

## การพัฒนารูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

### A development service model of community nurse at MaungKham Sub-District, Phan District, Chiang Rai Province

เสณีย์ พระโพธิ์<sup>1\*</sup>

ทวีวรรณ ศรีสุขคำ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

<sup>2</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

Saenee Phrapho

Taweewun Srisookkum

<sup>1</sup>Phan Hospital, Chiang Rai Province.

<sup>2</sup>School of Medicine , University of Phayao.

\* Corresponding author

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชนตำบลม่วงคำ ในพื้นที่ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 130 คน โดยเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 18 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 63 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เป็นพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข รวม 46 คน และกลุ่มนักวิจัยจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางการประชุมแบบประเมิน และแบบสอบถาม ขั้นตอนการดำเนินการมีสามขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกเป็นการพินิจวิเคราะห์ การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์ การประชุมทีมผู้ให้บริการและผู้นำชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการ และการประเมินโครงการวิจัยกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และ Kruskal-Wallis test, paired t-test และ Wilcoxon-sign rank test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชนตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีองค์ประกอบของรูปแบบคือ 1) ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและสถานบริการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครชุมชน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน และญาติผู้ป่วยในชุมชน 2) องค์กร ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพยาบาล องค์กรด้านการเมืองในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) กระบวนการทำงาน มีการทำงานทั้งที่ในระดับชุมชนและที่สถานบริการ โดยกระบวนการทำงานได้แก่ กิจกรรมการประชุมผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและสถานบริการ การพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและญาติ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน และการทบทวนการทำงานในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง โดยประเด็นเป็นการทำงานเยี่ยมบ้าน ความรู้ที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บทเรียนการทำงานที่ผ่านมาและการทำงานในอนาคต ทั้งนี้มีลักษณะการทำงานเป็นการทำงานอย่างไม่เป็นทางการโดยเฉพาะในบ้านของผู้ป่วยในชุมชนใช้การเป็นพี่เลี้ยง

ส่วนการทำงานที่เป็นทางการจะเป็นการประชุมร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล และการจัดฝึกอบรมที่มีกระบวนการทั้งการสอนและการบรรยาย และ 4) การประเมินผลในการทำงานชุมชนมีการติดตามการทำงานของผู้เกี่ยวข้องในองค์กรและกระบวนการทำงาน โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพจะได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งให้ความสำคัญกับลักษณะการทำงานที่เน้นในการประชุมเพื่อถอดบทเรียนและการสำรวจข้อมูลในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง และยังพบว่ารูปแบบที่พัฒนานี้ทำให้คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความพึงพอใจและแรงจูงใจและขวัญกำลังใจของอาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น โดยพบว่า คะแนนความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.01$ ) และ แรงจูงใจและขวัญกำลังใจของพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ พยาบาลชุมชน

### Abstract

This action research based on Stringer concept aimed to develop the service model of community nurse at MaungKham Sub-District in Phran District, Chiang Rai Province. There were 130 participants, including 18 community leaders, 63 home patients and care givers, 46 village health volunteers and community nurses and

3 researchers. Research instruments included the meeting guideline, the assessment checklist and questioners. Three steps of model development were 1) Look from data community 2) Think from meeting among community leaders and provider, and 3) Act from capacity building evaluation activities. Qualitative data was collected by meeting and analyzed by content analysis. Quantitative descriptive and Kruskal-Wallis test, paired t-test and Wilcoxon-sign rank test

The model of model of community nurse at Sub-District MaungKham comprise 3 components; 1) Stakeholders were community leaders, village health volunteer (VHVs), community nurse, and care givers : 2) organizations were VHVs groups, Nurse groups, political groups on village and Sub-district level, care giver group. : 3) activities process were capacity building at community and health facility, training, home visit, review activities among stakeholders. Non-formal activities was coaching care givers at community and formal activities were meeting in political group and trained in VHVs and evaluated among stakeholders.; and 4) Evaluation activities were observed stakeholders by

qualitative and quantitative which express on meeting and lesson learn. This model transform increased score of satisfaction among care givers. In VHV and community nurse revealed motivation and satisfaction were increasing. Besides, score of satisfaction among VHV and score of motivation among community nurse were significantly increasing at p-value <0.01) and, p-value <0.05

