015; Thai red cross society; Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, 2558.
7. Kamolsawat N. Risk perception and behavior change of stroke patients at out patients unit, Rayong Hospital. Region 4 Medical Journal. 2013; 15(3):170-178. (in Thai)
8. Chuyingsakul N, Chanchai A. Gadudom P, Kaewdang K. Quality of Life of Acute Ischemic Stroke Patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2016; 27 (2): 54-64. (in Thai)
9. Kongvivat K, Lemsawadikul W, Nuysri M. Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patients with Cerebrovascular Disease Risk at Kanchanaburi Province. Journal of Nursing and Health care. 2018; 35(3): 129-37. (in Thai)
10. Rand D, Eng JJ. Predicting daily use of the affected upper extremity 1 year after stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015; 24(2): 274-83.
11. World Stroke Organization. Global Stroke Guidelines and Action Plan: A Road Map for Quality Stroke Care [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Overview_and_introduction.pdf
12. Yaowapanon N, Buddhirakkul P, Srisuphan W, Senaratana W, Potempa K, Ratanawadee Chontawan R. Situational Analysis: Community Care for Survivors of Stroke and Suggestions for Improving the Provision of Care. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2018; 22(4): 372-385.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria : DeakinUniversity Press, 1988.
14. Erdfelder FF, Buchner EA, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009; 41: 1149-1160.
15. Bloom BS. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York, 1975.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านของผู้ป่วย

เสาวณีย์ อู่ตระกูล พย.บ.¹ เพ็ญภา ศรีหรั่ง ภ.บ., ภ.ม., ปด.²

Received: 24 August 2022

Revised: 30 August 2022

Accepted: 31 August 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อจากโรงพยาบาลระยะถึงบ้านผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดวงจร PAOR ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 20 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแล จำนวน 174 คน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ใช้สถิติเชิงพรรณนา Pair t-test และ One-Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาแล้วเมื่อนำมาปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องและผ่านตัวชี้วัดของสถานบริการ ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการณ์พัฒนาตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนจากเครือข่าย และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p value <0.05) ส่วนทัศนคติไม่มีการเปลี่ยนแปลง สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการณ์พัฒนาตนเองที่บ้านดีขึ้น มีการสนับสนุนจากเครือข่ายและมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายสหวิชาชีพอีกต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอีกในอนาคต

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแล การเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพ โรคหลอดเลือดสมอง

Development a Care System for Stroke Patients from Hospital to the Patients' Home

Saowanee Uitrakul ¹, Pennapa Sriring ²

Abstract

The objective of this action research is to develop a home care system for stroke patients from Rayong Hospital to the patients' home and effectiveness evaluation. A methodology of PAOR was conducted during 2019-2022. The topics for focus groups and structure interview was used as a tool for collecting data and the content analysis were used for brainstorming in a group discussion. The content analysis and descriptive statistics, Paired-Samples T test and One-Way ANOVA were used to analyze the data. The 20 stakeholders and 174 stroke patients with care givers were invited to participate in the study. It was found the mean scores of the behaviors, support from peer, and satisfaction toward the new care system was statistical significance higher (p value <0.05). There was no change in attitude. In concluding, the new care system working by a multidisciplinary team helped increasing in behavior of self-care, supporting form peer, and enhance the patient satisfaction However, continuing an effective and efficient collaborative practice for the next individual stroke patient require improvement of health outcomes at their home.

Keywords: model development, home visiting, multidisciplinary team, stroke

¹ Corresponding: เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

*Corresponding author, E-mail: pennapa@scphkk.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย⁽¹⁾ มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลก⁽²⁾ และในประเทศไทย^(3, 4) รายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6 ระยะเวลาในระหว่างปี 2560-2563⁽⁵⁾ พบว่า จาก พ.ศ. 2560 เท่ากับ 313.11 คนต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น 342.26 คนต่อแสนประชากรใน ปี พ.ศ. 2562 ส่วนข้อมูลด้านอุบัติการณ์ของโรคนี้ จากประชากร 221,118 คน มีผู้ป่วย รวม 3,324 คน (ร้อยละ 1.50) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 161 คน อัตรา 56.38 ต่อแสนประชากร (ร้อยละ 0.056) ซึ่งเป็นอัตราสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละพื้นที่ของจังหวัดระยอง พบว่าในเขตอำเภอเมืองระยองมีอัตราสูงและอุบัติการณ์สูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งมีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคนี้เข้าเกณฑ์ที่ต้องดูแลต่อเนื่องมากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดระยอง คือ จำนวน 845 คน ในขณะที่การติดตามต่อเนื่องกลับลดลงจากในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 99.8 จากจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด 1,852 คน ลดลงเป็นร้อยละ 96.1 ในปีถัดมา โดยมีเป้าหมาย ร้อยละ 100 และคุณภาพวันเยี่ยมยังไม่ผ่านเกณฑ์

โรงพยาบาลระยองมีแผนพัฒนาระบบของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care หรือ COC) เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁶⁾ มีอาการรุนแรงจนทำให้เป็นอัมพาต พิการและเสียชีวิตได้ เกิดผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของประเทศเพิ่มขึ้น โดยยังขาดข้อมูลที่จำเป็นปัจจุบัน เพราะมีเพียงรายงานผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในระดับต่ำ ส่วนร้อยละ 46 ของผู้ป่วยยังไม่มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูบบุหรี่ร้อยละ 44 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48 การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 10 โดยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคุณภาพกระบวนการให้ความรู้ให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁽⁷⁾ และรายงานผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันของ โรงพยาบาลระยอง จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้น้อยสำคัญทางสถิติ และเสนอให้ส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง และเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ในที่สุด⁽⁹⁾ ต้องใช้เวลาประมาณ 1-7 ปี⁽¹⁰⁾ จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใกล้เคียงปกติ โรงพยาบาลระยองจึงได้กำหนดเวลาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลา 1-3 ปี เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาลจนถึงบ้านผู้ป่วย แบบไร้รอยต่อ ตามแนวทางของ World Stroke Organization⁽¹¹⁾ โดยคำนึงถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ของชุมชน เช่นเดียวกับในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแม้ว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมักได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แต่ก็ยังขาดความพร้อมในหลายด้าน⁽¹²⁾ รวมทั้งยังขาดความเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทำให้พิกัดบ้านผู้ป่วยคลาดเคลื่อน ที่อยู่ผิด ทำให้ผู้ให้ทีมบริการเข้าไม่ถึงบ้านผู้ป่วย ส่งรายงานซ้ำซ้อนกันไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงชุมชนได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าไม่ถึงบริการ จึงมีความต้องการพัฒนาความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ โดยมีทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามรูปแบบ PAOR⁽¹³⁾ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ Plan (P) Act, (A) Observer(O) และ Reflect (R) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลระยองถึงบ้านผู้ป่วย
- 2) เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้านหลังการพัฒนาระบบ

