

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
นางสาววรางคณา คุ้มสุข รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
3. ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

1. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช
2. รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.พร้อมพิไล บัวสุวรรณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง เตชะบุญเสริมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.ยุวดี สีสันนาวิระ มหาวิทยาลัยบูรพา
6. ผศ.ดร.สาโรจน์ เพชรมณี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
7. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ดร.ภาวดี เหมทานนท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
9. ผศ.ดร.จามจุรี แซ่หลู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
10. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

11. ผศ.ดร.ชูศักดิ์	ยี่นนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
12. ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
13. ผศ.ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
14. ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
15. ดร.สุภาวดี	นพรุจจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ดร.ชุตินาถ	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. รอ.หญิง ดร.จรรยาลักษณ์	ป้องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ผศ.ดร.จรรุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ลักขณา	ศิริถิกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ดร.ปกรินทร์	ศรีศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.วาสนา	อุปป้อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	สายงานการศึกษา ฝึกรอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวศรีแพร พุ่มมัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
- นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
- นายอมรเทพ ศรีวิเชียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม – ธันวาคม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 7 ฉบับที่ 2 มีบทความวิจัย 12 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

	หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	5
:จุฑามาศ ติลภัทร, วันเพ็ญ แก้วปาน, ขวัญใจ อำนางลัยย์ชื้อ และจุฑาธิป ศิลบุตร	
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การทบทวนวรรณกรรม	21
:เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสุวรรณ	
มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	34
:กชพร พงษ์แต่, ปริมล หงส์ศรี และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	
ความรู้และการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี นครศรีธรรมราช	49
:วิลาสินี แผ้วชนะ, เทพกัลยา เหมทานนท์ และบุญธิดา เทือกสุบรรณ	
ผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์	65
:สุพิศรา เศลวัฒน์กุล, วัชรวิงศ์ หวังมัน และธิดารัตน์ คณิงเพียร	
ประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของประชาชนจังหวัดนนทบุรี	78
:ณัฐนันท์ วรสุข และโสเมสิริ รอดพิพัฒน์	
การพัฒนาารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบล บ้านสวน	90
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	
:สุรียา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภูักฤษณา, ศุภรา หิมานันโต, ธิติพร ยอดประเสริฐ และสุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล	
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	106
:นฤมล ศรีสม, เพียงดาว จุลบาท, จินตนาพร ประสมศรี, วลี กิตติรักษ์ปัญญา และชุตินา เทียนชัยทัศน	
สภาพการดำเนินงานการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกันของภาคีเครือข่าย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	120
:ภราดร ยิ่งยวด, ณิชนน หล้ารอด, เมทนี ระดาบุตร และพงษ์พินิต ไชยวุฒิ	
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า	134
:ณาดยา ขนนทอง, วิริยา ศิลา, สุรเชษฐ กุคำใส, นภัสวริน พูลสวัสดิ์ และชนินทร์นาถ แวงดงบัง	
การถอดบทเรียนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม	148
:สุภาพ ไทยแท้, ปริญญารักษ์ ธนะบุญปวง และอารยา เชียงของ	
เรื่องเล่าจากประสบการณ์เด็กวัด: พลเมืองรุ่นใหม่ในจังหวัดนนทบุรี	166
:อารยา มั่นตราภรณ์, ภัทริยา คำรังสัดย์, วริณญา อัจธรรม และจุฬารัตน์ ท้าวหาญ	

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อ ชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

จุฑามาศ ตีลภัทร,* วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ต.**

ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ, Ph.D.** และจุฑาธิป ศีลบุตร, Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ - หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษารวม 7 สัปดาห์ เป็นระยะทดลอง 3 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม 2565 โปรแกรมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ นิเทศติดตามการเยี่ยมบ้าน และติดตามความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตทางกลุ่มไลน์ แอปพลิเคชัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยค่า Chi-square, Independent t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครให้ดีขึ้นและมีความต่อเนื่อง โดยควรประยุกต์แนวความคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการนิเทศติดตามการเยี่ยมบ้าน และกระตุ้นให้มีความรู้ต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โรคไตเรื้อรัง ชะลอความเสื่อมของไต อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding e-mail: chenn.jt@gmail.com

(Received: March 22, 2024; Revised: September 17, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Effects of Self-efficacy Promotion Training Program in Caring for Patients with Chronic Disease to Delay Kidney Degeneration for Village Health Volunteers, Bangkok Metropolitan

Jutamas Tilaphatr^{*}, Wonpen Kaewpan, Dr.P.H.^{**}

Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.^{**} & Jutatip Silkabutra, Ph.D.^{***}

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of a self-efficacy promotion training program for public health volunteers in Bangkok Metropolitan on their ability to care for patients with chronic diseases and thereby delay kidney degeneration. The study was a quasi-experimental study, with a two-group pre-test and post-test design. The participants were Bangkok Metropolitan public health volunteers. Using the method of simple random sampling, a total of sixty participants were divided into experimental and control groups. Thirty participants were allocated to each group. Over a total of seven weeks of intervention, the intervention was divided into 2 phases: a 3-week intervention phase and a 4-week follow-up phase, from December 2021 to January 2022.

The self-efficacy promotion training program is composed of various activities, including the utilization of models, demonstrations, and practical exercises, home visit monitoring, and ensuring the continuity of care for patients with chronic conditions to delay renal degradation via the LINE application group. The data was collected through the utilization of a self-administered questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test, and repeated measure ANOVA.

The findings of the study revealed that the average score on knowledge, perceived self-efficacy, and behaviors regarding the management of patients with chronic illnesses to delay the progression of kidney degeneration after participating in the self-efficacy program was statistically significantly higher than before participating in the program and was statistically significantly higher than the control group ($p < .05$).

The results of this research suggested that the self-efficacy promotion training program can be used to enhance public health volunteers' competency in caring for patients with chronic illnesses to delay the progression of kidney degeneration. The application of the self-efficacy concept should be applied through various activities that involve providing knowledge, utilizing models, demonstrations, practice exercises, home visits monitoring, and ensuring the continuity of care for patients with chronic conditions to delay renal degradation via the LINE application group.

Keywords: Self-efficacy Chronic Kidney Disease Delay Kidney Degeneration Village Health Volunteer Bangkok Metropolitan

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

^{**} Department of Public Health, Nursing Faculty of Public Health, Mahidol University

^{***} Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014) การศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1988-1994 และ ค.ศ. 1999-2004 พบว่า มีความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 จาก ร้อยละ 10.0 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.1 (United states renal data system, 2015) ส่วนในประเทศไทย กำลังพัฒนาพบว่า มีความชุกของโรคไตเรื้อรังเฉลี่ยร้อยละ 8 - 17.5 ในประชากรทั่วไป (Hill et al., 2016) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของ Thai SEEK Study ปี 2552 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.5 ของประชากรไทย และพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และยังพบว่าผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 1.9 เท่านั้น ที่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิต การใช้ยาแบบสมเหตุสมผล และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม จะสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อม ควรได้รับการดูแลการปฏิบัติตนเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการป่วยไม่ให้สู่ภาวะโรคไตระยะสุดท้ายและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาพบว่า ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันและชะลอ การเสื่อมของไตทั้งในสถานบริการและในชุมชน ตามนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565 โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่ผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานเพื่อลดและชะลอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลต้องผ่านการฝึกอบรม “การจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคไต การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชุมชน การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค มีความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อม ในชุมชน เพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

เขตบางซื่อเป็นเขตหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีประชากรหนาแน่นโดย มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 125,245 คน และ ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 781 คน (ระบบรายงาน ศบส.3 บางซื่อ, 2562) จากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตพบการทำงานของไตผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 14.9 โดยมีอาการของโรคไตเสื่อม โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 - 2 ร้อยละ 3.5 และระยะที่ 3 - 5 ร้อยละ 11.37 ไม่พบการทำงานของไตผิดปกติ ระยะที่ 4 - 5 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต เป็นร้อยละ 6.5 (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2562) จากการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่ามีการดำเนินการแบบเชิงรับในสถานบริการ ขาดความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบในชุมชน ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่

เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาขาดการดูแลติดตาม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเสื่อมสูงขึ้น ดังนั้นการนำกลุ่มทุนทางสังคมในชุมชนซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนให้เข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมซึ่งเป็นเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชน ดังนั้นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้มีประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติและเพิ่มความเชื่อมั่น จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบดูราเชื่อว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Efficacy Beliefs) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1997) นอกจากนี้การพัฒนาทักษะจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองได้ เพราะเมื่อบุคคลฝึกทักษะจนมีความชำนาญจะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความมั่นใจ ซึ่งการพัฒนาให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวได้นำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น (จิรัชยา สุวินทรกร, 2562) และแนวคิดดังกล่าวเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองร่วมกับการให้ความรู้ และกระตุ้นส่งเสริมสมรรถนะในตนเองโดยใช้สื่อทาง mobile application จะช่วยส่งเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพร พูลพงษ์, 2562)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชนโดยใช้กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ร่วมกับการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (สมพร พูลพงษ์, 2562) เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยคาดหวังว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต หลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต หลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

1. การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

- บรรยายความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในความรับผิดชอบด้วยแบบบันทึก เชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลการรับประทานอาหาร การวัดความดันโลหิตและการแปลผล ข้อมูลการใช้ยา และข้อมูลการออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

2. การใช้ตัวแบบ

- อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อม สามารถชะลอความเสื่อมของไต
- ตัวแบบสัญลักษณ์ ได้แก่ เอกสาร แผ่นพับ คู่มือ วิดีทัศน์ สไลด์ ตัวอย่างแบบบันทึกเชื่อมบ้าน โมเดลอาหาร

3. การใช้คำพูดชักจูง

- โน้มน้าวให้เห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และต้องการปฏิบัติ
- ให้การกล่าวสนับสนุน เพิ่มกำลังใจ
- กล่าวยกย่อง ชมเชยในการปฏิบัติงาน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์

- สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดเพื่อให้ความพร้อมในการเรียนรู้
- ติดตามการทำงาน โดยกรณีศึกษา การเชื่อมบ้านและทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ (Group LINE Application)

- ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

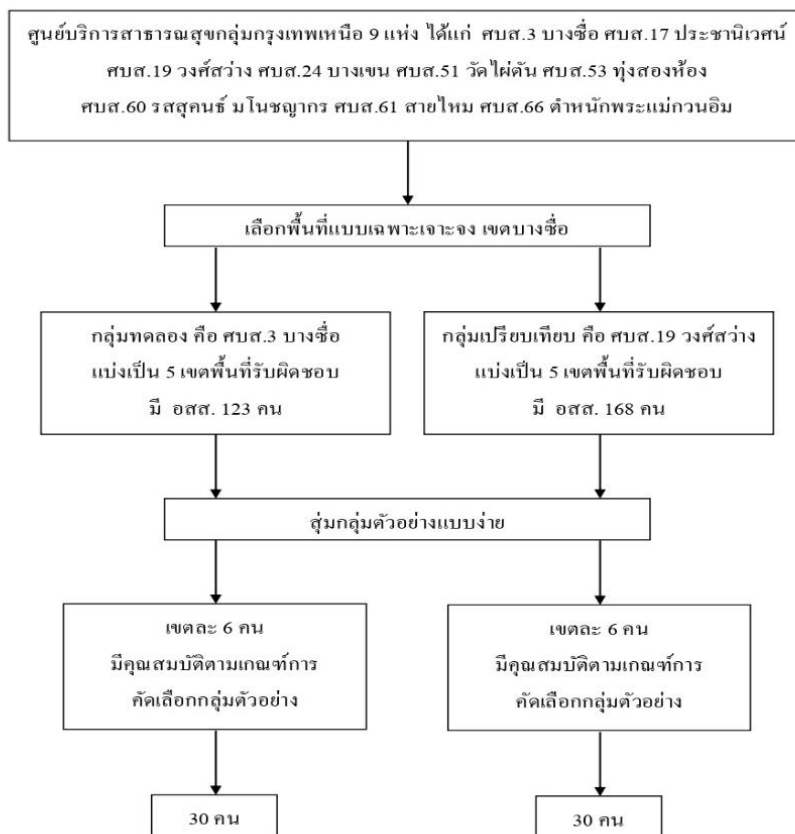
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

- พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) ระยะเวลาศึกษา 7 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีการประมาณค่า จากสูตร (Cohen, 1988) ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงจากศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นตรงกับกลุ่มกรุงเทพเหนือรวม 9 แห่ง คือ เขตบางซื่อ ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ อาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 2 กลุ่ม ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตบางซื่อ ซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่ชุมชนเมือง สังคม และวัฒนธรรมของประชากรคล้ายคลึงกัน ขั้นตอนที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรกวน (confounding factors) และเพื่อลดอคติ โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ จำนวนทั้งหมด 123 คน ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 เขต เขตละ 6 คน จนครบ 30 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง จำนวน 168 คน จนครบ 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย



เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ปี มีความสามารถในการอ่าน เขียนหนังสือ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีสมาร์โฟน และใช้งานเป็นประจำ รวมทั้งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบเวลา

เกณฑ์ตัดออกจากการวิจัย (Discontinuing criteria) ได้แก่ ขอลออกจากการศึกษาในภายหลัง และย้ายออกนอกพื้นที่เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร

ระยะเวลาศึกษาทั้งหมด จำนวน 7 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 โดยเป็นระยะเวลาทดลองโปรแกรมจำนวน 3 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การบรรยายความรู้ นำเสนอตัวแบบ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร อธิบายวิธีการเขียนบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยในความรับผิดชอบด้วยแบบบันทึกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้นำกลับไปทบทวนที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้และเพิ่มทักษะกับอาสาสมัครสาธารณสุขโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีการทบทวนความรู้ และแบ่งเป็นฐานฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 “ฐานกินแบบไหนชะลอไตเสื่อม” เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะเริ่มต้น และชมวีดิทัศน์ พร้อมทั้งฝึกการ ฐานที่ 2 “ฐานความดันเท่าไรชะลอไตเสื่อม” เรื่องการวัดความดันอย่างถูกวิธี และการแปลผลค่าความดันโลหิต และชม วีดิทัศน์เรื่อง ความดันโลหิต นิยาม/วิธีการวัดความดันโลหิต ฐานที่ 3 “ฐานใช้ยาอย่างไรชะลอไตเสื่อม” เรื่องการให้คำแนะนำการใช้ยา วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ยาบำรุงไต และยาสมุนไพร และชมวีดิทัศน์ พร้อมทั้งฝึกการบันทึกในแบบบันทึกการใช้ยา และฐานที่ 4 “ฐานออกกำลังกายเป็นประจำชะลอไตเสื่อม” เรื่องการเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะเริ่มต้น และชมวีดิทัศน์ พร้อมทั้งฝึกการบันทึกในแบบบันทึกการออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 3 เป็นการติดตามนิเทศผู้เข้าร่วมวิจัยในการเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โรคประจำตัว เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร การวัดความดันโลหิตและการแปลผล ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลักษณะเป็นคำถามแบบถูกผิด จำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความเชิงบวก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็นข้อความเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในเรื่องการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร การวัดความดันโลหิตและการแปลผล ข้อมูลการใช้ยา และข้อมูลการออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านอาสาศาสตร์สาธารณสุข 1 ท่าน พิจารณาและนำมาหาค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์บริการสาธารณสุข 17 ประชาชนในเขต จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นในส่วนแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เท่ากับ 0.68 มีการปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการเก็บข้อมูลซ้ำ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เท่ากับ 0.94 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ

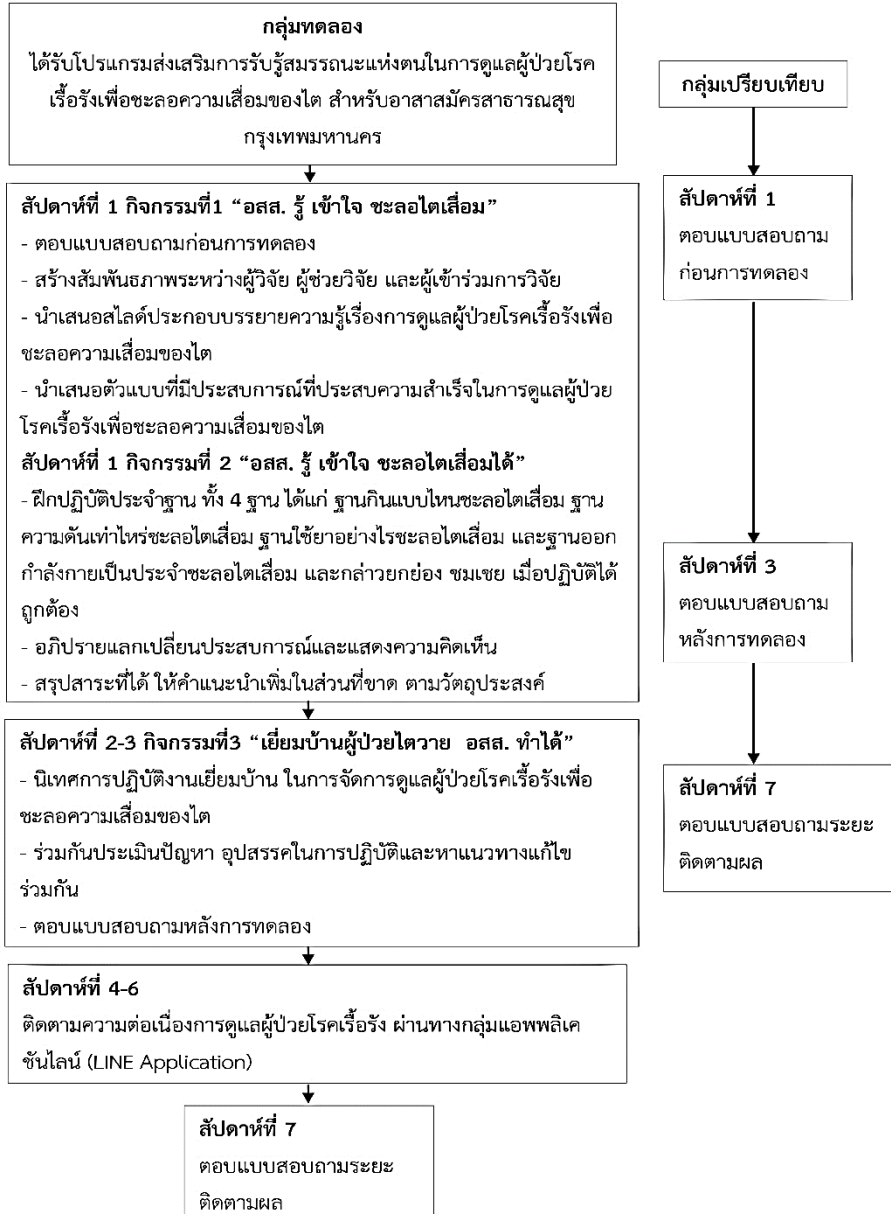
การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA. No. MUPH 2020-114 และกรุงเทพมหานคร เลขที่รับรอง U003h/64_EXP ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ก่อนเข้าร่วมการทดลอง และหลังเข้าร่วมการทดลองในสัปดาห์ที่ 3 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 7 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยค่าไค-สแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบผลการวิจัยก่อน-หลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ Repeated measure ANOVA และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยสถิติ Independent t-test

การดำเนินงานจัดกิจกรรม สรุปรูปภาพที่ 2



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 36 – 80 ปี ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 61.2 และ 62.9 ปี และมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ การศึกษาของทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 และร้อยละ 76.7 และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 19,110 และ 13,843 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.7 และ 23.3 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เฉลี่ยทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คือ 12.07 ปี และได้รับความรู้เรื่องการดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในรอบ 1 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Chi-square และ Independent t-test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (p -value > 0.05)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม

1) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ภายหลังจากทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างค่าเฉลี่ย	p -value
ก่อนการทดลอง	9.43	1.27	1.06	< 0.001
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	10.50	1.07		
ก่อนการทดลอง	9.43	1.27	2.10	< 0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	11.53	0.62		
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	10.50	1.07	1.03	< 0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	11.53	0.62		

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.425) หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	df	p-value
	(n = 30)	(n = 30)			
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)			
ก่อนการทดลอง	9.43 (1.27)	9.70 (1.29)	-804	58	0.425
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	10.50 (1.07)	9.03 (1.45)	4.45	53.47	< 0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	11.53 (0.62)	9.33 (1.39)	7.86	58	< 0.001

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ภายหลังจากการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนการทดลอง	38.20	4.34	5.33	< 0.001
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	43.53	2.96		
ก่อนการทดลอง	38.20	4.34	8.33	< 0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	46.53	2.24		
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	43.53	2.96	3.00	0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	46.53	2.24		

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.133) หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.01$) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	df	p-value
	(n = 30)	(n = 30)			
	M(SD)	M(SD)			
ก่อนการทดลอง	38.20 (4.34)	39.70 (3.19)	-1.52	53.29	0.133
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	43.53 (2.96)	39.90 (4.40)	3.74	58	< 0.001
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	46.53 (2.24)	38.53 (4.63)	8.51	58	< 0.001

3) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ภายหลังจากการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายใต้วงกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนการทดลอง	32.50	7.44	9.967	< 0.001
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	42.47	5.90		
ก่อนการทดลอง	32.50	7.44	5.467	0.002
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	37.97	6.54		
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	42.47	5.90	- 4.500	0.010
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	37.97	6.54		

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.508) หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระยะติดตาม

ผล (สัปดาห์ที่ 7) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร	กลุ่มทดลอง (n = 30) M(SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30) M (SD)	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	32.50 (7.44)	33.82 (7.68)	-0.66	57.93	0.508
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3)	42.47 (5.90)	39.07 (6.42)	2.13	57.59	0.037
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7)	37.97 (6.54)	34.13 (8.15)	2.00	55.39	0.049

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้ออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยายเรื่องโรค หน้าที่ของไต สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษาโรค คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต การบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร การวัดความดันโลหิตและการแปลผล ข้อมูลการใช้ยา ข้อมูลการออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยมีสื่อการเรียนรู้ประกอบการบรรยาย ใช้ตัวแบบที่มีชีวิต ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยจัดการเรียนรู้จำแนกเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 “กินแบบไหนชะลอไตเสื่อม” สอนสาธิตเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ฐานที่ 2 “ความดันเท่าไรชะลอไตเสื่อม” สอนสาธิต ฝึกทักษะในเรื่องการวัดความดันอย่างถูกวิธี และการแปลผลค่าความดันโลหิต ฐานที่ 3 “ใช้ยาอย่างไรชะลอไตเสื่อม” สอนสาธิต ฝึกทักษะในการสังเกต การให้คำแนะนำการใช้ยา วิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การหลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ยาบำรุงไต และยาสมุนไพร และฐานที่ 4 “ออกกำลังกายเป็นประจำชะลอไตเสื่อม” สอนสาธิต ฝึกทักษะในเรื่องการเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสม พร้อมทั้งฝึกการบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลในแต่ละฐาน และ 3) การนิเทศ การติดตามการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหา แนะนำแนวทางแก้ไข และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สอบถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ พูดชื่นชม ให้กำลังใจเป็นระยะ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2558) ซึ่งพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความ

ต้นโลหิตสูงในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา (Bandura, 1977) ด้วยแนวคิดว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคลให้บรรลุเป้าหมาย ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้บุคคล เกิดความอยากที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา กิจกรรมการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบที่มีชีวิตเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง มาเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีการพูดคุยถามตอบ การพูดให้กำลังใจจากตัวแบบ รวมทั้งผู้วิจัยพูดชมเชย ให้กำลังใจ ใช้คำพูดสนับสนุนในแต่ละกิจกรรม ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำได้ เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่น ความมั่นใจ พร้อมทั้งเห็นตัวแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อีกทั้งได้รับเอกสาร คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้นำกลับไปทบทวนที่บ้าน และมีการนิเทศติดตามการเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรัชยา สุวินทรากร (2562) ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมั่นใจในความรู้ และทักษะที่ได้เรียนมา ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตที่จัดขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต แบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานกินแบบไหนชะลอไตเสื่อม ฐานความดันเท่าไรชะลอไตเสื่อม ฐานใช้ยาอย่างไรชะลอไตเสื่อม และฐานออกกำลังกายเป็นประจำชะลอไตเสื่อม และฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ตลอดจนกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องผ่านทางกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (ภัทรวดี โชติพิบูลย์ทรัพย์, 2567) โดยผู้วิจัยสามารถติดตามความต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต กระตุ้นเตือน ประเมินปัญหา แนะนำแนวทางแก้ไข และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยคอยตอบคำถาม ให้คำแนะนำ พูดชื่นชม ให้กำลังใจเป็นระยะตลอดการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) และการที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ และความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้

พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยนุช ภิญโย และคณะ (2560) ซึ่งพบว่า พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประเมินผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยเป็นแผนการฟื้นฟู วิชาการ และติดตามต่อเนื่องเป็นระยะทุกๆ 3 เดือน เพื่อติดตามการปฏิบัติงานในอาสาสมัครกลุ่มนี้ต่อไป และควรประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรู้ พฤติกรรมในการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับบริการ จากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มนี้ร่วมด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตามผลพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตลดลง เนื่องจาก จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 19 ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่าง ต่อเนื่อง และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ ส่งผล ให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการติดตามการ ดำเนินงานของผู้วิจัยต่ออาสาสมัครสาธารณสุขขาดความต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ของอาสาสมัครสาธารณสุขลดลง ดังนั้น การให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์จากแอปพลิเคชันเป็นช่องทางที่ดีช่วยให้สื่อสารแก่ กลุ่มตัวอย่างได้สะดวก จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อประเมินปัญหาและแนะนำแนวทางแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรม ราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2562). *การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลืองาน พยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุโรคไตที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร.
- กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2557). *หลักสูตรการอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร*. ลักษมีนานาภัณฑ์.
- จิรัชยา สุวินทรการ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการ เฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 39-48.
- ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุตา จันทวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒนัฐกานต์, ธรณิศ สายวัฒน์ และอมรรัตน์ อัครเศรษฐ สกุล. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 109-120.

- ภัทรวดี โชติพิบูลย์ทรัพย์. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ. *วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ (JISB), 10(1)*, 43-55.
- ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิต สุขพูล และปิยนุช ภิญโย. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน ของจังหวัดแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2)*, 113-128.
- ระบบรายงานศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ. (2562). *รายงานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์.*
- สมพร พูลพงษ์ (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมไลน์เพื่อการมอบหมายงานสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิทยาลัยการแพทย์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 14(3)*, 138-146.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต.*
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), กรมอนามัย และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). *คู่มือการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน เพื่อลดโรคไตเรื้อรังสำหรับ อสม.*
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York : Lawrence Erlbaum Associattes.
- Hill, NR., Fatoba, ST., Oke, JL., Hirst, JA CA., & Lasserson DS. (2016). *Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 11(7).
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2014). *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet: CDC*.
- United states renal data system. CKD in the United States. [internet]. 2015. [cited 2022 March 3]. Available: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(16\)00094-9/](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(16)00094-9/)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง : การทบทวนวรรณกรรม

เนตรนภา พันเล็ก, พย.ม.* และกฤติยา ชาสุวรรณ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันภาวะฟุ้งฟิงได้รับการถูกกล่าวถึงมากขึ้น เนื่องจากโครงสร้างของประชากรภายในประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วยประชากรที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ประสิทธิภาพลดลงตามกระบวนการชราภาพ หรือ ความเสื่อมของร่างกาย รวมไปถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะฟุ้งฟิงมากขึ้น ภายในสังคมไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่นๆ ตามความต้องการพื้นฐานที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เน้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยทางนักวิจัยเล็งเห็นว่า ตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีความน่าสนใจ และถูกนำมาศึกษาอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และควรได้รับการตอบสนองต่อความต้องการสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถพึ่งพาตนเองได้ หลังจากนั้นทำการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิแล้วได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ThaiJO, PubMed, ProQuest และ ScienceDirect ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2566 และสกัดข้อมูลจากการคัดเลือกมาเฉพาะงานวิจัยที่มีคำสำคัญ (keywords) ครอบคลุมทั้งหมดแล้วทำการสังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย

ผลการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ จึงสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญได้ว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต ประกอบด้วย องค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จากสรุปผลการวิจัย พบว่า สามารถนำไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงสามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับการเฝ้าระวังการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง การทบทวนวรรณกรรม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: krittiya@bcnsurat.ac.th

(Received: July 9, 2024; Revised: September 17, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Quality of Life of Dependent Elderly : A Literature Review

Netnapa Phanlek, M.N.S.* & Krittiya Chansuwan, M.N.S.*

Abstract

Nowadays, dependency is being discussed more and more because the changing population structure in Thailand, characterized by a higher average age, and has sparked a growing discourse on dependency. The proportion of the elderly population has rapidly increased. As people age, the performance of various organs decreases due to the aging process or body deterioration. Most elderly people suffer from numerous chronic diseases, which lead to limitations in their ability to perform daily activities independently. This has been the primary cause of increased dependency within Thai society. Dependent elderly need assistance in their daily lives, just like people of any age. Their basic needs are different, and meeting these needs contributes to a satisfactory quality of life. This academic article aimed to review literature regarding the quality of life of dependent elderly. The researcher saw that the quality of life variable of dependent elderly is interesting, and has been widely studied because creating a good quality of life is an important goal in caring for the elderly by the World Health Organization. The elderly are valuable people and should have their needs met for living with dignity and being able to rely on themselves. After that, searching for primary research published in both Thai and English from electronic databases such as ThaiJO, PubMed, ProQuest, and ScienceDirect from 2003 to 2023, and condensation the data from selecting only researches that covered all keywords. Then synthesis the data, and presenting the results of the review from the analysis of research documents.

Research results: The literature review on the quality of life of dependent elderly using the research review process in various steps can summarize the main content is that quality of life means physical health, mental health, social relationships, and the environment all influence the person's perception of their level of well-being, happiness, and life satisfaction, all within the context of culture, values, and life goals. The four main components of quality of life are: 1) the physical domain, which is the perception of a person's physical condition and its effect on daily life; 2) the psychological domain, which refers to the perception of one's own mental state; 3) social relationships, which involve the perception of relationships with others; and 4) the environment, which refers to how the perception of the environment affects how we live our lives. In the conclusions of the research results, nursing personnel involved in the care of dependent elderly can use the results of this literature review to guide their practice and improve their quality of life. Furthermore, we can apply the findings of this study to disease surveillance and the management of potential complications.

Keywords : Quality of Life Dependent Elderly Literature Review

*Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ภาวะพึ่งพิง (dependency) เป็นภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นๆ ในการดำเนินชีวิต และประกอบกิจกรรมต่างๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) รวมถึงการพึ่งพิงทางด้านการเลี้ยงดู การเงิน การให้การศึกษา การช่วยเหลือเกื้อกูล การสนับสนุนเกี่ยวกับปัจจัย 4 และการพึ่งพิงทางด้านจิตใจ และสังคม การให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อเกิดปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม (ชมพูนุช พุมพิง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ เตชา ทำดี, 2564) กล่าวคือ การต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เพียงพอ หรือ ความเบี่ยงเบนของสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วย โดยบุคคลเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของพยาบาลที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลให้การดูแล (Orem, 1995) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ ตามความต้องการพื้นฐานที่มีลักษณะแตกต่างกัน จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดสังคม หรือ ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 7,270,162 คน ลดลงจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 7,407,020 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนลดลงมากถึง 136,858 คน จึงทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน หรือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 198,338 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 189,194 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นมากถึง 9,144 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง หรือ ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งตนเองได้ จำนวน 44,325 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2563 จำนวน 43,520 คน ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นมากถึง 805 คน เช่นเดียวกัน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566) และข้อมูลรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุภายในประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า หากจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 4,116,990 คน คิดเป็นร้อยละ 96.59 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 115,656 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 29,789 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยเกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวใช้เกณฑ์คะแนนของภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) กล่าวคือ กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 0 - 4 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมานแล้วส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (มุขรินทร์ สมคิด, 2562) จากสถานการณ์ข้างต้นจึงทำให้ทางนักวิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้รับความสนใจ และถูกนำมาศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และควรได้รับการตอบสนองต่อความต้องการสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถพึ่งพาตนเองได้ (World Health Organization, 2003)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต (World Health Organization, 1996) ซึ่งคำว่า คุณภาพชีวิตสามารถแยกออกเป็น 2 คำ คือ คุณภาพ

กับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวบุคคล หรือ สิ่งของ และชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล, 2545) จากบริบทของสังคมไทย และต่างประเทศ พบว่าคุณภาพชีวิตย่อมมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศอันเนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โครงสร้างการบริหารจัดการประเทศ และการเงินการคลัง รูปแบบการให้บริการ หรือ บทบาทของแต่ละภาคส่วนในสังคม (วิระวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์, 2560) การสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะกับกลุ่มเปราะบางภายในสังคม คือ ผู้สูงอายุ (Tobis et al., 2021) การช่วยเหลือนดูแลและเฝ้าระวังจากบุคคลภายในครอบครัว และภาคส่วนต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรต้องได้รับการสนับสนุน และจัดสรรอย่างครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเกิดสุขภาวะที่ดีทุก ๆ ด้านแล้วย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Dijkstra et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบข้อมูลความหมายของคุณภาพชีวิต ประเภทของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถนำเอาผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการพัฒนา ระดับคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุก ๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การต่อยอดสำหรับการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคืออะไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร
3. ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การสืบค้น

งานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยเชิงคุณภาพแล้วได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2003 ถึง ค.ศ. 2023)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากรายงานการวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ภายในระยะเวลาย้อนหลัง 20 ปี คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2003 ถึง ค.ศ. 2023)

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วคัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จำนวน 8 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำภายในประเทศไทย และตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทย พ.ศ. 2562 จำนวน 3 เรื่อง พ.ศ. 2563 จำนวน 1 เรื่อง และ พ.ศ. 2565 จำนวน 2 เรื่อง รวมถึงงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 2 เรื่อง ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ค.ศ. 2014 จำนวน 1 เรื่อง และ ค.ศ. 2015 จำนวน 1 เรื่อง ผ่านกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ กล่าวคือ การกำหนดหัวข้อจากความสนใจของนักวิจัย เนื่องจากการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกแล้วกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยจากตัวแปรที่มีความสนใจนำมาศึกษา คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับตัวแปรที่มีความสนใจมากที่สุด ต่อมาทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ThaiJO, PubMed, ProQuest และ ScienceDirect และสกัดข้อมูลจากการกำหนดคำสำคัญ (keywords) แล้วคัดเลือกมาเฉพาะงานวิจัยที่มีค่าสำคัญครอบคลุมทั้งหมด หลังจากนั้นทำการสังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยงานวิจัยทั้งหมดที่พบเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ กล่าวคือ

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการรับรู้ หรือ การเข้าใจส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสถานภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ ตามบริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมที่อาศัยอยู่ และเกิดความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวลที่บุคคลนั้นแสดงออกต่อสิ่งต่างๆ (World Health Organization, 1996) หรือการรับรู้ระดับของความสุข (sense of well-being) ประเมินจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรม (Ferrans, 1992) โดยทำการแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำรงชีวิต (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) ซึ่งในแต่ละด้านสามารถอธิบายถึงพฤติกรรม สถานภาพความเป็นอยู่ สมรรถนะศักยภาพ การรับรู้ หรือ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้

ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ทำการจัดองค์ประกอบใหม่ ซึ่งมีการรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน กล่าวคือ รวมด้านร่างกายเข้ากับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และรวมด้านจิตใจเข้ากับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงทำให้เหลือแค่เพียง 4 องค์ประกอบ โดยสามารถสรุปรายละเอียดเพิ่มเติมต่างๆ กล่าวคือ

1) ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ทำการประเมินจากสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ได้แก่

- ความปวด และความไม่สุขสบาย เป็นลักษณะทางกายภาพอันไม่พึงประสงค์สำหรับบุคคล และขอบเขตของความรู้สึกรู้อทุกข์ และรบกวนชีวิต รวมถึงการบรรเทาความเจ็บปวดที่สามารถทำได้

- พลังงาน และความเมื่อยล้า เป็นการประเมินพลังงาน ความกระตือรือร้น และความอดทนของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งความเหนื่อยล้าอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วย ความเครียด การออกกำลังกายมากเกินไป เป็นต้น ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง

- การนอน และการพักผ่อน เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก เช่น ความยากลำบากในการนอนหลับ การตื่นขึ้นมาในตอนกลางคืน การตื่นขึ้นมาในตอนเช้ามืดแล้วไม่สามารถกลับไปนอนหลับได้ เป็นต้น ซึ่งการถูกรบกวนการนอนอาจมีสาเหตุมาจากตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม

- การเคลื่อนไหว เป็นการตรวจสอบเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนย้ายตนเองจากจุดตรงที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยมุ่งเน้นว่าการเคลื่อนย้ายนั้นจะต้องทำด้วยตนเอง ไม่พึ่งพาบุคคลอื่นๆ ซึ่งหากบุคคลเกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวก็อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตได้

- กิจกรรมประจำวัน เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของบุคคล รวมไปถึงการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามความสามารถของบุคคลนั้นๆ หากบุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้อย่างปกติแล้วอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตในทางลบ

- การใช้ยา และการรักษา เป็นการประเมินการใช้ยา หรือ การรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้หากเป็นการใช้ยา และการรักษาอย่างไม่มีความเหมาะสม

- ความสามารถในการทำงาน เป็นการประเมินตามความสามารถของบุคคลในการทำงานต่าง ๆ หรือ พลังในการทำงานของบุคคล อาจเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำเพื่อรับค่าตอบแทน หรือ งานที่เป็นกิจกรรมสำหรับบุคคลที่ต้องเข้าร่วม เช่น การเป็นอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเช่นกัน

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่

- ความรู้สึกเชิงบวก เป็นประสบการณ์ หรือ ความรู้สึกของบุคคลถึงความสมดุล ความสงบ ความสุข ความหวัง ความสนุกสนาน และความเพลิดเพลินในสิ่งที่ดีภายในชีวิต

- การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ เป็นความสามารถในการคิด การเรียนรู้ ความทรงจำ สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจ รวมถึงความรวดเร็ว และความชัดเจนในการคิด

- การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวก และด้านลบกับตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นการรับรู้ความสามารถ ความพึงพอใจ การควบคุมตนเอง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการยอมรับตนเอง

- ภาพลักษณ์ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการมองในด้านบวก หรือด้านลบที่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ แนวคิด และการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ

- ความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด ความโศกเศร้า ความเสียใจ ความกังวลใจ ความวิตกกังวล และการขาดความสุขภายในชีวิต

- จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เพราะช่วยให้บุคคลนั้น ๆ สามารถรับมือกับความยากลำบาก หรือรู้สึกถึงความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ๆ จากการได้รับความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นๆ ภายในสังคม ได้แก่

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความรู้สึกถึงมิตรภาพ ความรัก และการสนับสนุน รวมไปถึงความสามารถ และโอกาสที่ควรได้รับ หรือให้กับบุคคลอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านอารมณ์

- การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่นๆ

- กิจกรรมทางเพศ เป็นการแสดงออก หรือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อชีวิต ได้แก่

- ความมั่นคง และความปลอดภัยทางด้านร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามต่อร่างกายของบุคคล ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งต่างๆ ความปลอดภัย และความมั่นคงภายในชีวิต

- สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นคุณภาพพื้นฐานของบ้านเกี่ยวกับความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัว สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และความปลอดภัยแก่บุคคลที่อยู่อาศัย

- ทรัพยากรทางการเงิน เป็นการตอบสนองความต้องการทางการเงิน ความสะดวกสบายในการใช้จ่าย และความพึงพอใจกับรายรับ และรายจ่ายของบุคคล ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