**Keyword:** Model Development, Community nurse

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วโลกที่เสียชีวิตมีกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยประมาณการว่าช่วงปี พ.ศ. 2554-2568 มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 7 ล้านล้านบาท ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดมาตรการในการสร้างระบบสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังโดยใช้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมจากประชาชน และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(1)</sup> เช่นเดียวกับในประเทศไทย ที่พบว่าประเทศไทย มีประชากรกว่า 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่ม NCDs และเสียชีวิตมากกว่า 300,000 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 25.2 พันล้านบาทต่อปี<sup>(2)</sup>

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมกัน ส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ คือ การพัฒนางานบริการปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล เพื่อให้สามารถลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับครัวเรือนของประชาชนและงบประมาณของประเทศในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) ที่มีพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ในการบริการจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง<sup>(3)</sup> และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(4)</sup>

งานวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีการนำมาใช้อย่างหลากหลายประเด็น เช่น อรรถรรณ เกตุแก้ว<sup>(5)</sup> ทำการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพ<sup>(6)</sup> ทำการศึกษาในการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และศศิธร วรรณพงษ์<sup>(7)</sup> ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก และการศึกษาของปริญชัช ชัยก้องเกียรติและคณะ<sup>(8)</sup> ทำการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนั้นยังมี

งานวิจัยของ ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ซัยวิบูลย์ธรรม และ พิชัยจันทร์ สว่างศรี<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรม ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ ในการใช้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรม เพิ่มขึ้น ( $p < .05$ ) และมีระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ลดลงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .05$ )

โรงพยาบาลพานเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด F1 ตั้งอยู่ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ได้กำหนดวิสัยทัศน์เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำ ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีจุดเน้นที่งานชุมชนเชิงรุกมุ่งสู่ประชาชน การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ที่บ้านจนทำให้ชุมชนดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ โดยในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลม่วงคำ โดยใช้สถานที่ขององค์การบริหาร ส่วนตำบลม่วงคำเป็นสำนักงาน โดยเป้าประสงค์หลัก เพื่อทำการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยในเขตตำบล ม่วงคำ ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล และเขตตำบล ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ ทั้งนี้บริการรักษายังคง ให้บริการเฉพาะที่โรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2556 ได้เริ่มดำเนินงาน Home Ward โดยให้พยาบาล จากหน่วยตักผู้ป่วยในออกมาทำงานเชิงรุกร่วมกับ ศูนย์สุขภาพชุมชนม่วงคำ ใช้แนวทางการทำงาน ของโรงพยาบาลชุมชน เป็นหลักตามกลยุทธ์หลักของ โรงพยาบาลในเรื่องบริการเชิงรุก (Home Ward)

ประกอบกับจากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาล ชุมชนที่ใช้ฐานคิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแล สุขภาพของ คลินิก โรงพยาบาลและชุมชน ดังนั้น กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนจึงได้พัฒนารูปแบบการ ทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำขึ้นโดยใช้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของสภาการพยาบาล นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา และคณะ<sup>(10,11)</sup> และแนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Stringer<sup>(12)</sup>

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม การทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ

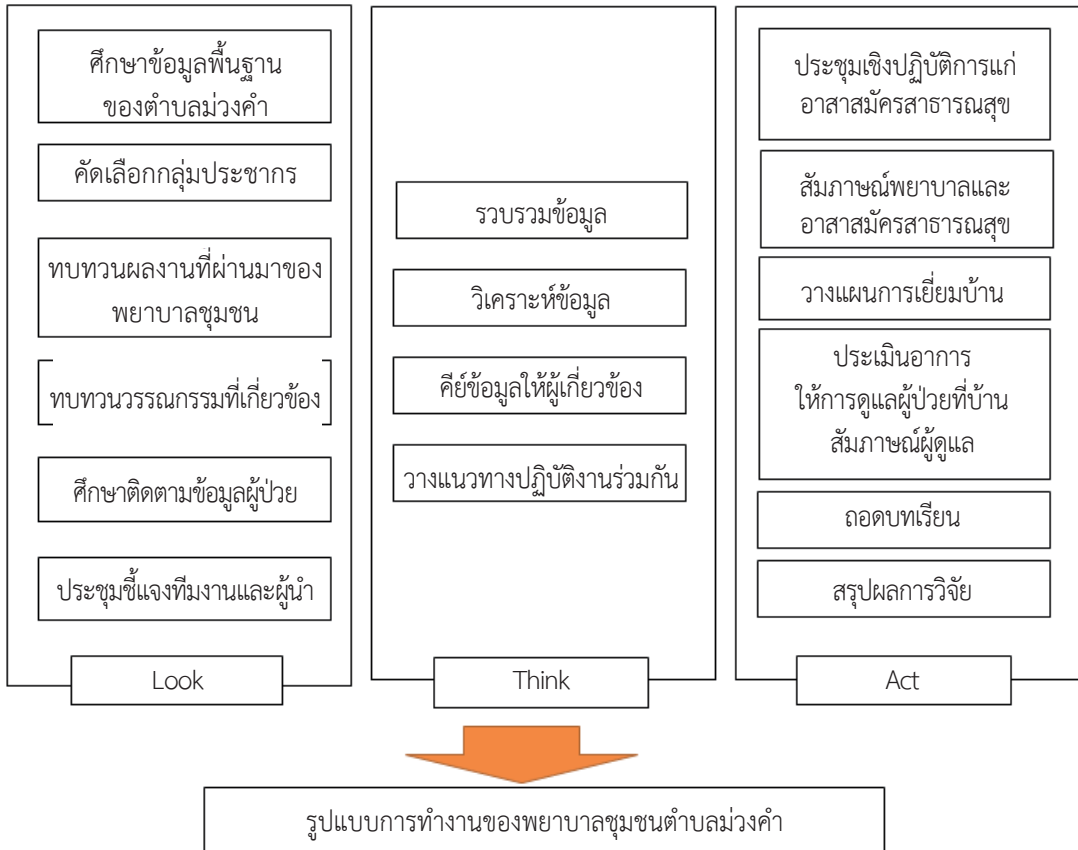
2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความ พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ

2.2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข ตำบลม่วงคำ

2.2.4 เพื่อประเมินความพึงพอใจก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของพยาบาล ชุมชน ตำบลม่วงคำ

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิด และคณะ<sup>(10,11)</sup> และ Stringer<sup>(12)</sup> เป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา กระบวนการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 4. ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชนตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ<sup>(10,11)</sup> และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Stringer<sup>(12)</sup> ในการพัฒนารูปแบบฯ มี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพินิจพิเคราะห์ (Look) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เป็นหรือที่พบเห็น โดยขั้นตอนนี้ทีมวิจัยทำการประชุมร่วมกับทีมพยาบาลชุมชนในการศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครในพื้นที่ที่ศึกษาทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารทางราชการ

จากนั้นทำการประชุมร่วมกับกลุ่มผู้นำชุมชน ในการดำเนินการวิจัย เพื่อเตรียมการข้อมูลเข้าสู่ ขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์ (Think) ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อตอบโจทย์ว่าสภาพของผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้านที่เกิดขึ้นคืออะไร ทำไมปรากฏการณ์นั้นจึงเกิดขึ้น และเพราะอะไรจึงเกิดขึ้น แล้วจะมีกิจกรรมอะไรที่จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยประชุมทีมนักวิจัยและอาสาสมัครกลุ่มในกลุ่มพยาบาลชุมชน ข้อมูลที่ได้จะนำไปพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อทำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติ (Act) ในขั้นตอนนี้ดำเนินการกิจกรรมคือ

1. การจัดกิจกรรมประชุมร่วมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับกลุ่มพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 16 ชั่วโมง โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของสำนักการพยาบาล ใช้เวลาให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติกรจำนวน 2 วัน เป็นเวลา 16 ชั่วโมง โดยจัดผู้เข้าประชุมจำนวน 40 คน เป็นพยาบาลชุมชน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มประชากรตัวอย่าง 30 คน ทั้งนี้โดยมีเนื้อหาการพยาบาลที่บ้าน (Home Ward) จากแนวคิดของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข<sup>(11)</sup> กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการดำเนินการทั้งหมดของพยาบาลชุมชน การ coaching การให้การดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญดังนี้ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งตับ ภาวะสมองขาดเลือดและ

โรคชรา การสาธิตการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การให้ออกซิเจนที่บ้าน การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดแบบปรอท การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ทั้งนี้กลุ่มโรคและหัตถการดังกล่าวคือกลุ่มโรคผู้ป่วยดังกล่าว