โดยมีสมมุติฐานการวิจัย มีดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและเมื่อสุ่มติดตามผลประเมินซ้ำ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะ การพึ่งพา สภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วม การออกกำลังกาย ความสามารถในการพูดและสื่อสาร แผลกดทับ ข้อติด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ส่วน ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน (ภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ข้อมูลทั่วไป
- เพศ
- อายุ (ปี)
- สถานภาพ
ภาวะสุขภาพ
- การพึ่งพา
- โรคประจำตัว/ ภาวะแทรกซ้อน
- ขาดการออกกำลังกาย
- ปัญหาด้านการพูด
- ข้อติด แผลกดทับ
- ต้มสุรา
- สูบบุหรี่
- รับประทานยาละลายลิ่มเลือด
ความต้องการสนับสนุน/อุปกรณ์

ตัวแปรตาม

- ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงและการป้องกัน
- ทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูร่างกาย
- การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและทีมบริการ
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูร่างกาย
- ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมฟื้นฟูและเครือข่าย

การพัฒนาระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามรูปแบบ PAOR เริ่มจากการสำรวจวิเคราะห์สภาพปัญหา ยกร่างระบบการดูแล ทดลองนำไปใช้โดยทีมสหวิชาชีพ ประเมิน และปรับปรุงระบบ แล้วจึงนำไปปฏิบัติจริง ประเมินผล และ ปรับปรุงระบบจนมีความเหมาะสม ดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนการติดตามดูแลของศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลระยอง ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งสามารถพูดและสื่อสารได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการติดตามประเมินผล โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 (P) คือ การวางแผนและรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาระบบ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลระยอง เลขที่ RYH REC No. E014/2562 วันที่ 2 พฤษภาคม 2562 ก่อนการรวบรวมข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆ ให้อาสาสมัครลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลประโยชน์ ผลกระทบ และการรักษาความลับของอาสาสมัคร มีการสำรวจข้อมูลดังต่อไปนี้

1.1 การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการจังหวัดระยองทั้งหมด 2,212 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,108 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลเมืองระยอง จำนวน 174 คน ที่มีผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 การสำรวจ ก่อนพัฒนาระบบ ใน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 100 คน กลุ่มที่ 2 สำรวจหลังการทดลองใช้ระบบ กับผู้ป่วยรายใหม่ ใน ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 74 คน และกลุ่มที่ 3 การติดตามผู้ป่วยรายเดิมซ้ำในกลุ่มที่ 1 ของปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30 คน สำรวจใน ปี พ.ศ. 2565

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2⁽¹⁴⁾ กลุ่มที่ 1 และ 2 เลือก t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยแบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน แบบทางเดียว Effect size 0.5 (ค่า α เท่ากับ 0.05) ค่า Power 0.90 กำหนดสัดส่วนของกลุ่มที่ 2 ต่อกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 0.74 ได้ ขนาดตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 82 คน และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 60 คน และมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาเนื่องจากเป็นโรคซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตมาก ได้จำนวนกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 100 คน และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 74 คน

ส่วนกลุ่มที่ 3 เป็นการติดตามผู้ป่วยรายเดิมที่สุ่มจากผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ในขั้นตอนการคำนวณ เลือก t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยแบบ match pairs ซึ่ง เลือก Effect size 0.5 (ค่า α เท่ากับ 0.05) ค่า Power 0.80 ได้ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 27 คน และมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คือแพทย์สาขาอายุรกรรม พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน และเภสัชกร พิจารณาความสอดคล้องของคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ก่อนการรวบรวมข้อมูลมีการทดลองนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีผู้ดูแลในพื้นที่ของจังหวัดระยองซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้ผลค่า Cronbach's Alpha ในส่วนทัศนคติ การสนับสนุนจากเครือข่าย พฤติกรรมการฟื้นฟูตนเองที่บ้าน และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน เท่ากับ 0.81, 0.81, 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ เครื่องมือมีส่วนประกอบ 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสถานะด้านสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ มี 4 ตัวเลือก คือ

“ใช่” “ไม่ใช่” “ไม่รู้” หรือ “ไม่แน่ใจ” ข้อที่ตอบถูกได้ 1 ได้ 1 คะแนนและข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (8 -10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความสำหรับให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ ใช้มาตราวัด 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปจนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และเครือข่ายทางสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ

เป็นข้อความสำหรับให้ผู้ตอบเลือกมาวัดความถี่ 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เลย) ไปจนถึง 5 (สม่ำเสมอ) นับตั้งแต่ผู้ป่วย จนถึง การฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ โดยให้ระบุความถี่ของการปฏิบัติ ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยมาตราวัดความถี่ 5 ระดับ เรียงจาก 1 (ไม่เลย) ไปจนถึง 5 (ทำทุกวัน)

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจต่อทีมต่อทีมเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและเครือข่าย จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ ใช้มาตราวัด 5 ระดับ เรียงจาก 1 (น้อยที่สุด) ไปจนถึง 5 (มากที่สุด)

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของส่วนที่ 3-6 แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 (มากที่สุด) 3.51-4.50 (มาก) 2.51-3.50 (ปานกลาง) 1.51-2.50 (น้อย) 1.00-1.50 (น้อยที่สุด)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการโดยทีมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพของกลุ่มการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลระยอง ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับเทคนิควิธีการรวบรวมข้อมูลแล้ว จำนวน 11 คน สํารวจ จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระหว่าง วันที่ 13- 30 มิถุนายน พ.ศ. 2562, ครั้งที่ 2 ใน พ.ศ. 2563 และ ครั้งที่ 3 ใน พ.ศ.2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistic 26 โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน Pair t-test เปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการสูดติดตามประเมินซ้ำในช่วงก่อนและหลังการพัฒนาระบบ และมีการใช้ One-Way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของทั้ง 3 กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) 0.05

1.2 การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ให้บริการและเครือข่าย

ใช้วิธีการสนทนากลุ่มระดมสมองของทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน ประกอบ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานหน้าที่ในศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลระยอง ซึ่งได้รับมอบหมายให้พัฒนาระบบและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน แพทย์ 1 คน กายภาพ 1 คน โภชนากร 1 คน ทันตภิบาล 1 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลเมืองระยองจำนวน 3 คน ตัวแทนมูลนิธิในเขตเทศบาลเมืองระยอง จำนวน 1 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ประเด็นคำถาม ดังนี้