- การดูแลทางสุขภาพ และสังคม เป็นมุมมองโดยรวมเกี่ยวกับการดูแลทางด้านสุขภาพ และสังคมของบุคคล รวมถึงความพร้อม ความสมบูรณ์ และการเข้าถึงการให้บริการที่บุคคลควรได้รับการดูแล

- โอกาสของการรับรู้ข้อมูล และทักษะ เป็นความต้องการเรียนรู้ ทักษะ หรือความรู้แนวใหม่ของบุคคล อาจเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการศึกษา หรือการเรียนรู้แบบกลุ่ม หรือเดี่ยว โดยมุ่งเน้นโอกาสของบุคคลที่ควรได้รับการตอบสนองทางข้อมูล หรือความรู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

- การมีส่วนร่วม และโอกาสของการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าร่วมกิจกรรมยามว่าง งานอดิเรก และการผ่อนคลายอย่างสนุกสนานเพลิดเพลิน

- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (มลพิษ / เสียง / การจราจร / สภาพภูมิอากาศ) เป็นมุมมองเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัว สภาพภูมิอากาศ และความงามของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

- ระบบการขนส่ง เป็นมุมมองเกี่ยวกับความง่าย ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการขนส่งเพื่อการเดินทาง บุคคลควรสามารถเดินทางได้อย่างอิสระเสรีด้วยระบบการขนส่งที่มีความทันสมัย

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า มีการประเมินอยู่หลากหลายรูปแบบ จึงสามารถสรุปการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ดังนี้

1) Medical Outcomes Short Form (SF - 36) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย แวร์ และ เซอร์เบิร์น (Ware & Sherbourne, 1992) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวสามารถประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ครอบคลุมด้านร่างกาย ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ข้อจำกัดด้านบทบาท เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ความสามารถทางกาย และการรับรู้สุขภาพทั่วไป และด้านจิตใจ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม การถูกจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 36 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 และ 1 ถึง 5 คะแนน แล้วนำคะแนนมาแปลงเป็นร้อยละ 100 ซึ่งช่วงคะแนนเท่ากับ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.43 - 0.90 แล้วพบการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ นากลาง และ มณฑล ทองนิตย์ (2559) ซึ่งได้นำเอาไปประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 - 0.95

2) Sickness Impact Profile (SIP - 38) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย เบิร์กเนอร์ และคณะ (Bergner et al., 1976) ซึ่งชุดคำถาม ประกอบด้วย 38 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การสั่งการอัตโนมัติของระบบประสาท และการควบคุมการเคลื่อนไหว 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ลักษณะทางด้านจิตใจ การสื่อสาร และความคงที่ของสภาวะทางอารมณ์ และ 3) ด้านสังคม ได้แก่ พฤติกรรมทางสังคม และระยะทางในการเคลื่อนที่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ หากเลือก ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน และเลือก ไม่ เท่ากับ 0 คะแนน ช่วงคะแนนเท่ากับ 0 - 38 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี และ 38 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี แบบประเมินดังกล่าว

สามารถประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเอง ซึ่งได้นำเอาไปประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และมีความพิการของประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.26 - 0.85 (Nanda, McLendon, Andresen, & Armbrecht, 2003)

3) The World Health Organization Quality of Life - Brief (WHOQOL - BREF) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ซึ่งเดิมเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีหลากหลายองค์ประกอบ และโครงสร้างหลายมิติ จำนวน 100 ข้อ หลังจากนั้นทางคณะกรรมการอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวจากการเลือกคำถาม 1 ข้อ จากแต่ละหมวด 24 หมวด และรวมหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมทั่วไปเข้ามาอีก 2 ข้อคำถาม จนกลายเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ จำนวน 26 ข้อ แล้วนำเอามาแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) แบบประเมินดังกล่าวสามารถทำการประเมินด้วยตนเองได้ แต่หากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้อาจให้บุคคลอื่นๆ อ่านให้ฟัง และเลือกคำตอบด้วยตนเองในบุคคลที่มีอายุ 15 - 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ วัดการรับรู้ของบุคคล 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ๆ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ช่วงคะแนนเท่ากับ 26 - 130 คะแนน หากได้ 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือ 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ หรือ 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 0.65 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

4) The European Quality of Life หรือ Euro - QoL 5 - Dimensions (EQ - 5D) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกลุ่ม Euro QoL (Euro QoL Group, 1990) จากประเทศฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และ สหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นำมาใช้สำหรับสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ทดสอบ 4 มิติของสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activity) อาการปวด หรือ อาการไม่สุขสบายตัว (pain or discomfort) และความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า (anxiety or depression) ลักษณะคำตอบเป็นแบบการจำแนกความรุนแรง 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน คือ ไม่พบปัญหา พบปัญหาเล็กน้อย พบปัญหาปานกลาง พบปัญหาหนัก และไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ หรือ พบปัญหาหนักที่สุด ในส่วนสุดท้ายให้ทำการประเมินคะแนนสุขภาพของตนเองจากการประมาณค่าด้วยสายตา (visual analog scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง สุขภาพแย่มากที่สุด และ 100 คะแนน หมายถึง สุขภาพดีที่สุด แล้วมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย (EQ - 5D - 5L) โดย จันทนา พัฒนเกษัช

และคณะ (2554) ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากการหาค่า weighted Cohen's Kappa coefficient เท่ากับ 0.77

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ

1) ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนย่อมต้องมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน นำไปสู่การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง และข้อจำกัดด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอาการกำเริบ หรือภาวะแทรกซ้อนจากหลายโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ หรือ อัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น รวมไปถึงการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยดังกล่าวอาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมโทรมลง และการฟื้นฟูสภาพจำเป็นต้องใช้เวลานานจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น ๆ (เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และนิพนธ์ รัตนคช, 2562)

2) ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของโครงสร้างร่างกายเสื่อมถอยลง ภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ปัญหาจากสภาพจิตใจ และสังคมที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย และพบข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางรายอาจพบพฤติกรรมดูแลอย่างไม่เหมาะสม ขาดทักษะในการตัดสินใจต่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ทำให้เกิดภาวะคุกคามของโรค หรือ ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นๆ มากยิ่งขึ้น ดังนั้นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองจากการที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ และลดการพึ่งพิงบุคคลอื่นๆ ให้มากที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (มุขรินทร์ สมคิด, 2562)

3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า หากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจเสื่อมลงตามวัย อาจทำให้รากฐานของภาวะสุขภาพจิต การแสดงออกของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกว่า สูญเสียการควบคุมความสามารถของตนเองแล้วยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ เป็นต้น อาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมร่วมกับความรู้สึกไม่เป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองแล้วบุคคลนั้นยังคงต้องเผชิญต่อความรู้สึกที่ต้องยอมรับตนเองต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย บทบาททางสังคม

อื่นๆ และการรับรู้การตอบสนองความรู้สึกของบุคคลอื่นๆ ที่แสดงถึงการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย (มุขรินทร์ สมคิด, 2562)

4) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน และการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความพึงพอใจ หรือ การบริการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการกินยา การดูแลเรื่องการกินอาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำกายภาพบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ การให้บริการที่ตรงกับความต้องการย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (สุนิสา วิลาศรี, ขวัญใจ อำนางลัยชัยชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล และ เพลินพิศ บุญยมาลิก, 2563)

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้เป็นการรวบรวมองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จำนวน 8 เรื่อง โดยพบข้อมูลความหมายของคุณภาพชีวิต ประเภทของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้รับความสนใจที่นำมาศึกษาไม่มากนัก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพียง 8 เรื่อง แล้ว้วยังทำการศึกษาย้อนหลัง คือ พ.ศ. 2562 ถึง 2565 เป็นส่วนมากของงานวิจัยทั้งหมดที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ภายในระยะเวลาย้อนหลัง 20 ปี และงานวิจัยยังมุ่งเน้นทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) หรือการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) แล้วพบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพียง 1 เรื่อง เท่านั้น ซึ่งยังขาดการวิจัยเชิงทดลอง (true-experimental research) และการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และงานวิจัยจากต่างประเทศพบเพียง 2 เรื่อง ทำการศึกษาวิจัย ค.ศ. 2014 และ 2015 จึงทำให้เห็นว่า บริบทสังคมไทย และต่างประเทศแตกต่างกัน กล่าวคือ จากนโยบายขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2003) ส่งผลให้ประเทศที่พัฒนาแล้วเล็งเห็นถึงความสำคัญแล้วเริ่มทำการศึกษาวิจัยก่อนประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ซึ่งคุณภาพชีวิตย่อมมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศอันเนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โครงสร้างการบริหารจัดการประเทศ และการเงินการคลัง รูปแบบการให้บริการ หรือ บทบาทของแต่ละภาคส่วนในสังคม (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, 2560) จากการวิจัยยังพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำการศึกษากันเป็นจำนวนมากแต่ยังไม่ค่อยพบงานวิจัยที่ทำการศึกษ เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเปราะบางภายในสังคมอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากนัก

ทางนักวิจัยสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือ ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การรับรู้ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึง

พอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ทำการประเมินอยู่หลากหลายรูปแบบ และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วทำการรวบรวมข้อมูลเขียนออกมาเป็นบทความวิชาการที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลด้านการปฏิบัติทางพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงสามารถนำผลการศึกษามาปรับใช้กับการเฝ้าระวังการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง หรือ ผลิตสื่อต่างๆ เพื่อส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ฐานข้อมูลกลางกรมอนามัย : ข้อมูลสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th>
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(6), 1013-1020.
- จันทนา พัฒนเกษัช, มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ศิรินาถ ตงศิริ, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว และ ยศ ตีระวัฒนานนท์ (2554). เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ - 5D - 5L : การทดสอบคุณสมบัติการวัด และค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ภายในประชากรไทย. สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/research/17587>
- ชมพูนุช พุ่มพิง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ เดชา ทำดี. (2564). ความสามารถในการดูแล มุมมองด้านบวกในการดูแล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *พยาบาลสาร, 48*(3), 226-236.
- มุขรินทร์ สมคิด. (2562). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2526* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์. (2560). *ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด.

- สุนิสา วิลาศรี, ขวัญใจ อำนาจสัถย์เชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล และ เพ็ลีนพิศ บุญยมาลิก. (2563). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในระบบบริการระยะยาว กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2)*, 164-176.
- สุภาภรณ์ นากลาง และ มณฑล ทองนิตย์. (2559). ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10(1)*, 62-69.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Gilson, B. S., & Morris, J. R. (1976). The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services, 4(3)*, 393-415.
- Dijkstra, A., Hakverdioglu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A., & Kornatowska, K. (2015). Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine, 235*, 193-200.
- Euro QoL Group. (1990). Euro QoL - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 14(3)*, 199-208.
- Ferrans, C. E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing, 7(1)*, 2-6.
- Nanda U., McLendon, P. M., Andresen, E. M., & Armbrecht, E. (2003). The SIP68: an abbreviated sickness impact profile for disability outcomes research. *Quality of Life Research, 12(5)*, 583-595.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). Missouri: Mosby-Year Book.
- Tobis, S., Jaracz, K., Kropinska, S., Talarska, D., Hoe, J., ..., & Suwalska, A. (2021). Needs of older persons living in long-term care institutions: on the usefulness of cluster approach. *BMC Geriatrics, 21(316)*, 1-8.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30(6)*, 473-483.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *The world oral health report 2003*. Geneva: World Health Organization.

มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

กชพร พงษ์แท้, พย.ม.*

ปริมล หงษ์ศรี, พย.ม.* และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, กศ.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative descriptive approach) นี้ มีวัตถุประสงค์เข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือ ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และสะท้อนมุมมองถึงสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน สรุป ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับอุปสรรคปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: parimonh@gmail.com

(Received: September 7, 2024; Revised: October 10, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Perspectives of caregivers for stroke patients during the transition period from hospital to home

Kodchaporn Pongtae, M.N.S.*

Parimon Hongsri, M.N.S.* & Sutthisak Suriruk, Ed.D.**

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to understand the perspectives of professional nurses and caregivers regarding the care of stroke patients during the transition from hospital to home. The informants were six professional nurses and nine caregivers who were selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using thematic analysis. From the results, the informants reflected their perspectives on the situation, problems, and needs of caregivers of stroke patients during the transition period from hospital to home in three themes: 1) caring for stroke patients during the transition period, 2) problems and barriers in care during the transition period, and 3) support for stroke patient care during the transition period. In conclusion, the findings are useful for those who are facing obstacles in caring for stroke patients during the transition from hospital to home and those involved in providing services to stroke patients. The findings offer insights into stroke patient care during the transition from hospital to home to guide the development of stroke care guidelines for the caregivers of stroke patients during this transition.

Keywords: stroke stroke caregivers stroke care

*Boromarajonani College of Nursing, Phare , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

**Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4 ปี อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559-2562 พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.81 1.87 2.08 และ 2.19 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากสถิติสาธารณสุข 2565 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประเทศไทย ถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่า มีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มจาก 278.49 เป็น 330.05 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 11 ต่อประชากรแสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบากสูญเสียการทรงตัว พุดไม่ชัด กลืนอาหารลำบาก มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจและอารมณ์บกพร่อง สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (Sewell et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยระยะเวลานาน เช่น การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Civelek et al., 2016) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการตลอดชีวิต หรือการสูญเสียชีวิตตามมา จากผลกระทบดังกล่าวสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และต้องการการฟื้นฟูสภาพที่ใช้ระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก (Zhao et al., 2021) อีกทั้งยังส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้เกิดภาวะเครียดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Pucciarelli et al., 2019)

การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทักษะการดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะนี้เป็น การดูแลที่ครอบคลุมทั้งระยะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Naylor et al., 2004) โดยมีการดำเนินการประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์การรู้คิด และการทำหน้าที่รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม การนำแผนการดูแลที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลและสถาบันที่รับส่งต่อ และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลและการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาที่ทำหายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยและแก้ไขความต้องการที่ไม่ได้รับการดูแลระหว่างการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่าน

การศึกษาประสบการณ์จากผู้ดูแลมีประโยชน์ในการได้รับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมอง ความคิด และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือซึ่งยังมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อมีแนวทางในการออกแบบการดูแลและเชื่อมต่อช่องว่างของบริการในการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตภาคเหนือ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเข้าใจมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือ และเพื่อนำประเด็นที่ได้จากมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในเขตภาคเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิจัยนี้ได้รับจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ หมายเลขโครงการ 03/2566 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน หมายเลขโครงการ 012/2566 เมื่อเดือน มีนาคม 2566 และโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา หมายเลขโครงการ 07/2566 เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เลือกพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบมีเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากกรวิจัย คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากกรวิจัยระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นผู้กำหนดขั้นตอนและกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 หน่วยกิต 45 ชั่วโมง เมื่อปี 2567 หลังจากนั้นเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ จากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จำนวน 24 ชั่วโมง เมื่อปี 2567 และผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเอง ดังนี้ 1) เตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และ 3) เตรียมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้วิจัยเคยได้รับการอบรมด้านการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 7 ปี

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกจากปัญหา วัตถุประสงค์ และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ และสำหรับผู้ดูแลจำนวน 3 ข้อ มีลักษณะกึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิด โดยตอบทีละคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา แนวคำถามสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ตัวอย่างคำถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เช่น *คุณมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่อย่างไรบ้าง? คุณได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง? ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย? คุณมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย?* และตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ดูแล เช่น *คุณช่วยบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอย่างไรบ้าง? ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย? คุณมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย?*

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกที่ห้องประชุมในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีความสะดวกและเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic Aanalysis) โดเน้นการหาความหมาย การตีความข้อมูลอย่างลึกซึ้งจากมุมมองคนในประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (Sandelowski, 2000) ได้แก่ 1) การฟังเสียงที่ได้จากการบันทึกมาซ้ำๆ 2) การถอดเสียงที่บันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนาแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปการสัมภาษณ์ทบทวนซ้ำที่ละบรรทัดจนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน 3) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดและอ่านซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลข้อมูลที่ถอดเสียง 4) การอธิบายข้อมูลให้เป็นรหัสโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel โดยจัดระบบความหมายจากบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน โดยนำรหัสที่ได้มาทำเป็นผัง Initial thematic map 5) การจำแนกรหัสออกเป็นประเด็นย่อยโดยทำเป็นผัง Developed thematic map โดยนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญเดียวกันทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน 6) การระบุประเด็นย่อยที่มีความคล้ายกันประเด็นหลักโดยทำเป็นผัง Final thematic map โดยการนำผลการวิเคราะห์ร่วมกันมาสรุปเป็นใจความสำคัญหลักของมุมมองและประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรค และ 7) การทบทวนและปรับปรุงประเด็นย่อยและประเด็นหลัก โดยการเปรียบเทียบข้อมูลทุกประเภท

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถืออิงหลักเกณฑ์ของ Lincoln and Guba (1985) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยผ่านการเรียนและการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกจากปัญหา

วัตถุประสงค์ และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายเปิดแนวคำถามสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกกระยะของการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูลและด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่เป็นพยาบาลและญาติผู้ดูแลนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล 2) การตรวจสอบได้ ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ 3) การยืนยันผลการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกตลอดจนตรวจสอบข้อมูลที่ให้กับผู้ให้ข้อมูลทุกรายโดยถอดเทปภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดลงในผลการวิจัยตามความเป็นจริง และทำการตรวจสอบร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับคำแนะนำแล้วนำมาปรับปรุงก่อนสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และ 4) การนำไปใช้ ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่เป็นทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรวบรวมข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกตลอดจนขั้นตอนการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะที่รักษาในโรงพยาบาลและระยะที่จำหน่ายไปอยู่ที่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน อายุ 30 – 48 ปี มีประสบการณ์ทำงาน 5 - 23 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1 และผู้ดูแลที่รับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดพะเยา จำนวน 9 คน อายุ 42 – 63 ปี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ผู้ดูแลทุกคนเป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย และทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัส	อายุ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ทำงาน
A01	45	ปริญญาตรี	23
A02	30	ปริญญาตรี	6
A03	34	ปริญญาตรี	5
A04	39	ปริญญาตรี	8
A05	42	ปริญญาตรี	10
A06	48	ปริญญาตรี	21

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัส	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพ	ประสบการณ์
A07	57	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	8
A08	63	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A09	42	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	2
A10	54	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A11	54	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	รับจ้าง	1
A12	52	ชาย	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A13	55	หญิง	ประถมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A14	45	หญิง	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1
A15	52	ชาย	มัธยมศึกษา	สมรส	เกษตรกร	1

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านจำแนกได้ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่

(1) การประเมินผู้ป่วย

“การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านทุกราย” (A 02)

“ประเมินปัญหาของผู้ป่วยก่อน โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยเพียงใด” (A 03)

“ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น ผลกดทับ ข้อติด อาการชักเกร็งว่าความรุนแรงเป็นอย่างไร โดยวางแผนร่วมกันติดตามปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 09)

(2) การประเมินครอบครัวและผู้ดูแล

“ประเมินปัญหาหรือความต้องการของญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโดยการถามปากต่อปาก ไม่มีแบบประเมิน” (A 03)

“ประเมินตั้งแต่แรกว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ก่อนจำหน่ายจะประเมินอุปกรณ์ที่จะใช้ดูแลจากผู้ดูแลว่ามีหรือไม่ ถ้าไม่มีติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้” (A 04)

“สอบถามการดูแลต่อที่บ้านว่าใครเป็นผู้ดูแลหลักที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ประเมินทักษะ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความพร้อมที่จะกลับไปดูแลต่อที่บ้านสอบถามความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากชุมชนว่าต้องการอะไรบ้าง” (A 06)

(3) การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

“ควรมีการติดตามเยี่ยมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ แล้วนำผลมาประชุมร่วมกัน เพื่อจะได้วางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ จะได้นำเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการจัดเตรียมผู้ดูแลต่อไป”

(A 06)

“มีพยาบาล และนักกายภาพบำบัดมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล” (A 07)

“นอกจากพยาบาล ก็จะมีนักกายภาพบำบัดสอนการบริหารร่างกายทั้งแบบให้ผู้ป่วยทำเอง หรือญาติต้องช่วย เกสซ์สอน การทานยาและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยา warfarin เช่น อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง” (A 08)

“มีพยาบาล นักกายภาพ เกสซ์ มาให้ข้อมูลคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน” (A 15)

2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่

(1) ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

“ข้อมูลและคำแนะนำทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเกี่ยวกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน ให้โทร 1669 เพื่อรับบริการ” (A 01)

“ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ และให้ข้อมูลกับญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การติดตามอาการ การมาตรวจตามนัด และการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง” (A 02)

“ข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โภชนาการที่ต้องจัดเตรียมให้ตามที่ได้เรียนกับนักโภชนาการก่อนออกจากโรงพยาบาล” (A 13)

(2) ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย

“กรณีผู้ป่วยต้องใส่สายยางให้อาหารจะมีสอนการให้อาหารทางสายยางและให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการทำอาหารเองที่บ้าน” (A 03)

“สอนการดูแลที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน เช่น การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง และการพลิกตะแคงตัว” (A 05)

“นักกายภาพบำบัด มาสอนการบริหารข้อมือ ข้อเท้าผู้ป่วย ฝึกหยิบจับเหรียญ แนะนำว่าหากกลับไปบ้านสามารถใช้อุปกรณ์เสริม เช่น การบริหารลูกบิด หรือเหยียบจักรเย็บผ้าเพื่อบริหารข้อเท้า” (A 13)

3) การประสานส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนือง

“ทีมเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลประสานให้ทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลรพ.สต. ในท้องที่ติดต่อผู้ป่วยให้อีกครั้ง” (A 01)

“พยาบาลที่เวิร์ดส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล แล้วทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนืองในโปรแกรม Thai COC ที่เชื่อมต่อกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งต่อผู้ป่วยทุกคนที่ต้องมีการออกเยี่ยมบ้าน” (A 05)

“พยาบาลส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลแล้วติดตามผู้ป่วยต่อให้” (A 06)

“มีการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล หากไม่ได้มาที่บ้านเค้าก็จะโทรสอบถามจากผู้ดูแล ประมาณเดือนละครั้ง” (A 07)

“มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมผู้ดูแลต่อเนื่องในระบบส่งต่อช่วยเหลือที่เป็นการติดตามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามระบบสุขภาพ โดยมีพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านติดตามเยี่ยม และจากโรงพยาบาลโทรสอบถามอาการ” (A 10)

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนี้

1) ความไม่พร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(1) ไม่มีผู้ดูแลหลัก

“ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากบุตรหลานต้องทำงานต่างจังหวัด และจะกลับมาดูแลได้เฉพาะช่วงที่ป่วยอยู่โรงพยาบาลเท่านั้น” (A 01)

“ขาดผู้ดูแลหลักที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 06)

“ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ได้เป็นคนเดียวกับที่มาร่วมวางแผนดูแล” (A 08)

(2) ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

“ผู้ป่วยและญาติไม่มีความมั่นใจในการทำกายภาพบำบัดด้วยตัวเอง” (A 02)

“ผู้ดูแลยังดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน แม้จะมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ครบแล้วก็ตาม” (A 04)

“ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจในทักษะปฏิบัติต้องใช้ระยะเวลา และปฏิบัติไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่สามารถจำข้อมูลที่สอนได้” (A 05)

“ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการให้ข้อมูลมีเพียงสั้น ๆ เลยไม่สามารถจำข้อมูลที่ทีมพยาบาลให้ได้ทั้งหมด แล้วอันไหนที่ทำอยู่ก็ไม่รู้ว่าทำถูกต้องหรือไม่” (A 07)

“ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการออกกำลังกายไม่รู้ว่าทำถูกต้องไหม เพราะจำได้ไม่ทั้งหมด” (A 08)

(3) ผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

“ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย” (A 03)

“ไม่มีการร่วมกันวางแผนในการดูแล” (A 04)

“ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลได้ทุกเคส” (A 06)

“ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนอะไร” (A 07)

2) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน

“ไม่มีสื่อการสอนในการให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เกิดการ กลับมารักษาซ้ำ” (A 03)

3) การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง

“ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ที่ได้ให้ข้อมูลทำให้ติดตามผู้ป่วยไม่ได้” (A 04)

“ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงข้อมูลการติดต่อของผู้ป่วย” (A 06)

“เมื่อโทรศัพท์สอบถามอาการบางครั้งคลื่นไม่ดี เพราะต้องออกไปทำสวนที่อยู่นบดอย” (A 08)

“เมื่อได้รับการติดต่อสอบถามอาการ เบอร์โทรศัพท์ที่ให้พยาบาลไม่ได้เป็นเบอร์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจริง หรือเป็นเบอร์ของบุคคลที่อยู่คนละบ้าน” (A 09)

4) ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ

“ขาดอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยยังต้องใช้ออกซิเจน” (A02)

“ไม่มีแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายมีแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือแต่อุปกรณ์มีไม่เพียงพอหรือไม่มีเพราะมีผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เหล่านี้เหมือนกัน” (A 05)

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
พบว่า การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีดังนี้

1) คู่มือหรือสื่อการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

“ควรมีคู่มือหรือแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้ทบทวน และสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้” (A 04)

“จัดทำคู่มือหรือทำสื่อการสอนที่เป็นคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวน การปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและสามารถที่จะประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้” (A 05)

“ควรมีเป็นคู่มือ/หนังสือ ที่สื่อสารเข้าใจง่าย ให้ทีมผู้ดูแลที่มีการผลัดเปลี่ยนกันได้เรียนรู้ร่วมกันหรืออ่านได้เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วย อยากให้มีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นของผู้ป่วยจะได้ทราบและป้องกันไม่ให้เกิดได้อีก” (A 07)

“ควรมีคู่มือหรือแผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมีรูปภาพประกอบชัดเจน พร้อมคำอธิบายอย่างละเอียดให้เข้าใจ ตัวหนังสือที่ผู้สูงอายุอ่านได้” (A 08)

“ควรมีเล่มคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” (A 11)

2) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

“ควรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมดูแลเป็นระยะ เพื่อจะได้ทราบข้อมูล อุปสรรค ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย” (A 06)

“ควรให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยได้มาเรียนรู้พร้อมกัน เพราะเราไม่ได้ดูแลคนเดียวตลอด” (A 07)

“ควรให้ทุกคนที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องไปอยู่ที่บ้าน” (A 08)

3) การมีช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

“อยากให้ทีมที่ดูแลมีช่องทางในการปรึกษาสอบถามปัญหาที่เกิด หรือเมื่อไม่แน่ใจในการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย เมื่อมีอาการแทรกซ้อนช่วงที่ดูแลต่อที่บ้าน และอยากให้มีกลุ่ม line ในการติดต่อขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย” (A 07)

“อยากให้มี line ของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหรือทีมที่รับส่งต่อดูแลต่อที่บ้าน เพื่อปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” (A 13)

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากประสบการณ์ที่ได้ดูแลผู้ป่วย จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย และ ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้มีความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบายและระบบการดูแลสุขภาพในการพัฒนาและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้ประสบความสำเร็จ ความร่วมมือกับทีมสุขภาพให้การบริการฟื้นฟูที่เข้าถึงได้ การสนับสนุนติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากชุมชนและสังคมที่มีอยู่นั้นสมควรได้รับการบูรณาการเข้ากับการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ (Lin et al., 2022) อภิปรายผลได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่พักรักษาในโรงพยาบาลและระยะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Naylor et al., 2004) เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และในระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์การรู้คิด และการทำหน้าที่รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้างกลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล และสถาบันที่รับส่งต่อและ 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน เมื่อพิจารณาผลจากการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลจะต้องมีการดำเนินการ ดังนี้ 1) ประเมินผู้ป่วยความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และการประเมินผู้ดูแล ประกอบด้วย การหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลัก การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วม 2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินการระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การประสานส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง ที่ประกอบไปด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรติดตามอย่างต่อเนื่อง การดูแลช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง และวางแผนการฟื้นฟูสภาพในระยะยาว แนวทางการดูแลที่เน้นความร่วมมือของผู้ให้บริการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมและช่วยเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของแต่ละบุคคล (Chen et al., 2021) ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้นส่งผลให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรทิพย์รตา สุขศรีนบุลภรณ์, 2564)

ประเด็นที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ 1) ความไม่พร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพราะขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และเกิดขึ้นโดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ใหม่ของผู้ดูแลที่รับผิดชอบเพื่อตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจจะยังขาดความพร้อมในการดูแล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ความไม่มั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการปัญหา (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) 2) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางกายที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยบางรายกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน (ฉัญพิมล เกณสาคุม และคณะ, 2563) 3) การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ (2559) พบว่า พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมของญาติอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในการบริการ ดังนั้นหากไม่มีการติดตามที่ต่อเนื่องก็อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในการบริการ 4) ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นงานที่หนัก มีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นงานที่ผู้ดูแลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแล ถึงแม้ว่าจะมีการได้รับความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ แต่ก็ยังพบว่า ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยังมีไม่เพียงพอ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยตามมา (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) ปัญหาและอุปสรรคที่พบสะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องที่บ้านในช่วงระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมายระหว่างการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่าน เช่น ขาดทรัพยากรและไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อกรฟื้นฟูสภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทของตนได้ดีขึ้น (See et al., 2022)

ประเด็นที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) คู่มือและสื่อการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น คู่มือประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการป้องกันอุบัติเหตุ (นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ, 2564) 2) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล

ผู้ป่วยที่ถูกต้อง (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561) 3) การมีช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยพยาบาลมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน นอกจากนี้การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแบบรายบุคคลนั้นถูกมองว่าเป็นตัวช่วยในการเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Lin et al., 2023)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงในส่วนเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้รวมมุมมองของวิชาชีพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มสหวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในมิติที่หลากหลาย

สรุปผล

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตภาคเหนือได้ขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน คือ อาจารย์ ดร. จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ ดร.จตุพงษ์ พันธวีไล และคุณรุจี รัตนเสถียร ซึ่งให้คำแนะนำและตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและตรงตามเนื้อหาแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ผู้วิจัยขอข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2565*.

<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานผลการศึกษา โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย*.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036320200810073233.pdf>

ฉัญพิมล เกณสาคุ, เตือนใจ สีนอำไพสิทธิ์, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 21(3), 215-224.

- นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิณัฐ ศรีวิสัย, และเสน่ห์ ชุนแก้ว. (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 13(1), 47-61.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ได้รับ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 22(1), 65-80.
- พรทิพย์รตา สุขรินบุลภรณ์. (2564). กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีนรัช*. (1)2, 113-129.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). 13 ปี เส้นทาง การ เรียน รู้ และ พัฒนา Stroke Fast Track ของ ประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(1), 191-199.
- สุชาวดี เสนาสนะ, พัชรี คมจักรพันธ์, และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 7(2), 212-222.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาภาคไทย*, 11(2), 26-39.
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19-20), 2786-2807. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
- Civelek, G. M., Atalay, A., & Turhan, N. (2016). Medical complications experienced by first-time ischemic stroke patients during inpatient, tertiary level stroke rehabilitation. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 382-391.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications; 1985.
- Lin, S., Wang, C., Wang, Q., Xie, S., Tu, Q., Zhang, H., ... & Redfern, J. (2022). The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *International journal of nursing studies*, 130, 104213. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104213>
- Lin, S., Xie, S., Zhou, J., Tu, Q., Wang, C., & Chen, L. (2023). Stroke survivors', caregivers' and nurse coaches' perspectives on health coaching program towards hospital-to-home transition care: A qualitative descriptive process evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6533-6544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.16590>

- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of The American Geriatrics Society*, *52*(5), 675-684. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>
- Pucciarelli, G., Lee, C. S., Lyons, K. S., Simeone, S., Alvaro, R., & Vellone, E. (2019). Quality of life trajectories among stroke survivors and the related changes in caregiver outcomes: a growth mixture study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *100*(3), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.07.428>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing & Health*, *23*(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- See Toh, W. X. S., Lim, W. H. J., Yobas, P., & Lim, S. (2022). The experiences of spousal and adult child caregivers of stroke survivors in transitional care: a qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(12), 3897-3929. <https://doi.org/10.1111/jan.15420>
- Sewell, K., Tse, T., Harris, E., Matyas, T., Churilov, L., Ma, H., ... & Carey, L. M. (2021). Pre-existing comorbidity burden and patient perceived stroke impact. *International Journal of Stroke*, *16*(3), 273-279. <https://doi.org/10.1177/1747493020920838>
- Zhao, J., Zeng, Z., Yu, J., Xu, J., Chen, P., Chen, Y., ... & Ma, Y. (2021). Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Scientific Reports*, *11*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81596-8>

ความรู้และการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วิลาสินี แผ้วชนะ, พย.ม.*

เทพกัลยา เหมทานนท์, พย.ม.* และบุญธิดา เทือกสุบรรณ, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ศึกษาในประชากรซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 126 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .73 และ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับสูง ร้อยละ 69.00 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.40 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.60 และมีการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 97.6 และร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ดังนั้นผู้สอนสามารถนำผลการวิจัยไปปรับวิธีการสอนในรายวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: tepkanlaya@bcnnakhon.ac.th

(Received: August 26, 2024; Revised: October 30, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Knowledge and Preventive Practices for Ventilator-Associated Pneumonia among Nursing Students, Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat

Wilasinee Paewchana, M.N.S.*

Tepkanlaya Hemtanon, M.N.S.* & Boontida Theucksuban, Ph.D.*

Abstract

This study employed a descriptive research design and aimed to examine the knowledge and practice to prevent VAP of nursing students. The population was a total of 126 third-year nursing students in Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat. Data were collected using questionnaires, including 1) demographic data form, 2) the knowledge regarding VAP questionnaire, which had a KR-20 reliability coefficient of .73, and 3) the practice for preventive VAP questionnaire, which had a Cronbach's alpha of the questionnaire of .90. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, range, and standard deviation.

The finding found that nursing students reported knowledge about ventilator-associated pneumonia at a high (69.00%), a moderate (29.40%), and a low (1.60%) level, and had preventive practices for ventilator-associated pneumonia at a high level and moderate level of 97.6% and 2.4% respectively. Therefore, instructors can utilize the results to modify teaching methods in nursing-related subjects in the future.