2. กลุ่มพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์

3. การประเมินกิจกรรมในโครงการวิจัยนี้ ต้องการตอบโจทย์ว่า กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มีผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องอย่างไร มีข้อดี ข้อขัดข้องอะไร มีสาเหตุจากอะไร และแนวทางการพัฒนาควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง ผลที่ได้จากกิจกรรมการประเมินนี้จะนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบในการวิจัย โดยทำการประชุมในกลุ่มพยาบาลชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มผู้นำชุมชน

**4.1 พื้นที่ศึกษาวิจัยและหน่วยในการวิเคราะห์** หน่วยในการวิเคราะห์เป็นตำบลม่วงคำ จังหวัดเชียงราย

**4.2 ประชากรที่จะศึกษา** ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งหมด 130 คนแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ

ก. กลุ่มผู้สนับสนุนเป็นผู้นำชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน จำนวน 18 คน

ข. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้านจำนวน 26 คน (เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูลอีก 4 คน) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 37 คน รวม 63 คน

ค. ผู้ปฏิบัติงานเป็นกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนตำบลม่วงคำจากกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

จำนวน 11 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่  
รับผิดชอบในบ้านผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้านจำนวน  
35 คน รวม 46 คน

ง. กลุ่มนักวิจัยได้แก่ทีมนักวิจัยจำนวน  
3 คน

### การคำนวณขนาดตัวอย่างและที่มาของ ขนาดตัวอย่าง

กลุ่ม ก ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน  
ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เพราะเป็นผู้ที่ให้  
ข้อมูลทั่วไปและด้านสุขภาพของชุมชนได้ดี

กลุ่ม ข ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยที่ต้อง  
ดูแลที่บ้านใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่  
เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สูตรของ Cohen<sup>(13)</sup> ตาราง  
กำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen โดยกำหนด  
ค่า effect size = 0.70 ค่า power 0.80  
ค่า  $\alpha = 0.05$  จากนั้นได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วย  
ที่ต้องดูแลที่บ้านจำนวน 30 คน แต่เนื่องจากการ  
ทดลองใช้เวลา 24 สัปดาห์ อาจเกิดการสูญหาย  
ของอาสาสมัคร อีกร้อยละ 20 เป็นจำนวนขนาด  
ตัวอย่าง 26 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างกลุ่ม  
ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่ม ข ด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วย  
วิธีจับฉลาก

ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเลือก  
ตัวอย่างแบบเจาะจงในบ้านผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่ม ข  
บ้านละ 1 - 2 คน รวมเป็น 37 คน ทั้งนี้เพราะเป็น  
ผู้ดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่ม ข

กลุ่ม ค ประกอบด้วย กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติ  
งานในชุมชน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง  
เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถ  
ทำงานชุมชนได้จำนวน 11 คน ส่วนกลุ่มอาสาสมัคร  
สาธารณสุขใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพ  
ของผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 35 คน

กลุ่ม ง ประกอบด้วย นักวิจัยในโรงพยาบาล  
พานและนักวิจัยนอกโรงพยาบาลที่มีความรู้  
และหรือประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน  
จำนวน 2 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

กลุ่ม ก ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน  
เป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่งตามที่ระบุอย่างน้อย 1 ปี  
และสมัครใจการดำเนินโครงการวิจัยตลอด  
โครงการ

กลุ่ม ข ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้านของ  
ศูนย์บริการสุขภาพม่วงคำเท่านั้น เป็นผู้มีคะแนน  
ตามแบบประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ  
การดูแลประคับประคอง (Palliative Performance  
Scale: PPS-Phan) ตั้งแต่ร้อยละ 40 ขึ้นไป

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นผู้ที่มีอายุ  
ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย  
ในบ้าน หรือทำหน้าที่ในการช่วยเหลือและ  
สนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน สามารถอ่าน  
หนังสือได้ มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่ม ค ประกอบด้วย

1) กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน  
เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและมีประสบการณ์  
ในการทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2) ส่วนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ  
เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วย และมี  
ประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

กลุ่ม ง ประกอบด้วย

1) นักวิจัยในโรงพยาบาลพานเป็น  
โรงพยาบาลที่ทำงานในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี

2) นักวิจัยนอกโรงพยาบาลที่มีความรู้  
และหรือประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับชุมชน  
อย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป

**เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจาก  
โครงการ (Exclusion criteria)** อาสาสมัคร  
ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discon-  
tinuation criteria)** ทีมวิจัยจะยุติโครงการ  
เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการ

**4.3 เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ**  
เครื่องมือในการศึกษาค้างนี้คือแบบประเมิน  
และแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการ  
การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Perfor-  
mance Scale: PPS-Phan) ประยุกต์จากแบบประเมิน  
ของสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข<sup>(14)</sup>

2. แบบประเมินและติดตามอาการ  
ในผู้ป่วยที่บ้าน (ESAS) ของสำนักงานการพยาบาล  
กระทรวงสาธารณสุข<sup>14</sup>

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ  
องค์การอนามัยโลก (QOL-Phan) โดยใช้แบบ  
ประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก  
[ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย] (WHOQOL - BREF - THAI)  
ของสำนักงานการพยาบาล<sup>(15)</sup>

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย (SATFAM-Phan) โดยใช้  
แบบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในชุมชนของ  
สำนักงานการพยาบาล<sup>(15)</sup>

5. แบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ  
และความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน (SATNURSE -  
Phan) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล  
โดยใช้แบบของสำนักงานการพยาบาล<sup>(11)</sup>

**การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ มีดังนี้**

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก  
ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาล  
ชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข หาคุณภาพ  
ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า triangulation  
investigation

2. แบบประเมินการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน  
แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก  
(QOL-Phan) แบบสอบถามความพึงพอใจของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และแบบประเมินความ  
พึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขและพยาบาล นำเครื่องมือทั้งหมดไป  
ทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน  
กลุ่มละ 30 คน จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่น  
โดยใช้ Alpha's Cronbach โดยค่าความเชื่อมั่น  
แต่ละกลุ่มในแต่ละแบบไม่ต่ำกว่า 0.60

#### 4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการเก็บ  
รวบรวมจากการประชุมกลุ่มในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง  
ได้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข  
และพยาบาลชุมชน

4.4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจาก  
กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่บ้าน เครื่องมือวิจัย คือ  
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลการดูแล  
ประคับประคอง (Palliative Performance  
Scale: PPS-Phan) และ แบบประเมินและติดตาม

อาการในผู้ป่วยที่บ้าน (ESAS) โดยผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และพยาบาลชุมชน เป็นผู้ใช้เครื่องมือ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน

2. กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (QOL-Phan) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย (SATFAM-Phan) เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน

3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ทำแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน (SATNURSE - Phan) ของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน

4. กลุ่มพยาบาลชุมชน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจและความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน (SATNURSE-Phan) ของพยาบาลชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน

#### 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแนวคำถามนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มความคิด ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มความคิด

2. ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลการประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านใช้ Kruskal-Wallis test ข้อมูลแรงจูงใจและความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน แรงจูงใจและความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำการวิเคราะห์ด้วย paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลของแรงจูงใจและความพึงพอใจของพยาบาลด้วย Wilcoxon-sign rank test

#### การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแบบยกเว้น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ โครงการ 33/2561

#### 5. ผลการศึกษา

##### 5.1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 บริบทพื้นที่ศึกษา ตำบลม่วงคำ อ.พาน จ.เชียงราย มีพื้นที่ทั้งหมด 60,429 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอพาน 5-15 กิโลเมตร สภาพโดยทั่วไปของตำบลม่วงคำเป็นที่ราบกว้างมีภูเขาและป่าโปร่ง มีพื้นที่ติดกับอุทยานแห่งชาติดอยหลวง มีจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 17 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพาน ประชากรที่มีอยู่จริงจำนวนทั้งหมด 6,255 คน 2,265 ครัวเรือน ผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 29.76 อาชีพของประชาชนคืออาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ด้านสุขภาพ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ ส่วนใหญ่ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนต้น จำนวนผู้ป่วยติดเตียงในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 52 ราย อัตราเกิด 4.3:1,000 อัตราตาย 5.1:1,000 และอัตราเพิ่มประชากร-0.8 อัตราการเสียชีวิตอันดับแรกคือ โรคมะเร็ง