1) จุดเด่นและจุดด้อยของระบบการดูแลแบบเดิม ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลคืออะไรบ้าง

- 2) ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเป็นอย่างไร
- 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือระบบใดบ้าง
- 4) การดำเนินการตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่ต้องพัฒนาคือหน้าที่ใดบ้าง
- 5) นโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คืออะไรบ้าง

ขั้นที่ 2 (A) คือ การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

นำเข้าข้อมูลจากขั้นที่ 1 และ 2 ในการประชุมร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และนำเข้าพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดแล้วจึงนำระบบใหม่มาทดลองปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องไปจนถึงบ้านผู้ป่วยด้วยบริการแบบเชิงรุกโดยสหวิชาชีพแบบครบทีม รวมทั้งปรับปรุงระบบเริ่มนำมาใช้ปฏิบัติในช่วงไตรมาสที่ 3-4 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยมีการติดตามประเมินผลด้วยการสังเกตและใช้แบบสอบถามในขั้นตอนที่ 3

ขั้นที่ 3 (O) คือ การประเมินผลจากการปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลเมืองระยอง กลุ่มที่ 2 จำนวน 74 คน และ กลุ่มที่ 3 จำนวน 30 คน และใช้เครื่องมือเดียวกันกับในขั้นที่ 1.1

ขั้นที่ 4 (R) คือ การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในรอบปีต่อไป

รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มระดมสมองของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้งเครือข่ายในพื้นที่ ใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ ประเด็นคำถามและหัวข้อในการสนทนา

ผลการวิจัย

ขั้นที่ 1 จากการสนทนากลุ่ม พบว่าจุดเด่น คือโรงพยาบาลระยองมีระบบการดูแลเดิมซึ่งดูแลผู้ป่วยทุกโรคแต่ยังคงมีปัญหาซึ่งต้องพัฒนาระบบสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมบ้านตามนัด 58.74 ตามแผน 41.26 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน 99.13 และมีการเปลี่ยนแปลงของ Barthel ADL Index ไปในทางที่ดีขึ้น 56.52 และมีปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข ได้แก่ การระบุที่อยู่และพิกัดบ้านของผู้ป่วยผิดพลาดมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ การลงข้อมูลส่งเยี่ยมบ้านออกไม่ครบถ้วน คิดเป็น 30.9 และปัญหาอื่นๆเช่น ส่งผู้ป่วยไปผิดพลาดไม่ตรงกับพื้นที่รับผิดชอบ ส่งข้อมูลซ้ำซ้อน ส่งผลการวินิจฉัยโรคและประเภทผู้ป่วยผิดไม่สรุปการรักษา และไม่ใส่เลขบัตรประชาชน รวมทั้งใส่เลขบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง ขั้นตอนก่อนการพัฒนาระบบ (ภาพที่ 2) และไม่มี การติดตามประเมินด้านความรู้ ทักษะ การสนับสนุนในพื้นที่ของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน ส่วนระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ควรปรับปรุงแก้ไขให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ รวมทั้งในระบบเดิมมีเพียงพยาบาลวิชาชีพเพียงวิชาชีพเดียวทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งควรทำร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายซึ่ง เช่นกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้นำชุมชน รวมทั้งตัวแทนมูลนิธิในพื้นที่ โดยควรมีนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่เอื้อต่อการทำงานแบบครบทีมแบบเชิงรุกในชุมชน

ขั้นที่ 2 นำระบบไปใช้ในการปฏิบัติจริงโดยเน้นการสื่อสารและส่งต่อข้อมูล โดยมีกิจกรรมการพัฒนา 3 ด้าน คือ

- 1) พัฒนาทีมและระบบ โดยอาศัยหลักการความครอบคลุม (Coverage) ของการลงทะเบียนผู้ป่วย การสื่อสารภายในทีมผู้ให้บริการ การวางแผน การดูแลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงระบบการรายงานให้มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น นำระบบข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ที่มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้นมาประยุกต์ใช้

- 2) การเสริมพลัง ผู้ป่วยและครอบครัว (Empowerment) สาธิตขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดอาการแทรกซ้อน เพิ่มอัตราการดีขึ้น หายป่วย และลดอัตราตาย

- 3) ผู้ป่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น มีการเพิ่มบทบาทของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้สามารถพึ่งตนเองได้จนมีคุณภาพชีวิตที่เป็นปกติ และชุมชนมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนการคัดกรองและแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้มีความสะดวกในการบริหารจัดการเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1) กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ยังช่วยเหลือตัวเองได้แต่ขาดความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ภายใน 1 เดือน

3.2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผล กระทบต่อวิถีชีวิตปกติมีความจำกัด หรือ ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ที่ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันให้ ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

3.3) กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิด ความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้ ต้องติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน 1 - 2 สัปดาห์

เปรียบเทียบขั้นตอน ก่อนพัฒนาระบบ (ภาพที่ 2) หลังพัฒนาระบบ (ภาพที่ 3) และพัฒนาเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้านและได้รับการเยี่ยมบ้านให้ได้ร้อยละ 100 มีรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่ออกจากโรงพยาบาลและต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านโปรแกรม Smart Continuum Of Care (smart COC) สื่อสารตามระบบของ Smart COC เพื่อให้เพิ่มอัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ผ่าน smart COC ภายใน 5 วันไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีระบบการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งกำหนดอัตราการเยี่ยมบ้านตอบกลับผู้ป่วยภายใน 14 วัน ร้อยละ 100 และกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านได้รับการอบรมการใช้โปรแกรม Smart COC ร้อยละ 80 รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทส่วนของหน่วยงานองค์กรอิสระที่มีส่วนสนับสนุนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และระบบการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง พัฒนาความรู้ด้านโรคให้กับประชาชนผ่านสื่อออนไลน์ และจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ชุมชนมีระบบแจ้งเตือนภาวะเส้นเลือดสมองตีบ ผ่านตัวย่อ B E F A S T (Balance Eye Facial Arm Speech Time) ผ่านทาง 1669 หรือ Application Rayong Help call center โดยที่มีมูลนิธิอาสาสมัครในการส่งเสริมให้ความรู้ประชาชน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเส้นเลือดสมองจะมูลนิธิในพื้นที่เป็นหน่วยงานรับผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุหรือบ้าน เพิ่มการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทำให้มาถึงรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือถึงโรงพยาบาลได้เร็ว ส่งผลให้การได้รับยาละลายลิ่ม หรือ ผ่าตัดสมองทันเวลาที่กำหนด ลดอัตราการเสียชีวิตและพิการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาหากมีภาวะติดเชื้อ หรือ การช่วยเหลือตนเองได้ลดลง หน่วยงานจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมูลนิธิอาสาสมัครสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น อุปกรณ์ ความรู้ ช่องทางขอความช่วยเหลือผ่านทางเครือข่ายอาสาสมัครพัฒนาสังคม และ หากผู้ป่วยต้องมาตามนัดโรงพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อน หรือ อาการทรุดลง ทางมูลนิธิอาสาสมัครจะเข้าการช่วยเหลือเบื้องต้น การนำส่งโรงพยาบาลตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครบวงจร เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจทุกหน่วยงานที่บูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ (ภาพที่ 3)