Keywords: knowledge practices preventing ventilator-associated pneumonia nursing students

*Boromarajonnai College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia: VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ร้ายแรง โดยมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง (Centers of Disease Control and Prevention [CDC], 2024) จากสถิติอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล พบในอัตราเท่ากับ 1-2.5 รายต่อ 1,000 วันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-days) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ 18.3 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในประเทศแถบยุโรป (Prapazian et al., 2020) สำหรับประเทศไทย ตัวอย่างจากรายงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบอุบัติการณ์การเกิด VAP ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ตั้งแต่เดือนมกราคม 2562-เดือนธันวาคม 2562 เท่ากับ 6.8 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย, 2564) และจำนวนอุบัติการณ์การเกิด VAP ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสถานพยาบาล การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด VAP จะช่วยให้สามารถป้องกันและควบคุม VAP ได้ดีขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤติที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ ประกอบด้วย เจาะคอ การพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานในการเพาะเชื้อจากสสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจส่วนล่าง และระยะเวลาการอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตินานกว่า 5 วัน (Pawlik et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่สมองรุนแรง (Traumatic brain injury) (Li et al., 2020) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว แผลไหม้ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (Wu et al., 2019) การเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีเชื้อก่อโรค (Pathogen) ได้แก่ *Pseudomonas* (ร้อยละ 24.4), *Staphylococcus aureus* (ร้อยละ 20.4), *Enterobacteriaceae* (ร้อยละ 14.1), *Streptococcus species* (ร้อยละ 12.1), *Hemophilus* (ร้อยละ 9.8), *Acinetobacter* (ร้อยละ 7.9), *Neisseria species* (ร้อยละ 2.6), *Stenotrophomonas maltophilia* (ร้อยละ 1.7), *Coagulase-negative staphylococcus* (ร้อยละ 1.4) รวมทั้งเชื้อโรคอื่นๆ (ร้อยละ 4.7) เช่น *Corynebacterium*, *Moraxella*, *Enterococcus*, *Fungi* (Kalanuria et al., 2014) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น VAP มักมีอาการของอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส จำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000 /mm³ มีสิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งเสมหะในทางเดินหายใจมีลักษณะเป็นหนอง ผู้ป่วยมักมีอาการไอ หายใจลำบากและหายใจเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้เมื่อฟังปอดจะได้ยินเสียง crepitation ในระยะของการหายใจเข้า (Luo et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่อัตราการเสียชีวิต ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะ lymphopenia (OR= 0.998; 95% CI=0.996, 1.000) และ hypoalbuminemia (OR= 0.688; 95% CI=0.488, 0.971) (Semet, 2023) นอกจากนี้จากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่ม SARS-CoV ที่เป็น VAP จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่ม influenza pneumonia (adjusted HR 1.65; 95% CI 1.11–2.46, p = 0.013) (Nseir et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของประภาดา วัชรนาถ และคณะ (2558) พบว่าผู้ป่วยที่เป็น VAP มีระยะเวลาการ

นอนในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิมเป็นเวลา 15-35 วัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและเกิด VAP ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล จากศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา VAP ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เท่ากับ 15,124 ปอนด์ ในขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ไม่เป็น VAP จะมีค่าใช้จ่ายเพียง 6,295 ปอนด์ (Luckraz et al., 2018) ดังนั้นเป้าหมายหลักในการลดผลกระทบดังกล่าว คือการป้องกันการเกิด VAP

การป้องกันการเกิด VAP ตามแนวทางของ CDC และ American Association of Critical-Care Nurses (American Association of Critical-Care Nurses, 2005) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2561) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้านที่มีอักษรย่อคือ WHAPO โดยที่ 1) W (Weaning protocol) หมายถึง การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) H (Hand hygiene) หมายถึง การทำความสะอาดมือ 3) A (Aspiration precaution) หมายถึงการป้องกันการสำลัก 4) P (Prevent contamination) หมายถึง การป้องกันการปนเปื้อน และ 5) O (Oral care) หมายถึง การทำความสะอาดช่องปากและฟัน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ VAP อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกัน VAP ในผู้ป่วย

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน VAP เป็นความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ VAP ประกอบด้วย ความหมาย เชื้อก่อโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ และผลกระทบ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน VAP เป็นสิ่งสำคัญในการให้การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าหลายๆงานวิจัยระบุว่าพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิด VAP จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงการเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤตได้ (AL-Mugheed et al., 2022) เมื่อพยาบาลมีความรู้จึงนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งการปฏิบัติการป้องกัน VAP เป็นการกิจกรรมที่ปฏิบัติในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การป้องกันการสำลัก การป้องกันการปนเปื้อนและการทำความสะอาดช่องปากและฟัน โดยผลการศึกษาการลดอัตราการเกิด VAP ของผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลตติยภูมิในอินเดีย พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP (Kalyan et al., 2020)

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 เป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาล เมื่อปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ที่จะต้องผ่านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น การดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจ การทำความสะอาดปากและฟัน การดูแลเครื่องช่วยหายใจ และวิธีการป้องกันการเกิด VAP ซึ่งก่อนสำเร็จการศึกษา นักศึกษาพยาบาลเหล่านี้จะต้องผ่านการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากการสัมภาษณ์นักศึกษาจำนวนหนึ่งภายหลังฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้นได้ให้ข้อมูลว่าถึงแม้ว่าตนเองสามารถร่วมทีมกับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ทำความสะอาดปาก ฟัน ดูดเสมหะ แต่ก็ยังมีความรู้สึกกังวลเพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับ VAP และการป้องกันการเกิด VAP จากการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีมาแล้วก็

ตาม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่านักศึกษาพยาบาลยังมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกัน VAP ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP ในผู้ป่วยได้ (Lin et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกัน VAP ในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มพยาบาล และพบการศึกษาค่อนข้างน้อยในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล การป้องกัน VAP อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงนักศึกษาพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เพื่อทราบข้อมูลความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกไปเป็นแนวทางปรับปรุงวิธีการสอนในรายวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องและเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานเมื่อสำเร็จการศึกษาต่อไป ซึ่งจะหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลเห็น ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นตัวกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงความรู้เรื่อง VAP กับ การฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจความสำคัญของการป้องกันและควบคุม VAP และสามารถนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด VAP และช่วยพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดของป้องกันการเกิด VAP ตามแนวทางของ CDC และ American Association of Critical-Care Nurses (2005) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2561) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่าปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เป็นการติดเชื้อบริเวณปอดของผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ทางเดินหายใจและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับ VAP ในด้านความหมาย เชื้อก่อโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการ และผลกระทบ ตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการ ป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การป้องกัน การสำลัก การป้องกันการปนเปื้อนและการทำความสะอาดช่องปากและฟัน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 126 คน ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ในระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ในปีการศึกษา 2566 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าในโครงการวิจัยคือเต็มใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย ไม่มีเกณฑ์ในการคัดออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และวิธีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกัน VAP
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ VAP ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 29 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด การให้คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์การประเมินของ Bloom (1968) คือ คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ คะแนน 17-22 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนน 23-29 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึงมีความรู้ในระดับสูง
3. แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน VAP ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางของ CDC, American Association of Critical-Care Nurses, สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม 1) การทำความสะอาดมือ จำนวน 2 ข้อ 2) การป้องกันการสำลัก จำนวน 4 ข้อ 3) การป้องกันการปนเปื้อน จำนวน 8 ข้อ 4) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับการปฏิบัติออกเป็น 4 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 การปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 การปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ VAP และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน VAP ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลที่นิเทศหอผู้ป่วยวิกฤติจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ VAP เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน VAP เท่ากับ .96

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ VAP และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน VAP ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีคูเตอร์-ริชาดสัน 20 (KR-20) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ VAP ได้ค่าเท่ากับ .73 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกัน VAP ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (เลขที่ Exc-02/2567 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2567) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ ใช้เลเซอร์แทนชื่อ นำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชให้ดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ขั้นต้นของการดำเนินการวิจัยก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยปราศจากการบังคับ และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนการสอน ไม่มีการระบุชื่อ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติการป้องกัน VAP วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาพยาบาลทั้งหมด 126 ราย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 21.52 ปี (SD.=.61) เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.0 มีวิธีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกัน VAP จาก Website, ห้องสมุด YouTube และบทความวิจัย คิดเป็นร้อยละ 54.8, 34.9, 7.1, และ 3.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล (n=126)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ (Mean= 21.52 ปี; SD=.61)		
20-21 ปี	66	52.4
22-23 ปี	60	47.6
2.เพศ		
ชาย	5	4.0
หญิง	121	96.0
3.วิธีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกัน VAP		
Website	69	54.8
ห้องสมุด	44	34.9
YouTube	9	7.1
บทความวิจัย	4	3.2

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ VAP

ความรู้เกี่ยวกับ VAP พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\mu=23.91$, $\sigma=3.37$) จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 69.00 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 29 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละและระดับความรู้เกี่ยวกับ VAP (n=126)

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
23-29 คะแนน (ร้อยละ 80-100)	87	69.00	สูง
17-22 คะแนน (ร้อยละ 60-79)	37	29.40	ปานกลาง
น้อยกว่า 17 คะแนน (<ร้อยละ 60)	2	1.60	ต่ำ

Min= 12, Max=29, $\mu=23.91$, $\sigma=3.37$

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับ VAP รายชื่อ พบว่านักศึกษาพยาบาลทั้งหมด (ร้อยละ 100) ตอบถูกในเรื่อง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจนานมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP และ ผู้ป่วยที่มี VAP ทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น รองลงมาร้อยละ 98.4 ตอบถูกเรื่อง ผู้ป่วยที่มี VAP ส่งผลให้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น ในขณะที่

นักศึกษาพยาบาลส่วนน้อยตอบถูกเรื่อง VAP เป็นการติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยที่ถอดท่อทางเดินหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง (ร้อยละ 32.5) และ เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Hemophilus (ร้อยละ 37.3) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละความรู้เกี่ยวกับ VAP รายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับ VAP	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.การเกิดVAP เป็นการติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่า 48 ชั่วโมง	116(92.1)	10(7.9)
2.VAP เป็นการติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยที่ถอดท่อทางเดินหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง	41(32.5)	85(67.5)
3.เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Pseudomonas	96(76.2)	30(23.8)
4.เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Staphylococcus aureus	109(86.5)	17(13.5)
5.เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Acinetobacter	99(78.6)	27(21.4)
6.เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Hemophilus	47(37.3)	79(62.7)
7.เชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Klebsiella pneumoniae	109(86.5)	17(13.5)
8.ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจนานมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	126(100)	0
9.ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดกรดมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	56(44.4)	70(55.6)
10.ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	123(97.6)	3(2.4)
11.ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	106(84.1)	20(15.9)
12.ผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	90(71.4)	36(28.6)
13.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอกมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	73(57.9)	53(42.1)
14.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	84(66.7)	42(33.3)
15.ผู้ป่วยที่มีการสำลักน้ำและอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	114(90.5)	12(9.5)
16.ผู้ป่วยที่อยู่ในท่านอนหงาย ศีรษะราบมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	78(61.9)	48(38.1)
17.ผู้ป่วยที่ใส่ขนาดท่อช่วยหายใจET/TT ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP	95(75.4)	31(24.6)
18.อาการผู้ป่วยที่มี VAP จะมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส	122(96.8)	4(3.2)
19.จำนวนเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วยที่มี VAP พบว่ามีค่าน้อยกว่า 4,000 เซลล์/มิลลิลิตรหรือสูงเกินกว่า 12,000 เซลล์/มิลลิลิตร	123(97.6)	3(2.4)
20.ผู้ป่วยที่มี VAP มักมีเสมหะเป็นหนอง	104(82.5)	22(17.5)
21.ผู้ป่วยที่มี VAP จะมีอาการหายใจลำบาก	123(97.6)	3(2.4)
22.ผู้ป่วยที่มี VAP จะมีอาการหายใจเร็วกว่าปกติ	121(96.0)	5(4.0)

ความรู้เกี่ยวกับ VAP	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
23. ฟังปอดของผู้ป่วยที่มี VAP จะได้ยินเสียง crepitation ในช่วงสิ้นสุดของการหายใจเข้า	121(96.0)	5(4.0)
24. ผู้ป่วยที่มี VAP ส่งผลให้มีการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน	112(88.9)	14(11.1)
25. ผู้ป่วยที่มี VAP ทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น	126(100)	0
26. ผู้ป่วยที่มี VAP ทำให้ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้	94(74.6)	32(25.4)
27. ผู้ป่วยที่มี VAP ส่งผลให้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น	124(98.4)	2(1.6)
28. ผู้ป่วยที่มี VAP มักมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ VAP	121(96.0)	5(4.0)
29. ผู้ป่วยที่มี VAP ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	116(92.1)	10(7.9)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการป้องกัน VAP

การปฏิบัติการป้องกัน VAP พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.77$, $\sigma=0.32$) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.75 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันการสำลักมีคะแนนมากที่สุด ($\mu=3.86$, $\sigma=0.34$) รองลงมาเป็นด้านการทำความสะอาดช่องปากและฟัน ($\mu=3.83$, $\sigma=0.37$) และน้อยที่สุดคือด้านการทำความสะอาดมือ ($\mu=3.57$, $\sigma=0.54$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการป้องกัน VAP (n=126)

กิจกรรม	Min	Max	μ	σ	ระดับ
การทำความสะอาดมือ	2	4	3.57	0.54	ดีมาก
การป้องกันการสำลัก	3	4	3.86	0.34	ดีมาก
การป้องกันการปนเปื้อน	3	4	3.82	0.38	ดีมาก
การทำความสะอาดช่องปากและฟัน	3	4	3.83	0.37	ดีมาก
การปฏิบัติการป้องกัน VAP โดยรวม	2.75	4	3.77	0.32	ดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา 1) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับ VAP ของนักศึกษาพยาบาล และ 2) เพื่อศึกษาการปฏิบัติการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาล โดยผลการศึกษสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับ VAP ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับ VAP ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\mu=23.91$, $\sigma=3.37$) (ตารางที่ 2) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องที่ระดับคะแนนร้อยละ 80-100 ถึงจำนวนมากกว่า 22 ข้อจาก 29 ข้อ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่านักศึกษาพยาบาลได้ผ่านการเรียนการสอนเรื่อง VAP ในภาคทฤษฎีของภาคเรียนที่ 1 รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ที่มีการจัดการเรียนโดยการบรรยายและใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ VAP มากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ของภาคเรียนที่ 2 เป็นเวลา 4 สัปดาห์มาแล้ว ทำให้นักศึกษาที่มีความคงทน (Retention) ที่สามารถจำและระลึกความรู้เกี่ยวกับ VAP ได้จากการเรียนรู้ในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพในนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีความคงทนของความรู้ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนแบบปกติ (Araujo et al., 2021) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (self-directed learning) ที่ให้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ VAP เพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งผลการศึกษารุ่นนี้เกี่ยวกับวิธีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าหาข้อมูลจาก Website (ร้อยละ 54.80), ห้องสมุด (ร้อยละ 34.90) YouTube (ร้อยละ 7.1) และบทความวิจัย (ร้อยละ 3.2) ทำให้นักศึกษามีความรู้เรื่อง VAP ในระดับสูง อย่างไรก็ตามการศึกษารุ่นนี้ยังมีนักศึกษาพยาบาลอีกร้อยละ 30 (ตารางที่ 1) ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ VAP น้อยกว่า 23 คะแนน ซึ่งให้เห็นว่าอาจต้องมีการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมและหลายหลายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับ VAP เป็นรายข้อ พบว่ามีนักศึกษาพยาบาลเพียงร้อยละ 32.5 ตอบถูกเรื่อง VAP เป็นการติดเชื้อที่ปอดในผู้ป่วยที่ถอดท่อทางเดินหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง และร้อยละ 37.3 ตอบถูกเรื่องเชื้อโรคที่ทำให้เกิด VAP คือ Hemophilus (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำไม่ได้ ไม่ได้ทบทวนเนื้อหา ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยเพิ่มการทำแบบฝึกหัด การทดสอบหลังเรียน การวิเคราะห์กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด VAP เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับ VAP เพิ่มขึ้น

2. การปฏิบัติการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปฏิบัติการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.77$, $\sigma=0.32$) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับ VAP อยู่ในระดับสูง รวมทั้งได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับ VAP ด้วยตนเองจากอินเทอร์เน็ต (Website, YouTube, บทความวิจัย) และอ่านหนังสือในห้องสมุด ทำให้มีการทบทวนเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ VAP เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเมื่อต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิด VAP สอดคล้องการศึกษาในพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน VAP จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงการเกิด VAP ได้ (AL-Mugheed et al., 2022) นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังได้รับการปฐมนิเทศจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในวันแรกของการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 เกี่ยวกับสถิติตัวชี้วัด VAP แนวปฏิบัติการป้องกัน VAP โปสเตอร์การณรงค์การ

ป้องกัน VAP ภายในหอผู้ป่วย และถูกเน้นย้ำเรื่องการป้องกัน VAP จากอาจารย์นิเทศ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลได้ร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในด้านการทำความสะอาดมือ การป้องกันการสำลัก การป้องกันการปนเปื้อน การทำความสะอาดช่องปากและฟัน ร่วมกับพยาบาลบนหอผู้ป่วย จึงทำให้นักศึกษาเพิ่มความระมัดระวังและปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการป้องกัน VAP ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้วิจัยขอปรายผลการวิจัยการปฏิบัติการป้องกัน VAP ของนักศึกษาพยาบาลตามรายด้านดังนี้

การทำความสะอาดมือ

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติการป้องกัน VAP ด้านการทำความสะอาดมืออยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.57$, $\sigma=0.54$) (ตารางที่ 4) และส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ได้มีทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลได้ผ่านการเรียนรู้เรื่อง 5 ข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ (5 moments for hand hygiene) และฝึกปฏิบัติการล้างมือ 6 ขั้นตอนมาแล้วตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาการพยาบาลขั้นพื้นฐาน หัวข้อหลักการและเทคนิคปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากเป็นด่านแรกในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดจากอาจารย์นิเทศเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ทำให้นักศึกษาเห็นความสำคัญและมีความตระหนักถึงการทำความสะอาดมือเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกชนิดแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อขณะฝึกปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลได้ล้างมือขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง (ชฎาพร คงเพชร และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยด้านการทำความสะอาดมือของนักศึกษาพยาบาลพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ($\mu=3.57$, $\sigma=0.54$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าลิม ธิเบศร์ทำกิจกรรมการพยาบาลที่ติดพันให้เสร็จ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษามีการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น ด้วยการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือที่ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรค

การป้องกันการสำลัก

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติการป้องกัน VAP ด้านการป้องกันการสำลัก อยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.86$, $\sigma=0.34$) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่านักศึกษาได้ผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับ VAP และวิธีการป้องกัน VAP มาแล้ว จึงมีความตระหนักถึงความสัมพันธ์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจและความเสี่ยงของการเกิด VAP ในผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับทีมพยาบาล นักศึกษาจะป้องกันผู้ป่วยสำลักโดย จัดท่านอนผู้ป่วยให้ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ตรวจตำแหน่งท่อทางเดิน หายใจของผู้ป่วย ตรวจสอบลมใน cuff ของท่อทางเดินหายใจให้ได้ความดัน 30 cmH₂O และดูดเสมหะในปากและเปลี่ยนสายดูดเสมหะก่อนดูดในท่อทางเดินหายใจทุกครั้งเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชได้ให้ความสำคัญการป้องกันการเกิด VAP ให้หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจโดยปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทบทวนครั้งที่ 6 มีนาคม 2567 (คณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

ที่ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตระหนัก โดยที่ผู้เรียนมีความรู้มาก่อน และมีผลต่อความตระหนัก และแสดงพฤติกรรมออกมา (Schwartz, 1975)

การป้องกันการปนเปื้อน

ผลการศึกษพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติกำรป้องกัน VAP ด้านการป้องกันการปนเปื้อนอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.82$, $\sigma=0.38$) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีความรู้การป้องกัน VAP ที่เรียกว่า VAP bundle ร่วมกับได้ทบทวนความรู้เรื่องการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อีกทั้งได้ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องมีการป้องกันการปนเปื้อนอย่างเคร่งครัดตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทบทวนครั้งที่ 6 มีนาคม 2567 (คณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หากนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะสามารถลดอัตราการเกิดการติดเชื้อลงได้ (Drvran & Karaca, 2021)

การทำความสะอาดช่องปากและฟัน

ผลการศึกษพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติกำรป้องกัน VAP ด้านการทำความสะอาดช่องปากและฟันอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.83$, $\sigma=0.37$) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ ธิบายได้ว่า นักศึกษามีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีความเสี่ยงสูงของการเกิด VAP รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของการเกิด VAP ทำให้นักศึกษามีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทุกราย นักศึกษาได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกำรป้องกัน VAP โดยมีการทำความสะอาดช่องปากและฟันอย่างเคร่งครัด ด้วยการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม ขนาดเล็ก แปรงเหงือก ฟัน เพดานฟัน ลิ้น เป็นเวลา 3-4 นาที และล้างออกด้วย sterile water (คณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษารูปแบบการจัดการเรียนรู้ทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้เรียนที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ทางคลินิกมีสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (จุฑารัตน์ บันดาลสิน, 2562)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีนักศึกษาประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ที่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนสามารถนำข้อมูลไปปรับวิธีเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ โปสเตอร์ หรือวิดีโอทัศน์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติกำรป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน นำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาวิธีการสอนที่หลากหลายเกี่ยวกับการปฏิบัติกำรป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้

เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ด้วยเทคนิคเพื่อนช่วยเพื่อนที่ช่วยกันสังเกต ตักเตือน รวมทั้งอาจารย์นิเทศหมั่นคอยสังเกตนักศึกษาอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลย้อนกลับภายหลังปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักให้เพิ่มขึ้น รวมทั้งการสอนในภาคทฤษฎีในรูปแบบการสัมมนา การจำลองสถานการณ์ ควบคู่กับการใช้เครื่องสแกนความสะอาดมือภายหลังล้างมือ ที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำความรู้ไปบูรณาการกับการปฏิบัติการป้องกัน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย ตลอดจนปลูกฝังให้มีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการส่งเสริมการเรียนการสอนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ (Pretraining) และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (2567). เอกสารหมายเลข: 103.IC-07 เรื่อง แนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) ทบทวนครั้งที่ 6 มีนาคม 2567 [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการตระหนักรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุฬามณี สมใจ, พิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ (2564) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. *พยาบาลสาร*, 48(2), 1-12.
- ชฎาพร คงเพชร, จรัสศรี อินทรสมหวัง, และนภาพร เพชรศร. (2561). การปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อขณะฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของนิสิตพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 6(3), 55-61.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น.
- ประภาดา วัชรนาถ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคติวงศ์. (2558). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารเกื้อการุณ*, 22(1), 144-155.
- ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. (2564). อุบัติการณ์และสาเหตุของปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลและปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 48(2), 121-130.

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561*. สำนักพิมพ์แพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- AL-Mugheed, K., Bani-Issa, W., Rababa, M., Hayajneh, A. A., Syouf, A. A., Al-Bsheish, M., & Jarrar, M. (2022). Knowledge, practice, compliance, and barriers toward ventilator-associated pneumonia among critical care nurses in Eastern Mediterranean Region: A systematic review. *Healthcare, 10*, 852. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101852>
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). AACN practice alert: Ventilator associated pneumonia. *AACN Advanced Critical Care, 16*(1), 105-109.
- Araujo, M. S., Medeiros, S. M., Costa, R. R., Coutinho, V. R., Mazzo, A., & Sousa, Y. G. (2021). Effect of clinical simulation on the knowledge retention of nursing students. *Acta Paulista de Enfermagem, 34*. eAPE000955. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000955>
- Centers of Disease Control and Prevention. (2024, August 7). *Ventilator-associated pneumonia basics*. <https://www.cdc.gov/ventilator-associated-pneumonia/about/index.html>
- Drvran, E., & Karaca, A. (2021). Knowledge level of nursing students on nosocomial infection. *Erciyes Medical Journal, 43*(2), 135-141. <https://doi.org/10.14744/etd.2019.19615>
- Kalanuria, A. A., Zai, W., & Mirski, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the ICU. *Critical Care, 18*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/cc13775>
- Kalyan, G., Bibi, R., Kaur, R., Bhatti, R., Kumari, R., Rana, R., Kumari, R., Kaur, M., & Kaur, R. (2020). Knowledge and practices of intensive care unit nurses related to prevention of ventilator associated pneumonia in selected intensive care units of a tertiary care centre, India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 25*(5), 369-375. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_128_18
- Li, Y., Liu, C., Xiao, W., Song, T., & Wang, S. (2020). Incidence, risk factors, and outcomes of ventilator-associated pneumonia in traumatic brain injury: A meta-analysis. *Neurocritical Care, 32*, 272-285. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00773-w>
- Lin, H. L., Lai, C. C., & Yang, L. Y. (2014). Critical care nurses' knowledge of measures to prevent ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Infection Control, 42*(8), 923-925. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.05.012>

- Luckraz, H., Manga, N., Senanayake, E. L., Abdelaziz, M., Gopal, S., Charman, S. C., Giri, R., Oppon, R., & Andronis, L. (2018). Cost of treating ventilator-associated pneumonia post cardiac surgery in the National Health Service: Results from a propensity-matched cohort study. *Journal of the Intensive Care Society, 19*(2), 94-100.
<https://doi.org/10.1177/1751143717740804>
- Luo, W., Xing, R., & Wang, C. (2021). The effect of ventilator-associated pneumonia on the prognosis of intensive care unit patients within 90 days and 180 days. *BMC Infectious Diseases, 21*, 2-7.
<https://doi.org/10.1186/s12879-021-06383-2>
- Nseir, S., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Metzeldar, M., Cheyron, D. D., Lambiotte, F.,..... & Rouze, A. (2021). Relationship between ventilator-associated pneumonia and mortality in COVID-19 patients a planned ancillary analysis of the coVAPid cohort. *Critical Care, 25*, 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s13054-021-03588-4>
- Pawlik, J., Tomaszek, L., Mazurek, H., & Medrzycka-Dabrowska, W. (2022). Risk factors and protective factors against ventilator-associated pneumonia-A single-center mixed prospective and retrospective cohort study. *Journal of Personalized Medicine, 12*, 1-14.
<https://doi.org/10.3390/jpm12040597>
- Prapazian, L., Klompas, M., & Luyt, C-E. (2020). Ventilator-associated pneumonia in adults: A narrative review. *Intensive Care Medicine, 46*, 888-906.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05980-0>
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practice of high school graduates. *Journal of the American Dietetic Association, 66*(1), 28-31.
- Semet, M. (2023). The ongoing challenge of ventilator-associated pneumonia: Epidemiology, prevention, and risk factors for mortality in a secondary care hospital intensive care unit. *Infection Prevention in Practice, 5*(4), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100320>
- Shabatura, J. (2024, July 19). *Using Bloom's taxonomy to write effective learning outcomes*.
<https://tips.uark.edu/using-blooms-taxonomy/>
- Wu, D., Wu, C., Zhang, S., & Zhong, Y. (2019). Risk factors of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Frontiers Pharmacology, 10*, 482.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00482>

ผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์

สุพิศรา เศลวัฒน์ทะกุล, ปร.ด*

วัชรวิงศ์ หวังมัน, พย.ม** และธิดารัตน์ คณิงเพียร, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล 2) แบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ได้ค่า 0.96, 0.82. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะผู้นำก่อนและหลังใช้โปรแกรมออนไลน์ด้วยสถิติ dependent t-test หาค่าความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$ $SD = 0.67$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า โปรแกรมออนไลน์ใช้เป็นหลักสูตรเสริมการเรียนนอกห้องเรียนได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$ $SD = 0.64$)

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะ อาจารย์ผู้สอนวิชาการบริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมออนไลน์ไปใช้ในการเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล

คำสำคัญ : โปรแกรมออนไลน์ นักศึกษาพยาบาล ภาวะผู้นำ

* มหาวิทยาลัยราชธานี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: Watchareewongl@bcnsurin.ac.th

(Received: September 14, 2024; Revised: October 29, 2024; Accepted: November 20, 2024)

The Learning Outcome of Nursing Leadership of Nursing Students Via Online Program

Supitra Selawattanakul, Ph.D *

Watchareewong Wangmun, M.S.N.** & Thidarat Kanungpiarn, Ph.D. **

Abstract

This research was quasi-experimental group (one group pre-test post-test design). The objective was to study the Learning Outcome of Nursing Leadership of Nursing Students Via Online Program. The sample consisted of 100 nursing students selected by purposive sampling from persons who met criteria. The instruments comprised with 1) Online Program 2) the leadership questionnaire 3) the satisfaction questionnaire. The content validity Index was verified by 3 experts. The reliability of questionnaire was 0.96, 0.82. Analysis of data before and after studying the online program using dependent t-test statistics and assessment of satisfaction with the online program using descriptive statistics.

The study results showed that after participating in the online program, the sample group had a significantly higher average leadership score compared to before joining the program, with a statistical significance level of $p < .01$. Overall, the sample group's satisfaction level was high ($M = 4.05$, $SD = 0.67$). When considering each item, it was found that the online program could be used as an extracurricular supplementary course, with the highest average score ($M = 4.15$, $SD = 0.64$).

From the result, the findings suggest that the teachers who teach this subject should provide nursing students with learning leadership experiences using online learning.

keywords: program online nursing student leadership

* Rajasthani university

** Boromarajonani college of Nursing, Surin , Faculty of nursing, Praboromrajchanok institute, Ministry of Public Health

บทนำ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 เรียนในรายวิชา พย.๑๔๒๘ การบริหารและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล ๒(๒-๐-๔) ซึ่งมีคำอธิบายรายวิชา ดังนี้แนวคิดหลักการ ทฤษฎีและกระบวนการบริหาร การบริหารการพยาบาล และเทคนิคการบริหาร การบริหารความเสี่ยง การเจรจาต่อรอง ภาวะผู้นำทางการพยาบาล ระบบบริหารคุณภาพทางการพยาบาล คุณลักษณะของวิชาชีพการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้มของวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ยึดหลักความปลอดภัยของผู้รับบริการ การดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และคุณธรรมจริยธรรม (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2560) หัวข้อเรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาล มีความสำคัญและจำเป็นที่นักศึกษาต้องเรียนรู้ในภาคทฤษฎี เพื่อนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนภาคปฏิบัติบริหารการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะการบริหารการพยาบาล เป็นการเตรียมความพร้อมของบัณฑิตพยาบาล ที่เป็นผู้มีความรู้และสามารถบริหารทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดีและมีคุณภาพ โดยให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้รับบริการ ให้มีความปลอดภัย และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

การพัฒนานักศึกษาให้มีความรู้และมีทักษะการบริหารทางการพยาบาล และเตรียมความพร้อมที่จะเป็นบัณฑิตที่มีสมรรถนะการบริหารการพยาบาลได้นั้น ต้องอาศัยการเรียนในชั้นเรียน การเรียนรู้จากการมอบหมายงานของอาจารย์ เรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่างๆที่นักศึกษาสนใจ และเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงโดยการฝึกปฏิบัติและมีอาจารย์พยาบาลที่เลี้ยงในสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับบอริติ นันทศุภวัฒน์ และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2562) พบว่าระบบพี่เลี้ยง โดยให้พยาบาลอาวุโสที่มีความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพทำหน้าที่พี่เลี้ยงผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีและถ่ายทอดประสบการณ์ในวิชาชีพโดยการสอนงานให้แก่พยาบาลหลายกลุ่มซึ่งเป็นผู้ต้องการพัฒนาตนเอง และพบว่าวิธีการเหล่านี้สามารถใช้ได้ผลดีในการพัฒนาการพยาบาลด้านต่างๆในวิชาชีพ และสอดคล้องกับบอลองกต ยะไวทย์ และ ณัฐวัฒน์ วงษ์ชวลิตกุล (2562) การพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนโดยการสร้างสภาวะแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการทำงานในสภาพจริง ได้ระบบซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเตรียมการ 2) การเรียนการสอนในสภาพจริง 3) การให้คำปรึกษา 4) พัฒนาการของผู้เรียนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ 5) ประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และ 6) ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก และมีผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนที่ศึกษาอยู่ในสภาวะแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการทำงานในสภาพจริงหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสอนโดยอาจารย์พี่เลี้ยงเป็นแบบอย่างที่ดีและถ่ายทอดประสบการณ์ในวิชาชีพแวดล้อม รวมทั้งการเรียนด้วยการทำงานในสภาพจริงทำให้ผู้เรียนมีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี อย่างไรก็ตามมีการเรียนอื่นๆ ที่น่าสนใจและนำมาใช้กับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ การนำเทคโนโลยีใช้ในการเรียนการสอนที่มีความเหมาะสมกับผู้เรียน การเรียนและระบบการเรียนที่เปลี่ยนไปจากประสบการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นเหตุให้เปลี่ยนมาใช้ในการเรียน

การสอนแบบออนไลน์ แบบผสมผสานจัดให้เรียนทั้งออนไลน์และเรียนแบบเผชิญหน้าอย่างริบถ้วน และวิธีการสอนแบบเดิมที่ใช้การบรรยายและการใช้สื่อมัลติมีเดียในชั้นเรียนคงไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้การเรียนแบบออนไลน์ สอดคล้องกับธนวรรณ เจริญนาน, สิริยุพิน ศุภรัตน์ชัชฌาและ ปริญญา ทองสอน (2562) ที่นำเสนอนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งเป็นวิธีการลดข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการสื่อสารภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว การเรียนออนไลน์ที่มีเนื้อหาการเรียนวางบนแพลตฟอร์มนั้น ผู้เรียนสามารถเข้ามาศึกษาเรียนรู้ได้ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์การสนทนาระหว่างผู้เรียนและผู้สอนกับบทเรียนบนแพลตฟอร์มได้ตลอดเวลา และเหมาะสมกับช่วงวัยของนักศึกษาในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และยังลดช่องว่างในการเรียนรู้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการนำใช้โปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาล อีกทั้งการเรียนรู้เรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาลโดยโปรแกรมออนไลน์จะทำให้นักศึกษาเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้เรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาลได้จริงหรือไม่อย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัย เรื่องผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้โปรแกรมออนไลน์ และนำผลการศึกษามาพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนเรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาล รวมทั้งเป็นแนวทางพัฒนาการเรียนการสอนในเรื่องอื่นๆทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลก่อนและหลังการเรียนผ่านโปรแกรมออนไลน์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลหลังการเรียนผ่านโปรแกรมออนไลน์สูงกว่าก่อนเรียน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนด้วยโปรแกรมออนไลน์ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล โดยศึกษากับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2565 โดยการเลือกแบบเจาะจงนักศึกษาจำนวน 100 คน และใช้การเรียนการสอนด้วย Google classroom เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 – กรกฎาคม พ.ศ.2565

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล

ตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และความพึงพอใจต่อโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมออนไลน์เรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาล

ได้พัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis; A) ศึกษาสภาพการณ์และแนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design; D) กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ เนื้อหา แบบทดสอบ วางแผนสอน และสื่อสอนบทเรียนออนไลน์

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development; D) การสร้างบทเรียนออนไลน์ ตามที่ได้ออกแบบ สร้างคู่มือการใช้โปรแกรมออนไลน์ ทำแผนสอน ทำแบบทดสอบ และจัดทำสื่อการสอน ตรวจสอบคุณภาพของบทเรียนออนไลน์ โดยผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 4 การนำบทเรียนไปใช้ (Implementation; I) การสอนโดยใช้โปรแกรมออนไลน์ที่มีกิจกรรมการเรียนรู้บนแพลตฟอร์ม Google classroom

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation; E) ทำการทดสอบก่อนและหลังเรียนภาวะผู้นำทางการพยาบาล

- ผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
- ความพึงพอใจต่อโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบ One group pre-posttest เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมออนไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 100 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ และ 4) มีความสามารถในการใช้ Google classroom ในการเรียนได้

คุณสมบัติของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ และ
- 4) มีความสามารถในการใช้ Google classroom ในการเรียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีอุปสรรคในระหว่างการทำทดลองทำให้ไม่สามารถเล่าเรียนได้
- 2) ไม่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
- 3) ไม่ให้ความร่วมมือในการเรียนโปรแกรมออนไลน์

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกอย่างเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน โดยมี

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย และประสบการณ์การเรียนออนไลน์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบมาตรฐานการเรียนรู้หัวข้อภาวะผู้นำทางการพยาบาล โดยมี 21 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ

- 5 คะแนน หมายถึง มีผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ในระดับดีมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ในระดับดี
- 3 คะแนน หมายถึง มีผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ในระดับปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง มีผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ในระดับน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง มีผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับต่าง ๆ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน กำหนดระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก

ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับต่าง ๆ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า 0.82

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยบทเรียนโปรแกรมภาวะผู้นำทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ การวิจัยเรื่องนี้ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และมีได้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจผลการเรียนของรายวิชาสำหรับข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ มีดังนี้

- 1) ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเรื่องผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์ ให้ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 100 คน ได้รับทราบ ขอความร่วมมือทำการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็น จำนวน 100 คน ได้ให้คำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) ให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบก่อนเรียน (pre-test) เรื่องผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลโดยทดสอบแบบออนไลน์ผ่าน Google form

ขั้นดำเนินการทดลอง มีดังนี้

- 1) ปฐมนิเทศให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวิธีการเรียนบทเรียนโปรแกรมออนไลน์ผลลัพธ์เรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล ให้นักศึกษาลงทะเบียนเรียนออนไลน์ โดยการแจ้งรายชื่อ นามสกุล รหัสนักศึกษา และ e-mail address ส่วนตัวที่ใช้นามสกุล bcnsurin.ac.th ผ่านทางโปรแกรม Zoom meeting เนื้อหาการปฐมนิเทศเกี่ยวกับวิธีการเรียนโปรแกรมออนไลน์ ได้แก่ ลงทะเบียนเรียน การรับเชิญและเข้าห้องเรียน Google classroom ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ปฏิสัมพันธ์ผ่านระบบออนไลน์บนกระดานสนทนา การส่งงานที่ได้รับมอบหมาย และการบริหารเวลาในการเรียน

2) ผู้วิจัยสร้างห้องเรียนภาวะผู้นำทางการพยาบาลในระบบออนไลน์ Google classroom และนำบทเรียนโปรแกรมออนไลน์เรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งแบ่งเนื้อหาเป็น 5 โมดูล วางบนแพลตฟอร์มของ Google classroom

3) ได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเข้าห้องเรียนออนไลน์ ตาม email address ที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้ลงทะเบียนไว้

4) กลุ่มตัวอย่างรับเชิญเข้าร่วมในห้องเรียน google classroom แล้วจะปรากฏรายชื่อ และสามารถเข้ามาในระบบห้องเรียน Google classroom เพื่อเรียนรู้เนื้อหาโปรแกรมออนไลน์ที่ผู้วิจัยได้วางไว้บนแพลตฟอร์ม google classroom เป็นที่เรียบร้อย

5) กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องเรียน Google classroom กำหนดระยะเวลาเรียน ชั้นเรียนรู้ผ่านโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล ภายใน 30 วัน จำนวน โมดูล ดังนี้ โมดูลที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีภาวะผู้นำ โมดูลที่ 2 ความสำคัญผู้บริหารการพยาบาลกับภาวะผู้นำทางการพยาบาล โมดูลที่ 3 คุณลักษณะและการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล โมดูลที่ 4 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการบริหารการพยาบาล และ โมดูลที่ 5 กรณีศึกษาภาวะผู้นำทางการพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกเรียนโมดูลตามช่วงเวลาได้อย่างอิสระ พร้อมทั้งอภิปราย แสดงความคิดเห็น ทำแบบทดสอบและกิจกรรมมอบหมายบนกระดานสนทนา ในห้องเรียน Google classroom

ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เรียนโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลครบถ้วนทั้ง 5 โมดูล ภายในระยะเวลา 30 วัน แล้ว ให้ทำการทดสอบแบบออนไลน์ผ่าน Google form ได้แก่ การทดสอบหลังเรียน (Post-test) โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาล และทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลก่อนและหลังทำการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่อิสระต่อกัน (dependent หรือ paired t-test)
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89 (89 คน) รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 11 (11 คน) อายุระหว่าง 19-20 ปี และ นั้บถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 (100 คน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (n= 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	11
หญิง	89	89
อายุ		
19-20 ปี	100	100
สถานภาพสมรส		
โสด	100	100
นั้บถือศาสนา		
พุทธ	100	100

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$ $SD = 0.67$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า โปรแกรมออนไลน์ใช้เป็นหลักสูตรเสริมการเรียนนอกห้องเรียนได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$ $SD = 0.64$) รองลงมาคือ การเรียบเรียงนำเสนอโปรแกรมออนไลน์อย่างเป็นลำดับ ($M = 4.12$ $SD = 0.67$) และ เนื้อหาสาระน่าประยุกต์ใช้ปฏิบัติการบริหารการพยาบาลได้ ($M = 4.11$ $SD = 0.68$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมออนไลน์

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1.ด้านเนื้อหาโปรแกรมออนไลน์			มาก
1.1 เนื้อหาสาระมีความสอดคล้องกับหัวข้อบทเรียน	4.08	0.70	
1.2 เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมใช้เรียนผ่านออนไลน์	4.09	0.66	มาก
1.3 เนื้อหาบทเรียนสามารถใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.07	0.67	มาก
1.4 เนื้อหาสาระได้ให้ความรู้เรื่องภาวะผู้นำทางการพยาบาลได้	4.10	0.61	มาก
1.5 เนื้อหาสาระน่าประยุกต์ใช้ปฏิบัติการบริหารการพยาบาลได้	4.11	0.68	มาก
1.6 เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมกับเวลาเรียนออนไลน์	4.10	0.67	มาก
	4.12	0.67	มาก

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
2.ด้านการนำเสนอสื่อโปรแกรมออนไลน์			
2.1 มีการเรียบเรียงนำเสนอโปรแกรมออนไลน์อย่างเป็นลำดับ			
2.2 โปรแกรมออนไลน์ใช้สื่อเป็นคลิปวิดีโอมีความเหมาะสม	4.02	0.71	มาก
2.3 ขนาดของตัวหนังสือในคลิปวิดีโอชัดเจนมีความเหมาะสม	4.00	0.68	มาก
2.4 ภาพประกอบสื่อโปรแกรมออนไลน์มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและชัดเจน	3.97	0.75	มาก
2.5 การนำเสนอสื่อโปรแกรมออนไลน์มีระดับเสียงดังชัดเจน	4.04	0.72	มาก
3.ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี			
3.1 ใช้เทคโนโลยีที่ให้ความสะดวกในการเข้าเรียนออนไลน์	4.08	0.67	มาก
3.2 มีความสะดวกในการมอบหมายงานและส่งงาน	3.97	0.73	มาก
3.3 การเรียนออนไลน์สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันได้	4.09	0.65	มาก
4. ด้านประโยชน์และการนำไปใช้			
4.1 สามารถใช้โปรแกรมออนไลน์เรียนรู้ด้วยตนเอง	4.02	0.62	มาก
4.2 เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้จากเนื้อหาโปรแกรมออนไลน์	4.08	0.66	มาก
4.3 ผลลัพธ์การเรียนรู้นำไปใช้ปฏิบัติการบริหารการพยาบาล	3.82	0.65	มาก
4.4 โปรแกรมออนไลน์ใช้เป็นหลักสูตรเสริมการเรียนนอกห้องเรียนได้	4.15	0.64	มาก
4.5 การเรียนรู้ผ่านโปรแกรมออนไลน์มีความสะดวกทั้งเวลาและอิสระในการเลือกสถานที่เรียน	4.07	0.63	มาก
ระดับความพึงพอใจในภาพรวม	4.05	0.67	มาก

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะผู้นำทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำทางการพยาบาลหลังการทดลอง ($M = 4.22, SD = 0.45$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ ($M = 3.98, SD = 0.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะผู้นำทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ($n=99$)

ภาวะผู้นำทางการพยาบาล	M	SD	t	p-value
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	3.98	0.53	-3.246	.002*
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	4.22	0.45		

* $P < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผลลัพธ์การเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์ พบว่าโปรแกรมออนไลน์ที่ประกอบด้วย การนำใช้ระบบห้องเรียน Google classroom เพื่อเรียนรู้เนื้อหาโปรแกรมออนไลน์ที่ผู้วิจัยได้วางไว้บนแพลตฟอร์ม google classroom โดยเข้าชั้นเรียนออนไลน์ 4 โมดูล ได้แก่ โมดูลที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีภาวะผู้นำ โมดูลที่ 2 ความสำคัญผู้บริหารการพยาบาลกับภาวะผู้นำทางการพยาบาล โมดูลที่ 3 คุณลักษณะ และการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล โมดูลที่ 4 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการบริหารการพยาบาล และ โมดูลที่ 5 กรณีศึกษาภาวะผู้นำทางการพยาบาล โดยนักศึกษาสามารถเลือกเรียนโมดูลตามช่วงเวลาได้อย่างอิสระ พร้อมทั้งอภิปราย แสดงความคิดเห็น ทำแบบทดสอบและกิจกรรมมอบหมายบนกระดานสนทนา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การเรียนรู้แบบออนไลน์ สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในชั้นเรียนออนไลน์ กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lapitan, Tiangco, Sumalinog, Sabarillo & Diaz, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิตรา เศลวัตนะกุล กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สุกรใจ เจริญสุข และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี (2564) ที่ศึกษาวิจัยการพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักเวชจริยศาสตร์สำหรับนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักเวชจริยศาสตร์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนโปรแกรมออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความพึงพอใจต่อการเรียนโปรแกรมออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับดี มากกว่านั้น การจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์แก่ผู้เรียนออนไลน์สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และทำความเข้าใจในจุดประสงค์ของการเรียน ความใส่ใจในการเรียนได้มากขึ้น (Bawane & Spector, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (web-based instruction) ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ของนักศึกษา ที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (แดนชัย ขอบจิตร ตลนภา ไชยสมบัติ และ สุทธิณี มหามิตร วงค์แสน (2560) การพัฒนาสื่อนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนการสอน ที่มีการเรียนออนไลน์ที่มีเนื้อหาการเรียนวางบนแพลตฟอร์มที่เข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลา มีปฏิสัมพันธ์การสนทนาระหว่างผู้เรียนและผู้สอนกับบทเรียนบนแพลตฟอร์มได้ตลอดเป็นกระบวนการสื่อสารที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ได้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักศึกษาและเข้าถึงทุกที่ทุกเวลา ดังนั้น การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ทางออนไลน์ถือเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนากระบวนการเรียนรู้ภาวะผู้นำทางการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ศึกษาวิจัยถึงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมการเรียนรู้แบบออนไลน์และการเรียนรู้แบบปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ของการมีโรคระบาดหรือเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองในรายวิชาทางการบริหาร
2. เป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในรายวิชาอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับปรับปรุง 2560*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.
- แดนชัย ขอบจิตร ดลนภา ไชยสมบัติ และ สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (Web-Based Instruction) ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารวิจัยทางการพยาบาลและสุขภาพ*, 16(14), 95-105.
- ธนวรรณ เจริญนาน, สิริยุพิน ศุภรัตน์ชกัฒนาและ ปริญญา ทองสอน. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ด้วย Google Classroom เรื่อง การสร้างสรรค์ ชิ้นงานด้วยไมโครซอฟท์เพาเวอร์พ้อย สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารศึกษาศาสตร์ มมร.* 7(1), 381-396.
- นันท์ศุภวัฒน์ และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2562). ระบบที่เกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาร.* 4(3): 1-7.
- สุพิตรา เศลวัตนะกุล กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ศุภกรใจ เจริญสุข และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. (2564). การพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามหลักเวชจริยศาสตร์ สำหรับนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมออนไลน์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์และสุขภาพ*, 1(2), 25-36
- อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2562). ระบบที่เกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล, *พยาบาลสาร*, 4(3), 232–238. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/218568>
- อลงกต ยะไวทย์ และ ณัฐวัฒน์ วงษ์ขวลิตกุล. (2562). การพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนโดยการสร้างสภาวะแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการทำงานในสภาพจริง. *วารสารครุศาสตร์.47*(ฉบับเพิ่มเติม 2): 407-427.
- Bawane, J. & Spector, M.J. (2009). Prioritization of online instructor roles: implications for competency-based teacher education programs. *Distance Education*, 30(3), 383-397. [Doi.org/10.1080/01587910903236536](https://doi.org/10.1080/01587910903236536).
- Lapitan, L.Jr., Tiangco, C.E., Sumalinog, D., Sabarillo, N.S., Diaz, J.M. (2021). An effective blended online teaching and learning strategy during the COVID-19 pandemic. *Chemical Engineering Education*, 35,116–31. <https://doi.org/10.1016/j.ece.2021.01.012>

ประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพของประชาชนจังหวัดนนทบุรี

ณัฐนันท์ วรสุข, ศศ.ด* และโสสมสิริ รอดพิพัฒน์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศในยุคปัจจุบัน เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมและศึกษาผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* power Test family กำหนดค่า Effect size .50, α =.05, β = .95 จำนวนกลุ่มละ 88 คน ประกอบด้วยกลุ่มอายุ 50- 59 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมี 4 องค์ประกอบหลักที่ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีความพร้อมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

สรุป แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ช่วยเตรียมความพร้อมให้ประชาชนที่จะเป็นผู้สูงอายุให้มีทักษะในการปฏิบัติตนเอง สามารถจัดการตนเองได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ แนวทางการเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพรพบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: s_rodpiat@bcnnon.ac.th

(Received: September 26, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Effectiveness of the preparation for active ageing in Nonthaburi Province

Nattanan Worasuk, Ph.D.* & Somsiri Rodpipat, M.N.S.**

Abstract

Preparing people to become active ageing is crucial for national development in the present era to sustainably enter a quality aging society. This study aims to develop guidelines for preparing individuals to become capable elderly people and to evaluate the effectiveness of these preparation guidelines. The study used a quasi-experimental design. The sample size was determined using G* Power Test, with T-tests employed for statistical analysis. The statistical test used was the mean difference between two independent means (two groups), with an effect size of 0.50, $\alpha = 0.05$, and $\beta = 0.95$. The sample included 88 individuals aged 50-59 without chronic diseases and 88 individuals with diabetes. The statistical tools used were percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: The preparation guidelines for becoming capable elderly individuals encompass five aspects: physical, mental, emotional, social, and spiritual. There are four key components that promote successful aging: 1) setting clear goals, 2) health literacy, 3) self-health management, and 4) maintaining consistent self-care. The study found significant statistical differences ($p < 0.05$) before and after applying the preparation guidelines in both groups (those with and without chronic diseases).