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.96 อายุมากกว่า 60 ปี - 70 ปี และ 80 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 33.33 ไม่มีอาชีพสูงถึงร้อยละ 66.66 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท อยู่ในอัตรา ร้อยละ 74.07 โรคที่ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ โรคปอดในอัตราร้อยละ 29.62 ส่วนอัตราค่า PPS score อยู่ระหว่าง 80-100 เป็นจำนวน มากที่สุดในอัตราร้อยละ 40.71 ส่วนผู้ดูแลที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.4 อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.54 สถานะภาพสมรส อัตราร้อยละ 70.27 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าในอัตราร้อยละ 78.37 ผู้ดูแล ที่บ้านมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,001 บาท - 3,000 บาท อัตราร้อยละ 35.13 อาสาสมัคร สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.57 อายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 60.00 เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขสังกัดหน่วยงานศูนย์สุขภาพ ชุมชน ร้อยละ 91.72 ระยะเวลาทำงาน มากที่สุด คือ อายุงานระหว่าง 10-20 ปี และ 20-30 ปี มีอัตราร้อยละ 20 เท่ากัน ร้อยละ 20 และพยาบาล เยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.91 อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี และ 31-40 ปี ในอัตรา ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 54.54 ระยะเวลาการทำงาน 3-5 ปี มีจำนวน มากที่สุด ในอัตราร้อยละ 45.45

## 5.2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ทั่วไป

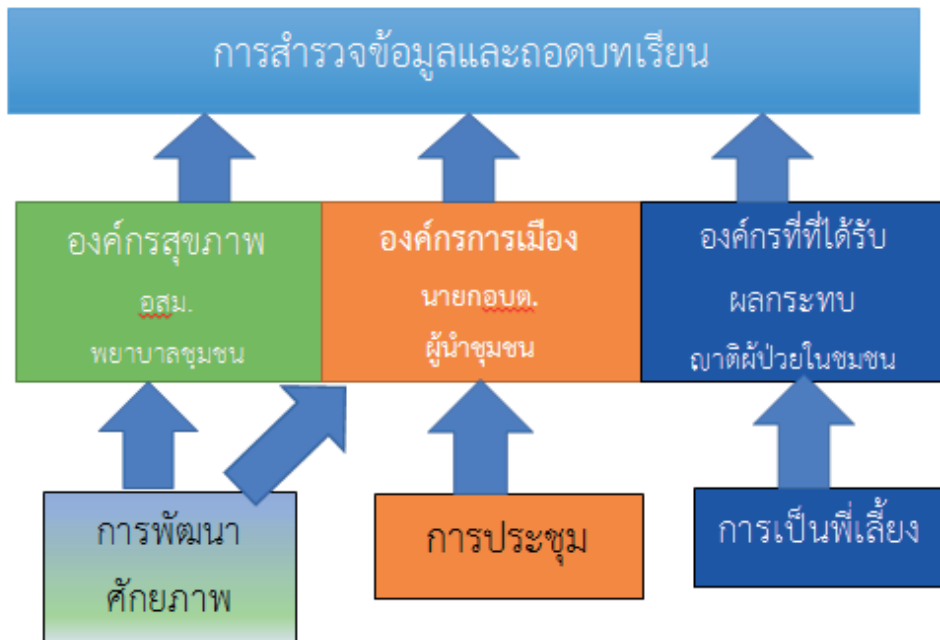
พบว่ารูปแบบการทำงานของพยาบาล ชุมชนตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีองค์ประกอบของรูปแบบคือ ดังภาพที่ 2

1. ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและสถานบริการ มีบุคคลที่สำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้ดำรงอยู่ในช่วง ทำการศึกษาคือผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัคร สาธารณสุข อาสาสมัครชุมชน พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในชุมชน และญาติผู้ป่วยในชุมชน

2. องค์กรรูปแบบนี้มีองค์กรที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรด้านสุขภาพได้แก่ กลุ่มอาสาสมัคร สาธารณสุข กลุ่มพยาบาล องค์กรด้านการเมือง ได้แก่ ผู้นำชุมชนของระดับหมู่บ้าน และระดับ ตำบล และองค์กรที่ได้รับผลกระทบคือกลุ่มญาติ ผู้ป่วยที่บ้าน