ขั้นที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุต่ำกว่า 65 ปี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พื้นฟูสมรรถภาพได้ดีมากขึ้น และเดินได้ตามปกติ มีภาวะเสี่ยง คือโรคความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง และเบาหวาน ความต้องการผู้ดูแลและสิ่งสนับสนุน ตามลำดับ คือ ครอบครัว และสังคมสนับสนุนดูแลที่เยี่ยมบ้าน และการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม รวมทั้งเครื่องวัดความดัน จำนวน 1 ใน 3 ยังคงมีการรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน เช่น แอสไพริน 81 หรือ 300 มิลลิกรัม Clopidogrel 5 มิลลิกรัม ผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาระบบ ในตารางที่ 2-6

ขั้นที่ 4 โรงพยาบาลระยองปรับปรุงระบบการดูแลจนมีความเหมาะสม (ภาพที่ 3) มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ระดับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน ปี 2562-2565 (Disease Specific Certification Stroke) และ ผ่านการประเมิน Re-accreditation Standard Stroke Center Certify จากศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 รวมทั้งผลการประเมิน พบว่า พฤติกรรม การสนับสนุน และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05) โดยด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านตามคำแนะนำของทีมเยี่ยมบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากคะแนนเต็ม 5 มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก ในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 3.65 คะแนน . เพิ่มขึ้น 3.89 และ 4.25 คะแนน ในปี พ.ศ. 2563 และ 2565 ตามลำดับ (p value 0.001)

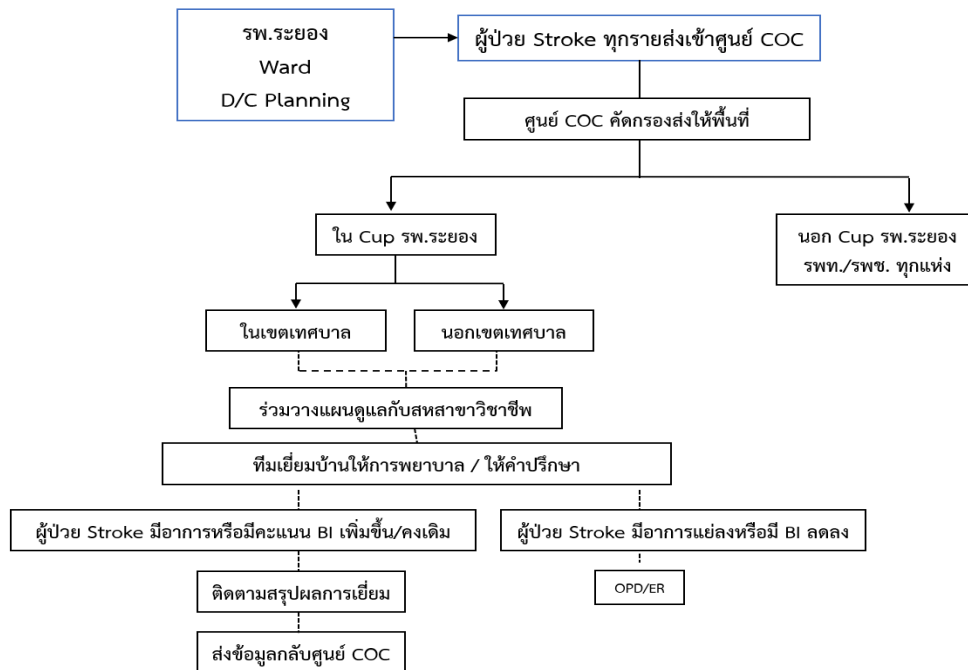
ด้านทัศนคติมีคะแนนทุกวงรอบอยู่ในระดับที่มากและไม่เปลี่ยนแปลง (p value 0.219)

ด้านความรู้มีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงในปีถัดมาแต่กลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญในปี พ.ศ. 2565 (p value <0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

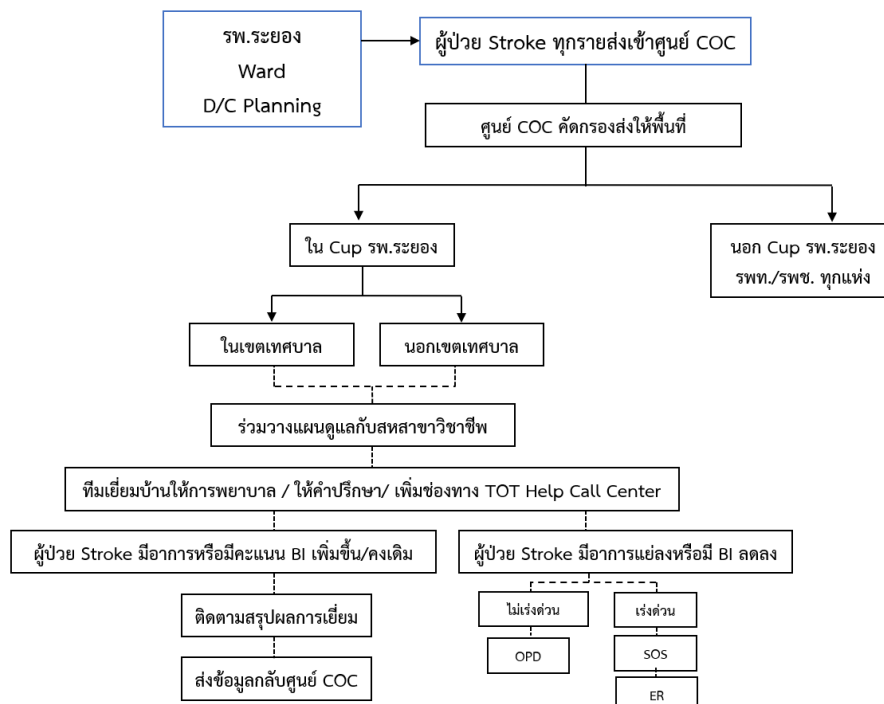
ด้านการสนับสนุนของเครือข่าย พบว่ามีความถี่ของการสนับสนุนบ่อยครั้งมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) จากเดิม 2.08 คะแนน เพิ่มขึ้น เป็น 3.33 คะแนน