Conclusion: The preparation guidelines for becoming potential elderly help equip citizens with self-management skills and desired health behaviors, leading them to become Active ageing in the future.

Keywords: Effectiveness Readiness Preparation Elderly Active ageing

*Faculty of Nursing, Shinawatra University

**Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute ,
Ministry of Public Health

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรที่มีความรู้และมีศักยภาพ ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลายเท่าตัว ปัจจุบันรัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 4 แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 13 ของรายจ่ายทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก 15 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นถึง 1.4-1.8 ล้านล้านบาท โดยกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, 2561) จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2560 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ซึ่งถือว่าได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) และเข้าสู่สังคมสูงวัยที่สมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสูงสุด (รติมา คชนันท์, 2561)

สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานมากขึ้น และต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงอาจขาดความอบอุ่น หรือถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ รวมไปถึงรู้สึกเหงา ยิ่งเมื่อไม่ได้ทำงาน และต้องกลายเป็นภาระให้กับลูกหลาน นอกจากนี้การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม (พรทิพย์ สาริโส, 2560) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในสังคมสูงวัยที่กล่าวมา แสดงให้เห็นถึงว่าการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยการเตรียมรับมือเป็นอย่างดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น มีความสุขมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นสิ่งสำคัญ ประเด็นสังคมสูงวัยจึงถูกผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ทำให้การขับเคลื่อนดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ถือเป็นประเด็นหลักที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ในทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม และบริการสาธารณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) แต่อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรค ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย การตรวจร่างกายประจำปี การขาดความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และการจัดเตรียมการเงินเพื่ออนาคต (ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การมีแนวทางการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนในช่วงอายุ 50-59 ปี เป็นเรื่องที่จำเป็น เนื่องจากเป็นการวางแผนเชิงรุก ในการเตรียมความพร้อมประชาชนล่วงหน้าก่อน อายุ 60 ปี ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active ageing) (WHO, 2002)

จากการทำงานของทีมผู้วิจัยที่สอนภาคปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในพื้นที่ฝึภาคปฏิบัติของจังหวัดนนทบุรี พบปัญหาว่ายังไม่มีมีการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและแนวทางการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมของประชาชนอายุ 50-59 ปี ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของประเทศไทย (Guidelines for preparing people aged 50-59 years to be the active ageing in Thailand) ที่ ม.อ. วิจัย โดยอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษา ที่เป็นสถาบันการสอนด้านสุขภาพ จึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง

ประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของจังหวัดนนทบุรี (The effectiveness of the approach to preparing people to be the active Ageing in Nonthaburi Province) เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางให้ประชาชนมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพทำให้ประชาชนสุขภาพดี ก่อนที่จะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ของประเทศไทย

การศึกษาวิจัย เรื่องประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของประชาชนจังหวัดนนทบุรีนี้ ทีมผู้วิจัยคาดว่าประชาชนจะมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมตนเองอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และตอบเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ชาติในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพของประชาชน ผู้สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมทั้งประชาชนมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ ตั้งแต่อายุ 50-59 ปี ทำให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ประเทศชาติมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน รวมทั้งสามารถนำผลการวิจัยไปขยายผลกับประชาชนทั่วประเทศในวงกว้างและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ศึกษานโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และประเมินภาวะสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมาย ศึกษาทฤษฎีแนวคิดหลักการเตรียมความพร้อมที่มีศักยภาพ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ทำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโดยใช้เดลฟายเทคนิค (Delphi Technique)

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของจังหวัดนนทบุรี โดยการวิจัยแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

มิถุนายน พ.ศ. 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชน อายุ 50 – 59 ปี ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-59 ปี ใน 6 อำเภอ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 200 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-59 ปี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* power Test family กำหนดค่า Effect size .50, $\alpha = .05$ $\beta = .95$ ได้จำนวนกลุ่มละ 88 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. อายุ 50-59 ปี
2. ไม่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมในกิจกรรมของโครงการวิจัย
3. สามารถสื่อสารโดยการพูดและฟังภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. มีความประสงค์จะออกจากการวิจัย
2. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้

เกณฑ์การเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. เข้าร่วมโปรแกรมฯ น้อยกว่าร้อยละ 80
2. เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1.1. แบบสอบถามแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1.2. แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) เกี่ยวกับแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

การเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มี

ศักยภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่พัฒนาในระยะที่ 1 โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประโยชน์ของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ขั้นที่ 2 ให้ความรู้ และทำความเข้าใจ ในแต่ละขั้นตอนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging)

ขั้นที่ 3 ตั้งเป้าหมายในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้วยตนเอง

ขั้นที่ 4 ปฏิบัติตามแนวทางเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยยึดหลักการ จัดการตนเอง
ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ และการดูแลสุขภาพ 5 ด้าน

ขั้นที่ 5 ประเมินผลพัฒนาตนเองต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก ที่ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

คะแนน 1-4.99	การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพน้อย
คะแนน 5-8.99	การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพค่อนข้างน้อย
คะแนน 9-12.99	การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพปานกลาง
คะแนน 13-16.99	การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพค่อนข้างมาก
คะแนน 17-20	การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และแบบประเมินความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ ให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า Content validity index: CVI เท่ากับ .85 และ .82 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบประเมินความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 50-59 ปีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของมหาลัยชินวัตร เลขที่ได้รับอนุมัติ IRBS 23/17 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ paired t-test

สถานที่ทำวิจัย เขตจังหวัดนนทบุรี

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยตอบวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ(Active Ageing)

จากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม (Self-Determination Theory: SDT) (Chodzko-Zajko et al., 2009) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เดลฟายเทคนิค (Delphi Technique) (Skulmoski et al., 2020) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 17 ท่าน ได้แนวทางการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ ประกอบด้วยแนวทาง 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยมี 4 องค์ประกอบหลักที่ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง เขียนสรุปเป็นแนวปฏิบัติได้ดังนี้

แนวทางการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและเกณฑ์การประเมินตนเองได้ดังนี้

องค์ประกอบหลัก	แนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ
1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง	ด้านร่างกาย 1. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ 2. ออกกำลังกาย ครั้งละ 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์ 3. อยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ 4. นอนหลับพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง/วัน ด้านจิตใจ 5. ตรวจสอบดูแลความคิดตนเองไปในทางบวกทุกวัน 6. มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ทุกวัน 7. ไม่คิดเกี่ยวข้อง และลด ละ เลิก สุรา บุหรี่ สิ่งเสพติด 8. ให้ทำจิตใจสงบแก้ปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบตัวเรา ด้านอารมณ์ 9. ทำความรู้สึกให้สดชื่นเบิกบาน 10. ปรับอารมณ์ให้สมดุลรับกับสถานการณ์ต่างๆ 11. ตรวจสอบอารมณ์ของตนเองให้คงที่ทุกวัน 12. ปรับอารมณ์ให้สมดุลรับกับสถานการณ์ต่างๆ ด้านสังคม 13. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม 14. เตรียมและใช้เวลากับตนเองและครอบครัว 15. มีการวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุม 16. มีการเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยในชีวิต

องค์ประกอบหลัก	แนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ
	ด้านจิตวิญญาณ 17. เข้าใจตนเองดูแลและเท่าทันปรับภายในตนทุกวัน 18. เข้าใจโลกในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 19. เข้าใจผู้อื่นและตอบสนองอย่างเหมาะสม 20. มีเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักยภาพ

ประเมินการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพด้วยตนเอง เพื่อวัดระดับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยหากมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในแต่ละข้อ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ทั้งนี้กำหนดระดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพจากการประเมินตนเอง ดังนี้

คะแนน 1-4 การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพน้อย

คะแนน 5-8 การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพค่อนข้างน้อย

คะแนน 9-12 การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพปานกลาง

คะแนน 13-16 การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพค่อนข้างมาก

คะแนน 17-20 การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพมาก

ตอนที่ 2 ผลของการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 88 คน อายุระหว่าง 50-59 ปี อายุเฉลี่ย 54.16 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 48 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.55 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 51.14 มีประวัติการแพ้ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 17.05 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 43.18

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน จำนวน 88 คน อายุระหว่าง 50-59 ปี อายุเฉลี่ย 55.26 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.59 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73 มีประวัติการแพ้ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 10.23 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.09

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (n= 88)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว	12.87	2.72	18.80	2.52	< 0.05*

*p-value 0.05

จากตาราง พบว่า การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพของกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน (n= 88)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน	12.40	2.35	15.97	2.03	< 0.05*

*p-value 0.05

จากตาราง พบว่าการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ประชาชนที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพร้อม สามารถจัดการตนเองได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน คะแนนความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคะแนนอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

การวิจัยประสิทธิผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ของประชาชนจังหวัดนนทบุรี (Effectiveness of the preparation for active ageing in Nonthaburi Province) สรุปได้ได้ว่า แนวทางการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย แนวทาง 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติได้ดังนี้

การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมครั้งละ 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์ การอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ประกอบด้วยการตรวจสอบดูแลความคิดตนเองไปในทางบวกทุกวันมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ ไม่คิดเกี่ยวข้อง และลด ละ เลิก สุรา บุหรี่ สิ่งเสพติด ทำจิตใจ สงบแก้ปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบ

การเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์ ประกอบด้วยการทำความรู้สึกให้สดชื่นเบิกบาน ปรับอารมณ์ให้สมดุลรับกับสถานการณ์ต่างๆ ตรวจสอบอารมณ์ของตนเองให้คงที่ ปรับอารมณ์ให้สมดุลรับกับสถานการณ์ต่างๆ

การเตรียมความพร้อมด้านสังคม ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เตรียมและใช้เวลากับตนเองและครอบครัว มีการวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุม มีการเตรียมเรื่องที่อยู่ อาศัยให้ปลอดภัยในชีวิต

การเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยการเข้าใจตนเองดูแลและเท่าทันปรับภายในตน เข้าใจโลกในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เข้าใจผู้อื่นและตอบสนองอย่างเหมาะสม มีเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักยภาพ

โดยมี 4 องค์ประกอบหลักที่ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง และพบว่า การเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีความพร้อมอยู่ในระดับระดับค่อนข้างมาก ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

แนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัญญา ปัญจพล (2558) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการ อายุระหว่าง 50-59 ปี พบว่าการเตรียมความพร้อมประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมการเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดเป้าหมายในการเตรียมเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ และเป็นความต้องการจากภายในสู่ภายนอก

องค์ประกอบหลักที่ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คือ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของตนเอง 3) การจัดการสุขภาพตนเอง 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาชร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้ถึงร้อยละ 68.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Liu Y และ

คณะ (2021) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสร้างความตระหนักในด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การป้องกัน โรค และการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ช่วยให้ประชาชนเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดียิ่งขึ้น โดยการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน เช่น การอบรมหรือสัมมนา เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพ สรุป ประสิทธิภาพของแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ประชาชนที่จะเป็นผู้สูงอายุมีความรู้ มีทัศนคติ มีทักษะในการปฏิบัติตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ (Herrman et al., 2021) โดยการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ด้วยแนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีความพร้อมอยู่ในระดับระดับค่อนข้างมาก ส่วนกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมได้ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เพื่อให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. การนำผลการวิจัยไปใช้เตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ
2. การนำผลการวิจัยไปขยายผลจัดทำเป็นสื่อแบบอิเล็กทรอนิกส์ อื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการเตรียมความพร้อม และเข้าถึงง่ายกับประชาชนในวงกว้าง
3. การใช้เตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ
4. การนำเสนอในกลุ่มวัยทำงานเพื่อกระตุ้นและใช้เป็นแรงจูงใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
5. ใช้ปรับเปลี่ยนนโยบายและกลยุทธ์ให้เกิดการเปลี่ยนต่อสังคมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพทุกช่วงวัยในอาชีพต่าง
3. รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในกลุ่มผู้พิการ
4. รูปแบบผู้สูงอายุที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
5. การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ ชาลี. (2561). การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].
- ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และคณะ. (2563). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2)*, 53-62.
- ชนัญญา ปัญจพล. (2558). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกื้อรอด, ภัทร อภิวัฒน์กุล และ ขวัญกมล ถนัดคำ (2561). *ประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า: รายงานการศึกษา. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*
- พรทิพย์ สารีโส. (2560). สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : เขตเทศบาลเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 40(2)*, 85-95.
- รติมา คชนันน์. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- วชากร นพนรินทร์. (2563). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. NU Intellectual Repository. <http://nuir.lib.nu.ac.th>
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc, 41(7)*, 1510-1530.
- Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. (2021). What is resilience? *Can J Psychiatry, 66(5)*, 417-420.
- Liu Y, Zhang J, Bao G, Huang Y, Zou Y, Zhang L, et al. (2021). The influence of health-promoting lifestyles on health-related quality of life among rural elderly in China. *BMC Public Health, 21(1)*, 65.
- Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. (2020). The Delphi method for graduate research. *J Inf Technol Educ Res, 8(2)*, 1-21. <https://doi:10.28945/3676>
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สุรียา ฟองเกิด, ปร.ด.*, สรวงทิพย์ ภู่อุณา, พย.ม.*

ศุภรา ทิमानันโต, กศ.ม.*, วิดีพร ยอดประเสริฐ, พย.ม.** และสุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล, ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล ของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) ประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุฯ 3) มีส่วนร่วมในการดูแลและเก็บข้อมูลผู้สูงอายุฯ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 4) ร่วมวางแผนหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุฯ และ 5) ประเมินแนวทางการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุฯ 58 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน 1.รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นหลังจากศึกษาสถานการณ์ 2.การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง = 0.86 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่า Cronbach's alpha = 0.82 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 001) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 001) การศึกษาและพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model) พบว่ารูปแบบที่มีความเหมาะสม ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: พัฒนาแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลอย่างต่อเนื่อง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร: Corresponding e-mail: Sunun.s@siu.ac.th

Development of a Community-Based Continuous Care Model for Elderly Individuals with Dependency in Ban Suan Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province

Suriya Fongkerd, Ph.D.* , Srongtip Pookitsana, M.N.S.*

Supara Himananto, M.Ed.* , Thitiporn Yodprasert, B.N.S.** & Sunun Sinsuesatkul, Ph.D.***

Abstract

This participatory action research aims to develop and evaluate the effectiveness of a community-based continuous care model for elderly individuals with dependency. The study was conducted in the community of Ban Suan Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province and comprised five stages: 1) examining the situation of elderly individuals with dependency, 2) assessing the health perception of caregivers and dependent elderly in the community, 3) examining community participation in elderly care, 4) planning for the care model, and 5) Evaluating the developing the care model for community-based elderly care. The purposive sample consisted of 58 elderly individuals, dyad into a control and experimental group of 29 participants each. The research tools included 1) a community participation care model developed by the researcher after an initial study and 2) data collection tools such as health perception questionnaires, quality of life surveys, and satisfaction with dependent long-term care model usage. Three experts validated content validity of 0.86 and a Cronbach's alpha of 0.82 for reliability. Quantitative data analysis was performed using statistical methods, and qualitative data from in-depth interviews were content-analyzed. Results indicated statistically significant health perception caregivers and quality of life post-intervention (p -value $< .001$). Satisfaction with the care model was higher in the experimental group compared to the control group, with a statistically significant difference (p -value $< .001$) The developed model, the LTC Ban Suan Model, includes four key activities: 1) development of knowledge and skills for family members in caring for dependent elderly, 2) support activities by neighbors for elderly care, 3) assistance by community leaders, and 4) coordination of support by a network of stakeholders.

Keywords: model development community participation elderly with dependency long-term care (LTC)

*Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**Ban Suan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Chonburi Province

***Faculty of Nursing Shinawatra University

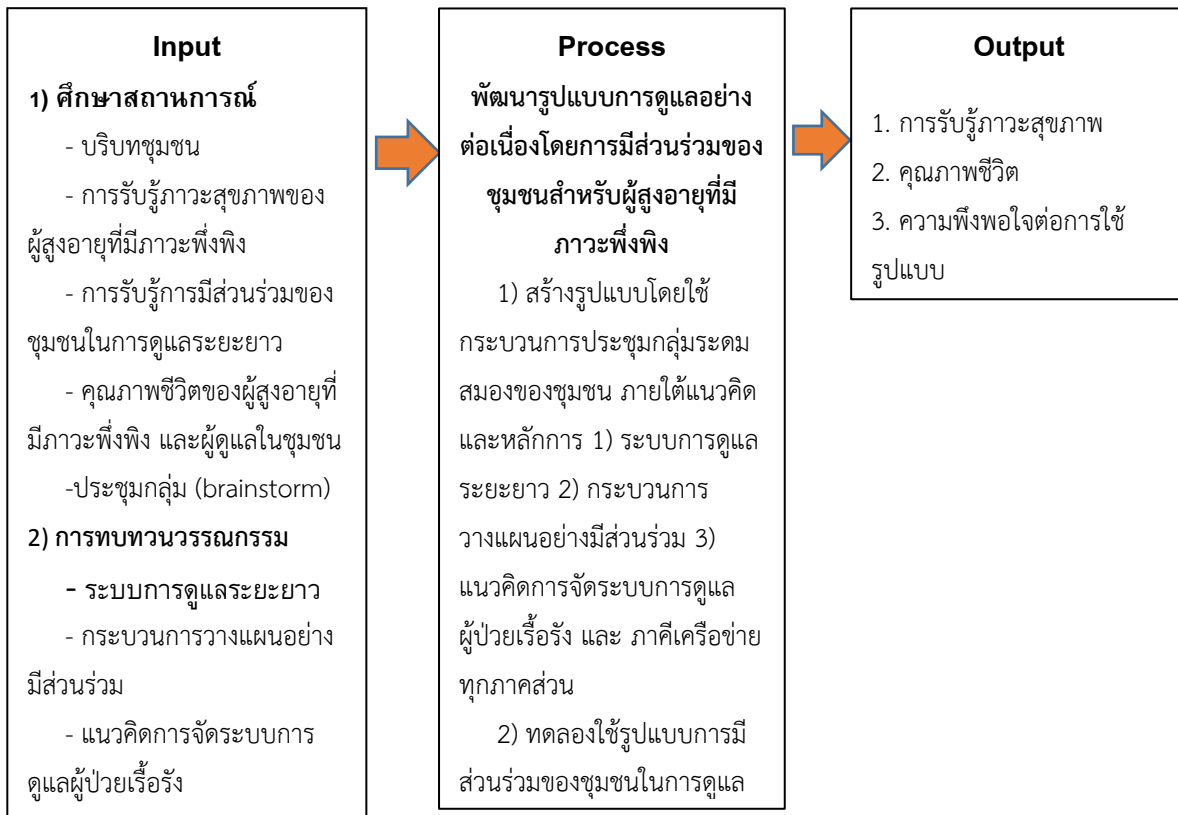
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่า ในปี 2566 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ความสามารถรักษาสมดุลในวัยชราตนเอง ด้านสุขภาพกาย จิตใจ มีความมั่นคง ปรับตัวเข้ากับวัยชรา มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Jazayeri, E., et.al., 2023) ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน เมื่อสุขภาพกายเสื่อมสภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น องค์การอนามัยโลก ได้รายงานเรื่องการสูงอายุและสุขภาพดี (WHO, 2015) ต่อมา มีบทความโต้แย้งองค์การอนามัยโลกว่าการเพิ่มอายุยืนทั่วโลกไม่ได้มาพร้อมสุขภาพที่ดี ดังนั้นจำเป็นต้องมีการตอบสนองด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องและมุ่งเน้นความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (Venkatapuram, S., Thiyagarajan, J.A., 2023)

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความพิการ ได้มีการกำหนดโครงการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care; LTC) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลมักประสบปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร ขาดความต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงประยุกต์ ทฤษฎีของ (Lunenburg & Ornstein, 1996) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ 1) ปัจจัยนำเข้า input ประกอบด้วย บริบท หรือองค์ประกอบที่จะนำไปสู่การดำเนินการ รวมทั้งสภาพแวดล้อม 2) Process คือวิธีการที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิต 3) Output คือ ความสำเร็จ ความพึงพอใจ หรือประสิทธิภาพ) มาใช้ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ซึ่งได้เริ่มต้นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามระบบการดูแลระยะยาว โดยการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ พบว่าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบดังกล่าว เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชนสำหรับเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและนำไปสู่กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดตามทฤษฎีระบบ (Lunenburg & Ornstein, 1996) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ องค์ดังกล่าวแล้ว ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอีก 3 ทฤษฎี ได้แก่ 1) ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) 2) กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมด้วย (Appreciation-Influence-Control : A-I-C) และ 3) แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model : CCM) ดังภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ภายหลังได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 – พฤษภาคม 2564 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทของชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร (Documentary analysis)

ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1) **กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก** คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดกลุ่มขนาดกลาง เพื่อทำการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 8-10 คน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 4 ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งผ่านการอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูล และสร้างแนวคำถาม และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ภาษา การสื่อความหมาย นำมาปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) = 0.86

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus group discussion In-depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 4 กลุ่ม ในประเด็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 1) สถานการณ์ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมและ รูปแบบในการดูแล และ 4) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขณะสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม จดบันทึกและบันทึกเสียง ใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง จากนั้น จะสรุปข้อมูลโดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายใน 24 ชั่วโมง

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังถอดคำสัมภาษณ์ โดยการกำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978) และเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูล ตามกระบวนการวิจัย ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่า มีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความ เป็นจริงระดับต่างๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย 2) การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยเขียนรายละเอียดของ

กระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ 3) ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัย ในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยได้เขียนบรรยายลักษณะของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและ 4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผลการวิจัยเป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสามารถตรวจสอบได้

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม จัดเตรียมประเด็นในการสนทนากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จัดทำร่างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ

ขั้นที่ 2 ขั้นร่วมกันคิดและระดมสมอง (Brain storming) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ได้สนทนากลุ่มไปให้กลับมาประชุมเพื่อระดมสมองในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในประเด็น สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบ ระยะเวลา 1 วัน

ขั้นที่ 3 สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้รูปแบบการดูแลในระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ตำบลบ้านสวนฯ (LTC Ban Suan Model) โดยมี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย เทศบาลเมืองบ้านสวน ภาคเอกชน มูลนิธิไตรคุณธรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน และ โรงพยาบาลชลบุรี

ขั้นที่ 4 จัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อรับรองรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมสัมมนา และพิจารณารับรองรูปแบบฯ 3 ท่าน ร่วมกับผู้วิจัยและทำการรับรองรูปแบบตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินมาตรฐานของ The Joint Committee on Standards of Education Evaluation (1994) ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ 2) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง 3) ด้านความเหมาะสม (Propriety standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งด้านกฎหมายและศีลธรรม และ 4) ด้าน

ความถูกต้อง ครอบคลุม (Accuracy standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วน ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด(1คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 หมายความว่ารูปแบบฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ขั้นที่ 5 ทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีการวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Pretest-posttest control group design) ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย ประเมินผลลัพธ์คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) คุณภาพชีวิต และ 3) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 76 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำหน้าที่ในการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ในตำบลบ้านสวนฯ จำนวน 58 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ test family เลือก t-tests, statistical test เลือก difference between two independent means (two group) กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลหนองไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (ณัฐพร มีสุข, วรัญญศึกษา ทรัพย์ประเสริฐ, เจนจิรา ทองทับทิม, และ คณะ, 2565) อ้างอิง ได้ค่า Effect size =0.88 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ใช้เทคนิคการจับคู่ (Match pair) เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคนละโซนหมู่บ้าน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะ ไม่ได้พบเจอกันในช่วงทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านในตำบลบ้านสวนฯ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก ระหว่างการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ดูแลขอถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และหรือการสื่อสารภาษาไทยไม่เข้าใจกัน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย และทำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว ได้แก่ 1) การสอนให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและผู้ดูแล 4) อำนวยความสะดวกในเรื่องการดูแล 5) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในบ้าน 6) เป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพให้กับครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน ได้แก่ 1) จับคู่บัดดี้บ้านใกล้กันคอยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การแจ้งข่าวสารไปยังผู้นำชุมชนให้เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนเพื่อนบ้านเพื่อให้กำลังใจ 4) เพื่อนบ้านเป็นเพื่อนร่วมคิดและหาแนวทางช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้นำชุมชน ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชนจะคอยรับแจ้งข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกภายในชุมชน 2) ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และ 3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เข้ามาช่วยเหลือ โดยการถ่ายรูปส่งข้อมูลผ่านทาง Application Line

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมประชาคมเพื่อการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของทุกภาคีในการจัดกิจกรรมประชาคมในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง โดยแต่ละภาคีจะมีกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ดังนี้

1) เทศบาลเมืองบ้านสวน ให้การดูแลในด้านสวัสดิการสังคม จัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อฝึกอาชีพและทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน และการจัดหาที่พักพิงและการซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ และมีโครงการจัดตั้งศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน

2) ภาคเอกชน มีการบริจาคเงินสมทบกองทุนและสนับสนุนเครื่องอุปโภค บริโภคในชุมชนบ้านสวน

3) มูลนิธิไตรคุณธรรมเข้าช่วยเหลือในการบริการรถรับ-ส่ง ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ป่วยไปยังโรงพยาบาล

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จะมีทีมสุขภาพเชิงรุก ประกอบด้วย 1) ทีมหมอครอบครัว เข้าตรวจเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ 2) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เข้าประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) เพื่อจัดกิจกรรมในการดูแล ทำแผนดูแลแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความต้องการด้านสาธารณสุข รวมทั้งมีการจัดประชุมเพื่อปรึกษาหาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของชุมชนบ้านสวน 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อจัดทำรายงานส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน รับทราบและการ

เข้ามาช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประเมินคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต มีการจัดทำรายงานส่งเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผิดชอบส่งไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน 5) จิตอาสา เข้าช่วยเหลือดูแลในเรื่องทั่วไป และแจ้งข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ 6) ชมรมผู้สูงอายุ คอยให้กำลังใจกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเดียวกันที่มีปัญหาสุขภาพ

5) โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาแทรกซ้อน และร่วมสนับสนุนการบริการเชิงรุกโดยจัดสหวิชาชีพ เข้าไปช่วยเหลือดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) เภสัชกร 3) พยาบาล 4) นักกายภาพบำบัด 5) แพทย์แผนไทย 6) นักโภชนาการ และ 7) นักสังคมสงเคราะห์

สัปดาห์ที่ 6-9 ทีมนักวิจัย พยาบาล อสม. CG ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระตุ้นเตือนในกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวแล้ว และสนับสนุนความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจประเมินภาวะสุขภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล และประชุมหารือกับเพื่อนบ้านและผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ โดยทำแบบสอบถามดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล 2) คุณภาพชีวิต และ 3) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และแบบสอบถามลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย/การดูแล ค่าใช้จ่ายต่อเดือน/รายได้ของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินโดยการใช้เครื่องมือมาตรฐาน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ และผู้ดูแลในชุมชน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 28) (กรมสุขภาพจิต, 2545) จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากเครื่องมือมาตรฐานแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก [ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย] (WHOQOL - BREF - THAI) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558). จำนวน 26 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 9 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวนฯ จำนวน 10 ข้อ

3) การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ภาษา การสื่อความหมาย ที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นสมควรให้มีการปรับปรุงแก้ไข และนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และนำแบบสอบถามไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน

30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ฯ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งหมด โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ เท่ากับ 0.82

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล โดยนำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ประสานขอความร่วมมือในการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนฯ และดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการแนะนำตัวชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยหากมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นอีก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

5) การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดังกล่าวในข้อ 2 ต่อการใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

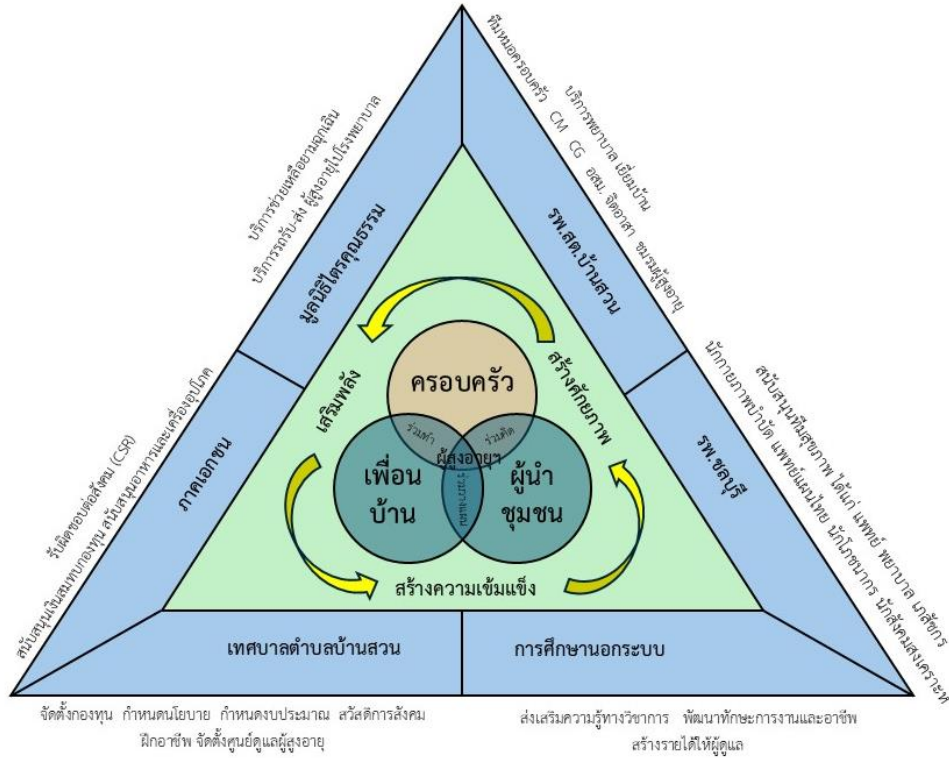
ผู้วิจัยให้ความสำคัญมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่าตลอดกระบวนการวิจัยมีทั้งการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งบางครั้งอาจจะเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้ทำการเก็บรักษาความลับของข้อมูล คำถามที่ใช้ต้องไม่คุกคามอารมณ์ ความรู้สึก และเคารพสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และทำการขอจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย BNC REC 10/2563 วันที่รับรอง 21 พฤษภาคม 2563 ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

จากการศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model) พบว่ารูปแบบที่มีความเหมาะสมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว 2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเพื่อนบ้าน 3) กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยผู้นำชุมชน และ 4) กิจกรรมการประสานความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่าย สรุปลเป็นภาพโมเดลได้ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน เมือง จังหวัดชลบุรี (LTC Ban Suan Model)

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีเพศชายร้อยละ 51.70 เพศหญิงร้อยละ 48.30 อายุเฉลี่ย 74.97 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.20 สถานภาพส่วนใหญ่หย่า/หม้าย ร้อยละ 55.20 ระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.90 ปี และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.20 ส่วนกลุ่มทดลอง มีเพศหญิง ร้อยละ 55.20 อายุเฉลี่ย 74.86 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.00 สถานภาพคู่ ร้อยละ 51.70 ระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 4.34 ปี และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.70

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่แตกต่างกัน ($t=-0.39$, $p\text{-value} = 0.69$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($t= 0.00$, $p\text{-value} =1.00$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($t= -0.49$, $p\text{-value} =0.62$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) (n=58)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	Mean Difference	95%CI		p-value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	6.62	1.69	6.79	1.63	56	-0.39	-0.17	-1.04	0.70	0.69
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	2.79	0.67	2.79	0.67	56	0.00	0.00	-0.35	0.35	1.00
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	2.69	0.54	2.76	0.51	56	-0.49	-0.06	-0.34	0.20	0.62

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

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง
จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในกลุ่มติดบ้าน ($\bar{X}=7.59$, $SD=1.72$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-7.11$, $p\text{-value} < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$, $SD=0.57$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-4.37$, $p\text{-value} < .001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในปานกลาง ($\bar{X}=3.31$, $SD=0.47$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-4.93$, $p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired t-test) (n=58) one group

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Mean Difference	95%CI		p-value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	6.62	1.69	7.59	1.72	28	-7.11	-0.97	-1.24	-0.68	<.001
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	2.79	0.67	3.48	0.57	28	-4.37	-0.69	-1.01	-0.36	<.001
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	2.69	0.54	3.31	0.47	28	-4.93	-0.62	-0.87	-0.36	<.001

p-value<.05

2.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ใช้รูปแบบฯมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t=1.55$, p -value 0.41) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.78$, p -value <.001) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=2.88$, p -value 0.06) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=4.18$, p -value <.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) (n=58)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	Mean Difference	95%CI		p-value
	(n=29)		(n=29)					Lower	Upper	
	M	SD	M	SD						
1) ADL ผู้สูงอายุ	7.59	1.72	6.93	1.48	56	1.55	0.65	-0.19	1.50	0.41
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	3.48	0.57	3.00	0.37	56	3.78	0.48	0.22	0.73	<.001
3) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	3.31	0.47	2.93	0.53	56	2.88	0.37	0.11	0.64	0.06
4) ความพึงพอใจ	3.55	0.68	2.90	0.48	56	4.18	0.65	0.34	0.96	<.001

p-value<.05

อภิปรายผล

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

พบว่า ก่อนการทดลอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบพบว่า ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (LTC Ban Suan Model) ปัจจัยสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้มีส่วนสำคัญที่การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปภาดา ชมภูนิษฐ์ พิมพินิภา บุญประเสริฐ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ (2567) การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ จะรู้สึกว่ามีคุณค่าและมีบทบาทในสังคม ส่งผลดีต่อความรู้สึกของตัวเอง และช่วยสร้างสังคมที่ดูแลและมีความเห็นอกเห็นใจต่อกันมากขึ้น

เมื่อวัดผู้เข้าร่วมภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง แต่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยภา ต่าหารและ เจทริย ดาราราช (2560)

4) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

การใช้รูปแบบ (LTC Ban Suan Model) ส่งผลต่อความพึงพอใจ พบว่า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) การศึกษานี้เป็นวิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพ ซึ่ง ส่งผลดีที่ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต ความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามบริบทในพื้นที่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว เป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิก ในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ อย่างเหมาะสม
2. ในระดับอำเภอควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้เป็นปัจจุบัน หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบร่วมกัน คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการวางแผนการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมต่อไป

3. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. ควรมีการขยายผล การใช้รูปแบบ (LTC Ban Suan Model) ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่นๆ และหรือทั้งประเทศ เพื่อลดภาระภาครัฐ
5. วิจัยแนวทางการความสามารถของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมเพื่อสู่ทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี
6. การวิจัยเปรียบเทียบผลการอบรมผู้ดูแลหลัก Care giver ผ่านหลักสูตรการดูแลหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 130 ชม. โครงสร้างหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชม. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)*. ค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- ทิพยาภา ดาหาร และเจทสรिया ดาวราช. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม* 2(3), 42-54.
- ปภาดา ชมภูนิษฐ์ พิมพ์นิภา บุญประเสริฐ รัชดาภรณ์ แม้นศิริ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลจอมทองอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 42(2), 1-14.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Colaizzi, Paul F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In Ronald S. Valle & Mark King (eds.)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. et al. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Jazayeri, E., Kazemipour, S., Hosseini, S.R., Radfar, M., (2023). Quality of life in the elderly: A community study. *Caspian J Intern Med*, 14(3): 534-542. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10379806/pdf/cjim-14-534.pdf> doi: 10.22088/cjim.14.3.543

Lunenburg, F. C. & Ornstein, A. C. (1996). *Educational administration: Concept and practice (2nd ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.