3. กระบวนการทำงาน มีการทำงาน ทั้งที่ในระดับชุมชนและที่สถานบริการ โดย กระบวนการทำงานได้แก่ 1) กิจกรรมประกอบ ไปด้วย การประชุมในผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและ สถานบริการ การพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยที่บ้านและญาติ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน และ การทบทวนการทำงานในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 2) ประเด็นในกิจกรรมเป็นประเด็นการทำงาน เยี่ยมบ้าน ความรู้ที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน บทเรียนการทำงานที่ผ่านมาและการทำงาน ในอนาคต 3) ลักษณะการทำงานเป็นการทำงาน อย่างไม่เป็นทางการโดยเฉพาะในบ้านของผู้ป่วย ในชุมชนใช้การเป็นที่เลี้ยง ส่วนการทำงานที่เป็น ทางการจะเป็นการประชุมร่วมกับองค์การบริหาร ส่วนตำบล และการจัดฝึกอบรมที่มีกระบวนการ ทั้งการสอนและการบรรยาย

4. การประเมินผล ในการทำงานชุมชน ต่อมีการติดตามการทำงานของผู้เกี่ยวข้อง องค์กร กระบวนการทำงาน โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ จะได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งให้ ความสำคัญกับลักษณะการทำงานที่เน้นในการ ประชุมเพื่อถอดบทเรียนและการสำรวจข้อมูล ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 2 รูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชนตำบลม่วงคำ

### 5.3 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์เฉพาะ

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำมีจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังกิจกรรม มีจำนวน 3 ข้อ คือ “การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ทำน ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด” “ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อย” และ “ความจำเป็นต้องไปรับ การรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ ไปได้ในแต่ละวัน”

คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ เพิ่มขึ้นจาก 57.78 เป็น 58.46 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าความพึงพอใจ

ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนรวมของ แรงจูงใจและขวัญกำลังใจหลังโครงการสิ้นสุดของ อาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 37.22 เป็น 39.40 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ คะแนนรวมของความพึงพอใจและหลังโครงการ สิ้นสุดเพิ่มขึ้นจาก 36.20 เป็น 39.48 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.008$ ) สำหรับ กลุ่มพยาบาลชุมชนพบว่าแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นจาก 40.09 เป็น 43.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.049$ ) ส่วนคะแนนรวมของความพึงพอใจและ หลังโครงการสิ้นสุดของพยาบาล โดยพบว่าเพิ่มขึ้น จาก 36.63 เป็น 39.36 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ

### 5.4 อภิปรายผลการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของพยาบาล

ชุมชน ตำบลม่วงคำ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้น หลังกิจกรรม มีเพียง 3 ข้อจาก 26 ข้อ คือ “การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ มากน้อยเพียงใด” “ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน และ “ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน” เป็นอย่างไรเขียนบรรยายเพิ่มเติมให้ชัดเจน ผลที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญโญ อุทธิยา และคณะ<sup>16</sup> ได้ศึกษาอะไรกับใครแล้วผลการศึกษา เป็นอย่างไร ที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของ อาสาสมัครไม่แตกต่างกัน

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานของ พยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 57.78 เป็น 58.46 แต่ไม่พบความแตกต่าง ทางสถิติ เช่นเดียวกับคะแนนรวมของแรงจูงใจ และขวัญกำลังใจและหลังโครงการสิ้นสุดของ อาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 37.22 เป็น 39.40 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ คะแนนรวมของความพึงพอใจและหลังโครงการ สิ้นสุดของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 36.20 เป็น 39.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) ทั้งนี้ น่าจะมาจากเหตุผลอะไร ซึ่งผู้วิจัยควรให้เหตุผลว่าทำไม เพราะอะไร แล้วค่อยไปบอกว่าสอดคล้องหรือไม่สอดคล้อง กับใคร ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ พิชัยจันทร์สีวงศ์<sup>9</sup> ที่พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม อะไร ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ ในการใช้ความรู้

และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรม เพิ่มขึ้น (p<.05) และมีระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ลดลงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p<.05)