ด้านคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้าน จากคะแนนเต็ม 5 พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p value 0.046) มีการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนเดิมในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 2.58 ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 2.81 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละทีมแตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และ 6 ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจต่อสถาบันหรือมูลนิธิในพื้นที่ แม้จะมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ จากในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 1.16 เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม เพิ่มขึ้นเป็น 1.47 (p value 0.038) ส่วนความพึงพอใจต่ออาสาสมัครของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง มีคะแนนเพิ่มจาก 1.24 เป็น 1.66 (p value 0.024)



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลก่อนการพัฒนา



ภาพที่ 3 ระบบการดูแลหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

		พ.ศ. 2562 ก่อน (n=100)	พ.ศ. 2563 ทดลองใช้ n=74	พ.ศ. 2564 หลังพัฒนา (n=30)
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ	ชาย	55 (55.0)	31 (41.9)	16 (53.3)
	หญิง	45 (45.0)	43 (58.1)	14 (46.7)
อายุ (ปี)	ต่ำกว่า 65	53 (53.0)	37 (50.0)	11 (36.7)
	65 และมากกว่า	47 (47.0)	37 (50.0)	19 (63.3)
สถานะ	โสด/ แยก/ หย่า/ หม้าย	48 (48.0)	37 (50.0)	13 (16.7)
	คู่	52 (52.0)	37 (50.0)	25 (83.3)
ไม่เป็นการพึงพา		85 (85.0)	65 (87.8)	26 (86.7)
ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ		75 (75.0)	54 (73.0)	27 (90.0)
ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีมากขึ้น		76 (76.0)	67 (90.5)	19 (96.7)
เดินได้ตามปกติ		65 (65.0)	55 (74.3)	22 (73.3)
ภาวะเสี่ยง	โรคความดันโลหิตสูง	70 (70.0)	50 (67.6)	23 (76.7)
	ไขมันในเลือดสูง	58 (58.0)	46 (62.2)	25 (83.3)
	เบาหวาน	35 (35.0)	26 (35.1)	14 (46.7)
	ขาดการออกกำลังกาย	18 (18.0)	11 (14.9)	2 (6.7)
	มีปัญหาด้านการพูด	17 (17.0)	13 (17.6)	1 (3.3)
	ข้อติดแข็ง เป็นแผลกดทับ	11 (11.0)	4 (5.4)	- -
	ดื่มสุรา	7 (7.0)	2 (2.7)	1 (3.3)
	สูบบุหรี่	6 (6.0)	3 (4.1)	0 (0.0)
ความต้องการผู้ดูแลและสิ่งสนับสนุน				
ครอบครัวดูแล		90 (90.0)	29 (39.2)	29 (96.7)
สังคมสนับสนุนดูแล		58 (58.0)	35 (47.3)	0 (0.0)
ทีมเยี่ยมบ้าน		57 (57.0)	44 (59.5)	30 (100.0)
ญาติและผู้ดูแล		49 (49.0)	42 (56.8)	28 (93.3)
เครื่องวัดความดัน		35 (35.0)	14 (18.9)	0 (0.0)
การปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม		31 (31.0)	12 (16.2)	2 (6.7)
มีรับประทานยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน				
แอสไพริน 81 หรือ 300 มิลลิกรัม		27 (27.0)	44 (59.5)	17 (56.7)
Clopidogrel 5 มิลลิกรัม		15 (15.0)	4 (5.4)	2 (6.7)
Warfarin 3 มิลลิกรัม		6 (6.0)	3 (4.1)	4 (13.3)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและเครือข่ายและความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน) เมื่อคะแนนเต็ม 5

รายการประเมิน	พ.ศ. 2562(n=100)			พ.ศ. 2563(n=74)		พ.ศ. 2564(n=30)		การแปลผล ระดับหลังพัฒนา
	$\bar{X}$	(SD)		$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	SD	
การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและเครือข่าย								
สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิด	4.78	(0.84)		4.81 (0.73)		4.63 (0.85)		มาก
เพื่อนบ้าน คนในชุมชน	2.15	(1.77)		1.69 (1.49)		4.47 (1.25)		มาก
ผู้นำชุมชน/ประธานชุมชน	4.34	(1.15)		4.35 (1.13)		4.17 (1.05)		มาก
ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	4.37	(1.14)		4.32 (1.11)		3.97 (0.85)		มาก
เทศบาลหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น	4.06	(1.28)		4.19 (1.12)		4.13 (1.10)		มาก
มูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	4.00	(1.22)		4.24 (1.04)		4.30 (1.11)		มาก
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	3.55	(1.45)		4.03 (1.24)		4.20 (0.85)		มาก
หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม								
เจ้าหน้าที่ผู้จากโรงพยาบาลระยะยง	3.50	(1.54)		4.05 (1.33)		4.07 (0.98)		มาก
จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา	3.45	(1.44)		3.92 (1.38)		4.23 (1.07)		มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม* ¹ (p value <0.001)	3.80	(1.31)		3.96 (1.17)		4.24 (1.01)		มาก
ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้าน								
สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิด	4.26	(1.11)		3.81 (1.43)		4.34 (0.94)		มาก
ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลระยะยง	3.58	(1.00)		4.32 (0.94)		3.89 (1.01)		มาก
เพื่อนบ้าน คนในชุมชน	3.42	(1.37)		2.70 (1.61)		3.29 (1.14)		ปานกลาง
ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	2.00	(1.21)		2.25 (1.40)		2.47 (1.39)		ปานกลาง
เทศบาลหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น	1.87	(1.17)		1.77 (1.16)		2.11 (1.23)		น้อย
ผู้นำชุมชน/ประธานชุมชน	1.82	(1.11)		1.84 (1.26)		1.89 (1.09)		น้อย
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	1.24	(0.54)		1.59 (1.12)		1.66 (0.97)		น้อย
หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม								
มูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	1.16	(0.44)		1.55 (1.04)		1.47 (0.76)		น้อยมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	3.92	(0.71)		4.39 (0.74)		4.18 (0.90)		มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม* ¹ (p value <0.001)	2.59	(0.58)		2.66 (0.84)		3.54 (0.51)		มาก

*คะแนนเต็ม 5, *มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดย One-Way ANOVA test

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และพฤติกรรม ก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ทดลองใช้ระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