Venkatapuram, S., Thiyagarajan, J.A., (2023). *The Capability Approach and the WHO Healthy Ageing Framework (for the UN Decade of Healthy Ageing) Age Ageing*. Oct 30;52(Suppl 4):iv6–iv9. doi: 10.1093/ageing/afad126. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10615052/>

World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

นฤมล ศรีสม, กศ.ม.*, เพียงดาว จุลบาท, ปร.ด.*

จินตนาพร ประสมศรี, พย.ม.*, วลี กิตติรักษปัญญา, พย.ม.* และชุตติมา เทียนชัยทัศน์, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 21 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 21 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งมีการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี CVI เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย นโยบายและทรัพยากร ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการพยาบาล และระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง สำหรับผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ความพึงพอใจต่อรูปแบบ และความพึงพอใจต่อการพยาบาล อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต

* กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: Teanpun@gmail.com

(Received: September 14, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

The Development of a Nursing Care Model for Chronic Kidney Disease Patients at Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

Narumol Srisom, M.Ed.^{*}, Piangdao Chulabat, Ph.D.^{*}

Jintanaporn Prasomsri, M.N.S.^{*}, Walee Kittirakpanya, M.N.S.^{*}, & Chutima Teanchaithut, Ph.D.^{**}

Abstract

The objectives of this research and development study were to develop and evaluate a nursing care model for chronic kidney disease patients at Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province. The research consisted of three phases: 1) analyzing the current nursing care situation for chronic kidney disease patients, 2) developing a nursing care model, and 3) evaluating the outcomes of the developed model. The sample consisted of 21 professional nurses and 21 chronic kidney disease patients. Research instruments included semi-structured interviews, a perceived self-efficacy assessment form, satisfaction assessment forms for both the nursing model and nursing care, and a behavioral evaluation form for delaying kidney degeneration. The content validity index (CVI) was 0.94, and Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.97. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The findings revealed that the developed nursing model comprised six components: policies and resources, a patient-centered nursing system, support for patient self-care, design of patient care, nursing support, and chronic kidney disease nursing information system. After implementing the model, nurses' perceived self-efficacy was significantly higher than before implementation ($p < .05$). Both nurses' satisfaction with the model and patients' satisfaction with nursing care were high. Patients' behavior for delaying kidney degeneration and glomerular filtration rates after using the model were significantly higher than before implementation ($p < .05$)

Keywords: Nursing model Chronic kidney disease patient Behavior to delay kidney degeneration Filtration rate

^{*} Nursing Organization, Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

^{**} Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก (Luyckx et al., 2020) สำหรับประเทศไทย ในปี 2563 พบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้น 170,774 ราย เพิ่มขึ้นจาก 129,077 ราย ในปี 2560 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564) สำหรับจังหวัดเพชรบุรี ในช่วงปี 2562-2565 ก็มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (HDC จังหวัดเพชรบุรี, 2566) ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือ ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ขาดการทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ขาดข้อมูลและการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565; Kooienga & Carryer, 2021)

แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model: CCM) ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากมีมุมมองการดูแลแบบองค์รวม เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยง การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การผสมผสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Wagner et al., 2001) งานวิจัยชี้ว่าการประยุกต์ CCM ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชะลอความเสื่อมของไต และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Peeters et al., 2014; Kulathunga & Tissera, 2022) การติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินการทำงานของไตและประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยค่า eGFR สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลาสั้นๆ เพียง 1-3 เดือน ขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรคและการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยชะลอการลดลงของ eGFR ได้ โดย จันทรเพ็ญ ประโยงค์ และคณะ (2563) พบว่าสามารถควบคุมไม่ให้ eGFR ลดลงเกิน 4 ml/min/1.73m² ต่อปี ขณะที่ กนก เจริญพันธ์ (2566) รายงานการเพิ่มขึ้นของ eGFR หลังใช้รูปแบบการดูแล ดังนั้นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ eGFR จึงเป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะสั้น แม้จะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อค่า eGFR ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติม คือ การนำ CCM มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของไทย และการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล (Research and Development: R&D) อย่างเป็นระบบทั้งการศึกษาสถานการณ์ การออกแบบและพัฒนารูปแบบ ตลอดจนทดลองและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ CCM ผ่านกระบวนการวิจัยแบบ R&D เพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม และประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

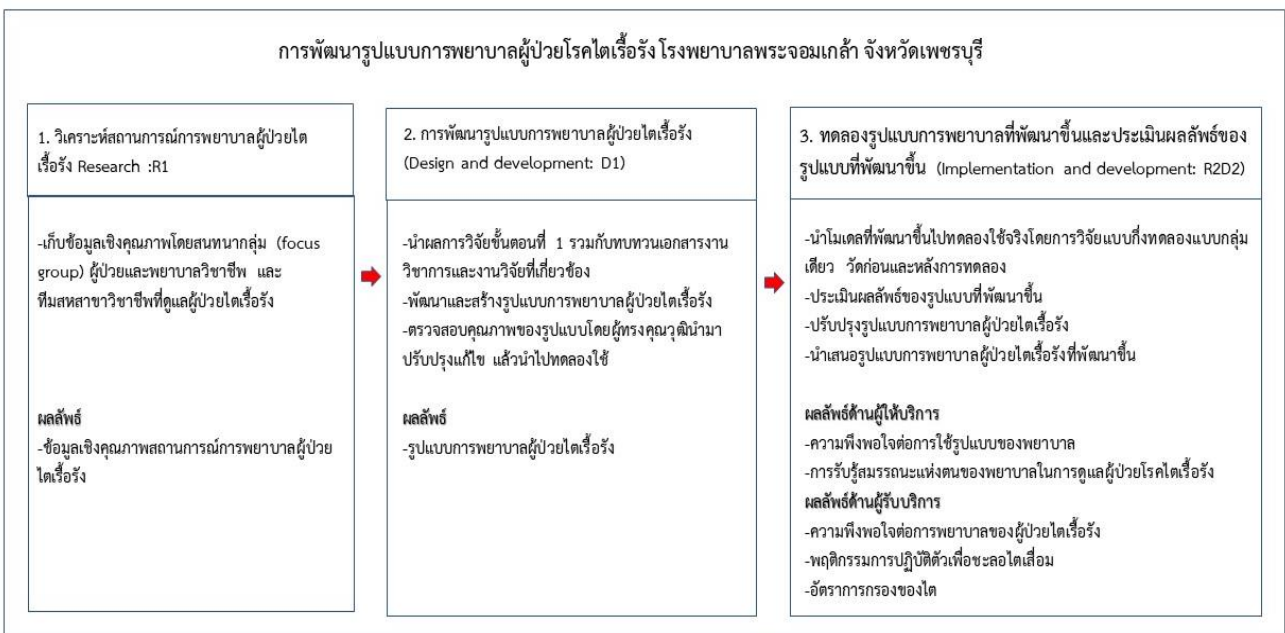
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบ Research and Development (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (R1) 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (D1) และ 3) ทดลองรูปแบบการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ (R2D2)

โดยในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ฯ (R1) ใช้แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model: CCM) ตามองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดแหล่งทรัพยากรชุมชน 2) ระบบสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล 5) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน

ต่อมาในขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการพยาบาล (D1) เป็นการนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมการพยาบาลตามกรอบ CCM เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

และในขั้นตอนสุดท้ายคือการทดลองและประเมินผลลัพธ์รูปแบบ (R2D2) โดยตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และตัวแปรตาม ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล และความพึงพอใจต่อรูปแบบ และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ คือ ความพึงพอใจต่อการพยาบาล พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และค่าอัตราการกรองของไต สามารถสรุปข้อมูลทั้งหมดแสดงเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 3 ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มิถุนายน 2566 สิงหาคม 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Research: R1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาคัดเลือกรูปแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มละ

10 คน

เครื่องมือวิจัย

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานพัฒนารูปแบบการพยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2 ท่าน

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยแยกกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 2-4 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ลักษณะโครงสร้างของรูปแบบ และสรุปข้อค้นพบเชื่อมโยงกับรูปแบบการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Design and Development: D1)

นำผลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model)

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานพัฒนารูปแบบการพยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลลัพธ์ (Implementation & Evaluation: R2D2) โดยใช้แบบแผนการการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 21 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าพักรักษาตัวอย่างน้อย 5 วัน 21 คน โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง คือ CKD Prachomkiao Nursing Model
2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานการพัฒนารูปแบบการพยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2 ท่าน ซึ่งมีการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี CVI เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค 0.97 ประกอบด้วย

- แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล
- แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล
- แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วย
- แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางกิจกรรม

ตารางที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ช่วงเวลา	กิจกรรม/การประเมินผล	กลุ่มเป้าหมาย
เมษายน - กรกฎาคม 2567	ทดลองใช้CKD Prachomkiao Nursing Model	- พยาบาลวิชาชีพ - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ก่อนเริ่มใช้รูปแบบ	- ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล - ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย (1 สัปดาห์ก่อน) - ประเมินอัตราการกรองของไต (1 เดือนก่อน)	- พยาบาลวิชาชีพ - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
หลังใช้รูปแบบ 2 เดือน	- ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล - ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบของพยาบาล	- พยาบาลวิชาชีพ - พยาบาลวิชาชีพ
หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน	- ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม	- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน	- ประเมินอัตราการกรองของไต	- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	- ประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล	- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ช่วงเวลา	กิจกรรม/การประเมินผล	กลุ่มเป้าหมาย
สิงหาคม 2567	- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test - กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05	- ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจต่อรูปแบบ และความพึงพอใจต่อการพยาบาล
2. ใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. สำหรับข้อมูลอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ของจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง และรายงานค่าพิสัยของอัตราการกรองของไตที่เปลี่ยนแปลง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 12/2566 ผู้วิจัยจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

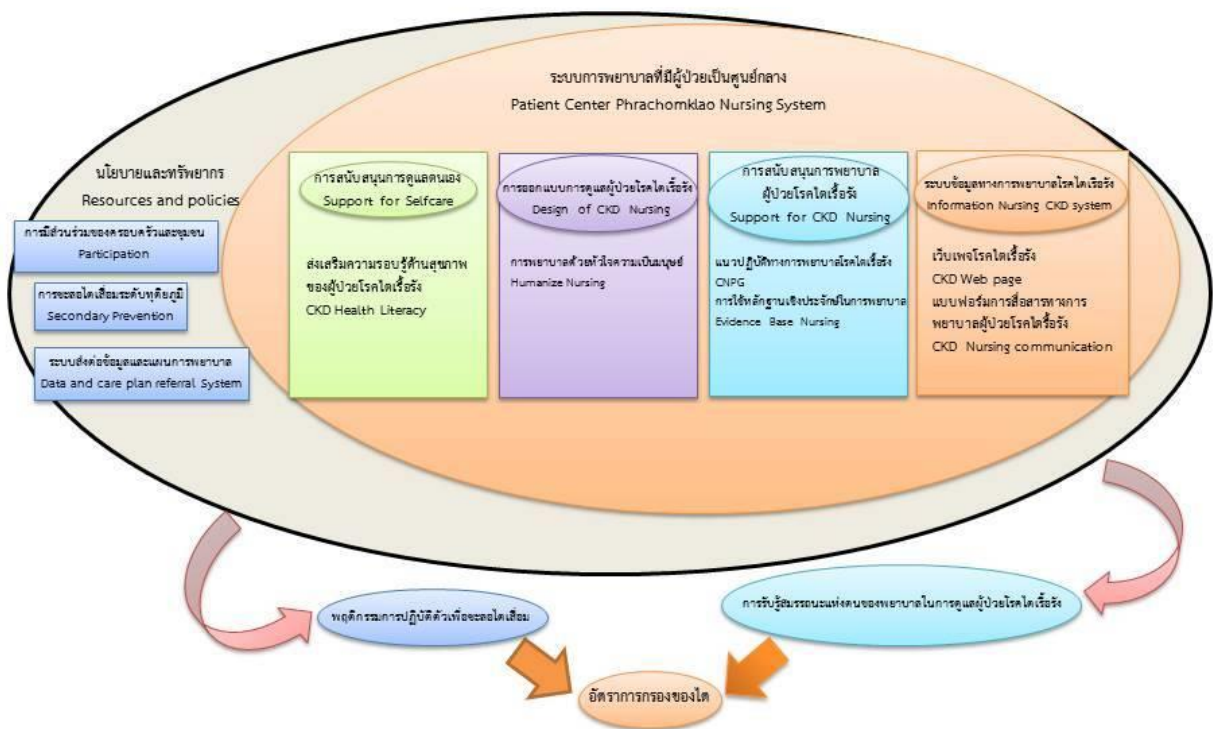
1) ผลการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้แก่ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน และองค์ ประกอบ ของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และ

2) ผลการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจต่อรูปแบบของพยาบาล ความพึงพอใจต่อการพยาบาล พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัยข้อที่ 1: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็น 6 แนวคิดหลัก คือ 1) นโยบายและทรัพยากร ประกอบด้วย ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน การชะลอไตเสื่อมระดับทุติยภูมิ และระบบส่งต่อข้อมูลและแผนการพยาบาล 2) ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 5) การสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง การให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล และ6) ระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย เว็บเพจโรคไตเรื้อรัง และแบบฟอร์มการสื่อสารทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังภาพที่ 2

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี CKD Prachomkiao Nursing Model



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
CKD Prachomkiao Nursing Model

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัยข้อที่ 2: ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomkiao Nursing Model)

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกพิเศษนราธิป ร้อยละ 85.7 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาล อยู่ในช่วง 1-37 ปี เฉลี่ย 8.76 ปี (SD = 11.51)

กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพศชาย ร้อยละ 52.4 เพศหญิง ร้อยละ 47.6 มีอายุอยู่ในช่วง 40-92 ปี อายุเฉลี่ย 63.86 ปี ($SD = 14.41$) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 85.7 สิทธิการรักษา ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 42.9 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในช่วง 1-7 ปี อายุเฉลี่ย 3.81 ปี ($SD = 2.56$)

2.2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model) พบว่า หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในทุกด้าน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($n = 21$)

รายการ	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		df	t	Sig.
	M	SD	M	SD			
	1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3.20	.35	4.21			
2. การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	2.96	.45	4.00	.40	20	30.55	.00*
3. การสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3.07	.48	4.11	.49	20	20.25	.00*
4. ระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง	3.03	.52	4.06	.54	20	32.50	.00*
5. นโยบายและทรัพยากร	3.02	.62	4.04	.63	20	43.00	.00*
6. ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	2.89	.52	3.89	.52	20	68.48	.00*
7. ผลรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.02	.39	4.04	.39	20	30.03	.00*

* p -value .05

2.3 ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model) พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก $M = 4.07$, $SD = 0.36$) โดยสูงสุดคือด้านการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($M = 4.14$, $SD = 0.38$)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน	
		มาตรฐาน (SD)	การแปลผล
1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.14	.38	ระดับมาก
2. การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.05	.43	ระดับมาก
3. การสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.13	.42	ระดับมาก
4. ระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง	4.12	.48	ระดับมาก
5. นโยบายและทรัพยากร	4.02	.48	ระดับมาก
6. ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	4.02	.40	ระดับมาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.07	.36	ระดับมาก

2.4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพศชาย ร้อยละ 52.4 เพศหญิง ร้อยละ 47.6 มีอายุอยู่ในช่วง 40-92 ปี อายุเฉลี่ย 63.86 ปี ($SD = 14.41$) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 85.7 สิทธิการรักษา ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 42.9 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในช่วง 1-7 ปี อายุเฉลี่ย 3.81 ปี ($SD = 2.56$)

2.5 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.30$, $SD = 0.26$) ด้านที่สูงที่สุดคือ การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = 0.37$)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อการพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ความพึงพอใจต่อการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน	
		มาตรฐาน (SD)	การแปลผล
1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.41	0.35	ระดับมาก
2. การออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.52	0.37	ระดับมากที่สุด
3. การสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.29	0.30	ระดับมาก
4. ระบบข้อมูลทางการพยาบาลโรคไตเรื้อรัง	4.30	0.30	ระดับมาก
5. นโยบายและทรัพยากร	4.07	0.40	ระดับมาก
6. ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	4.02	0.46	ระดับมาก
ความพึงพอใจต่อการพยาบาลโดยรวม	4.30	0.26	ระดับมาก

2.6 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model) พบว่า หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($n = 21$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อม	ก่อน		หลัง		df	t	Sig.
	การใช้รูปแบบ		การใช้รูปแบบ				
	M	SD	M	SD			
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.50	.45	4.15	.33	20	5.45	.000*
2. ด้านการรับประทานยา	3.88	.62	4.22	.23	20	2.39	.027*
3. ด้านการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม	2.19	.98	3.14	.68	20	3.68	.002*
4. ด้านดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	3.87	.66	4.45	.68	20	3.11	.006*
ผลรวม	3.46	.44	4.06	.29	20	5.80	.000*

* p -value $< .05$

2.7 ผลการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (CKD Prachomklao Nursing Model) พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 โดยค่าอัตราการกรองของไต มีการเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 0.09-13.22 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ส่วนอัตราการกรองของไตลดลง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยค่าอัตราการกรองของไต มีการลดลงอยู่ในช่วง 0.43-6.16 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร และอัตราการกรองของไตไม่เปลี่ยนแปลง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8

ตารางที่ 6 การเปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($n = 21$)

รายการ	จำนวน (M)	ร้อยละ (SD)	ค่าอัตราการกรองของไตที่ เปลี่ยนแปลง
1. อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น	14	66.6	เพิ่มขึ้น 0.09-13.22 มล./นาที/ 1.73 ตรม.)
2. อัตราการกรองของไตลดลง	6	28.6	ลดลง 0.43-6.16 มล./นาที/ 1.73 ตรม.)
3. อัตราการกรองของไตไม่เปลี่ยนแปลง	1	4.8	-

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นพบว่ามียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (CCM) ได้แก่ นโยบายและทรัพยากร ระบบการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบส่งมอบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และระบบข้อมูลทางคลินิก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านระบบบริการ การจัดการรายการกรณี การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีที่เหมาะสม มีความสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการประยุกต์ CCM ในการจัดการโรคไตเรื้อรังจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา (Chen et al., 2019; Fang et al., 2021; Kulathunga & Tissera, 2022)

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความมั่นใจ และความมั่นใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Qian et al. (2021) และวรรณทาศุภสีมานนท์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะและการสนับสนุนบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลในระดับสูง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น และมีแนวโน้มอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นภายใน 2 เดือน สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง การให้ความรู้ และการติดตามอย่างใกล้ชิด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลรัตน์ ตั้งสุจริตรธรรม และคณะ (2564) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายช่วยลดอาการทางกายและจิตใจ และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม แม้ผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีในการชะลอความเสื่อมของไต แต่ยังคงต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอัตราการกรองของไตภายใน 2 เดือน อาจมีความแปรปรวนจากปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคร่วม ยาที่ได้รับ สถานะทางโภชนาการ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาว ร่วมกับการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง จะช่วยสะท้อนประสิทธิผลที่แท้จริงของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาของ จารุวรรณ ปานคำ และคณะ (2565) ที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการศึกษาระยะยาวถึงผลของรูปแบบการดูแลต่ออัตราการเสื่อมของไตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) โรงพยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ตามบริบท โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านนโยบาย ระบบบริการ และการสนับสนุนผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด CCM

- 2) ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยในส่วนของการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของพยาบาล ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรในการจัดการผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลในระยะยาว ทั้งในแง่ของการชะลอความเสื่อมของไต อัตราการกรองของไต คุณภาพชีวิต และการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กนก เจริญพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32*(1), 64-73.
- จตุพร จันทะพฤกษ์ และลักขณา ชอบเสียง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-2. *วารสารศุนย์อนามัยที่ 9, 14*(34), 243-258.
- จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, กชกร พุทธา, และวินัย กล่อมแก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29*(6), 1035-1043.
- ชญาภา วิรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พินิจจจรเดช. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 27*(1), 77-91.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37*(2), 154-159.
- พิมลรัตน์ ตั้งสุจริตธรรม, ชีรพร สติธอังกูร, และสุรศักดิ์ ชัยวัฒน์ตระกูล. (2564). ผลของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *Rama Nursing Journal, 27*(1), 1-19.
- วรรณทนา ศุภสีมานนท์, ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *Journal of Nursing Science, 38*(4), 52-63.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2565* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- Chen, Y., Chen, L., Kao, Y. H., Chu, T. S., Huang, T. S., & Ko, W. J. (2019). The over-optimistic portrayal of life-supporting treatments in newspapers and on the Internet: a cross-sectional study using extra-corporeal membrane oxygenation as an example. *BMC Medical Ethics, 15*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-59>

- Fang, Q., Ma, J., Li, J., Zhu, M., & Zhang, M. (2021). The Effect of the Chronic Disease Management Program for Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021, 1-16. <https://doi.org/10.1155/2021/9918028>
- Kulathunga, S. M. S. & Tissera, W. (2022). Effectiveness of chronic kidney disease management program in upcountry Sri Lanka. *Sri Lanka Journal of Medicine*, 31(1), 4-10. <https://doi.org/10.4038/sljm.v31i1.269>
- Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2020). What's new in KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline on Diabetes Management in Chronic Kidney Disease? *Annals of Translational Medicine*, 8(23), 1599. <https://doi.org/10.21037/atm-20-2841>
- Peeters, M. J., van Zuilen, A. D., van den Brand, J. A., Bots, M. L., van Buren, M., ten Dam, M. A., Kaasjager, K. A., Ligtenberg, G., Sijpkens, Y. W., Sluiter, H. E., van de Ven, P. J., Vervoort, G., Vleming, L. J., Blankestijn, P. J., & Wetzels, J. F. (2014). Nurse practitioner care improves renal outcome in patients with CKD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(2), 390–398. <https://doi.org/10.1681/ASN.2012121222>
- Qian, Y., Yuan, W. L., Mei, Q., Chen, X. Y., & Chen, X. M. (2021). The effect of shared decision-making interventions on treatment adherence and clinical outcomes for patients with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), e13001. <https://doi.org/10.1111/ijn.13001>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>

สภาพการดำเนินงานการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกันของภาคี เครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

ภราดร ยิ่งยวด, พย.ม.*, ณิชมน หล้ารอด, พย.ม.**

เมทนี ระดาบุตร, ปร.ด.** และพงษ์พิณิต ไชยวุฒิ, พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกันของภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ ตรวจสอบความถูกต้องและ ความเชื่อมั่นของผลการวิจัยด้วยการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า สภาพการดำเนินการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ สามารถสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพได้เป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน 3) ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา 4) การจัดการสัตว์จรจัด 5) การพัฒนาระบบการจับเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 7) การบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ

ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยและพัฒนาพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน และตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า การจัดการข้อมูล ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

* กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 8 บางเขน กลุ่มงานศูนย์บริการสาธารณสุข กองการแพทย์ เทศบาลนนทบุรี

Corresponding e-mail: matanee@bcnon.ac.th

(Received: September 24, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

The Operational Status of Collaborative Data Management for Rabies Surveillance and Prevention among Primary Health Care Networks in Nonthaburi Province

Paradorn Yingyoud, M.N.S.* , Nichamon Lumrod, M.N.S.**

Matanee Radabutr, Ph.D.** & Pongpinit Chaiwut, M.N.S.***

Abstract

This qualitative research explored the operational status of collaborative data management for rabies surveillance and prevention among primary healthcare networks. The key informants comprised 40 participants, including nurses working in primary care units, livestock office officials, community leaders, and health volunteers involved in rabies management. The research instrument was a focus group discussion guide. Data were collected through focus group discussions and analyzed using content analysis to identify key themes. Data collection and triangulation ensured the accuracy and reliability of the research findings.

The findings revealed seven main themes regarding the operational status of data management for rabies surveillance and prevention in collaboration with primary healthcare network: 1) Data integration and communication among network partners; 2) Capacity building for personnel and communities; 3) Challenges and development approaches; 4) Management of stray animals; 5) Development of data collection and analysis systems; 6) Fostering cooperation and community participation; and 7) Resource and budget management.

The study suggests the need for research and development of a central database system that integrates data from all relevant agencies. This would facilitate data exchange, analysis, planning, and decision-making for more effective rabies prevention and control.

Keywords: Rabies data management primary healthcare network primary healthcare system

* Nursing Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health

** Boromarjonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*** Public Health Service Center 8 Bangkhen, Medical Division, Nonthaburi Municipality

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่สามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้และเป็นโรคที่มีความรุนแรงต่อชีวิตอย่างมาก จากข้อมูลองค์การความร่วมมือเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Against Rabies Collaboration) พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าเกือบ 60,000 คนต่อปี และมีการคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หรือมากกว่า 1 ล้านคนในช่วงปี ค.ศ.2020-2035 พื้นที่การแพร่ระบาดที่สำคัญ คือ กลุ่มประเทศที่อยู่ในเขตร้อน (United Against Rabies Collaboration, 2019) สาเหตุของการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในคนที่สำคัญ คิดเป็นร้อยละ 99 คือ การถูกสัตว์ที่มีเชื้อกัดหรือข่วน ซึ่งเชื้อไวรัส Rabies ที่อยู่ในน้ำลายของสัตว์ที่ติดเชื้อ จะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางบาดแผลหรือรอยฉีกขาดและเข้าไปทำลายระบบประสาท โดยเฉพาะบริเวณสมองและไขสันหลัง ส่งผลให้เกิดอาการของโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) อาการคลุ้มคลั่ง (Furious หรือ Encephalitis Rabies) 2) อาการอัมพาต (Dumb หรือ Paralytic rabies) และ 3) กลุ่มที่ไม่อาจวินิจฉัยได้จากอาการอย่างเดียว ต้องตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาเชื้อไวรัส rabies (Atypical หรือ Nonclassical rabies) (ศุภมาส พันธุ์ชัย, 2561) หากผู้รับเชื้อแสดงอาการดังกล่าวจะเสียชีวิตในเวลาต่อมาทุกราย ผลกระทบที่เกิดขึ้นสร้างความเสียหายต่อชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญและคิดหาวิธีการดำเนินการต่างๆ ที่จะทำให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไป

ประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า และพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า โดยสถานการณ์ในปี 2567 พบผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 2 ราย มีประวัติถูกสุนัขกัดมีเลือดออก เป็นสุนัขมีเจ้าของ 1 ราย และสุนัขจรจัด 1 ราย แล้วไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค และสัตว์ที่กัดเมื่อตายไม่ได้มีการแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อการส่งตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการ (กรมควบคุมโรค, 2567) ทำให้สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณจากค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ และด้วยพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ที่มีต่อพสกนิกรชาวไทยและสรรพชีวิต ทรงห่วงใย การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับชาติ โดยมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย ทำให้รัฐบาลเร่งรัดการดำเนินงาน และนำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกรม กองต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า และสร้างคู่มือการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับบริบทของสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เช่น ส่งเสริมการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ในทุกระดับ สนับสนุนการจัดทำระบบข้อมูลสุนัขและแมวในชุมชน สนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนา การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการทำงานแบบบูรณาการในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ร่วมกับการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชนที่นับว่าเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า, 2560) ผลการดำเนินการพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าและการเสียชีวิตของคนและสัตว์ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าและการเสียชีวิตของคนและสัตว์ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมปศุสัตว์, 2566)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการของการสำรวจและการจัดการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการวางแผน พัฒนาการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ประเทศไทยปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

คำถามการวิจัย

สภาพการดำเนินงานการจัดการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกันของภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกันของภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (A qualitative descriptive research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดนนทบุรี

ผู้ให้ข้อมูล (key informants) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ประกอบด้วย พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 ราย ซึ่งพิจารณาถึงความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ รวมทั้งเวลาที่มีให้ในการสัมภาษณ์ โดยทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 8 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายให้เก็บบันทึก จัดการ วิเคราะห์ และ/หรือนำข้อมูลเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ามาใช้ในการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
2. มีประสบการณ์การดำเนินงานการจัดการโรคพิษสุนัขบ้า อย่างน้อย 3 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ป่วยหรือไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้ในวันที่นัดทำสนทนากลุ่ม

การยุติการให้ข้อมูล

ไม่สะดวกหรือลำบากใจระหว่างการทำสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย ทบทวนวรรณกรรมจากหลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการ ดำเนินงานและความต้องการในการสำรวจและจัดการข้อมูลตามแนวทางระบาดวิทยา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คน (Host) จำนวน 7 ข้อ เช่น ปัญหาอุปสรรคของการสำรวจข้อมูลเจ้าของสัตว์เลี้ยงที่ผ่านมามีอะไรบ้าง 2) สิ่งก่อโรค (Agent) จำนวน 7 ข้อ เช่น ที่ผ่านมามีข้อมูลสัตว์มีความชัดเจนและเพียงพอหรือไม่ อย่างไร 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 7 ข้อ เช่น ที่ผ่านมามีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมอย่างไร เพื่อให้ข้อมูลเกิดความครอบคลุมและตรงประเด็นที่ ต้องการศึกษา หลังจากนั้นได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ สัตวแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม และ ปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแนวคำถามไปทดลองใช้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ปศุ สัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 รายที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการ เพื่อเพื่อ ทดสอบความเข้าใจของข้อคำถามสำนวนภาษา และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เพื่อสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมทีมวิจัยก่อนลงพื้นที่ ประกอบด้วย ความพร้อมด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ เทคนิคการฟัง และเทคนิคการใช้คำถามในการค้นหาข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล มีรายละเอียดการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อ ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ที่รับผิดชอบการดำเนินงานจัดการโรคพิษ สุนัขบ้า โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มจากพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ ผู้นำ ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับการคัดเลือกจากเกณฑ์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

2. ทีมผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ให้ข้อมูล และอธิบายข้อมูลในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้มี อิสระในการตัดสินใจ และอธิบายสิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการศึกษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ชักถามข้อสงสัย และให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นใจ สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ และขอความยินยอม ในการเข้าร่วมงานวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ทีมผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสัมภาษณ์ใช้ เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยแยกการสนทนากลุ่มออกเป็น 8 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน การสนทนาจัดที่นั่งเป็นรูปตัวยู

(U Shape) เพื่อล้อมวงสนทนา โดยการสัมภาษณ์และนั่งพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในสถานที่ที่แสดงถึงความเป็นส่วนตัวไม่มีผู้คนเดินพลุกพล่าน การดำเนินการสนทนามุ่งใช้การบันทึกเทประหว่างการสนทนา โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ทางวาจา จดบันทึก และบันทึกเทป ทีมผู้วิจัยจะใช้วิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นของตนเองตามความรับรู้และความรู้สึกโดยไม่ขัดแย้ง แล้วจึงแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยน โดยตระหนักว่าไม่เป็นการให้คำแนะนำ หรือชี้้นำ การตัดสินใจ เน้นการรักษาความลับระหว่างการสนทนา

4. หลังการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อมั่นของผลการวิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยผู้วิจัยเพื่อการหาความสอดคล้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี BCNNON No.001/66 ลงวันที่ 29 กันยายน 2566 และทำหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยนอกจากนี้ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลการวิจัยจะไม่สามารถอ้างอิงไปถึงตัวบุคคล และทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีหรือภายหลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Burnard, 1991) ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค (verbatim transcriptions) อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่สำคัญ
2. หลังจากนั้นให้รหัสข้อความ (code) แล้วพิจารณาคำต่างๆ ที่ถอดรหัสออกมา จัดประเภทของข้อมูลที่ได้จากการให้รหัสสามารถจัดประเภท โดยข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะนำมารวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน
3. ผู้วิจัยทำการจัดประเด็น (category) มารวบรวมเป็นเรื่องหรือกลุ่มเรื่องเดียวกันซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่า การสรุปประเด็นหลัก (theme) เขียนอธิบายประเด็นให้เป็นความเรียง ให้มีความต่อเนื่องกลมกลืนที่ได้จากการสัมภาษณ์
4. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีรายงานเชิงพรรณนา จัดลำดับตามเนื้อหาที่ศึกษา เขียนเรียงลำดับตามแนวทางของการวิเคราะห์พร้อมกับยกตัวอย่างตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย (Denzin, et al., 2018) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (member checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเหล่านั้น ว่าความคิดเห็นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้เสนอข้อเสนอแนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด และผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสภาพการดำเนินการจัดการข้อมูลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มคือ กลุ่มพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มเจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์ กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพได้เป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน 3) ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา 4) การจัดการสัตว์จรจัด 5) การพัฒนาระบบการจับเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 6) การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 7) การบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ และมีรายละเอียดแต่ละประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย

การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายเป็นการประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

เป็นการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและการแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคช่วยให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจตรงกันและสามารถวางแผนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เรามีการประชุมร่วมกันทุกเดือนระหว่างสาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ และ อบต. เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ทำให้เราสามารถวางแผนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น" (สธ. 3)

1.2 การใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล

การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การใช้แอปพลิเคชันและระบบฐานข้อมูลร่วมกันช่วยให้การติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลทำได้รวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น ซึ่งการพัฒนาระบบที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ระหว่างหน่วยงานต่างๆ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินงานร่วมกันในอนาคต ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เรามีแอปพลิเคชันที่ใช้ในการรายงานข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ทำให้สามารถติดตามความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนได้แบบเรียลไทม์" (ปศ. 2)

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชน

การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรและชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคลากรและชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถอธิบายได้ 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การฝึกอบรมบุคลากร

การจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และการฝึกอบรมที่ช่วยให้บุคลากรมีความรู้ที่ทันสมัยและทักษะ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการรายงานและจัดการข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เราจัดอบรมให้กับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกปี เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงการใช้ระบบรายงานข้อมูลออนไลน์" (สธ.1)

2.2 การสร้างความตระหนักในชุมชน

การให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าแก่ชุมชน การจัดกิจกรรมรณรงค์และให้ความรู้แก่ประชาชนช่วยเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เราจัดกิจกรรมรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนทุกปี พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสัตว์เลี้ยง และการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้ชาวบ้านมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือมากขึ้น" (อสม. 2)

3. ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน รวมถึงแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการทำงาน การระบุปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1 ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ การขาดแคลนทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้การทำงานไม่สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เรามีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดซื้อวัคซีนและอุปกรณ์ในการฉีดวัคซีน ทำให้บางครั้งไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งพื้นที่" (ผช. 1)

3.2 แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงมีการเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เราต้องการระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น" (สธ.5)

4. การจัดการสัตว์จรจัด

ปัญหาและความท้าทายในการจัดการสุนัขและแมวจรจัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.1 ปัญหาการควบคุมประชากรสัตว์จรจัด

ปัญหาการควบคุมประชากรสัตว์จรจัดเป็นความยากลำบากในการควบคุมจำนวนและการดูแลสุนัขและแมวจรจัด ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"ปัญหาหลักที่เจอคือ คนจับสุนัขจรจัดไม่ได้ ซึ่งทำให้จำนวนมันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะไม่ได้ทำหมัน" (อสม. 3)

4.2 ความร่วมมือในการจัดการสัตว์จรจัด

ความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ในการจัดการสัตว์จรจัดเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการสัตว์จรจัด และสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนได้ ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เราก็ประสานบุคคลที่จะมาช่วยเราคิด รวมถึงเทศบาลของเรามีการประสานงานกับมูลนิธิ ส่วนใหญ่เราก็จะประสานงานกับกลุ่มนี้เราก็จะทำหน้าที่ประสาน อำนวยความสะดวกให้เท่านั้น" (สธ.3)

5. การพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

ความต้องการในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งที่มีความต้องการอย่างมากและจะทำให้การดำเนินงานการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถแบ่งออกได้ 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1 การปรับปรุงระบบการจัดเก็บข้อมูล

ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความต้องการในการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีความสะดวกและครอบคลุมมากขึ้น จะทำให้การทำงานสะดวกและรวดเร็วขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"ถ้าบันทึกในโทรศัพท์ได้ เหมือนแอป อสม. ได้ก็ดี ถ่ายรูปหมาแมวแต่ละตัวแล้วใส่เข้าไปได้ด้วยก็ดีนะ บันทึกเป็นบ้านๆไปเลย" (อสม. 2)

5.2 การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิมีความต้องการในการพัฒนาระบบที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและแสดงผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"อยากให้โปรแกรมมันรวมผลจำนวนสุนัขหรือแมวเท่าไร เพศผู้เท่าไร เพศเมียเท่าไร ฉีดวัคซีน ทำหมันแล้วเท่าไร เพิ่มเติม ถ้าได้แบบนี้มันจะดีมาก" (ปศ. 1)

6. การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน

การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนความร่วมมือจากชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

6.1 การสร้างความเข้าใจในชุมชนและความตระหนัก

การให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความเข้าใจแก่ชุมชนเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และนำไปสู่การสร้างความตระหนักของประชาชนในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"ประชาชนในพื้นที่เค้าควรที่จะมีความรู้เรื่องพิษสุนัขบ้า เพราะจะทำให้เค้าตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากโรคพิษสุนัขบ้า" (สธ. 1)

6.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญของการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"อยากให้คนที่เป็นอาสาสมัครคิดให้ได้รับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าป้องกันก่อน เพราะบางครั้งไปก็ถูกกัดหรือถูกข่วน" (ผช. 1)

7. การบริหารงบประมาณและจัดการทรัพยากร

การจัดการงบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทำให้มีผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

7.1 การจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพเน้นถึงความสำคัญของการวางแผนและจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เช่นงบประมาณในการจัดซื้อวัคซีน ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"ยอดจากการสำรวจในไฟล์ excel ของเราได้จำนวนสุนัขและแมว 1,800 ตัว เราก้เอาข้อมูลตรงนั้นมาจัดซื้อวัคซีนตามที่เราสำรวจได้" (สธ. 5)

7.2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

การจัดการบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทำให้มีผลต่อความสารถในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรมีการพัฒนามาตรฐานในการปฏิบัติงานเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานร่วมกัน ดังตัวอย่างคำกล่าว:

"เจ้าหน้าที่ที่ดำนเนินการในเรื่องนี้มีน้อย เรากลุ่มงาน 1 กลุ่มเนี่ย ทำสารพัดเลย เราไม่สามารถที่จะลงมือทำเชิงลึกได้มากๆ" (สธ. 3) และ "พวกเรา ก็อยากได้บัตรหรืออะไรก็ได้ที่บอกว่าเราสามารถฉีดได้ เหมือนอย่างเราไปอบรมมาเงี้ยให้ชาวบ้านมีความมั่นใจ" (ผช. 5)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการวางแผนการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย และคณะ (2565) ที่พบว่า การประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล เช่น แอปพลิเคชันและระบบฐานข้อมูลร่วมกัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2022) ที่เสนอให้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเฝ้าระวังโรคติดต่อ

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรและการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา และคณะ (2564) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ชุมชนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

นอกจากนี้ Cleaveland et al. (2022) ยังเสนอว่าการสร้างขีดความสามารถของชุมชนและบุคลากรท้องถิ่นเป็นกลยุทธ์สำคัญในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับโลก อย่างไรก็ตาม การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่และการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาต่อไป

3. ความท้าทายและแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ กรมควบคุมโรค (2566) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรและพัฒนาระบบข้อมูลในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ Hampson et al. (2019) ชี้ให้เห็นว่าการลงทุนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพทางต้นทุนมากที่สุดในการป้องกันการเสียชีวิตของมนุษย์จากโรคนี้ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศในการระดมทรัพยากรและความเชี่ยวชาญ ยังเป็นแนวทางที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านทรัพยากรอย่างยั่งยืน

4. การจัดการสัตว์จรจัดเป็นความท้าทายสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า ปัญหาการควบคุมประชากรสัตว์จรจัดและการขาดความร่วมมือในการจัดการเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพงษ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการควบคุมประชากรสุนัขและแมวจรจัดเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ Zinsstag et al. (2020) ยังเน้นย้ำความสำคัญของการบูรณาการระหว่างสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมในการควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ซึ่งรวมถึงการจัดการสัตว์จรจัดอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และชุมชนในการจัดการสัตว์จรจัดจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม

5. การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูล เช่น แอปพลิเคชันมือถือและระบบฐานข้อมูลออนไลน์ ช่วยให้การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ทำได้รวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahapatra et al. (2021) ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ วิภาวี และคณะ (2563) ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อย่างไรก็ตาม การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรและการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีในชุมชน ยังเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้การใช้เทคโนโลยีเกิดประโยชน์สูงสุด

6. การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน การให้ความรู้และสร้างความตระหนักในชุมชนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการดูแลสัตว์เลี้ยงและการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่าทัศนคติและความเชื่อของเจ้าของสัตว์เลี้ยงมีผลต่อการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ Cleaveland et al. (2022) ยังเน้นย้ำว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับโลก การพัฒนากลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

7. การจัดการงบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเป็นความท้าทายสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การขาดแคลนทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน สอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรค (2565) ที่ระบุถึงปัญหาการขาดแคลนวัคซีนในบางพื้นที่ นอกจากนี้ Hampson et al. (2019) ยังชี้ให้เห็นว่าการลงทุนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพทางต้นทุนมากที่สุดในการป้องกันการเสียชีวิตของมนุษย์จากโรคนี้ การพัฒนาระบบการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศในการระดมทรัพยากรจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและการใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
2. สร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ในการจัดการปัญหาสัตว์จรจัด และการควบคุมประชากรสัตว์ โดยอาจพิจารณาจัดตั้งคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงาน
3. รมรณรงค์การสร้างความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน โดยใช้สื่อที่หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับการเก็บข้อมูลภาคสนามและการรายงานผลการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มความสะดวกและความแม่นยำในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสัตว์จรจัดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในประเทศไทย
2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า
3. ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย เพื่อใช้ในการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
4. วิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยในการวางแผนและตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแบบ real-time โดยใช้เทคโนโลยี IoT และ AI

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ซึ่ง

วิจัยฉบับนี้ได้รับงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแห่งชาติ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรคแนะ “เข้าพรรษาสุขใจ สุขภาพไทยแข็งแรง” เสริมภูมิคุ้มกัน ลดปัจจัยเสี่ยงโรคตลอดช่วงเข้าพรรษา*. ค้นคว้าจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=44654>
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์ กรุงเทพฯ.
- กรมปศุสัตว์. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. https://drive.google.com/file/d/1Nyw3Exx2onqxKrecvu0_kMWs-DHbplxO/view
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า. (2560). *แผนยุทธศาสตร์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ปี 2560-2563*. <https://pvlo-pre.dld.go.th/webnew/images/stories/report/rebies2566/301Yuttasart60-63.pdf>
- วิภาดา สุวรรณดี และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(2)*, 78-92.
- ศุภมาส พันธุ์ชัย. (2561). โรคพิษสุนัขบ้า. *วารสารกระบี่เวชสาร, 1(2)*, 49-61.
- สมชาย ใจดี และคณะ. (2565). ปัจจัยความสำเร็จในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานเพื่อควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 52(1)*, 45-58.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today, 11(6)*, 461-466.
- Cleaveland, S., Hampson, K., Haydon, D. T., Lembo, T., Townsend, S. E., & Meslin, F. X. (2022). The global elimination of dog-mediated human rabies: The time is now. *The Lancet Global Health, 10(3)*, e392-e400.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., MacLure, M., Otterstad, A. M., Torrance, H., Cannella, G. S., et al. (2018). Critical qualitative methodologies reconceptualization and emergent construction. *International Review of Qualitative Research*. doi.org/10.1525/irqr.2017.10.4.482
- Hampson, K., Abela-Ridder, B., Bharti, O., Knopf, L., Léchenne, M., Mindekem, R., ... & Zinsstag, J. (2019). *Modelling to inform prophylaxis regimens to prevent human rabies*. *Vaccine, 37*, A166-A173.