ความพึงพอใจก่อนและหลังเข้าร่วม กิจกรรมการทำงานของพยาบาลชุมชน ตำบลม่วงคำ พบว่า คะแนนรวมของแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ และหลังโครงการสิ้นสุดของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 40.09 เป็น 43.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.049) และพบว่าคะแนนรวมของ ความพึงพอใจและหลังโครงการสิ้นสุดของพยาบาล โดยพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 36.63 เป็น 39.36 แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่บ้าน ดีขึ้น รวมถึงผู้ดูแลที่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ดูแลมีความพึงพอใจสูงขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ทั่วไป พบว่า รูปแบบการทำงานของพยาบาลชุมชนตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายมีองค์ประกอบของ รูปแบบคือ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและสถาน องค์กร ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการทำงาน มีการทำงานทั้งที่ ในระดับชุมชนและที่สถาน และการประเมินผล คล้ายกับงานวิจัยของ อรรวรรณ เกตุแก้ว<sup>(5)</sup> Hoontrakul และคณะ<sup>(6)</sup> จันทิมา ฤกษ์ เลื่อนฤทธิ์ และศศิธร วรรณพงษ์<sup>(7)</sup> และการศึกษาปริญญา ชัยก้องเกียรติ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิง ปฏิบัติการที่พบว่าผู้เกี่ยวข้องในการวิจัยหลากหลาย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายแบบ และ ผลสุดท้าย ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนำมาสู่องค์ประกอบ การวิจัยและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการเปลี่ยนแปลงในชุมชน นอกจากนี้รูปแบบ

ของงานวิจัยนี้ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลชุมชนมีแรงจูงใจและขวัญกำลังใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจนั้นมีเพียงคะแนนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Stringer, 2007<sup>(12)</sup> ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนา มาจากการปฏิบัติจริงในชุมชนในการปัญหาในระดับท้องถิ่น โดยได้คำนึงถึงบริบทของชุมชนที่เป็นอยู่จริง ซึ่งสอดคล้องกับสภาพของพื้นที่ศึกษา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นคนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการใช้ชุดความรู้ที่ได้สร้างขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

### ข้อเสนอแนะ

1. ในพื้นที่ศึกษาควรได้นำรูปแบบที่ได้ไปกำหนดเป็นมาตรการหรือมาตรฐานในการดำเนินงานในการให้บริการกับผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชนต่อไป
2. ควรนำเนื้อหาของการจัดกิจกรรมประชุมร่วมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับกลุ่มพยาบาลชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาปรับใช้ในการทำงานของพื้นที่อื่นที่มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2014). Global status report on noncommunicable diseases Geneva: WHO; 2014.
2. BLTBANGKOK. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยในอนาคต. [online] Available from: <http://www.bltbangkok.com/WellBeing> [2019 February 28]
3. Clemen-Stone, S., Eigsti, D.G., & Mc Guire, S. L. Comprehensive community health nursing Family, aggregate & community practice. 4 th ed. St.Louis : Mosby Year Book;1995.
4. มาลีจิตร์ ชัยเนตร. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย อุดกั้นเรื้อรัง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่; 2552.
5. อรวรรณ เกตุแก้ว. การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านสำหรับทีมสุขภาพโดยวิธีวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
6. Hoontrakul D, Sritanyarat W, Nuntaboot K and Premgamone A. (2008). Development of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of One Primary Care Unit. PNR JNR. 2008; 12(2): 131-141.
7. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ ศศิธร วรรณพงษ์ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสภาการพยาบาล. 2557; 29(4): 64-78.

8. ปรีณัฐ ชัยกองเกียรติและคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา วารสารนราธิวาสราชชนครินทร์มหาวิทยาลัย. 2559; 8 (3) : 27-40.
9. ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และพิชัยจันทร์สีวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2561; 5 (1): 112-126.
10. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุตา ลาภภักดี, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. สำนักงานพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข: บริษัท สำนักพิมพ์ สี่อตะวัน จำกัด; 2556.
11. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และทิพย์สุตา ลาภภักดี. (บรรณาธิการ). มาตรฐานการพยาบาลชุมชน. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข : บริษัท สำนักพิมพ์ สี่อตะวัน จำกัด; 2559.
12. Stringer, E. T. Action research : third edition. California: SAGE; 2007.
13. Cohen, H. Statistics power analysis for the behavior science. (2<sup>nd</sup>ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
14. ชูติกานต์ หฤทัย, อมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และไศภิชษฐ์ สุวรรณเกศวงษ์. (บรรณาธิการ.) ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข : บริษัท สำนักพิมพ์สี่อตะวัน จำกัด; 2559.
15. ชูติกาญจน์ หฤทัย, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ, ศิริมา ลีละวงศ์, ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2561. สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข : บริษัท สำนักพิมพ์ สี่อตะวัน จำกัด; 2559.
16. ภิญโญ อุทธิยา, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(3): 371-384; 2561.