รายการประเมิน	พ.ศ. 2562ก่อน		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		การแปลผล
	(n=100)		ทดลองใช้ (n=74)		หลัง (n=30)		ระดับ
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	หลังพัฒนา
ทัศนคติ							
สมองที่ขาดเลือดและเสียหายจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูให้หายดีได้	3.86	(0.98)	4.12	(0.83)	4.40	(0.86)	มาก
โรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้	3.93	(0.92)	4.04	4.10		(0.76)	มาก
การทำกิจกรรมประจำวัน	3.09	(1.45)	3.53	(1.46)	3.86	(0.74)	มาก
การออกกำลังกาย เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างเคร่งครัดเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.38	(0.76)	4.49	(0.60)	4.07	(0.83)	มาก
การช่วยเหลือตนเองและใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองไม่นานเกินรอ	3.97	(0.80)	4.07	(0.83)	4.07	(0.69)	มาก
การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และฟื้นฟูเป็นสิ่งที่จำเป็น	4.29	(0.74)	4.46	(0.58)	3.93	(0.69)	มาก
การทำกายภาพบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ	4.22	(0.90)	4.42	(0.62)	4.09	(0.83)	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม*¹	3.96	(0.54)	4.16	(0.38)	3.83	(0.42)	มาก
พฤติกรรม							
รับประทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตามที่แพทย์กำหนดอย่างถูกต้องอย่างเคร่งครัด	4.78	(0.84)	4.81	(0.73)	4.63	(0.85)	มากที่สุด
งด ปรึบลดยาบางมื่อหยุดยาเอง	2.15	(1.77)	1.69	(1.49)	4.47	(1.25)	มาก
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จัดท่าทางของร่างกาย ฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดไว้	4.34	(1.15)	4.35	(1.13)	4.17	(1.05)	มาก
ออกกำลังกาย เคลื่อนไหว บริหารข้อต่อ	4.37	(1.14)	4.32	(1.11)	3.97	(0.85)	มาก
รับประทานเนื้อปลา ไข่ และเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	4.06	(1.28)	4.19	(1.12)	4.13	(1.11)	มาก
รับประทานผัก ผลไม้ ธัญพืช	4.00	(1.22)	4.24	(1.04)	4.30	(1.12)	มาก
งด หรือ ลด อาหารมัน ปรุง ทอด	3.55	(1.45)	4.03	(1.24)	4.20	(0.85)	มาก
งด หรือ ลด อาหารเค็ม อาหารมีโซเดียมสูง	3.50	(1.54)	4.05	(1.33)	4.07	(0.98)	มาก
งด หรือ ลดอาหารหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล	3.45	(1.44)	3.92	(1.37)	4.23	(1.07)	
ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด	2.38	(1.38)	3.38	(1.65)	4.33	(0.84)	มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม*¹(p value 0.001)	3.66	(0.70)	3.90	(0.82)	4.25	(0.87)	มาก

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดย One-Way ANOVA test

ตารางที่ 4 ร้อยละของการตอบคำถามถูกต้องในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนพัฒนาระบบ (100 คน) ใช้ทดลองระบบ (74 คน) และ การติดตามหลังพัฒนาระบบ (30 คน)

ข้อความ	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564
	ก่อน (n=100)	ทดลองใช้ (n=74)	หลัง (n=30)
	ตอบถูก (%)	ตอบถูก (%)	ตอบถูก (%)
โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้	84 (84.0)	65 (87.8)	29 (96.7)
ขัดขวางการลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จน			
เกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต พิการหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต			
เมื่อมีอาการ ปากเบี้ยว แขนขาไม่มีแรง มีอาการชาครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืน	97 (97.0)	68 (91.9)	28 (93.3)
ลำบาก เดินเซ ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที หรือโทร 1669 เพื่อ			
เรียกรถพยาบาล			
การมองเห็นภาพซ้อน ตามัว มองไม่เห็นชั่วขณะ ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่	54 (54.0)	34 (45.9)	13 (43.3)
เคยเป็นมาก่อน อาการเหล่านี้เป็นอันตรายไม่สามารถหายเองได้			
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วนับ	86 (86.0)	67 (90.5)	20 (66.7)
จากเริ่มมีอาการ ยิ่งช่วยเพิ่มโอกาสรอดและฟื้นตัวจากความพิการได้			
ผู้ชายอ้วน มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผอม	21 (21.0)	16 (21.6)	1 (3.3)
การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 30-40 นาที ทำให้	54 (54.0)	34 (45.9)	13 (43.3)
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			
การพักผ่อนให้เพียงพอและคลายเครียดสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการ	85 (85.0)	62 (83.8)	12 (40.0)
เกิดหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตันเฉียบพลันได้			
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดทำให้เกิดโรค	85 (85.0)	66 (89.2)	23 (76.7)
หลอดเลือดสมอง			
ผู้ที่เป็นเบาหวาน มีระดับไขมันในเลือดสูง การมีญาติสายตรง (พ่อหรือ	15 (15.0)	14 (18.9)	1 (3.3)
แม่/พี่หรือน้อง) ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่า			
คนทั่วไป			
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รู้สึกสบายดีแม้ไม่มีอาการปวดหรือเวียนศีรษะ ก็ไม่	72 (72.0)	50 (67.6)	0 (0.0)
สามารถหยุดยาเองได้			
ค่าเฉลี่ยโดยรวม^{#.1}(p value <0.001)	65.3 (65.3)	47.6 (64.3)	14.0 (46.7)

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA test

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนน ความรู้ ทักษะ ทักษะ การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้าน ของทั้ง 3 กลุ่ม เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA(ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$)

ตัวแปร	หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา ทดลองใช้	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (หลัง-ก่อน)	ช่วงเชื่อมั่น 95%	p value
ความรู้	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	-2.10	-3.00 ถึง -1.19	<0.001*
		พ.ศ. 2563	-2.10	-3.04 ถึง -1.15	<0.001*
ทักษะ	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.02	-0.27 ถึง 0.31	1.000
		พ.ศ. 2563	-0.14	-0.44 ถึง 0.16	0.745
พฤติกรรม	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.60	0.21 ถึง 0.98	0.001*
		พ.ศ. 2563	0.36	-0.04 ถึง 0.77	0.096
การสนับสนุนของเครือข่าย	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	1.24	0.94 ถึง 1.55	<0.001*
		พ.ศ. 2563	1.10	0.78 ถึง 1.42	<0.001*
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2562	0.95	0.60 ถึง 1.29	<0.001*
		พ.ศ. 2563	0.88	0.52 ถึง 1.24	<0.001*