- Mahapatra, M., Sayalel, K., Msechu, J., Kinney, E., Tapia, E., Byarugaba, D. K., ... & Mazet, J. A. (2021). Smartphone-based surveillance system for early detection and control of animal diseases in low-resource settings. *Frontiers in Veterinary Science*, *8*, 647-697.
- United Against Rabies Collaboration. (2019). *First annual progress report: Global Strategic Plan to End Human Deaths from Dog-mediated Rabies by 2030*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328053/WHO-CDS-NTD-NZD-2019.04-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). Digital technology for disease surveillance and response. *WHO Technical Report Series*, No. 1035.
- Zinsstag, J., Schelling, E., Crump, L., Whittaker, M., Tanner, M., & Stephen, C. (2020). *One Health: The theory and practice of integrated health approaches*. CABI.

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า

ณาทยา ขนุนทอง, พย.ม.*

วิริยา ศิลา, พย.ม.*, สุรเชษฐ กุคำใส, ส.ม.*

นภัสวริน พูลสวัสดิ์, พย.บ.* และชนินทร์นาถ แวงดงบัง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคทางเดินหายใจในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2567 จำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบ และแบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนการจัดรูปแบบพยาบาล ประกอบด้วย นโยบายการจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยหนัก และแนวทางการจัดรูปแบบการพยาบาลแบบทีม 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ประกอบด้วย มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และ SHOCK Bundle และ 3) ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ตัวชี้วัดในการประกันคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและแผนการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมพยาบาล หลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนาขึ้นบรรลุเป้าหมายร้อยละ 77.36 และมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 83.02

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้าสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยช็อกได้

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาล ภาวะช็อก หอผู้ป่วยหนัก การดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า

* โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Corresponding e-mail: tun.hemo@gmail.com

(Received: September 17, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Development of a Nursing Care Model for Patients with Shock in the Intensive Care Unit Based on Early Goal Directed Therapy

Nattaya Khanunthong, M.N.S.*

Wiriyasila, M.N.S.*, Surachet Kukumsai, M.PH.*

Naphawarin Phoosawat, B.N.S.* & Chaninnat Waengdongbang, B.N.S.*

Abstract

This developmental research aimed to create and assess the effectiveness of a Nursing Care Model for Patients with Shock in the intensive care unit (ICU). The sample included 30 professional nurses working in the ICU and 53 patients with shock admitted to the respiratory ICU between February and May 2024. The research instruments included a knowledge assessment form for nurses caring for patients with shock (reliability = 0.94), a nurse's perception of model benefits assessment form, and a patient outcome recording form (IOC = 0.87, reliability = 0.88). Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research findings indicated that the Nursing Care Model for Patients with Shock in the Intensive care unit based on early goal directed therapy comprised three key components: 1) a support system for organizing the nursing model, including ICU staffing policies and team-based nursing guidelines; 2) a shock patient care process, incorporating nursing standards for shock management and the SHOCK Bundle; and 3) outcomes and continuous improvement, featuring quality assurance indicators for shock patient care services and a professional development plan to enhance the knowledge and skills of the nursing team. Following the intervention, nurses showed a statistically significant increase in knowledge regarding shock patient care ($p < .05$), and the mean score for the perceived benefit of Nursing Care Model for Patients with Shock was rated as very high. Patient care outcomes achieved a success rate of 77.36%, with a survival rate of 83.02%.

Suggestions from the research results: The targeted nursing care model for shock patients can be applied as a guideline for improving shock patient care.

Keywords: Nursing model shock intensive care unit early goal directed therapy

*Chao Phraya Yommarat Hospital, Suphan Buri Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะช็อก (Shock) เป็นภาวะวิกฤตสำคัญที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผลมาจากระบบการไหลเวียนโลหิตของร่างกายลดลง การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ นำไปสู่ภาวะเซลล์และเนื้อเยื่อตาย อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานล้มเหลวหลายระบบจนถึงขั้นเสียชีวิต (วิจิตรา กุสมภ์, 2565) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อกสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ (Hypovolemic shock) เช่น การอาเจียน ถ่ายเหลว การเสียเลือดจากอุบัติเหตุ เป็นต้น 2) ช็อกจากการขยายตัวของหลอดเลือด (Distributive shock) ได้แก่ ช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ช็อกจากปฏิกิริยาการแพ้ (Anaphylactic shock) และช็อกจากระบบประสาท (Neurogenic shock) 3) ช็อกจากโรคหัวใจ (Cardiogenic shock) เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น และ 4) ช็อกจากการอุดตัน (Obstructive shock) ที่เกิดจากสาเหตุภายนอกหัวใจ เช่น ภาวะลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด ภาวะบีบรัดหัวใจจากของเหลวปริมาณมากอยู่ในถุงเยื่อหุ้มหัวใจ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด เป็นต้น (Huppmann, 2023) ทั้งนี้การระบุสาเหตุที่แท้จริงของอาการช็อกเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การจัดการทางคลินิกที่รวดเร็วและแม่นยำ (Urden et al., 2017) การวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้าอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน และการล้มเหลวของหลายระบบ (Multiple organ failure: MOF) เป็นต้น

จากการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยภาวะช็อกในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี 2015–2019 พบว่า ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (31.5%) รองลงมาคือภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (28%) และช็อกการเสียเลือดและน้ำ (11.5%) (Bloom et al., 2022) ขณะที่ในสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 750,000 รายต่อปี โดยในกลุ่มที่มีการติดเชื้อรุนแรงมีอัตราการล้มเหลวของอวัยวะ 80–90% และอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 14–30% ซึ่งคิดเป็นมากกว่า 50% ของการเสียชีวิตทั้งหมดในโรงพยาบาล (Rhee et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยในปี 2564–2566 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงอยู่ที่ 32.68%, 35.24% และ 30.50% ในแต่ละปี ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 26% โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า มีผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในประเทศไทยประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ย 45,000 ราย หรือเทียบเท่าผู้เสียชีวิต 5 รายในทุกๆ ชั่วโมง จากการทบทวนข้อมูลอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จำนวน 9 หน่วย ระหว่างปี 2564–2566 พบว่าภาวะช็อกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยภาวะช็อกจากการติดเชื้อมีอัตราเสียชีวิตสูงสุดในทุกปี (62.30%, 58.68%, 52.68%) รองลงมาคือช็อกจากโรคหัวใจ (53.52%, 42.27%, 51.55%) และช็อกจากการสูญเสียน้ำหรือเลือด (51.43%, 25.32%, 21.53%) (ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช, 2566) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ที่ทีมพยาบาลที่ต้องเร่งปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า โดยใช้กรอบแนวคิด PICO พบว่า Rivers และคณะ (2001) เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า (Early Goal-Directed Therapy: EGDT) นำมาใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกแรกที่ห้อง

ฉุกเฉินเพื่อแก้ไขระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็วภายในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจาก 46.5% เหลือ 30.5% จนเป็นที่ยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ประภาพรรณ สิงโตและทองเปลว ชมจันทร์ (2564) ได้ศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้าในหอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อบรรลุปเป้าหมายตามแนวทางการรักษา 88.89% อัตรารอดชีวิต 60% โดยเสนอแนะให้จัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า

ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อตามกระบวนการดูแลรักษาของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2563) จำนวน 30 ฉบับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะช็อกจากห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยในเข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยหนัก โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า เพื่อคัดกรองอาการอย่างเร่งด่วนมีเพียง 50% การเร่งค้นหาแหล่งติดเชื้อ 3.3% การเริ่มฟื้นฟูด้วยสารน้ำในชั่วโมงแรกมีเพียง 53.3% การเฝ้าระวังหลังการดูแลรักษาไม่ครบทุกขั้นตอนโดยเฉพาะไม่มีการติดตามประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และค่าพารามิเตอร์ตามเป้าหมายการรักษาไม่บรรลุภายใน 6 ชั่วโมง จากการสัมภาษณ์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก พบปัจจัยสาเหตุสำคัญของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ อัตรากำลังของทีมพยาบาล ความรู้และทักษะของพยาบาลที่พยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีเพียง 14.2 % และพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่ำกว่า 3 ปี มีจำนวนถึง 80% อีกทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกไม่ครอบคลุมตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า และขาดการติดตามผลลัพธ์ในเชิงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีมาศ พิงศรีเพ็ง (2560) ซึ่งรายงานว่าปฏิบัติการปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโดยรวมจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้และสมรรถนะของพยาบาล รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุด

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลจึงตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า และส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักให้บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะแวดล้อม สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนาขึ้น โดย

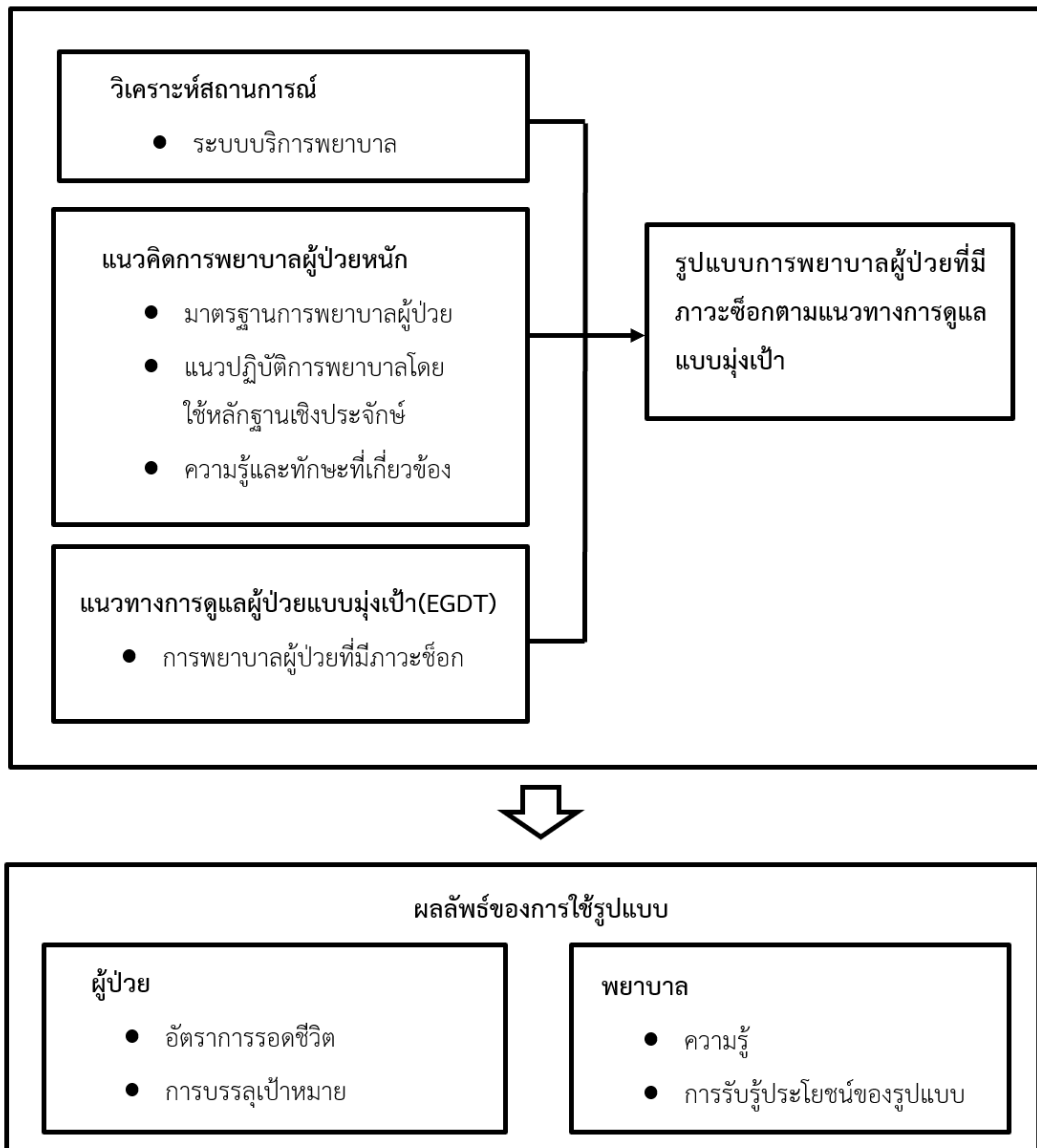
3.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

3.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ ของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักในระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

3.3 ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนา (Research and develop: R&D) ที่ผู้วิจัยศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า (Early Goal Direct Therapy: EGDT) แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานะแวดล้อม สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2566 รวมจำนวน 120 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมาโดยเฉพาะ ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ที่ 0.89 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดการดูแลในสถานการณ์ฉุกเฉิน ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์นี้จะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ประกอบย่อยของการดูแลในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะมีประสิทธิผลและสอดคล้องกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสารวิชาการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้า เพื่อให้รูปแบบการพยาบาลมีความทันสมัยและตรงกับสภาพปัญหาที่พบในการปฏิบัติจริง โดยกำหนดรูปแบบการพยาบาลเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ระบบสนับสนุนการจัดรูปแบบการพยาบาล 2) กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า และ 3) ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าโดยมีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมทีมระดมสมองในการพัฒนารูปแบบหลังจากสังเคราะห์องค์ความรู้ ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าจนได้รูปแบบฯ ที่สอดคล้องกับงานวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการทดสอบนำร่อง โดยมีการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม ค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ที่ 0.89 ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผลลัพธ์จากการทดลองนำร่อง ถูกนำมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมก่อนที่จะนำไปใช้ในระยะต่อไป

2. นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า (ฉบับปรับปรุง) ประกอบด้วย นโยบายการจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยหนัก แนวทางการจัดรูปแบบการพยาบาลแบบที่มีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก SHOCK Bundle ตัวชี้วัดในการประกันคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมนพยาบาล ดำเนินการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคทางเดิน

หายใจ จำนวน 53 คน (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2567) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ตรวจสอบได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 และหาค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.94 ส่วนแบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อประโยชน์ของรูปแบบ ตรวจสอบได้ค่า IOC 0.93 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลด้านผลลัพธ์การพยาบาล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนา

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการทำวิจัย วิธีการ ขั้นตอน และรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบประเมินความรู้ก่อนใช้รูปแบบฯ นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก บันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เมื่อเสร็จสิ้นก่อนทดลองให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และแบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเป้าหมายการดูแลแบบมุ่งเป้าในด้านผู้ป่วยและด้านผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยและคณะทำการประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปที่เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานนำมาแจกแจงในรูปความถี่ และค่าร้อยละ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากิจกรรมและวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า และใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC)

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกโดยใช้สูตร KR-20 และแบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)

4. ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ก่อนและหลังการทดลอง โดยการวิเคราะห์สถิติ Paired Sample t-test

5. ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลต่อประโยชน์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าก่อนและหลังการทดลอง โดยการวิเคราะห์สถิติ Paired Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช รับรองเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ YM018/2566

ผลการวิจัย

1. สภาวะแวดล้อม สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก

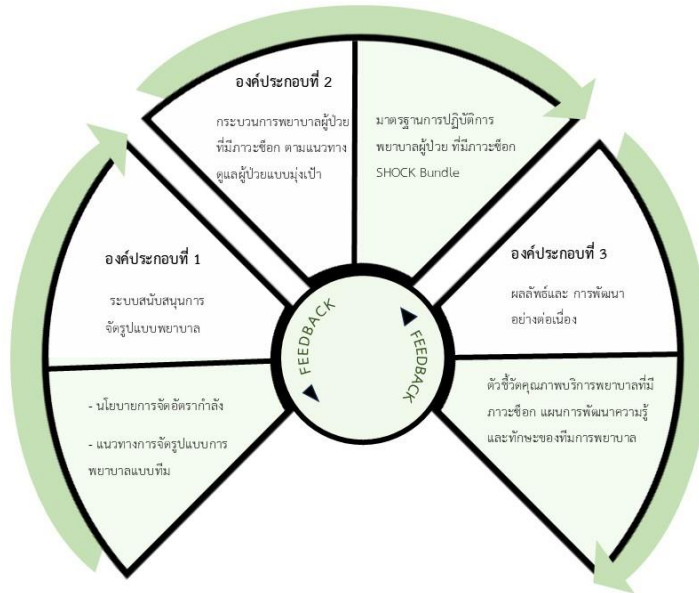
ผลการศึกษาสภาวะแวดล้อม สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 9 หน่วย โดยทบทวนสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกส่วนใหญ่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 73.73, 82.89 และ 86.21 สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 34.51, 33.39 และ 24.39 ตามลำดับ และไม่ได้มีการกำหนดเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ผลของการปฏิบัติการพยาบาลคนไข้มักเสียชีวิต จากคำกล่าว “คนไข้มาก็เ็นมาแล้วทุกที” “เวลามีคนไข้ septic shock หนูแทบไม่ได้พักกันเลย บางครั้งคนไข้แย่มาก คนทำงานไม่พอ นื่องในทีมก็ยังไม่” “หนูอยากให้คนไข้รอดนะ อยากได้หมอเก่งๆ นื่องพยาบาลทำหัตถการช่วยหมอทาง line ได้คล่อง” พบว่ามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่กำหนดให้ปฏิบัติไว้ชัดเจน แต่ยังขาดการกำหนดเป้าหมายของการดูแลที่จะนำไปสู่การวางแผนและการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ล่าช้าและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยในการกู้ชีวิต (resuscitation) ภายใน 6 ชั่วโมง ไม่บรรลุเป้าหมาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) จากการได้รับยาตีบหลอดเลือด และมีผิวหนังตาย (skin necrosis) ร่วมด้วยในบางราย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกยังคงสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลและการจัดการภาวะช็อก โดยพยาบาลเห็นว่ามี ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมและทันสมัย เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนการจัดรูปแบบฯ ได้แก่ นโยบายการจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยหนัก และแนวทางการจัดรูปแบบการพยาบาลแบบทีม

2.2 องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า ได้แก่ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และ SHOCK Bundle

2.3 องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ตัวชี้วัดในการประกันคุณภาพบริการ
 พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและ แผนการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมพยาบาล
 โดย แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก และได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 53 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิงร้อยละ 40 มีอายุ ระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุดร้อยละ 58.77 รองลงมาอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 29.23 ได้รับการวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) มากที่สุด ร้อยละ 56.60 รองลงมาคือภาวะช็อกจากปัญหาหัวใจ (Cardiogenic Shock) ร้อยละ 18.90 และภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic Shock) ร้อยละ 13.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า (n=53)

ผลลัพธ์	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
บรรลุเป้าหมาย	41	77.36
การรอดชีวิต	44	83.02

จากตารางที่ 1 พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.36 มีอัตราการรอดชีวิต จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.02

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

คะแนนเฉลี่ย	M	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อนทดลอง	8.70	0.950	ปานกลาง	15.509	0.001
หลังทดลอง	12.17	0.952	มาก		

p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อประโยชน์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าหลังการทดลอง (n=30)

การรับรู้ต่อประโยชน์	M	SD	ระดับ
ด้านรูปแบบการจัดบริการพยาบาล	4.66	0.42	มากที่สุด
ด้านการใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก	4.67	0.47	มากที่สุด
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า	4.66	0.48	มากที่สุด
ด้านระบบพยาบาลที่เลี้ยง	4.64	0.48	มากที่สุด
ภาพรวมการรับรู้ต่อประโยชน์	4.66	0.47	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าเท่ากับ 4.66 อยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

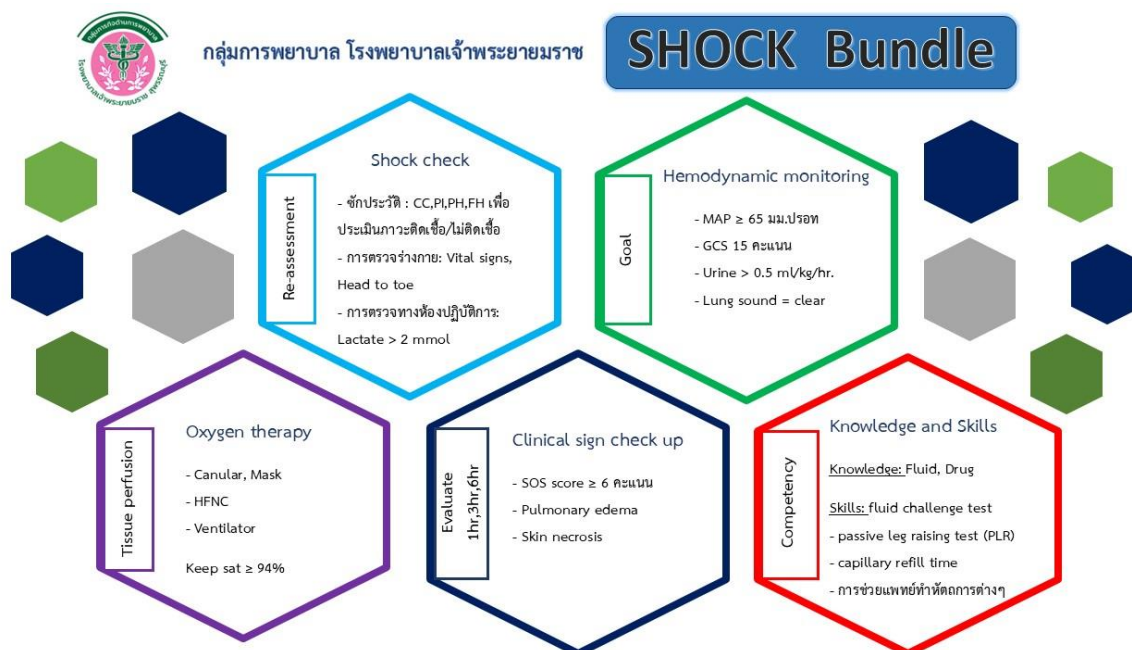
จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาวะแวดล้อม สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนัก จากการวิจัยพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงมาที่ร้อยละ 24.39 ถ้ามีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาที่ชัดเจนตามแนวทางการดูแลแบบมุ่งเป้าให้สำเร็จภายใน 6 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลงได้ ความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบ่งบอกถึงการวางแผนและการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ล่าช้าและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยในการกู้ชีวิต (resuscitation) ภายใน 6 ชั่วโมง ไม่บรรลุเป้าหมาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) จากการได้รับยาตีบหลอดเลือด และมีผิวหนังตาย (skin necrosis) ร่วมด้วยในบางราย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกยังคงสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลและการจัดการภาวะช็อก โดยพยาบาลเห็นว่ามี ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมและทันสมัย เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันท์รัตน์ โกษาแสง (2567) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ที่เจ้าหน้าที่มี ปัญหาเรื่องการประเมินล่าช้า ขาดความเข้าใจ การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่มีการกำหนด warning signs ที่ชัดเจน เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นใหม่ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตได้

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า จากการวิจัยพบว่า ระบบการสนับสนุนการจัดรูปแบบในการกำหนดนโยบายการจัดอัตรากำลังที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล และการกำหนดรูปแบบการพยาบาลเป็นทีม (Team nursing) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอย่างมีประสิทธิภาพเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2556) เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังค่าพารามิเตอร์ต่างๆ รวมทั้งวิเคราะห์ อาการเปลี่ยนแปลง และอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การที่มีพยาบาลเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย สามารถลดภาระงานของพยาบาล ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น การจัดการทรัพยากรบุคลากรที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ทองดีพันธ์ (2562) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานและการผสมผสานอัตรากำลังกับคุณภาพการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของกิจกรรมการพูดคุยหรือให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และผลผลิตทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความครบถ้วนสมบูรณ์ของกิจกรรมต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์พยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลตามรูปแบบทีมพยาบาลนั้นส่งผลให้เกิดความมั่นใจ สามารถค้นหา ประเมินอาการและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนางลักขณ์ บุญเยี่ยม (2558) ที่ศึกษาผลการ

พัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกทำให้เกิดการเรียนรู้ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนและพัฒนาระบบบริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าเป็นการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและชุดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก SHOCK Bundle โดยใช้อักษรย่อให้จดจำได้ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติการพยาบาล ที่ประกอบด้วย S= Shock stage เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ H= Hemodynamic monitoring เป็นการเฝ้าระวังระบบไหลเวียนเลือดด้วยการประเมิน อาการทางคลินิก การทดสอบการตอบสนองต่อการให้สารน้ำ และการติดตามการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อ O=Oxygen therapy เป็นการบำบัดด้วยออกซิเจนให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยจนถึงการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ C= Clinical signs check up เป็นการตรวจเช็คอาการทางคลินิกเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการด้วยเครื่องมือ SOS score และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอดจากการให้สารน้ำเกิน และภาวะผิวหนังถูกทำลายจากการได้รับยาตีบหลอดเลือด อักษรตัวสุดท้าย K= Knowledge & Skill เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Huppmann, Susan E, 2023 ในการสนับสนุนให้พยาบาลจัดทำโปรโตคอลในการเฝ้าระวังระบบไหลเวียนโลหิตเพื่อช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกซึ่งช่วยให้พบภาวะช็อกในระยะแรกและสามารถช่วยฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น ดังแผนภาพที่ 3



ภาพที่ 3 SHOCK Bundle

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าที่พัฒนาขึ้น จากการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ของรูปแบบฯ เท่ากับ 4.66 อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเกษนา นาสวน และคณะ (2567) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อประโยชน์ระยะหลังการใช้รูปแบบฯ สูงกว่าในระยะก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่า บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า ร้อยละ 77.36 และมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 83.02 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพรณ สิ่งโตและทองเปลว ชมจันทร์ (2564) ที่ศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 88.89

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการ
2. ควรจัดการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก รวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยและการตอบสนองต่อการรักษาแบบมุ่งเป้า
3. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ระบบการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการประเมินและการตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้า เช่น ปัจจัยทางบุคลากร สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก
2. ควรทำการวิจัยที่ติดตามผลระยะยาวของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก เพื่อประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่องในด้านการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis) https://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=43&utm_source
- เกษนา นาสวน, สมปอง ใจกล้า, และกันตินันท์ สอดสุข. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 397-407.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: พี.เค.เค. พรินติ้ง. วิจารณ์ บุญเยี่ยม. (2558). ผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 927-936.

- นันทรัตน์ โภษาแสง. (2567). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและบันทึกด้วยโปรแกรม IPD Paperless หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ.
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/bkpho.moph.go.th>
- ประภาพรพรณ สิงห์โต และทองเปลว ชมจันทร์. (2564). กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลแบบมุ่งเป้าใน 6 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อคจากการติดเชื้อ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 3(2), 1-21.
- มณีรัตน์ ทองดีพันธ์. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานและการผสมผสานอัตรากำลังกับคุณภาพการพยาบาล*.
http://www.medi.co.th/hotnews11/nursing_1625473578NR124.pdf
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2556). *Innovative Models of Nursing Care Delivery*.
https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/download/meeting/sinsmeeting_2556_05.pdf
- ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช. (2566). *สถิติผู้ป่วย*. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช.
- ศรีवासูก พิงศรีเพ็ง. (2560). การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(2), 180-192.
- Bloom, J. E., Andrew, E., Dawson, L. P., Nehme, Z., Stephenson, M., Anderson, D., ... & Stub, D. (2022). Incidence and outcomes of nontraumatic shock in adults using emergency medical services in Victoria, Australia. *JAMA Network Open*, 5(1), e2145179-e2145179.
- Huppmann, S. E. (2023). Surviving Shock: Nurse Driven Protocol for Application of Hemodynamic Monitoring Device.
- Rhee, C., Jones, T. M., Hamad, Y., Pande, A., Varon, J., O'Brien, C., ... & Klompas, M. (2019). Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. *JAMA network open*, 2(2), e187571-e187571.
- Rivers, E., Nguyen, B., Havstad, S., Ressler, J., Muzzin, A., Knoblich, B., Peterson, E., Tomlanovich, M., & Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group. (2001). Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *The New England Journal of Medicine*, 345(19), 1368-1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa010307>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2017). *Critical care nursing: Diagnosis and management (8th ed.)*. Elsevier

การถอดบทเรียนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม

สุภาพ ไทยแท้, ปร.ด.*

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, ค.ด.** และอารยา เชียงของ, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลลัพธ์สุขภาวะชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง 2) กระบวนการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม และ 3) ปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะ เลือกศึกษาชุมชนเลิศสุขสมซึ่งเป็นต้นแบบสุขภาวะบริบทชุมชนเมือง โดยใช้วิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชน และสมาชิกชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 276 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 28 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้เกณฑ์ และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามสุขภาวะ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผลลัพธ์สุขภาวะโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M= 3.61, SD = 0.39$) 2) กระบวนการจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบ ประกอบด้วย 3 กลไก ได้แก่ 1) กลไกบริหารจัดการต้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะ 2) กลไกบริหารจัดการระหว่างทางสู่พื้นที่สุขภาวะ 3) กลไกบริหารจัดการปลายทางสู่พื้นที่สุขภาวะ และ 3) ปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะ ได้แก่ ทุนทางสังคม ภาวะผู้นำของแกนนำชุมชน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งแนวทางพัฒนาการจัดการสุขภาวะชุมชนจึงควรส่งเสริมทุนทางสังคม ภาวะผู้นำของแกนนำชุมชน และสร้างความร่วมมือจากชุมชน ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ

คำสำคัญ : การจัดการสุขภาวะชุมชน ชุมชนต้นแบบ บริบทชุมชนเมือง

* คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: parinyaporn.th@bcnr.ac.th

(Received: October 31, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Lessons Learned on the Participatory Process of Community Well-Being Management Model among Urban Community: Case Study of Lertsuksom

Suparp Thaitae, Ph.D.*

Parinyaporn Thanaboonpuang, Ph.D.** & Araya Chiangkhong, Ph.D.*

Abstract

The purpose of this research was to investigate 1) the well-being outcomes of prototype communities in the urban context, 2) the process of participation in community well-being management model in the urban context: a case study of Lertsuksom Community, and 3) factors and conditions supporting the success of achieving community well-being. The study focuses on the Lert Suksom community, which serves as a model for community well-being in the context of urban communities. A mixed-methods research approach was employed, with the sample group consisting of community leaders and members. The sample size was determined by using criterion and multi-stage random sampling. The research instruments included a well-being questionnaire and semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation and analyzed qualitative data by content analysis.

The study findings revealed that: 1) the overall community well-being outcomes were at a high level ($M = 3.61$, $SD = 0.39$); 2) the process of managing the model community well-being consisted of three mechanisms: 1) the upstream management mechanism leading to well-being areas, 2) the midstream management mechanism towards well-being areas, and 3) the downstream management mechanism towards well-being areas; and 3) the factors and conditions that support the success of achieving community well-being include social capital, the leadership of community leaders, and the establishment of collaborative networks. Therefore, strategies for developing community well-being management should focus on promoting social capital, strengthening leadership within the community, and fostering cooperation between the community, networks and relevant stakeholders. Therefore, strategies for developing community well-being management should focus on promoting social capital, strengthening leadership within the community, and fostering cooperation between the community and relevant stakeholders.

