



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

บทความวิชาการ

- ➔ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19: กรณีศึกษา

บทความวิจัย

- ➔ A Development of Open Online Lessons on “Reasonable Drug Use for Nursing Students”
- ➔ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย
- ➔ ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาชุมชน: สถาบันราชประชาสมาสัย
- ➔ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- ➔ ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
- ➔ การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของบัณฑิตพยาบาล ปีการศึกษา 2561 และ 2562
- ➔ บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
- ➔ ปัจจัยทำนายการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด
- ➔ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยใช้การนวด
- ➔ การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหวิชาชีพ ด้วยเทคนิค SBAR
- ➔ การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์การการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

	พื้นที่โฆษณา	ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา
ดร. ชีรพร สติรอังกูร

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม
ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี
ดร. บุญเตือน วัฒนกุล
ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน
ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์
รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์
รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ
ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย
รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์
ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์
ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมวงษ์
ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ
รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน
ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง
ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม
ผศ. สมศักดิ์ วงศาवास
ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกูริมาน
ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง
ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา
ดร. ชินกร สุจิมงคล
ดร. โสภภาพันธุ์ สอาด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Dr. Paul Alexander TURNER

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวไบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 ISSN 2673-0693

- | | |
|---|--|
| 1. รศ.ดร. ปันตดา ปรียทฤฆ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. นอ.หญิง ผศ.ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 4. ผศ.ดร. ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ผศ.ดร. สมรภพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ดร. ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ดร. ชาตรี เมตต์สี | มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์ |
| 9. ดร. ศรีสุดา งามขำ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
วิทยาเขต อีอีซี |
| 10. ดร. ชินกร สุจิมงคล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| 11. ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 12. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 13. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 14. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 15. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 16. ผศ.ดร. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 17. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 19. ดร. กীরติ กิจธีระวุฒิมังษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 20. ดร. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 21. ผศ.ดร. บุญสืบ โสโสม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ |
| 22. ดร. กรรณิการ์ เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง |
| 23. ผศ.ดร. พยงค์ เทพอักษร | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง |
| 24. ดร. เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 25. ดร. เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 26. ผศ.ดร. ณิชวรารณ คำแสน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 27. ดร. ศิริกุล การณเจริญพาดินชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 28. ผศ.ดร. อัสนีย์ วันชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 29. ดร. พรเลิศ ชุ่มชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19: กรณีศึกษา.....1

บทความวิจัย

- A Development of Open Online Lessons on “Reasonable Drug Use for Nursing Students”.....15
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย.....25
- ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผูกพันในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด.....39
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาชุมชน: สถาบันราชประชาสมาสัย.....52
- การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน.....68
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง.....82
- การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของบัณฑิตพยาบาลปีการศึกษา 2561 และ 2562.....98
- บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง.....112
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.....125
- ปัจจัยทำนายการปฏิบัติตามป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด...135
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยใช้การนวด.....153
- การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR.....170
- การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.....183



บรรณาธิการ

สวัสดิ์ดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ปีที่ 33 กันยายน - ธันวาคม 2566 เป็นฉบับส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ ในนามของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขออวยพรให้สมาชิกทุกท่าน ประสบแต่ความสุข ความสำเร็จในการสร้างสรรค์ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ บทความที่นำมาตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ มีจำนวน 14 เรื่อง เป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่หลายหน่วยงานได้ใช้การวิจัยสร้างองค์ความรู้จากการแพร่ระบาด จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19: กรณีศึกษา 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษา: ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย 3) บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง 4) ปัจจัยทำนายการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด 5) บทเรียนการจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและเป็นเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่พบมากขึ้น จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังยังคงเป็นประเด็นสำคัญในสังคมปัจจุบัน วารสารฉบับนี้จึงมีบทความวิจัยในประเด็นดังกล่าว 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยใช้การนวด นอกจากนี้ยังมีบทความวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล 2 เรื่องคือ การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR และ การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ปีการศึกษา 2561 และ 2562

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพอยู่ในฐานข้อมูล ACI มาตั้งแต่ 2560 และมีความสนใจที่จะพัฒนาวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล SCOPUS จึงจะเปิดรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการภาษาอังกฤษในปี 2566 เป็นต้นไปนั้น ฉบับนี้มีบทความวิจัยภาษาอังกฤษ 1 เรื่องคือ A Development of Open Online Lessons on “Reasonable Drug Use for Nursing Students” ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้ผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับ โรคโควิด-19: กรณีศึกษา

Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with COVID-19: A Case Study

โสภา รักษารธรรม¹ รัตนา นิยมชาติ² สิรินาถ ศรีอำพร¹

Sopah Raksatham¹ Ratana Niyomchat² Sirinat Sri-umporn¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร

¹Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Inpatient Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok

Corresponding author: Sopah Raksatham; Email: sopah.r@bcn.ac.th

Received: July 5, 2023 Revised: September 9, 2023 Accepted: October 30, 2023

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จัดเป็นภาวะการอักเสบที่มีความรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ พบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 9.7 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของโรคโควิด-19 เพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็กอาจเริ่มในขณะกำลังจะหายป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 หรือเกิดขึ้นใน 2-6 สัปดาห์ภายหลังการเจ็บป่วย ประเทศไทยมีแนวปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษากลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วเกิดผลลัพธ์ที่ดี อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จัดเป็นโรคอุบัติใหม่ พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ และทักษะทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อให้การดูแลที่เป็นมาตรฐาน บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความรู้และแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การพยาบาล; กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก; ภาวะโพสท์โควิด



Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with COVID-19: A Case Study

Sopah Raksatham¹ Ratana Niyomchat² Sirinat Sri-umporn¹

¹Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Inpatient Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok
Corresponding author: Sopah Raksatham; Email: sopah.r@bcn.ac.th

Received: July 5, 2023 Revised: September 9, 2023 Accepted: October 30, 2023

Abstract

Multisystem inflammatory syndrome in children is a complication associated with COVID-19 after the child has recovered. It is a serious condition that can be fatal. This syndrome has been found to affect males more frequently than females, with an average age of 9.7 years. Multisystem inflammatory syndrome in children may manifest during the recovery phase or emerge 4 – 6 weeks after a COVID-19 infection. Thailand introduced guidelines for diagnosing and treating multisystem inflammatory syndrome in children associated with COVID-19. These guidelines have led to rapid diagnosis and treatment, resulting in positive outcomes for patients. However, as multisystem inflammatory syndrome in children associated with COVID-19 is an emerging disease, nurses need to develop knowledge and skills that are consistent with the diagnosis and treatment guidelines. This is crucial for providing standardized nursing care. The purpose of this article is to provide knowledge and guidelines for planning nursing care for pediatric patients with multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19. The article aims to serve as a guideline for nurses, enabling them to deliver evidence-based nursing care that ensures patient safety and a good quality of life.

Keywords: nursing; multisystem inflammatory syndrome in children; post-COVID



ความเป็นมาและความสำคัญ

กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังเด็กหายจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นภาวะที่พบได้ยาก อาจเริ่มมีอาการได้ที่ตั้งแต่ว่ากำลังจะหายจากโรค หรือ ตามหลังการติดเชื้อประมาณ 4-6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของโรคโควิด-19 เพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ กลุ่มอาการดังกล่าวพบได้ในเด็กทุกกลุ่มอายุ พบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในเด็กอายุเฉลี่ย 9.7 ปี¹ และอาจพบว่ามีภาวะการอักเสบที่มีความรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ที่อายุน้อยกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง โดยเป็นอาการตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรวดเร็วและรุนแรง เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสที่มากเกินไป²

ภาวะดังกล่าวได้มีการรายงานเป็นครั้งแรกในช่วงปลายเดือนเมษายน ค.ศ. 2020 ในประเทศ สหราชอาณาจักร ได้รายงานผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ hyperinflammatory shock ตามหลังการป่วยติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 8 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดมาด้วยอาการช็อก และต้องเข้ารับการรักษาในห้องไอซียูที่มีภาวะ ventricular dysfunction และ coronary dilatation โดยผู้ป่วยทุกรายมีค่าตัวชี้วัดระดับการอักเสบในเลือด (inflammatory marker) เพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง ซึ่งลักษณะดังกล่าวเข้าได้กับโรค Kawasaki shock syndrome ที่สามารถก่อให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต³⁻⁵