ตารางที่ 6 ผลการติดตามประเมินซ้ำในด้านความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย (SD) ระหว่างก่อนพัฒนาระบบ (พ.ศ. 2562) กับหลังพัฒนาระบบ (พ.ศ. 2565) จำนวน 30 คน ทดสอบโดย Paired-t test โดยมีช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% CI)

ความพึงพอใจต่อ ทีมเยี่ยมบ้าน	ปี พ.ศ.	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s.d.)	95 % CI ของค่าเฉลี่ย	p value
ต่อทีมฟื้นฟูสมรรถภาพโดยภาพรวมทุกทีม	2565	2.81	0.53	0.23	0.68	0.04 ถึง 0.45	0.046
	2562	2.58	0.52				
ต่อมูลนิธิ หรือองค์กรอิสระในพื้นที่	2565	1.47	0.76	0.32	0.15	0.19 ถึง 0.61	0.038
	2562	1.16	0.44				
ต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคม	2565	1.66	0.97	0.42	0.18	0.58 ถึง 0.79	0.024
	2562	1.24	0.54				
	2562	1.24	0.54				

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วยมีผลลัพธ์ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของสถานบริการ สามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลของการประเมิน พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของด้านทักษะ ทักษะ การสนับสนุนของเครือข่ายและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อทีมเยี่ยมบ้านหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าในด้านความรู้มีคะแนนลดลงในกลุ่มผู้ป่วยรายเดิมที่สุ่มติดตามประเมินความรู้ซ้ำเมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 2 ปี เป็นผลจากระยะเวลาซึ่งเมื่อความรู้เป็นความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) เมื่อเวลาผ่านไปนานจนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจึงลืม การให้ความรู้จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและพัฒนาทักษะจนเป็นความจำระยะยาว (Long-term memory) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน และการสนับสนุนของ

เครือข่าย รวมทั้งความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก ประกอบกับมีผลเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีความเหมาะสมและจัดทำคู่มือการดำเนินงานและเผยแพร่ให้หน่วยบริการอื่นนำไปใช้ในการปฏิบัติต่อยอด ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตามสภาวะ และเฝ้าระวังการไม่ให้เกิดสภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาดำเนินงาน 3 ปี พัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกปี จนได้รับรางวัลระดับชาติ และได้รูปแบบผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหา และออกแบบรูปแบบการดูแลมีการประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนสามารถจัดทำคู่มือการดำเนินงานโดยอาศัยร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย เช่น แพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล ผู้ใช้โปรแกรม Smart COC ของโรงพยาบาล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ชุมชน ภาครัฐ เครือข่าย มูลนิธิสว่างพรกุศลในพื้นที่ และมีการเชื่อมโยงกับการพัฒนานวัตกรรมด้านอื่นของทีมที่อยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันซึ่งรับรางวัล เช่น รางวัล Good in Change ในผลงาน การพัฒนาผลงาน Mobile Stroke Application เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลระยองโดยแพทย์หญิงณัฐธิดา ศิริธรรม และคณะ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การสนับสนุนจากเครือข่ายยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ผลการประเมินทัศนคติพบว่าไม่เปลี่ยนแปลง และในการศึกษานี้ไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรอื่นๆที่อาจจะมีผลต่อผลการประเมินในแต่ละครั้งเช่น รายได้ จำนวนผู้ดูแล และความแตกต่างของทีมเยี่ยมบ้านและจำนวนครั้งที่เยี่ยมบ้าน อีกทั้งไม่ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบผลด้านคลินิกดังกล่าว แตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการเปรียบเทียบความดันโลหิตของผู้ป่วย(9) ส่วนด้านความรู้และไม่พบพัฒนาการด้านความรู้เนื่องจากภาวะของโรคทำให้ซึ่งเลือดที่ไหลออกมาทำให้เกิดแรงกดดันต่อเนื้อสมอง และทำลายเนื้อสมอง ประกอบเป็นผลของเวลาที่ผ่านไปนานจึงส่งผลต่อคะแนนด้านความรู้ที่ลดลงและกิจกรรมด้านการพัฒนาความรู้ดำเนินการในเฉพาะในโรงพยาบาลผลจึงยังไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งมีผลลัพธ์สะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบที่นำไปทดลองใช้ ประกอบด้วยด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนของเครือข่าย และความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูตนเองที่บ้านดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทั้งในโรงพยาบาลและในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ด้านทัศนคติแม้ยังคงเดิมแต่ยังเป็นคะแนนเชิงบวกต่อระบบการดูแล ส่วนด้านความรู้ลดลงเพราะเป็นข้อจำกัดด้านเวลาที่ทำให้จำได้ในเวลาสั้น ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมบ้านเครือข่ายบางกลุ่มยังคงอยู่ในระดับต่ำ จึงควรพัฒนาต่อยอดสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยดำเนินงานควบคู่กับการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ให้มีบทบาทชัดเจนและพึงพาได้จริงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านและดูแลร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ครอบคลุมและครบทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความรู้ และทัศนคติประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอีกในอนาคต โดยควรมีโครงการแทรกแซงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนทัศนคติและให้บันทึกจิตวิทยาเข้ามาร่วมด้วยเพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น
2. รวมทั้งควรมีศึกษาประยุกต์ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้งานได้ง่ายเหมาะสมกับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้รายงานผลสุขภาพแบบทางไกล บูรณาการกับการออกเยี่ยมจริง เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มวัย สามารถส่งรายงานข้อมูลรายงานสภาวะสุขภาพประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง แม้ว่าต้องเว้นระยะห่างระหว่างกันก็ตาม
3. การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ทำให้การเยี่ยมบ้านทำได้ยาก จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลแบบทางไกล ใช้เครื่องมือการสื่อสารที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านสามารถใช้งานง่ายและใช้ได้จริงแบบมีประสิทธิภาพ และทำได้แบบครบทีมสหวิชาชีพ ควบคู่กับแผนการพัฒนาในระดับจังหวัดระยองและระดับเขตสุขภาพที่ 6 ควรดำเนินการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆได้ ด้วย เช่น ผู้พิการ มารดาใกล้คลอด ผู้สูงวัยเสี่ยงต่อการล้ม เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลร่วมด้วยในการศึกษารั้งต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิพระพุทธรูปอภัยภูธร โรงพยาบาลระยอง และ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Phadungwanichakun P. Stroke [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
2. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
3. Siriyong W. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Kanchanadit Hospital. R 11 Med J. 2018; 32: 863-879. (in Thai)
4. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. J Stroke. 2014; 16(1): 1–7.
5. Tiamkao S. Situation of Stroke. Thai Journal of Neurology. 2021; 31 (4): 54-60. (in Thai)
6. King Chulalongkorn Memorial Hospital Stroke Medical Center Thai red cross society. 2015; Thai red cross society; Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, 2558.
7. Kamolsawat N. Risk perception and behavior change of stroke patients at out patients unit, Rayong Hospital. Region 4 Medical Journal. 2013; 15(3):170-178. (in Thai)
8. Chuyingsakul N, Chanchai A. Gadudom P, Kaewdang K. Quality of Life of Acute Ischemic Stroke Patients in the Stroke Unit, Rayong Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2016; 27 (2): 54-64. (in Thai)
9. Kongvivat K, Lemsawadikul W, Nuysri M. Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patients with Cerebrovascular Disease Risk at Kanchanaburi Province. Journal of Nursing and Health care. 2018; 35(3): 129-37. (in Thai)
10. Rand D, Eng JJ. Predicting daily use of the affected upper extremity 1 year after stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015; 24(2): 274-83.
11. World Stroke Organization. Global Stroke Guidelines and Action Plan: A Road Map for Quality Stroke Care [Internet]. 2022. [Cite 2022 July 20]. Available from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Overview_and_introduction.pdf
12. Yaowapanon N, Buddhirakkul P, Srisuphan W, Senaratana W, Potempa K, Ratanawadee Chontawan R. Situational Analysis: Community Care for Survivors of Stroke and Suggestions for Improving the Provision of Care. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2018; 22(4): 372-385.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria : DeakinUniversity Press, 1988.
14. Erdfelder FF, Buchner EA, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009; 41: 1149-1160.
15. Bloom BS. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York, 1975.



คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ

ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอ บทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้าน การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมี กิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมี ความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความ สำคัญ เป็นปัญหา มีการถกเถียงหรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่ กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือ นำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงาน ความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควร มีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ใน ระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนหนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี เนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง ก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อควรระวังที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 **สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)** เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้

การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุรวัย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

[http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา และประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:) (:) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. ภูนา ตรีกุลศิริศักดิ์, ธีรยุทธ นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของ ปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]./เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วัยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562
5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.
6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.

Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุงหรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)/ชื่อบทความ (Title of the article)/ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]/ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen]/เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med

[Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธาฤทธิ์. ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก

วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภิพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions https://he02.tci-	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการ พิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาประโยชน์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้ง ผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรง ประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมิน และให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้ กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้เวลาในการ แก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดย ดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำ อีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อ ดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพ ของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ของผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

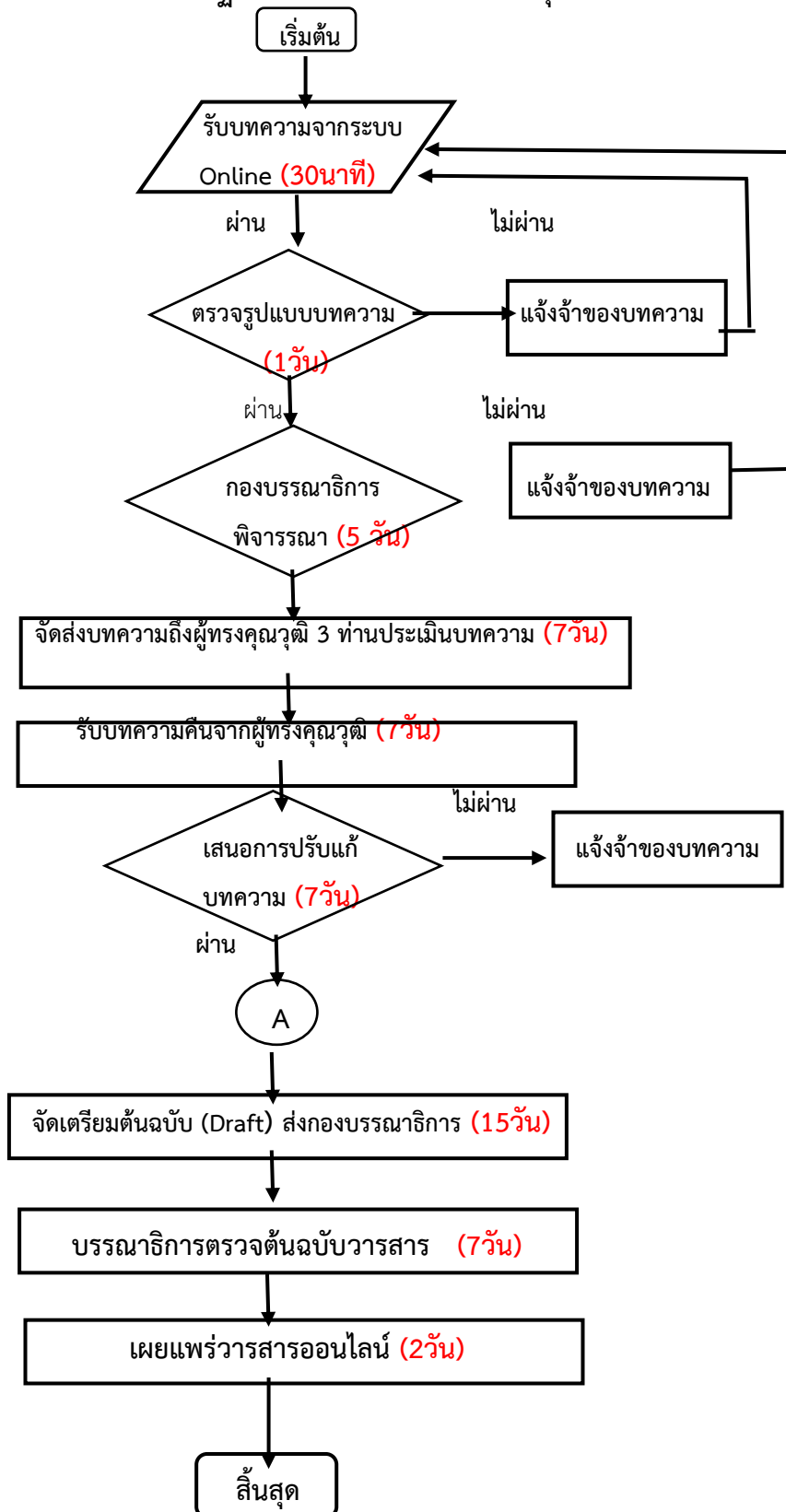
สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป
- (ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่จะส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์
ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
 วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....
 ที่อยู่ในการติดต่อ.....
 เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....
 มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8) เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงานและส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่
 บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
 88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
 รหัสไปรษณีย์ 41330