Key words: Community Health Management Community model Urban Community

*Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

**Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านตามกระแสโลกาภิวัตน์ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายพื้นฐาน คือ การมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (Parti, 2013) เมื่อพิจารณาปัจจัยในการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความเชื่อมโยงกันทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ความไม่สมดุลของด้านใดด้านหนึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพในทุกๆระดับ ภาพปัจจุบันจึงเปลี่ยนจากหน้าที่การดูแลสุขภาพของบุคลากรภาครัฐเป็นการร่วมกันดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและร่วมกันจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อนำไปสู่ชุมชนสุขภาพอย่างยั่งยืน

การจัดการสุขภาพชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคประชาชนและภาครัฐรวมทั้งปัจจัยที่หลากหลายในการสร้างสุขภาพ โดยภาคประชาชนแกนนำชุมชนมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นความร่วมมือ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการเสียสละ การขับเคลื่อนกระบวนการจัดการสุขภาพ และประสานงานกับภาคีเครือข่าย โดยกลไกการมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนาสุขภาพ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล (รติยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาพ มีความสอดคล้องกับทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ทุนศักยภาพมนุษย์ ทุนวัฒนธรรมทุนทรัพยากรธรรมชาติภาคีเครือข่ายและปัจจัยกำหนดสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกลไกการดำเนินงานสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านกลุ่มคน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านกลไก ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านความร่วมมือที่เป็นหุ้นส่วนการเรียนรู้ (พงศ์เทพ สุธีรวิทย์, 2556; วิทวัส ช่างศร, ชูศักดิ์ เอื้อโชคชัย และภัทรา วายจตุต, 2566)

ชุมชนเลิศสุขสมอยู่เขตภาษีเจริญ เป็นชุมชนขนาดเล็กบริเวณพื้นที่ใต้สะพานซึ้งแก้งที่ถือเป็นข้อจำกัดของพื้นที่ ซึ่งได้รับผลกระทบจากการตัดถนนพุทธมณฑลสาย 1 ในปี 2540 ทำให้ชุมชนถูกตัดขาดจากกันจึงประสบปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านพื้นที่คับแคบ แออัด ด้านสิ่งแวดล้อมจากน้ำเน่าเสีย ด้านการทิ้งขยะในพื้นที่สาธารณะ ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเนื่องจากมีพื้นที่รกร้าง รวมทั้งปัญหาด้านความสัมพันธ์ในชุมชนเนื่องจากถูกถนนตัดแบ่งเป็น 2 ฝั่ง หลังจากชุมชนได้รับเลือกเป็นพื้นที่นำร่องศึกษาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อสุขภาพของศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (ศว.พช.) ของมหาวิทยาลัยสยาม จึงเกิดการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้แก่ การทิ้งขยะ พื้นที่แออัด น้ำเน่าเสีย และปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจนก้าวไปสู่พื้นที่สุขภาพ “Health Space” ทั้งด้านการจัดการพื้นที่รกร้าง การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การสร้างพื้นที่สาธารณประโยชน์ และความร่วมมือทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งการเปลี่ยนแปลงข้างต้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชนอย่างยั่งยืน (กุลธิดา จันทรเจริญ และเนตรหงษ์ไกรเลิศ, 2556)

จากการเปลี่ยนแปลงของชุมชนเลิศสุขสมที่สามารถพัฒนาพื้นที่สุขภาพจนเป็นต้นแบบชุมชนสุขภาพจากความร่วมมือในการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ผู้วิจัยจึงศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาพของ

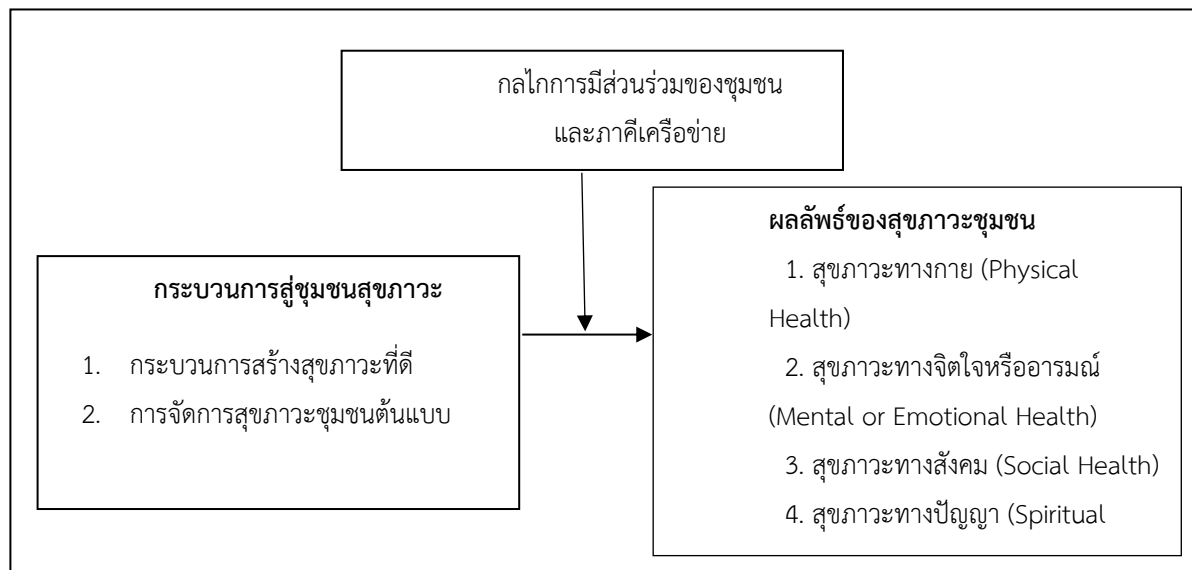
ชุมชนเลิศสุขสม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ให้ครอบคลุมในประเด็นชุมชนต้นแบบสุขภาวะทุกมิติ ซึ่งสารสนเทศที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ในการนำข้อมูลกระบวนการดูแลสุขภาวะชุมชนในบริบทของแต่ละพื้นที่มาประยุกต์ใช้พิจารณาปรับปรุงการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งนำเสนอแก่ผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายแก้ปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์สุขภาวะของชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม
2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะของชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การถอดบทเรียนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสมครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) สุขภาวะชุมชน ศึกษาตามแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Physical Health) สุขภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ (Mental or Emotional Health) สุขภาวะทางสังคม (Social Health) และสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) (Parti, 2013) 2) การจัดการสุขภาวะชุมชน ศึกษาตามแนวคิดของ สนธยา พลศรี (2542) หลักการที่สำคัญ แบ่งเป็น 10 ด้าน ได้แก่ คนเป็นทรัพยากรสำคัญที่สุดของชุมชน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมของประชาชน การช่วยเหลือตัวเองของชุมชน การใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ โดยไม่หวังพึ่งพามากจากภายนอก การริเริ่มพัฒนาจากความต้องการของสมาชิกชุมชน ชีตความสามารถของชุมชนและรัฐบาล การอาศัยร่วมมือกันระหว่างรัฐกับภาคประชาชน การพัฒนาแบบเบ็ดเสร็จพร้อมกันหลายด้านและเป็นแนวทางเดียวกัน ความสมดุลในการพัฒนาชุมชนมีกิจกรรมหลายด้านและดำเนินการไปพร้อมกัน และการให้การศึกษาคาดชีวิตแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัยอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมจัดการสุขภาวะชุมชน ศึกษาตามแนวทางบริหารจัดการสุขภาวะชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนของ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และ 4) ปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านกลุ่มคน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านกลไก (พงศ์เทพ สุธีรัฐดี, 2556) กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาในชุมชนเลิศสุขสม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่สุขภาวะ โดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสานเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาผลลัพธ์สุขภาวะของชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม และระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม และระยะที่ 3 ศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะของชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสมดำเนินการวิจัยระหว่างสิงหาคม 2562 ถึง มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลิศสุขสม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 838 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลิศสุขสม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 276 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้เกณฑ์ที่เสนอโดยยูทอร์ โกววรรณ์ (2546) ที่กล่าวว่า ประชากรเป็นหลักร้อยละใช้ขนาดตัวอย่างเป็น 15-30% การวิจัยครั้งนี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลร้อยละ 30 ของประชากร เท่ากับ 251 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) จึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 25 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 276 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งกลุ่มครัวเรือนในชุมชนที่มีสมาชิกครอบครัวมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้นำชุมชน จิตอาสา และสมาชิกชุมชนจับสลากครัวเรือนของแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนของประชากร หลังจากนั้นจับสลากบุคคลในครัวเรือนนั้นๆ จนครบจำนวนขนาดตัวอย่างกำหนดไว้ โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนเลิศสุขสมเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป 3) มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาวะชุมชน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

และ 5) ยินดีให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ย้ายภูมิลำเนาออกจากชุมชนเลิศสุขสม เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร และ 2) ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลตามวัน เวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ และได้มีกระบวนการของอนุญาตเพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขรับรอง KFN IRB2019-04 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2562 และชี้แจงกระบวนการวิจัยให้กับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย การสอบถามความสมัครใจและให้ลงนามยินยอมในการให้ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลการขออนุญาตบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้ง แจ้งผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งว่ามีอิสระในการให้ข้อมูล และมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ไม่ต้องการเปิดเผย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถามสุขภาวะชุมชน และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามสุขภาวะชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อหาครอบคลุมวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ จิตวิญญาณ และสุขภาวะชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย จำนวน 48 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Physical Health) จำนวน 12 ข้อ สุขภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ (Mental or Emotional Health) จำนวน 12 ข้อ สุขภาวะทางสังคม (Social Health) จำนวน 12 ข้อ และสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งสอดคล้องดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคมไทย (Parti, 2013; ปารีชาติ เทพอารักษ์ และอมรรารรณ ทิวถนอม, 2550) แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางกาย (Physical Health) ตอนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ (Mental or Emotional Health) ตอนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางสังคม (Social Health) ตอนที่ 2-3 รูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติประจำ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนตอนที่ 4-5 ข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual Health) มีรูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยบางอย่าง เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนรายละเอียดดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับสภาวะ
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

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม เนื้อหาครอบคลุมกระบวนการจัดการสภาวะชุมชนต้นแบบ และปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสภาวะ รูปแบบคำถามปลายเปิด แนวคำถามเป็นประเด็นกว้างๆ มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าเหตุการณ์จากประสบการณ์จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่มไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวัดและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (Item objective congruence: IOC) ค่าดัชนีสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.8 – 1.00 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน ด้วยการใช้อยู่ตราสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ความเที่ยงรายด้าน ประกอบด้วย สภาวะทางกาย เท่ากับ 0.89 สภาวะทางจิตใจ เท่ากับ 0.88 สภาวะทางสังคม เท่ากับ 0.88 และสภาวะทางปัญญา เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนสิงหาคม 2562– มกราคม 2563 โดยใช้แบบสอบถามสภาวะชุมชน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตสำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตวันเวลาในการแจกแบบสอบถาม สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
4. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความยินยอม ในการให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบทุกครั้ง เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่อาศัยในชุมชน สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ สถานะในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การวิเคราะห์ระดับสุขภาวะชุมชน แบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ (Psychological well-being) สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) และสุขภาวะทางปัญญา (Spiritual well-being) ด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ด้าน การจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบ และปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาวะ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตอบแบบสอบถามสุขภาวะชุมชน เป็นประชาชนในชุมชนเลิศสุขสม จำนวน 276 คน พบว่า อายุเฉลี่ย เท่ากับ 47.28 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่อาศัยในชุมชน 28.04 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 129 คน ร้อยละ 46.73 รองลงมาเป็นโสด จำนวน 110 คน ร้อยละ 39.86 และสถานภาพอื่น ๆ จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.26 ด้านการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 118 คน ร้อยละ 42.76 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 60 คน ร้อยละ 21.73 และจบชั้นประถมศึกษาน้อยที่สุด จำนวน 11 คน ร้อยละ 3.99 อาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 107 คน ร้อยละ 46.01 รองลงมาค้าขาย จำนวน 49 คน ร้อยละ 17.76 อาชีพอิสระน้อยที่สุด จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.08 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชุมชน จำนวน 230 คน ร้อยละ 83.33 รองลงมาเป็นจิตอาสา จำนวน 37 คน ร้อยละ 13.41 และเป็นผู้นำชุมชนน้อยที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.26

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวนทั้งสิ้น 53 คน พบว่าเป็นสมาชิกชุมชนเลิศสุขสม จำนวน 36 คน ร้อยละ 67.93 ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ร้อยละ 16.98 ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ร้อยละ 5.66 และผู้บริหารจัดการสุขภาวะชุมชน จำนวน 5 คน ร้อยละ 9.43

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวนทั้งสิ้น 28 คน พบว่าเป็นสมาชิกชุมชนเลิศสุขสม จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.29 ผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน ร้อยละ 39.29 ผู้บริหารจัดการและปฏิบัติงานด้านสุขภาวะชุมชน จำนวน 6 คน ร้อยละ 21.42

2. การศึกษาผลลัพธ์สุขภาวะของชุมชนต้นแบบในบริบทชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนเลิศสุขสม

การศึกษาระดับผลลัพธ์สุขภาวะชุมชนทั้ง 4 มิติ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสุขภาวะ จำนวน 278 คน

ผลลัพธ์สุขภาวะของประชาชนชุมชนเลิศสุขสม พบว่า ผลลัพธ์สุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($SD=0.39$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สุขภาวะทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 ($SD=0.46$) สุขภาวะทางจิตอารมณ์อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ($SD=0.44$) สุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ($SD=0.61$) และสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ($SD=0.52$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลลัพธ์สุขภาวะชุมชน ($n = 276$)

ลำดับ	ข้อความ	M	SD	แปลผล
1	สุขภาวะทางกาย	3.45	0.46	ปานกลาง
2	สุขภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์	3.63	0.44	สูง
3	สุขภาวะทางสังคม	3.54	0.61	สูง
4	สุขภาวะทางปัญญา	3.93	0.52	สูง
	รวม	3.61	0.39	สูง

2. การจัดการสุขภาวะชุมชนต้นแบบ

การจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบ ประกอบด้วยกลไก 3 ส่วน ได้แก่ การจัดการต้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะ การจัดการกลางทางสู่พื้นที่สุขภาวะ และการจัดการปลายทางสู่พื้นที่สุขภาวะ กระบวนการทั้ง 3 ส่วน เปิดโอกาสการเรียนรู้เข้าใจบริบทชุมชน และทรัพยากรที่มี และร่วมกันพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ จากการถอดบทเรียนสามารถแบ่งกลไกการสร้างสุขภาวะ เป็น 2 ส่วนหลัก คือ 1) กลไกภายนอกชุมชน 2) กลไกภายในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การจัดการต้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะ

1) กลไกภายนอกชุมชน จากการศึกษา พบว่า หน่วยงาน องค์กรที่มีความสำคัญในการร่วมขับเคลื่อนมาจากทุกภาคส่วน ซึ่งแต่ละหน่วยงานล้วนมีนโยบายที่สอดคล้องกันในการพัฒนาชุมชน คือ มุ่งเน้นพัฒนาและจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อประโยชน์และความสุขของคนในชุมชน โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญ ในการคิดตัดสินใจ วางแผนงาน ปฏิบัติการและร่วมกันรักษา โดยมีรัฐรวมถึงองค์กร ที่เกี่ยวข้องต่างๆ คอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในส่วนที่เกินขีดความสามารถของประชาชน การทำงานของกลไกภายนอกชุมชน ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมด้วยประชาคม การพัฒนาพื้นที่ และการจัดระบบพี่เลี้ยง ดังคำกล่าวที่ว่า

“หน่วยงานภายนอกเข้ามาชวนทำประชาคม โดยมีมหาวิทยาลัยสยาม เข้ามาขับเคลื่อนแล้วชวนชุมชนที่คัดเลือกแล้วในเขตภาษีเจริญ”
(แกนนำชุมชน คนที่ 1)

“จัดเวทีประชาคมซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพราะเราก็บอกว่าถ้าใจไม่มาเราไม่ทำ และเขาก็จะบอกว่าเมื่อไหร่ก็ตาม ถ้าอาจารย์จะลงพื้นที่อาจารย์ไม่มีเงินอาจารย์ไม่ต้องมา เราก็บอกว่าเราไม่มีเงินถ้าคุณไม่มีใจ เราก็ไม่ทำ เพราะเราไม่ได้เป็นคนทำคุณเป็นคนทำ พอเราเริ่มต้นด้วยตัวนี้เขาก็จะงงๆ ด้วยรูปแบบที่เราบอกว่าไม่ได้ไปด้วยเงิน แต่เราไปชวนให้ทำ”

(องค์กรภายนอก 1)

“ผู้นำชุมชนไปประชุมที่เขต แล้วทางเขตได้ประชาสัมพันธ์ว่า ใครจะสมัครเข้าร่วมเป็นพื้นที่สุขภาวะกันบ้าง ประธานชุมชนก็แบบเงิบกันหมดเลยนะ ไม่รู้ว่ามันคืออะไร เขาก็อธิบายให้ฟังแล้วสุดท้ายก็มีเข้าร่วมโครงการ 7 ชุมชนแล้วเราก็ร่วมด้วย”

(แกนนำชุมชน คนที่ 1)

“เมื่อไหร่ที่เราขาดหรือมีปัญหาเราก็ฮัลโหล อาจารย์ครับ ผมอยากให้อย่างนี้ ๆ เขาก็ยังดูเราอยู่ห่าง ๆ ”

(แกนนำชุมชน คนที่ 2)

“การถอยออกจากพื้นที่ หลังจากที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ก็ต้องมีการถอดบทเรียนอีกว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร เราจะอยู่กับเขาอีกสักหนึ่ง”

(องค์กรภายนอก 1)

2) กลไกภายในชุมชน

การสร้างการมีส่วนร่วมภายในชุมชนด้วยการทำความเข้าใจ รับรู้ถึงทิศทางการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะของชุมชน การเอื้อต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ เมื่อชุมชนรับรู้ เห็นพร้อมต้องกัน และได้ข้อตกลงร่วมกัน ประธานชุมชนจะทำหนังสือขออนุญาตไปยังกรุงเทพมหานครเพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน เช่น พื้นที่ใต้สะพานบางซื่อแก้งกระบวนการดังกล่าวนี้จึงนำไปสู่การพัฒนาพื้นที่ในลำดับถัดไป โดยประธานและคณะกรรมการชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการ ประชาคมภายในชุมชน และการพัฒนาพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เมื่อเดือนพฤษภาคม เราได้ประชาคมกันอยู่ ที่ฝับเรสซิด์ ประชาคมชี้แจงให้ชาวบ้านเข้าใจว่าเราจะมาขอตรงนี้ทำเป็นพื้นที่สุขภาวะ แล้วทุกคนก็เดินมาดูพื้นที่ ก็ตกลงว่าให้ทำตรงนี้แล้วเราก็ทำหนังสือไปที่ กทม.2 ขออนุญาตใช้พื้นที่ เขาก็ตอบกลับมาว่า 1. อนุญาตให้ใช้ 2. ถ้าเขาต้องการใช้พื้นที่เมื่อไหร่ เขาจะขอคืนแล้วเราก็พัฒนาของเราเรื่อยๆ เลย”

(ประธานชุมชน)

“เราเริ่มพัฒนาประมาณปลายปี 2555 เริ่มพัฒนา คือขนขยะไปแล้ว เราก็ขอคืนจากเขตมาถม ตอนนั้นมีรถไฟฟ้ากำลังขุดดิน ก็เอามาถมให้ แต่มันจะมีขยะพวกเศษเหล็ก เศษอะไรอยู่ ช่วยกันเคลียยกทีละบุงก็ คนนึงยก คนนึงเท โอ้ยทำกันอย่างทรหดจริงๆ ที่ช่วยทำจริงๆ มีแค่ 12 คนเองนะในชุมชน แต่ก็จะมีหมุนเวียนกันมาเรื่อยๆ แต่ 12 คน จะเป็นหลัก”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

1.2 การจัดการระหว่างทางสู่พื้นที่สุขภาวะ

เมื่อพื้นที่สุขภาวะถูกจัดสรรขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม กลไกจัดการสุขภาวะชุมชนลำดับถัดมา คือ การใช้พื้นที่สุขภาวะให้เต็มประสิทธิภาพ เกิดการใช้พื้นที่จริง จึงเป็นช่วงที่ประธานและกรรมการชุมชน รวมถึงคนในชุมชน ได้พัฒนาและออกแบบกิจกรรมจากทรัพยากร หรือต้นทุนที่มีอยู่ในชุมชน โดยนำจุดแข็งและความพร้อมของบุคคล ชุมชน มาสร้างสรรค์กิจกรรมโดยมุ่งผลประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาวะของส่วนรวมเป็นสำคัญ สามารถแบ่งกิจกรรมเป็น 4 มิติสุข

ภาวะ ได้แก่ กิจกรรมสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา โดยกิจกรรมสุขภาวะทางกาย ประกอบด้วย กิจกรรมการเดินแอโรบิก และการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกาย กิจกรรมสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การรวมกลุ่มกันนั่งสมาธิ สวดมนต์ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ และกิจกรรมตามเทศกาลพิเศษ กิจกรรมสุขภาวะทางสังคม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง หน้าที่พลเมืองและสถาบัน กิจกรรมทำความสะอาดชุมชน และกิจกรรมทำผลิตภัณฑ์จากเตย เป็นต้น กิจกรรมสุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ จิตอาสาทำงานเพื่อส่วนรวม ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนมาใช้พื้นที่ทุกวัน เช้า ๆ ประมาณ 10 คน เย็น ๆ 20-30 คน คนมาออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อายุ 45-50 ส่วนใหญ่เป็นนักวิ่ง ชมรมออกกำลังกายของวัยทำงาน ชมรมผู้สูงอายุจะมาเดินแอโรบิกกันทุกวันอาทิตย์”

(แกนนำชุมชนคนที่ 3)

“เดือนมกราคมเป็นวันขึ้นปีใหม่ เมษายนวันสงกรานต์ สิงหาคมวันแม่ เดือนที่ไม่มีวันสำคัญ จะว่างเราก็ แนะนำเขาว่าทำอย่างอื่น”

(องค์กรภายนอกคนที่ 2)

“สัมพันธ์ชุมชน บางทีเขาจะคิดมาแล้ว แล้วมาปรึกษาเราก่อนว่าทำได้ไหม มันน่าจะทำได้ก็ทำเลย ขาดอะไร ใหม่อ่างสมมุติเดือนนี้เขามีแผนของเขา เช่น เดือนกรกฎาคม พัฒนาชุมชนทำความสะอาดในชุมชน”

(แกนนำชุมชนคนที่ 6)

“ใช้สื่อเป็นตัวกระตุ้น ทำให้เขาเรียนรู้ว่าพื้นที่สุขภาวะเป็นยังไง โดยการประกวดสื่อชุมชน ความคิดของคุณ แค็กก็ไปถ่ายรูปครอบครัว เช่น ครอบครัวนี้บอกว่าขอเป็นครอบครัวพื้นที่สุขภาวะ จะทำกิจกรรมอะไรที่สะท้อนความเป็นพื้นที่สุขภาวะ ก็ถ่ายรูปพ่อแม่ลูก”

(องค์กรภายนอกคนที่ 1)

3.3 การจัดการปลายทางสู่พื้นที่สุขภาวะ

ปลายทางของการสร้างพื้นที่สุขภาวะจากความสำเร็จที่กล่าวถึงข้างต้น ประเด็นหลักที่ชุมชนมองถึงความคงอยู่ อย่างเป็นรูปธรรมหรือการส่งเสริมให้พื้นที่สุขภาวะอยู่ได้อย่างยั่งยืน ได้แก่ 1) การผลักดันพื้นที่สุขภาวะสู่การใช้ประโยชน์ ขยายเป็นวงกว้าง และ 2) การเผยแพร่ผลการดำเนินงานพื้นที่สุขภาวะ กระบวนการประกอบด้วย การผลักดันพื้นที่สุขภาวะสู่การใช้ประโยชน์เป็นวงกว้าง และการเผยแพร่ผลการดำเนินงานพื้นที่สุขภาวะ ดังคำกล่าวที่ว่า

“80 เปอร์เซ็นต์ที่ให้ความร่วมมือคือโซนนี้ (ชุมชนตีนสะพาน) ส่วนอีก 20 เปอร์เซ็นต์ยังไม่ได้เข้าร่วมเราก็พยายามหาข้อบกพร่องของตนเอง เราจะพยายามชี้แจงทุกเรื่องที่ว่าเค้ายังไม่ทราบ ก็พยายามประชาสัมพันธ์ให้ทราบให้ได้ วิธีการก็คืออยากจะทำที่ติดประกาศสักจุดหนึ่งสำหรับส่งสารที่ได้มา ได้สื่อกับเค้าบ้าง”

(ประธานชุมชน)

“ชุมชนดีอยู่แล้ว แต่เราอยากให้มันยั่งยืน ในความคิดป่า จากศูนย์สุขภาวะสู่วิสาหกิจชุมชน เนื่องจากชุมชนมีต้นทุน คือ การปลูกใบเตยหอม คนในชุมชนส่วนใหญ่ปลูกใบเตยหอม ตัดขายส่งไปที่ปากคลองตลาด จากนั้นกลุ่มได้พัฒนาผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยทำสบู่เหลวจากใบเตย การทำดอกไม้จันทน์ พวงหรีด พวงมาลัย กระเช้า เป็นต้น”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)



ภาพที่ 2 กลไกจัดการสุขภาพที่ดีของชุมชนเลิศสุขสม

2. ปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่ชุมชนสุขภาพ

ชุมชนเลิศสุขสมเป็นองค์กรชุมชนที่เป็นชุมชนดั้งเดิม มีวิถีชีวิตเรียบง่ายในรูปแบบชุมชนเกษตรกรรม มีการปลูกพืช ผลไม้ และมีคูคลองล้อมรอบ โดยส่วนมากจะเป็นเจ้าของที่ดิน มีการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่มีความยึดเหนี่ยวและรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ในภายใต้กระบวนการทำงานที่ประสบความสำเร็จนั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ศักยภาพของทุนทางสังคม และเครือข่ายจากองค์กรภายนอกเป็นปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่สุขภาพดีของชุมชนเลิศสุขสม

4.1 ศักยภาพของทุนทางสังคม

ทุนทางสังคมที่ชุมชนเลิศสุขสมมีความโดดเด่น แตกต่างจากชุมชนอื่น ได้แก่ ทุนศักยภาพมนุษย์ ทุนทางปัญญา และวัฒนธรรม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนทางสังคมเป็นศักยภาพที่สนับสนุนให้ชุมชนปรับปรุงประสิทธิภาพของสังคม โดยการส่งเสริมเกื้อหนุนการร่วมมือในการดำเนินงานซึ่งกันและกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาต่างๆ ดำเนินไปได้ อย่างลุล่วงจนทำให้เกิดการรวมตัวกันเพื่อพัฒนาชุมชนเลิศสุขสม นำไปสู่ชุมชนแห่งสุขภาพ และมีความโดดเด่นในด้านพื้นที่สุขภาพ ผลการศึกษาในส่วนนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาในเรื่องทุนทางสังคม โดยจะอธิบายถึงลักษณะของทุนทางสังคมที่มีความโดดเด่นทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

4.1.1 ทุนศักยภาพมนุษย์

จากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์พบว่า การเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่เกิดขึ้นมีรากฐานสำคัญมาจากศักยภาพทางมนุษย์ ซึ่งเป็นมูลเหตุสำคัญที่สนับสนุนให้กระบวนการพัฒนาชุมชนดำเนินไปได้อย่างก้าวกระโดด ทุนศักยภาพมนุษย์ของชุมชนเลิศสุขสม แบ่งได้ เป็น 2 ประเภท คือ ผู้นำที่มีคุณลักษณะที่โดดเด่น และศักยภาพของกลุ่มแกนนำ

1) ผู้นำที่มีคุณลักษณะที่โดดเด่นและมีภาวะผู้นำ เป็นผู้นำในระดับชุมชนมีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนเป็นอย่างมาก เพราะสามารถนำพาชุมชนของไปสู่การพัฒนาที่มีความเหมาะสมกับบริบทในชุมชนของตนเอง โดยมีวิธีการทำงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบุจุดเริ่มต้นของปัญหาจากภายใน เสนอประโยชน์ของการพัฒนาเพื่อหาแนวร่วมในการทำงาน เจรจาต่อรองและเปิดรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และการใช้สอยพื้นที่ให้เกิดกิจกรรมและประโยชน์ที่หลากหลาย ซึ่งผู้นำชุมชนเลิศสุขสมคุณลักษณะของภาวะผู้นำ ประกอบด้วย อดทนและไม่ย่อท้อต่อความล้มเหลว หาความรู้ใหม่ๆ เสมอ มีความพร้อมด้านฐานะ เสียสละมีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น มีความน่านับถือและเชื่อถือ และให้ความสำคัญกับการทำงาน เป็นทีม ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาจารย์มีความอดทน เป็นคนที่ยากทำให้สำเร็จ เจออะไรที่ยากทำค้นหา ปฏิบัติ และทำให้สำเร็จ แก่ทำงานสำเร็จ”
(แกนนำชุมชนคนที่ 3)

“เป็นน้ำที่ไม่เต็มแก้ว หาความรู้ที่ยังไม่รู้ และแสวงหาความรู้ใหม่ๆ เสมอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำความรู้ที่นำมาใช้ในการทำงานพัฒนาชุมชนตนเองได้ เป็นผีเสื้อที่อยู่บนต้นผักกาด”

(ประธานชุมชน)

“ฐานะประธาน ท่านไม่เดือดร้อน ท่านพร้อมจะให้ได้ทุกอย่างที่เราจะให้ ได้ เป็นคนสปอร์ต ไม่คิดเล็กคิดน้อย เพราะอาจารย์ท่านมีเงินบำนาญพอใช้อยู่แล้ว”

(แกนนำชุมชนคนที่ 4)

“ชุมชนนี้เราบอกอะไรไป เขาตอบสนองได้เกือบทุกเรื่อง เป็นเพราะผู้นำที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือ จากคนในชุมชนได้ จะจัดงานอะไร ถ้าประธานออกปาก คนจะมากัน”

(องค์กรภายนอกคนที่ 2)

“ทุกครั้งที่ชุมชนจะจัดกิจกรรม ผู้นำจะจัดการประชุมกับทีมงานก่อนทุกครั้งเพื่อที่จะจัดเตรียมกิจกรรมต่างๆ มีการหารือกัน และแบ่งบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกัน ไม่ใช่การสั่งการจากบนลงล่าง แต่เป็นการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ ทำให้ทุกคนจะมีส่วนร่วมในการทำงาน ทำงานด้วยความเต็มใจ และมีเป้าหมายเดียวกัน”

(ประธานชุมชน)

4.1.2 ทุนวัฒนธรรม

เป็นทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดกระบวนการภายในและภายนอกในการสืบสานวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน นอกจากนี้ทุนวัฒนธรรม ทำให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและบริหารจัดการให้เกิดการ

อนุรักษ์ ฟื้นฟู รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน สำหรับชุมชนเลิศสุขสมมีวิถีชีวิตที่เป็นแบบเครือญาติ เป็นเจ้าของพื้นที่ทรัพยากร เป็นชุมชนดั้งเดิมที่โดยส่วนมากอยู่อาศัยในชุมชนตั้งแต่เกิดมูลเหตุดังกล่าวจึงเป็นมูลเหตุที่สำคัญที่ทำให้ชุมชนเลิศสุขสม สามารถพัฒนาสู่ชุมชนสุขภาวะ

“ญาติก็เยอะค่ะ เหมือนสวนของคุณยาย แบบไปเช็กชั้นนั้น ค่อนข้างจะสามัคคีด้วยค่ะ เค้าไม่ได้ฟังต่างคนต่างมา อยู่เค้าอยู่กันมานานแล้ว ไม่ได้เป็นชุมชนตั้งใหม่”
(แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“เค้าก็รักพื้นที่เค้า คนละแวกนั้นส่วนมากก็แทบจะเป็นญาติกันเค้าอยู่กันจนจะเป็นญาติกัน”

(องค์กรภายนอกคนที่ 2)

“ออส. เราก็คือคนในพื้นที่ตั้งแต่ต้นกำเนิด ปู่ ย่า ตา ยาย เค้าเลยค่อนข้างรักสถานที่”

(แกนนำชุมชนคนที่ 2)

4.1.3 ทุนทรัพยากรธรรมชาติ

ทุนทรัพยากรธรรมชาติ คือสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนวิถีชีวิตของชุมชนในการขับเคลื่อนให้คนในชุมชนมีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาวะ สำหรับชุมชนเลิศสุขสมมีทุนทรัพยากรธรรมชาติที่แตกต่างจากชุมชนอื่นในเขตกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ชุมชนเลิศสุขสม เป็นชุมชนชาวสวนอุดมเป็นไปด้วยต้นไม้ และการปลูกพืชเพื่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้โดยส่วนมากประชาชนในชุมชนปลูกเตย ดังนั้นแกนนำของชุมชนจึงใช้เตยหอมเป็นต้นทุนของชุมชนในการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน

“คิดถึงเตย คิดถึงเลิศสุขสม” (แกนนำชุมชนคนที่ 1)

“ใช้วัตถุดิบหรือผลผลิตที่มีอยู่ในชุมชนมาทำ มาสร้างอาชีพก็คือเตย เอามาทำอะไรต่างๆ อย่างที่หนูเห็นกัน ทำพวงมาลัย ทำสบู่ ทำกระดาษ”
(แกนนำชุมชนคนที่ 7)

4.2 เครือข่ายองค์กรร่วมสนับสนุนเส้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในการสร้างพื้นที่สุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสม ตลอดระยะเวลาการทำงาน “เพื่อน” ร่วมทางที่มีจุดหมายปลายทางเดียวกัน ถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จที่เกิดขึ้น จากความร่วมมือขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ เสิ่นใจที่นำไปสู่ความสำเร็จและทิศทางที่ดีในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะให้เกิดขึ้นได้จริงในชุมชน การเปิดพื้นที่ในชุมชนให้ภาครัฐ ภาคการศึกษา และภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ทั้งด้านการวางแผน การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ พัฒนากิจกรรม พัฒนาอาชีพ เครือข่ายองค์กรที่ร่วมสนับสนุนเส้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะเลิศสุขสม ประกอบด้วย 1) องค์กรภาครัฐได้แก่ สำนักงานเขตภาษีเจริญ ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่ ศูนย์บริการเกษตรเขตพื้นที่ องค์กรการศึกษา 2) องค์กรเอกชน ได้แก่ ธนาคารทหารไทย (TMB) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในปีแรกได้รับความช่วยเหลือจากเขตภาษีเจริญในการจัดเก็บขยะ หลังจากที่ขนขยะแล้วจึงร่วมกันถมปรับพื้นที่”
(ประธานชุมชน)

“หน้าที่ของฝ่ายปกครองหรือหน้าที่ของทางสำนักงานเขต มันมีหน้าที่ต้องลงไป 1. พัฒนา 2. บำบัดทุกข์บำรุงสุขให้ประชาชนอยู่แล้ว” (องค์กรภายนอกคนที่ 3)

“ศูนย์บริการสาธารณสุข เขาจะแบ่งโซน ให้นโยบาย ให้ความรู้ เรื่องเด่นตอนนี้คือ เรื่องลูกน้ำยุ่งลาย เรื่องคนติดเตียงก็ต้องคอยดู” (แกนนำชุมชนคนที่ 4)

“เกษตรพื้นที่ 4 ก็เพิ่มความรู้เรื่องเกษตร พาเราไปทำหลายอย่าง ไปเรียนรู้นอกสถานที่ ไปเปิดโลกทัศน์ เข้ามาให้ความรู้ ไบเตยเป็นต่างแก็งังใจ มาเดินดูสวน” (แกนนำชุมชนคนที่ 3)

“มหาวิทยาลัยสยามเข้ามาช่วย 1. เขาไม่มีความเป็นราชการ มันไม่เป็น deadwood เท่าไหร่ 2. เขามีศักยภาพในการที่จะเอานักศึกษาลงมา 3. เขามีความรู้พื้นฐานทางด้านวิชาการ” (องค์กรภายนอกคนที่ 3)

“TMB เขามาเจอเราในเฟสบุ๊กชุมชน เขาเปิดหาในเฟสบุ๊ก คือเป็นงานที่เขาต้องออกไปหาช่วยเหลือชุมชน เขาก็มาเจอเรา แล้วมาสอนให้เราทำสบู่เหลว แล้วเขาก็เอามาแจกที่ TMB อีกที แล้วพอทำเสร็จเขาก็พาเราไปจัดเป็นวิสาหกิจชุมชน ที่เขตทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนาที่ชวนเราประกวดวิสาหกิจชุมชนแปรรูปเลย” (แกนนำชุมชนคนที่ 3)

อภิปรายผล

กระบวนการจัดการสุขภาวะชุมชนของชุมชนต้นแบบประกอบด้วยกลไกการจัดการที่ครอบคลุม ได้แก่ การจัดการต้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะ การจัดการระหว่างทางสู่พื้นที่สุขภาวะ และการจัดการปลายทางสู่พื้นที่สุขภาวะ โดยการจัดการต้นทางสู่พื้นที่สุขภาวะทั้งกลไกภายนอกชุมชนและกลไกภายในชุมชนเน้นการปรับกระบวนการที่ศรัทธาของสมาชิกชุมชน การทำความเข้าใจวิถีของชุมชน การส่งเสริมองค์ความรู้ที่จำเป็น การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำ รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเครือข่าย เพื่อให้เป้าหมายที่สร้างร่วมกันสำเร็จ ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนของเรจวิชัย นิลโคตร และนพพร จันทรนำชู (2561) ที่เน้นความเข้าใจต่อเป้าหมายของสุขภาวะชุมชน การทำความเข้าใจสุขภาวะชุมชน วิถีชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ และการมองเห็นบริบทพื้นที่ที่อยู่บนฐานความเป็นจริง และทุนทางสังคมจะสามารถประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสมให้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

กลไกการบริหารจัดการระหว่างทางสู่พื้นที่สุขภาวะ ชุมชนสร้างกิจกรรมต่างๆ ผ่านกิจกรรมสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา กิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้สุขภาวะเปลี่ยนไปในทางที่ดีและเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมที่สมดุล สอดคล้องกับแนวคิดของ Wiseman and Brasher (2008) กล่าวว่าสุขภาวะชุมชนมีกุญแจสำคัญ 4 ประการที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่ อิสรภาพจากความรุนแรง อิสรภาพจากการแบ่งแยก ความครอบคลุมทางสังคม และเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมและความปลอดภัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ และสุขภาวะชุมชน และช่วยในเรื่องกระบวนการคิดใหม่ (Rethinking Process) การทำความเข้าใจกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาสุขภาวะชุมชนที่ต้องครอบคลุมทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจเข้าด้วยกันเนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมในชุมชนเน้นสร้างความตระหนักและเน้นการมี

ส่วนร่วมสร้างสุขภาวะที่ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดสุขภาพดีและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปสู่พื้นที่ สุขภาวะอย่างยั่งยืน

กลไกการบริการจัดการปลายทางสู่พื้นที่สุขภาวะ ปลายทางของการสร้างพื้นที่สุขภาวะจากความสำเร็จ เป็นการจัดการพื้นที่สุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสมที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนในมิติต่าง ๆ ให้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ พบว่า ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม และสุขภาวะผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาวะชุมชนจึงควรคำนึงถึงการบริหารจัดการทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม

ปัจจัยและเงื่อนไขที่สนับสนุนความสำเร็จสู่สุขภาวะดีของชุมชนเลิศสุขสม สรุปได้ 3 ด้าน คือ ทุนศักยภาพมนุษย์ ทุนวัฒนธรรม และทุนทรัพยากรธรรมชาติ โดยทุนศักยภาพมนุษย์เป็นรากฐานสำคัญของการเปลี่ยนแปลงของชุมชนที่สนับสนุนให้กระบวนการจัดการสุขภาวะดำเนินไปได้อย่างก้าวกระโดด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชนเลิศสุขสม มีความสำคัญต่อการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างมาก เพราะมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน ซึ่งคุณลักษณะที่โดดเด่นของผู้นำชุมชนเลิศสุขสม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ อดทนต่อความล้มเหลว แสวงหาความรู้ใหม่ มีความพร้อมด้านฐานะ มีความเสียสละ มีความน่าเชื่อถือ และการให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม 2) ส่วนคุณลักษณะของกลุ่มแกนนำประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ มีจิตอาสา มีเป้าหมายร่วมกัน มีศักยภาพสูง และรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤพร ไชยสุขทักษิณ และคณะ (2562) ศึกษาผู้นำต้นแบบเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะชุมชน พบว่า คุณลักษณะด้านบุคลิกภาพของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย อดทนเสียสละ มีความคิดเป็นระบบและคิดแบบเปลี่ยนแปลง สร้างแรงบันดาลใจ มีวิสัยทัศน์ เป็นที่ปรึกษาเรียนรู้และใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์ ส่วนผลที่เกิดขึ้นจากผู้นำต้นแบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะ พบว่า ผู้นำมีส่วนร่วมอย่างมากที่ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีของชุมชน ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ด้วยกระบวนการที่ชัดเจนจากกิจกรรมในแต่ละพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

ทุนวัฒนธรรม เป็นทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดกระบวนการภายในและภายนอกในการสืบสานวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งอาจเรียกว่าเป็น “วิถีเครือญาติ” เป็นสิ่งสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนักในการเป็นเจ้าของทรัพยากรร่วมกัน เมื่อมีกิจกรรมที่แกนนำ หรือภาครัฐขอความร่วมมือ จึงได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี โดยทุนทางสังคม ได้แก่ ทุนมนุษย์ และทุนวัฒนธรรมสามารถผลักดันการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการชุมชนด้วยการสร้างความร่วมแรงร่วมใจของสมาชิกชุมชนทุกระดับมีการทำงานเชื่อมโยงกันและใช้แหล่งประโยชน์และทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนและยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สมพาดร์ วงษ์จู, 2565) ซึ่งให้เห็นว่าทุนทางสังคมส่งผลต่อการสร้างสุขภาวะที่ดีของชุมชน

ทุนทรัพยากรธรรมชาติ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนวิถีชีวิตของชุมชนในการขับเคลื่อนให้คนในชุมชนมีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาวะ และสามารถสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชนจนเกิดอัตลักษณ์ชุมชน “คิดถึงเตย คิดถึงเลิศสุขสม” ที่มีความภาคภูมิใจของชาวชุมชนภายใต้ผลิตภัณท์จากใบเตย นอกจากนี้ยังพบว่าทุน

ทรัพยากรธรรมชาติเป็นสิ่งสนับสนุนในการพัฒนาชุมชนและยังเป็นส่วนหนึ่งของทุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน (พิชชา บัวแย้ม และคณะ, 2560; สมพาดร์ วงษ์จู่, 2565) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการสร้างสุขภาวะชุมชนเลิศสุขสมเกิดจากแกนนำชุมชนประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม ได้แก่ ทุนศักยภาพมนุษย์ ทุนวัฒนธรรม ทุนทรัพยากรธรรมชาติและภาคีเครือข่ายจนนำไปสู่การขับเคลื่อนต้นแบบสุขภาวะชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้เชิงบริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสุขภาวะสามารถนำกลไกและแนวทางการจัดการสุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสมซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบ ได้แก่ การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการสุขภาวะของสมาชิกชุมชนทั้งวัยทำงานและวัยรุ่น การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงชุมชน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือไปประกอบการพิจารณา กำหนดนโยบายหรือแนวทางการบริหารจัดการสุขภาวะในชุมชนที่รับผิดชอบ
2. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ด้านวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์สามารถนำแนวทางการบริหารจัดการสุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสมซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบไปใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะชุมชน
3. ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ด้านปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาวะชุมชนสามารถนำกลไกการจัดการสุขภาวะของชุมชนเลิศสุขสมซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบไปประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาวะโดยปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลงานวิจัยพบว่าภาวะผู้นำเป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างสุขภาวะชุมชน การศึกษาครั้งต่อไป จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างสุขภาวะ
2. ระบบพี่เลี้ยงเป็นปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เป็นเงื่อนไขสำคัญสู่สุขภาวะ ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับผลของระบบพี่เลี้ยงที่มีต่อการสร้างสุขภาวะชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา จันท์เจริญ และเนตร หงษ์ไกรเลิศ. (2556). *การพัฒนาชุมชนเขตเมือง: การศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนเมืองเพื่อการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม.
- จิราพร ไชยเชนทร์, อิศร์ศักดิ์ อุ๋นอารมย์เลิศ และไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. (2560). “การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวคลองร้อยสายเชิงสร้างสรรค์.” *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 10(2)*, 2039-2055.
- นฤกร ไชยสุขทักษิณ, ทวีศักดิ์ พุฒสุขชี, และวันชัย ธรรมสังการ. (2562). ผู้นำต้นแบบเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาวะชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, 19(1)*, 99-114.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

- พิชชา บัวแย้ม และคณะ. (2560). การดำรงอยู่ของทุนทางสังคมในชุมชนลุ่มน้ำมูลตอนล่าง: กรณีศึกษาตำบลโพธิ์ศรี อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศิลปกรรมมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(2), 664-681.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์. (2556). *คู่มือการจัดทำโครงการชุมชนสุขภาวะ ประจำปี 2557*. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปาริชาติ เทพอารักษ์ และ อมรรารณ ทิวถนอม. (2550). สุขภาวะของคนไทย จุดเริ่มต้นของ ความอยู่เย็นเป็นสุข. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 4(1), 12 – 17.
- ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์*, 2(13), 1-12.
- มุกิตา คำชาย. (2557). *การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาวะชุมชนเพื่อความอยู่ดีมีสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต).
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2546). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพฯ.
- รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231-238.
- เริงวิชญ์ นิลโคตร, และนพพร จันทรนาชู. (2561). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาการเรียนรู้ชุมชนแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาวะชุมชน. *สัปดาห์: วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.)*, 24(1), 167-180.
- วิทวัส ช่างคร, ชูศักดิ์ เอื้องโชคชัย และภัทรา วายจตุ .(2566). การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะชุมชนบนฐานการพึ่งตนเอง. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 11(4), 1315-1328.
- สนธยา พลศรี. (2542). *ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน*. สงขลา: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- สมพาดน์ วงษ์จ. (2565). ทุนทางสังคมและการพัฒนาทุนมนุษย์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 16(1), 446-459.
- Wiseman, J., & Brasher, K. (2008). Community wellbeing in an unwell world: Trends, challenges, and possibilities. *Journal of Public Health Policy*, 29, 353-366.

เรื่องเล่าจากประสบการณ์เด็กวัด: พลเมืองรุ่นใหม่ในจังหวัดนนทบุรี

อารยา มั่นตราภรณ์, วท.ม.*, ภัทรียา ดำรงสัตย์, พย.ม.*

วริณญา อัจฉรรม, พย.ม.*, และจุฬารัตน์ หัวหาญ, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การพัฒนาเยาวชนให้เติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยการเสริมสร้างศักยภาพผ่านทุนชีวิต ภายใต้บริบทแวดล้อมที่เกื้อหนุน โดยครอบครัวถือเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญในการบ่มเพาะบุคลิกภาพและค่านิยม แต่ด้วยสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรลดลง ดังนั้นสถานศึกษา ศาสนสถาน และชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชนอย่างเป็นองค์รวม การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบเล่าเรื่อง (Narrative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของเด็กวัดในการเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในจังหวัดนนทบุรี ผู้ให้ข้อมูลคือเด็กวัดที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 10 คน ที่มีประสบการณ์การเป็นเด็กวัดอย่างน้อย 1 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระ ผลการวิจัยพบประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาเด็กวัดให้เป็นพลเมืองรุ่นใหม่ 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) เส้นทางเติบโตของเด็กวัด: จากแรงบันดาลใจสู่การสร้างคุณค่าและทักษะชีวิต 2) เส้นทางการเรียนรู้: จากลูกมือสู่ผู้นำ 3) พลังเด็กวัดสู่การพัฒนา: จากภูมิปัญญาสู่การพัฒนาชุมชน และ 4) การหล่อหลอมทักษะชีวิต: จากเด็กวัดสู่พลเมืองรุ่นใหม่ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในบริบทที่ใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ: เด็กวัด พลเมืองรุ่นใหม่ การวิจัยแบบเล่าเรื่อง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: pattareem@bcnon.ac.th

(Received: October 31, 2024; Revised: November 20, 2024; Accepted: November 20, 2024)

Narratives from “DEK WAT”: Active Citizens in Nonthaburi Province

Araya Mantraporn, M.S.* , Pattareeya Damrongsat, M.N.S.*

Warinya Attham, M.N.S.* , & Chularat Howharm, Ph.D*

Abstract

Developing youth into quality citizens in the current era necessitates enhancing potential through life capital within a supportive context. The family serves as a fundamental unit for cultivating personality and values. However, with changing social and economic conditions, parents have less time to care for their children. Consequently, other social institutions such as educational institutions, religious organizations, and communities must participate comprehensively in developing children's and youth's potential. This narrative research aimed to explore the experiences of “DEK WAT”: active citizens. The participants were ten children (DEK WAT) aged between 15-24 years, with at least one year of experience working in the temple. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed qualitatively using thematic analysis. The research findings revealed four key themes in developing “DEK WAT” as active citizens: 1) The developmental journey of “DEK WAT”: From inspiration to the development of values and life skills, 2) the Learning Path: From starter to Leader, 3) The power of “DEK WAT” towards development: from wisdom to community development and 4) Instructing Life Skills: From “DEK WAT” to active citizens. This research can be applied to guide youth development toward becoming active citizens in similar contexts.

Keywords: Dek Wat Active Citizen Narrative Research

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การพัฒนาเยาวชนให้เป็นพลเมืองรุ่นใหม่ที่ดีเป็นผลสืบเนื่องจากการเสริมสร้างทุนชีวิต (Life Assets) ให้แก่เด็กและเยาวชน ซึ่งต้องอาศัยระบบนิเวศเป็นสิ่งสำคัญ จากทฤษฎีระบบนิเวศ (Eco system) ของ Bronfenbrenner (1995) ได้อธิบายพัฒนาการและพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบนิเวศต่างๆ ทั้งสถานที่อยู่อาศัย ชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยมีครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของการหล่อหลอมและบ่มเพาะบุคลิกภาพและค่านิยมให้กับเด็ก เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่อบอุ่น มีความรัก การดูแลเอาใจใส่ และส่งเสริมสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาให้เด็กมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ช่วยเหลือเลี้ยงดูเพิ่มเติมให้ต้นทุนชีวิตของเด็กมีความสมบูรณ์ แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในยุคเศรษฐกิจปัจจุบันทำให้การเลี้ยงดูของพ่อแม่มุ่งเน้นการทำงานมากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อค่าครองชีพที่สูงขึ้น เกิดความไม่สมดุลระหว่างระยะเวลาการทำงานและการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้การทำหน้าที่ของหลายครอบครัวบกพร่องไป ระบบนิเวศลำดับต่อไปจากครอบครัว คือ สังคม ที่ประกอบด้วย โรงเรียน วัดและชุมชน จึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยพัฒนาให้เด็กเติบโตสู่การเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ของสังคม เพราะเด็กที่ได้รับการกล่อมเกลาจากครอบครัว และสังคมที่ดีมีแนวโน้มในการพัฒนาตนเองสู่เป็นพลเมืองที่ดี (วัชรินทร์ ชาญศิลป์, 2561)

จากการออกบริการวิชาการแก่ชุมชนเมือง ณ วัดแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ทำให้ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มของเด็กวัดที่มีกระบวนการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ มีภาวะผู้นำ มีความรับผิดชอบต่อนานาชาติ และมีจิตอาสาที่ดี จนทำให้ผู้วิจัยเกิดประเด็นคำถามว่าอะไรทำให้เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ถึงมาทำงานที่วัด และเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของทางวัด เช่น กิจกรรมวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา การจัดโครงการธนาคารขยะ โครงการร้านกาแฟในวัด การฝึกเป็นมัคคุเทศก์น้อย เป็นต้น การเป็นเด็กวัดของเยาวชนกลุ่มนี้จึงเป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงการพัฒนาเด็กกลุ่มนี้สู่การเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ตามแนวคิด Active Citizen ที่ต้องรับรู้ถึงสิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเองต่อสังคม การสร้างจิตสำนึกสาธารณะ การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม การส่งเสริมประชาธิปไตยในการรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความคิดเห็นของผู้อื่น การพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญ เช่น ฝึกการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การแก้ปัญหา ความรับผิดชอบและการจัดการตนเอง การสร้างความตระหนักรู้ด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพกายและใจ และทักษะการใช้สื่อและเทคโนโลยีอย่างรู้เท่าทัน และจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในกลุ่มเด็กวัดยังมีจำนวนน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของเด็กวัดในการเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในจังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบเล่าเรื่อง (Narrative research) โดยผู้วิจัยวางกรอบการเล่าเรื่อง (Narrative frame) และสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงเล่าเรื่อง (Narrative interview) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของเด็กกวดในการเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในจังหวัดนนทบุรี

สถานที่ศึกษาวิจัย

วัดแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กกวดแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี

ผู้ให้ข้อมูล คือ เด็กกวดแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (Snowball) โดยการเริ่มจากการค้นหาตัวอย่างที่ตรงกับเกณฑ์ในการวิจัย และเมื่อได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามถึงผู้ให้ข้อมูลรายถัดไป และดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เป็นเยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี มีประสบการณ์การเป็นเด็กกวดอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือตลอดการสัมภาษณ์ เกณฑ์การคัดอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับเด็กกวดฯ ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน โดยมีแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 5 ข้อหลัก ดังนี้

1. จากประสบการณ์และมุมมองของท่าน การเป็นเด็กกวดมีความหมายอย่างไร
2. ช่วยเล่าถึงเส้นทางชีวิตที่นำพาท่านมาสู่การเป็นเด็กกวด มีเหตุการณ์หรือบุคคลสำคัญใดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนี้
3. ในช่วงที่ท่านเป็นเด็กกวด มีประสบการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญใดที่ท่านจดจำได้ และเหตุการณ์เหล่านั้นได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่านอย่างไร
4. ท่านคิดว่าประสบการณ์การเป็นเด็กกวดได้หล่อหลอมความเป็นพลเมืองรุ่นใหม่ในตัวท่านอย่างไร โดยเฉพาะในแง่ของจิตสำนึก คุณธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม
5. จากประสบการณ์ของท่าน มีข้อเสนอแนะอย่างไรในการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมเด็กกวด เพื่อให้พวกเขาเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพในยุคปัจจุบัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างคำถามจำนวน 5 ข้อหลัก โดยมีคำถามนำและคำถามแบบเจาะลึก พร้อมทั้งอธิบายหรือยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมด ประมาณ 45-60 นาที หรือตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก จำนวน 3 ครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและอิมตัว
5. ผู้วิจัยนัดวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการให้สัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Braun and Clarke (2006) ที่ได้จากการวางกรอบการเล่าเรื่องและการสัมภาษณ์เชิงเล่าเรื่องในการวิจัยครั้งนี้ เริ่มจากการคัดเลือกและจัดระเบียบการถอดความบทสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบก่อนการวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เรื่องเล่าเป็นการเน้นที่ตรรกะกระบวนการทัศน์ (Paradigmatic logic) และนำมาวิเคราะห์เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ ประกอบกับการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยแก่นสาระ (Theme) ที่ได้จากการวิเคราะห์นั้นมาจากความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากคำถามการวิจัย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการถอดความ (Transcribe) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และตรวจสอบการถอดเสียงบทสัมภาษณ์จำนวน 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการจำแนกและจัดหมวดหมู่เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยจัดวางประเด็นหลักโดยการเชื่อมโยงหมวดหมู่ของเนื้อหาตามแก่นสาระ

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนและตรวจสอบแก่นสาระที่ได้เพื่อให้เกิดความชัดเจน มีความหมายและ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์จำแนกและระบุแก่นสาระหลักเพื่อหาประเด็นย่อยต่างๆ ในแต่ละแก่นสาระ

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยลดทอนข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก (Data reduction) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระชับ สอดคล้อง และเป็นเหตุเป็นผลในรูปแบบของรายงานการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness)

ผู้วิจัยใช้วิธีการในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลโดยใช้หลักเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba (1985) 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) ซึ่งผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลภาคสนามจำนวน 2 คน และนำข้อค้นพบที่ได้มาตรวจสอบว่าได้ข้อค้นพบที่เหมือนกัน และได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checks) ว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยมีการรายงานขอบเขตการวิจัย วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดมากที่สุด เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทอื่น ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน 3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกสีหน้าท่าทาง และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ และเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (Conformability) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบกระตุ้นแนวความคิดในการสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องเล่าจากประสบการณ์เด็กวัดพลเมืองรุ่นใหม่ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ *ประเด็นหลักที่ 1* เส้นทางเติบโตของเด็กวัด: จากแรงบันดาลใจสู่การสร้างคุณค่าและทักษะชีวิต แบ่งเป็น 6 ประเด็นย่อย *ประเด็นหลักที่ 2* เส้นทางการเรียนรู้: จากลูกมือสู่ผู้นำ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย *ประเด็นหลักที่ 3* พลังเด็กวัดสู่การพัฒนา: จากภูมิปัญญาสู่การพัฒนาชุมชน แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย และ *ประเด็นหลักที่ 4* การหล่อหลอมทักษะชีวิต: จากเด็กวัดสู่พลเมืองรุ่นใหม่ แบ่งเป็น 5 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

1. เส้นทางเติบโตของเด็กวัด: จากแรงบันดาลใจสู่การสร้างคุณค่าและทักษะชีวิต

เส้นทางเติบโตของเด็กวัดเริ่มต้นจากแรงบันดาลใจหรือเหตุผลที่นำพาให้เข้ามาอยู่ในวัด ซึ่งอาจเกิดจากความศรัทธา ความจำเป็นทางครอบครัว หรือความต้องการที่จะพัฒนาตนเอง ผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกฝนในวัดที่ค่อยๆ หล่อหลอมให้เกิดคุณค่าภายในจิตใจและทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต เช่น การเป็นจิตอาสา การเสียสละเพื่อส่วนรวม และการเข้าใจในหลักธรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

1.1 การทำงานด้วยจิตอาสา เด็กวัดทำงานด้วยใจโดยไม่หวังผลตอบแทน ไม่ใช้ทรัพยากรของวัด และมีความรับผิดชอบสูงกว่าเด็กวัดทั่วไป ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"เราทำด้วยใจ ไม่ได้มาถูกบังคับ" (S6)

"เราไม่ได้แบบว่ามาใช้เงินของวัดนะคะ เราทำด้วยใจ" (S9)

1.2 แรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกในการเป็นเด็กวัด: เด็กวัดได้รับอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อนและรุ่นพี่ ทำให้อยากเข้ามาเรียนในศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"หนูมาเรียนศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ เพราะอยู่ชอยเดียวกับเพื่อนที่ชวนมาเรียน จากนั้นก็เริ่มช่วยงานในวัดตั้งแต่ตอนเรียน ป.4" (S2)

"ตอนแรกเห็นพี่ๆ เรียนวันอาทิตย์ที่วัดก็เลยสนใจ และหลังจากจบ ป.6 ก็เริ่มช่วยงานที่วัด เช่น ดูแลน้อง ๆ และช่วยงานบุญ" (S1)

"หนูมาเรียนศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ เพราะอยู่ชอยเดียวกับเพื่อนที่ชวนมาเรียน จากนั้นก็เริ่มช่วยงานในวัดตั้งแต่ตอนเรียน ป.4" (S3)

"เริ่มต้นจากการมาเรียนวันอาทิตย์ที่วัด ตอนแรกก็แค่เรียน แต่ต่อมาก็เริ่มช่วยงานวัด เช่น การจัดกิจกรรมและงานบุญต่างๆ ตามที่มาวัดตั้งแต่เด็ก เพราะเห็นพี่เรียนวันอาทิตย์ หนูก็เลยตามมาเรียนด้วยและช่วยทำงาน" (S6)

1.3 ความเชื่อมโยงกับชุมชน เด็กวัดทำหน้าที่ประสานงานระหว่างวัดกับชุมชน มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน สร้างภาพลักษณ์ที่ดีระหว่างวัดและชุมชน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ช่วยพัฒนาวัดและชุมชนผ่านกิจกรรมต่างๆ" (S8)

"ช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับวัดและชุมชน" (S9)

1.4 ระบบพี่สอนน้อง เด็กวัดมีการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง ทำให้สร้างความต่อเนื่องในการทำงาน พัฒนาภาวะผู้นำในเด็กวัดรุ่นพี่ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ถ้ารุ่นน้องมาจะคอยสอนเหมือนที่พี่ๆ สอนเรา" (S6)

"ผมก็เป็นคนช่วยคุณน้องทำงานผมก็ทำด้วย" (S3)

1.5 มีความยืดหยุ่นในการทำงาน เด็กวัดไม่จำเป็นต้องพักในวัด สามารถจัดสรรเวลาระหว่างการเรียนและงานวัด โดยมีอิสระในการเลือกช่วยงานตามความถนัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"อยู่บ้านก็ได้ค่ะแต่มาช่วยวัดพัฒนาวัด" (S8)

"เรียนหนัก แต่แบ่งเวลาเพื่อช่วยงานวัด" (S3)

1.6 มีโอกาสพัฒนาทักษะที่หลากหลาย เด็กวัดได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี ทักษะการสื่อสาร ทักษะการบริหารจัดการ และทักษะความเป็นผู้นำในขณะที่เข้ามาเป็นเด็กวัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"เรียนรู้การใช้โปรแกรมต่างๆ ที่ไม่เคยใช้มาก่อน" (S5)

"มีความคิดที่แบบเป็นผู้นำและแตกต่างจากคนอื่น" (S8)

2. เส้นทางการเรียนรู้: จากลูกมือสู่ผู้นำเด็กวัดทางหลวง

ประสบการณ์เป็นเด็กวัดทางหลวงของเยาวชนกลุ่มนี้เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการทำงานที่เริ่มจากงานในลักษณะง่ายไปยาก และปรับความยากง่ายตามลำดับของประสบการณ์และความสามารถของแต่ละคน ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะงานออกเป็น 3 ระยะ คือ เด็กวัดระยะเริ่มต้น เด็กวัดระยะกลาง และเด็กวัดระยะก้าวหน้า

2.1 เด็กวัดระยะเริ่มต้น เป็นเยาวชนที่เริ่มเข้ามาอยู่ในวัดเป็นครั้งแรก โดยส่วนใหญ่จะเป็นช่วงการเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตในวัด เรียนรู้กฎระเบียบพื้นฐาน และเริ่มช่วยงานวัดเล็กๆ น้อยๆ เช่น กวาดลานวัด และรดน้ำต้นไม้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"เป็นเด็กที่ช่วยงาน เช่น จัดโต๊ะ บริการน้ำ หรือช่วยงานตามที่ได้รับมอบหมาย" (S6)

"เริ่มต้นจากการช่วยจัดงานบุญ ทำความสะอาด และดูแลสถานที่ในวัด" (S9)

2.2 เด็กวัดระยะกลาง เป็นเด็กวัดที่อยู่ในวัดมาระยะหนึ่งจนเริ่มมีความคุ้นเคยกับวิถีชีวิตในวัด มีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น เริ่มเรียนรู้พิธีกรรมทางศาสนา และสามารถช่วยงานวัดที่ซับซ้อนขึ้น เช่น ช่วยจัดเตรียมงานบุญและดูแลศาลาการเปรียญ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"พอผมโตขึ้นได้ทำหน้าที่เป็นมัคคุเทศก์ทำให้ผมได้ฝึกการสื่อสารและเรียนรู้ประวัติศาสตร์ของวัดเพื่อแบ่งปันให้ผู้เยี่ยมชม" (S4)

"จากการเป็นเด็กวัด ได้เรียนรู้การบริหารงานและการตัดสินใจ เช่น การดูแลทีมในโครงการสิ่งแวดล้อม และการประสานงานในงานบุญต่างๆ" (S3)

2.3 เด็กวัดระยะก้าวหน้า เป็นเด็กวัดที่มีประสบการณ์และมีความสามารถเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ ของวัด มีความเข้าใจในหลักธรรมและพิธีกรรมอย่างลึกซึ้ง สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่เด็กวัดรุ่นน้อง และได้รับความไว้วางใจจากพระสงฆ์ให้ดูแลงานสำคัญของวัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ได้รับงานที่มากกว่าเดิม เช่น การประสานงาน ดูแลเรื่องเอกสาร และสอนงานน้อง จากที่ประสานงานในวัดก็เปลี่ยนเป็นประสานงานกับนอกวัด เช่น หน่วยงานต่างๆ" (S8)

"พอเริ่มโตขึ้นก็ได้รับบทบาทเป็นเลขานุการของพระอาจารย์ ต้องคอยจัดการงานเอกสาร ประสานงาน และบริหารกิจกรรมในวัด" (S9)

3. พลังเด็กวัดสู่การพัฒนา: จากภูมิปัญญาสู่การพัฒนาชุมชน

เด็กวัดนำความรู้และภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดจากวัดและพระสงฆ์ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาชุมชน โดยเด็กวัดทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างวัดกับชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การอนุรักษ์วัฒนธรรม การส่งเสริมการศึกษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาระบบพื้นฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่นและหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา

3.1 การมีส่วนร่วมกับชุมชน เด็กวัดดำเนินกิจกรรมร่วมกับชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนผ่านโครงการต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เช่น โครงการด้านสิ่งแวดล้อม โครงการขยายเปลี่ยนเป็นรายได้ การอบรมด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับเทศบาล และโครงการอนุรักษ์วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมสานตะกร้าทำขนมไทย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ไปอบรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของเทศบาล... ไปเป็นตัวแทนของชุมชน" (S8)

"จากการทำงานในวัด หนูได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมและการช่วยเหลือชุมชน โดยเฉพาะในโครงการริโซเคิลขยะที่ช่วยให้ชุมชนมีรายได้" (S2)

"ชุมชนก็เป็นเรื่องพวกसानตะกร้าแล้วก็ทำขนมไทยอะไรแบบนี้" (S3)

"บทบาทคฤศคฺ์ทำให้ผมได้ฝึกการสื่อสารและเรียนรู้ประวัติศาสตร์ของวัดเพื่อแบ่งปันให้ผู้เยี่ยมชม" (S4)

3.2 ผู้ประสานงาน การที่วัดมีบทบาทในการริเริ่มประสานงาน และเป็นตัวกลางในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างวัดกับชุมชน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"จากการเป็นเด็กวัด ได้เรียนรู้การบริหารงานและการตัดสินใจ เช่น การดูแลทีมในโครงการสิ่งแวดล้อม และการประสานงานในงานบุญต่างๆ" S3

"ได้รับงานที่มากกว่าเดิม เช่น การประสานงาน คูเรื่องเอกสาร และสอนงานน้อง จากที่ประสานงานในวัด ก็เปลี่ยนเป็นประสานงานกับนอกวัด เช่น หน่วยงานต่างๆ"(S8)

3.3 การพัฒนาศักยภาพของชุมชน โดยเข้าร่วมการอบรมกับหน่วยงานภายนอกเพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชุมชน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ไปอบรมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของเทศบาล... ไปเป็นตัวแทนของชุมชน" (S8)

"นำความรู้มาปรับใช้ในโครงการขยะเปลี่ยนเป็นรายได้" (S2)

4. การหล่อหลอมทักษะชีวิต: จากเด็กวัดสู่ผู้นำรุ่นใหม่

เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนผ่านประสบการณ์การเป็นเด็กวัด ที่ได้เรียนรู้ทั้งหลักธรรมคำสอนการทำงานร่วมกับผู้อื่น และการรับผิดชอบต่อนหน้าที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้หล่อหลอมให้เด็กวัดพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นผู้นำ เช่น ความอดทน การมีวินัย การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการทำงานเพื่อส่วนรวม จนสามารถเติบโตเป็นผู้นำรุ่นใหม่ที่มีคุณธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม

4.1 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การทำงานในวัดช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารของเด็กวัดอย่างเป็นระบบ ผ่านการเป็นมัคคฺุเทศกฺ์แนะนำวัด การประสานงานกับชุมชน และการนำเสนอข้อมูลในที่สาธารณะ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"มาหน้าทีก็ที่เป็นมัคคฺุเทศกฺ์ครับ ไปพริเซนต์เล่าเรื่อง" (S4)

"การจัดงานบุญใหญ่และการประสานงานกับชุมชนช่วยให้หนูเรียนรู้การบริหารงานและการสร้างเครือข่าย" (S8)

4.2 การพัฒนาภาวะผู้นำ เด็กวัดได้รับการพัฒนาภาวะผู้นำผ่านการทำงานที่หลากหลาย การบริหารจัดการงาน การดูแลน้องๆ และการตัดสินใจแก้ปัญหา ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"จากเด็กซ้อย กลายเป็นคนที่เริ่มพัฒนาภาวะผู้นำ" (S7)

"โครงการสิ่งแวดล้อมทำให้ผมได้เรียนรู้การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า" (S3)

4.3 การพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การทำงานร่วมกันในวัดช่วยพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การทำงานร่วมกับผู้อื่น การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของเด็กวัด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"เป็นเหมือนครอบครัว ทุกคนช่วยเหลือกัน ไม่มีการแบ่งแยก" (S6)

"จากการทำงานในวัด หนูได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมและการช่วยเหลือชุมชน โดยเฉพาะในโครงการริไซเคิลขยะที่ช่วยให้ชุมชนมีรายได้" (S2)

4.4 การพัฒนาความมั่นใจในตนเอง การทำกิจกรรมในวัดช่วยพัฒนาความมั่นใจในตนเอง การได้รับความไว้วางใจในการทำงาน การได้แสดงความสามารถ และการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"มันทำให้หนูโตขึ้นค่ะ กล้าพูดกล้าคิดกล้าแสดงออกมากขึ้น" (S8)

"การสอนน้อง ๆ และแบ่งหน้าที่ให้ทีมทำงานช่วยให้หนูมีความรับผิดชอบและกล้าแสดงออก" (S1)

4.5 การพัฒนาทักษะการจัดการ เด็กวัดได้พัฒนาทักษะการจัดการผ่านการทำงานต่างๆ การวางแผนงาน การจัดการเวลา และการบริหารทรัพยากร ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"เริ่มต้นจากการเป็นมัคคุเทศก์แนะนำสถานที่ในวัด ได้เรียนรู้ทักษะการพูดต่อหน้าคนและการจัดการเวลา นอกจากนี้ยังช่วยงานในกิจกรรมประจำปีของวัด เช่น งานบวชและงานบุญ" (S4)

"จากการเป็นเด็กวัด ได้เรียนรู้การบริหารงานและการตัดสินใจ เช่น การดูแลทีมในโครงการสิ่งแวดล้อม และการประสานงานในงานบุญต่างๆ" (S3)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยข้างต้นสรุปให้เห็นการพัฒนาเด็กวัดให้เป็นพลเมืองใหม่ โดยแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1) เส้นทางเติบโตของเด็กวัด: จากแรงบันดาลใจสู่การสร้างคุณค่าและทักษะชีวิต 2) เส้นทางการเรียนรู้: จากลูกมือสู่ผู้นำ 3) พลังเด็กวัดสู่การพัฒนา: จากภูมิปัญญาสู่การพัฒนาชุมชน และ 4) การหล่อหลอมทักษะชีวิต: จากเด็กวัดสู่พลเมืองรุ่นใหม่

เส้นทางเติบโตของเด็กวัด: จากแรงบันดาลใจสู่การสร้างคุณค่าและทักษะชีวิต

จากผลการวิจัยพบว่าเด็กวัดมีคุณลักษณะที่โดดเด่น คือ การเป็นพลเมืองที่ดี ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รับผิดชอบ และเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเอง มีการทำงานด้วยจิตอาสาโดยไม่คาดหวังผลตอบแทนนอกเหนือจากความภาคภูมิใจในการทำมาดี มีจิตสาธารณะ มีภาวะผู้นำ และมีรอบรู้ในการใช้เทคโนโลยี อันเป็นผลจากการได้รับการฝึกฝนให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง ทำให้มีความสามารถในการปรับตัวในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยจิตใจที่เข้มแข็งจะช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากความยากลำบากและสามารถเผชิญหน้ากับความท้าทายต่างๆ ได้ดี ซึ่งการมีจิตใจที่เข้มแข็งต้องผ่านการฝึกฝนและการเรียนรู้ทักษะต่างๆ เช่น การจัดการอารมณ์ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา (ไชยเดช พิษณุไกร, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลที่มีผลต่อการจัดการความเครียด ที่ทำให้เห็นว่าการมีจิตใจที่เข้มแข็งช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและความกดดันในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (ฐิติชญาณี ปิยภัทรธนส์ไชย, 2024) นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะอีกด้านของเด็กวัดทางหลวงที่พบตามผลการวิจัยคือ

ความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้เด็กวัดสามารถเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นที่พบในการรายงานสมรรถนะของนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสที่มีสมรรถนะในด้านการปรับตัว เช่นเดียวกัน ที่จะช่วยให้เด็กวัดมีความสามารถในการปรับตัวช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำงานร่วมกันในชุมชน (ปิยฉัตร คนชม และวรินทร์ บุญยิ่ง, 2566) จากลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เด็กวัดกลุ่มนี้มีคุณลักษณะเฉพาะอันเป็นเอกลักษณ์ที่สร้างความประทับใจแก่ผู้ที่ได้เข้ามาสัมผัสและเรียนรู้ความเป็นเด็กวัด

เส้นทางการเรียนรู้: จากลูกมือสู่ผู้นำ

การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายของเด็กวัดจากผลการศึกษาวิจัยที่พบ คือเด็กวัดที่มาช่วยงานพระอาจารย์หรือมาดูแลกิจกรรมต่างๆของทางวัด เป็นเส้นทางการเรียนรู้ที่สำคัญในการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวถึงการสร้างจิตสำนึกของเยาวชนในการมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตย ที่ส่งเสริมให้เยาวชนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเพื่อพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคม (จิตรกร ลอศรี และคณะ, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่เด็กวัดได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมผ่านการสังเกตและปฏิบัติงานร่วมกับพระอาจารย์ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ที่นี้เกิดจากการสังเกต การลอกเลียนแบบ และการฝึกปฏิบัติ การช่วยงานพระเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพส่วนบุคคล ทำให้พัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ ทักษะความรับผิดชอบ เรียนรู้การวางแผน จัดระบบงาน ฝึกการตรงต่อเวลา ฝึกการรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เรียนรู้การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ฝึกการร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Boone, et al., 1977) จากผลการวิจัยพบว่าเด็กวัดจะมีการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายเป็นลำดับขั้น สอดคล้องตามลักษณะการพัฒนาอาชีพ (Career Development) (Catherine, Berrington., Emma, Macdonald, 2024) คือ 1) ขั้นเริ่มต้น เป็นการมอบหมายงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะเบื้องต้นในการเรียนรู้งานพื้นฐานทำความเข้าใจในระบบงาน ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายในขั้นนี้ ได้แก่ การทำความสะอาดและดูแลสถานที่ การเสิร์ฟน้ำ จัดโต๊ะในงานบุญ และการช่วยจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมต่างๆ 2) ขั้นกลาง เป็นการมอบหมายงานที่ลักษณะงานต้องมีการวางแผน ผู้ที่ทำงานในระยษนี้คือผู้ที่มีประสบการณ์ เพราะเป็นงานที่มีความซับซ้อนขึ้น ต้องสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายในขั้นนี้ ได้แก่ การเป็นมัคคุเทศก์แนะนำสถานที่ การดูแลโครงการปลูกผัก การเป็นผู้จัดการร้านค้าของทางวัด การเป็นผู้ประสานงานกิจกรรมต่างๆ ที่วัดจัดขึ้น และ 3) ขั้นก้าวหน้า เป็นการมอบหมายงานที่ผู้ได้รับมอบหมายจะต้องมีความเชี่ยวชาญในงาน สามารถพัฒนาระบบงาน และเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมได้ ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายในขั้นนี้ ได้แก่ การบริหารจัดการโครงการสิ่งแวดล้อม การทำหน้าที่ผู้นำทีม และการเป็นผู้ประสานงานของวัดกับหน่วยงานภายนอกวัด ดังนั้นข้อดีของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมวัดจึงช่วยพัฒนาทางจิตวิญญาณ เสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม ปลูกฝังความมีระเบียบวินัย ฝึกการปรับตัวและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิลป์ชัย สีมาวงค์อนันต์ และคณะ (2563) ที่สรุปแนวทางเสริมสร้าง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ดีงาม มีจิตสำนึกในด้านความดีและมีคุณธรรม ภายในจิตใจด้วยวิธีการประยุกต์หลักธรรมกำหนดเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรม

พลังเด็กวัดสู่การพัฒนา: จากภูมิปัญญาสู่การพัฒนาชุมชน

การพัฒนาทักษะทางสังคมผ่านการมีส่วนร่วมกับชุมชนของเด็กวัด สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการสังเกตตัวแบบ และในการสร้างจิตสำนึกสาธารณะ มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้อื่น (Boone, et al., 1977) ซึ่งเด็กวัดทางหลวงได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนทำให้มีการพัฒนาจิตสาธารณะผ่านกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา และการบูรณาการระหว่างวัดกับชุมชน โดยการทำงานของ เด็กวัดช่วยเชื่อมโยงวัดกับชุมชนเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็งมีศักยภาพ สอดคล้องกับงานศึกษาของพิชานันท์ โชติวรธอนันต์ (2566) ที่ได้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของเด็กวัดในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและชุมชน ซึ่งสามารถเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยมี การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพเยาวชนที่สำคัญ (วิจารณ์ พานิช, 2558)

การหล่อหลอมทักษะชีวิต: จากเด็กวัดสู่พลเมืองรุ่นใหม่

จากผลการวิจัยจะเห็นว่าเด็กวัดได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตในหลายรูปแบบ จากหลากหลายกิจกรรม ที่สำคัญคือการทำงานในวัดช่วยพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคลของเด็กวัด สอดคล้องกับทฤษฎีการพัฒนาตนเองของ Maslow (1943) และแนวคิดของ Kolb (1984) เรื่องการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ด้านการวางแผนและจัดการงาน การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการประสานงาน ส่วนทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ การทำงานร่วมกับผู้อื่นช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) โดยพัฒนาการทำงานเป็นทีมในลักษณะการสอนงานรุ่นน้อง การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ ในการได้รับมอบหมายความรับผิดชอบช่วยพัฒนาภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะการตัดสินใจ การบริหารทีมงานสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของ Hersey & Blanchard (1969) การทำงานในวัดเปิดโอกาสให้เรียนรู้เทคโนโลยี สอดคล้องกับแนวคิดของวิจารณ์ พานิช (2558) ที่ได้สรุปทักษะที่สำคัญแห่งศตวรรษที่ 21 คือ ทักษะรอบด้าน ทั้งด้านการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี การทำงานร่วมกับผู้อื่น และภาวะผู้นำ ดังนั้นการพัฒนาทักษะชีวิตผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในวัดจึงเป็นส่วนช่วยพัฒนาเยาวชนกลุ่มเด็กวัดนี้สู่การเป็นพลเมืองยุคใหม่

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนให้เด็กและเยาวชนมีความใกล้ชิดกับทางพระพุทธศาสนามากยิ่งขึ้น เพื่อปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม หลักธรรมคำสอนทางศาสนา บ่มเพาะและขัดเกลาจิตใจของเด็กและเยาวชนให้มีพื้นฐานการเป็นคนดีอันนำไปสู่การเป็นพลเมืองที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีพัฒนารูปแบบการสร้างเยาวชนรุ่นใหม่ให้เป็นพลเมืองที่ดี โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาจากประสบการณ์ของเด็กวัด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาเยาวชนระหว่างกลุ่มที่เป็นเด็กวัดกับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นเด็กวัด เพื่อค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาความเป็นพลเมืองที่ดี

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาและหลักธรรมจากวัดสู่เยาวชน เพื่อนำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรหรือโปรแกรมการพัฒนาเยาวชนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบพระคุณท่านเจ้าอาวาส และผู้ช่วยเจ้าอาวาสที่ให้ความเมตตาอนุเคราะห์ให้ทีมผู้วิจัยใช้วัดเป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการสัมภาษณ์ และขอขอบคุณทีมผู้วิจัยทุกท่านที่ร่วมมือจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จิตรกร ละออศรี ธัชชนันท์ อิศรเดช และ จำนงค์ อติวัฒนสิทธิ์. (2565). การสร้างจิตสำนึกทาง การเมืองในระบอบประชาธิปไตยของเยาวชนในเทศบาลเมืองอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 11(5), 100-115.
- ไชยเดช พิษณุไกร. (2566). *การพัฒนารูปแบบการแสดงสื่อสาระกับการเสริมสร้างทักษะพลังแห่งการฟื้นตัวของวัยรุ่น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- ฐิติชญาณ์ ปิยภัทรธนะไชย. (2567). พลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลที่มีผลต่อการจัดการความเครียด. *วารสาร โรงพยาบาล มหาสารคาม*, 21(2), 27-36.
- ปิยฉัตร คนชม และ วรินทร์ บุญยิ่ง. (2566). *แบบสมรรถนะทางสังคมของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาส*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- ภัทรพล หมดมลทิน. (2559). การพัฒนาเยาวชนตามแนวพุทธ. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 1(1), 13-22.
- พิชชานันท์ โชติวรธอนันต์. (2566). *การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย*. คุษุณีนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรินทร์ ชาญศิลป์. (2561). ความเป็นพลเมืองของเยาวชนไทย. *วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 5(1), 187.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. *วารสารนวัตกรรมการเรียนรู้*, 1(2), 3-14.
- ศิลป์ชัย สีมาวงศ์อนันต์ กมลาศ ภูวนาธิพงษ์ และ สุวัฒน์ รักขันโท. (2563). แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมของบุคลากรสายวิศวกรรม. *Journal of MCU Humanities Review*, 6(1), 369-383.

- Boone, T., Reilly, J.A., & Sashkin, M. (1977). SOCIAL LEARNING THEORY Albert Bandura Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977. 247 pp., paperbound. *Group & Organization Studies*, 2(3), 384-385.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bronfenbrenner, U. (1995). *Developmental ecology through space and time: A future perspective*. In P. Moen, G. H. Elder & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Catherine, Berrington., Emma, Macdonald. (2024). *Human Resource Management*. doi: 10.1093/hebz/9780192893512.003.0007
- Hersey, P. & Blanchard, K. H. (1969). Life cycle theory of leadership. *Training and Development Journal*, 2, 6-34.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice Hall. <http://academic.regis.edu/ed205/Kolb.pdf>
- Lincon, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslow, A. H. (1943). Preface to motivation theory. *Psychosomatic medicine*, 5(1), 85-92.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)
 - 2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
 - 2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
 - 2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา
 - 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน
 - 2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ
 - 2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
 - 2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
 - 2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป
 - 2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์
3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้
 - 3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
 - 3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
 - 3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าเสนอเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้
 - 3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าเสนอจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน
 - 3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./ สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./ *Title of the book* (Edition ed.)/ Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). *วัสดุชีวภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์

///////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and*

///////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่./ (เลขของฉบับที่)./ เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สวຍ, สุนน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

/////// ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

/////// วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ ชื่อวิทยานิพนธ์./ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

///////ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]./ ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./ Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]./ Name of the Institution

///////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา

///////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

///////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/ การสัมมนา/ อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่องการประชุม./ ชื่อการประชุม./ สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.*

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./(วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./ *Title of the work*: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB*. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder control problems.*

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่าน้ำกระดาษ ให้ตั้งค่าน้ำกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียน
ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 3,500 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