สถานการณ์โควิด-19 ประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 จากการรวบรวมสถิติวันที่ 1 มกราคม - 20 พฤษภาคม 2566 พบผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี - 18 ปี มีอัตราป่วยและติดเชื้อ 2,457.67 ต่อประชากรแสนคน⁶ ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบผู้ป่วยเด็กทั่วประเทศไทยที่ติดเชื้อโควิด-19 ป่วยเป็น MIS-C เพิ่มขึ้น 30-40 ราย โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ผื่น ตาแดง อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว และภาวะการอักเสบของหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง พบได้ร้อยละ 35-100 ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะช็อก และเสียชีวิตได้⁷

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัย และดูแลรักษาในกลุ่มอาการ MIS-C ฉบับปรับปรุง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565⁸ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้เร็วขึ้นส่งผลดีต่อผู้ป่วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้องค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ MIS-C ค่อนข้างน้อย การศึกษาของ Hjelmgren และคณะ⁹ พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้รู้สึกสับสนในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่ไม่แน่นอน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ MIS-C จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการ MIS-C การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหลังการรักษา เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ชีวิตผู้ป่วยเด็กและครอบครัว บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความรู้และแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก

นิยามของกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก

องค์การอนามัยโลก (WHO) และ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้นิยามภาวะ MIS-C ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 0-21 ปี ที่มีไข้ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ นาน 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ระบบ ขึ้นไปได้แก่ 1) ผื่น ตาแดง หรือมีอาการอักเสบของเยื่อต่างๆ 2) ความดันโลหิตต่ำ หรือ ช็อก 3) มีอาการทางระบบหัวใจ



และหลอดเลือด 4) มีภาวะเลือดออกง่ายจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 5) มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร 6) มีอาการทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด 7) มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชัก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง และ 8) มีอาการไตวายเฉียบพลัน โดยในผู้ป่วยที่มีใช้ร่วมกับมีอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เพียง 1 ระบบ ให้สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะของ MIS-C

2. มีผลเลือดแสดงถึงการอักเสบ อย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) CRP สูง (> 3 มก./ดล.) 2) ESR สูง (>40 มม./ชม.) 3) Fibrinogen สูง (>400 มก./ดล.) 4) Procalcitonin สูง (>.05 นาโนกรัม/มล.) 5) D-dimer สูง (>2 มก./ลิตร) 6) Ferritin สูง (>500 นาโนกรัม/มล.) 7) สูง LDH (>280 หน่วย/ลิตร) 8) IL-6 สูง (>1.8 พิกโกกรัม/มล.) 9) Neutrophilia สูง (ANC>7,700) 10) Lymphopenia สูง (ALC<1,000) และ 11) Hypoalbuminemia ต่ำ (<3 ก./ดล.)

3. มีผลตรวจยืนยันข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ผลตรวจ RT-PCR ของ SARS-CoV-2 เป็นบวก 2) ผลตรวจ SARS-CoV-2 เป็นบวก 3) ผลตรวจ antigen test ของ SARS-CoV-2 เป็นบวก 4) มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4. ไม่พบสาเหตุโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะอาการคล้ายกัน ได้แก่ Toxic shock syndrome (TSS), Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) เป็นต้น¹⁰

กลไกการเกิดภาวะอักเสบหลายระบบในเด็ก

สมมุติฐานเบื้องต้นเชื่อว่า ภาวะ MIS-C เกิดจากการตอบสนองของภูมิคุ้มกันร่างกายต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 กระตุ้นให้เกิดไซโตไคน์ สโตรม (cytokine storm) ทำให้อวัยวะทั่วร่างกายเกิดการอักเสบ (multiorgan involvement) และก่อให้เกิดค่าตัวชี้วัดระดับการอักเสบในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรุนแรง¹¹⁻¹³

ลักษณะทางคลินิกของภาวะอักเสบหลายระบบในเด็ก

ผู้ป่วย MIS-C จะมีประวัติการป่วยเป็นโรคและหายจากโรค COVID-19 นำมาก่อนอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ แล้วจึงตามมาด้วยอาการและอาการแสดงของ MIS-C ได้แก่ ไข้ การอักเสบ และ อาการทางระบบร่างกายทรุดลง หรือช็อก ผู้ป่วย MIS-C แสดงอาการได้หลากหลาย ได้แก่

- กลุ่มอาการคล้ายโรคคาวาซากิ คือ ไข้ ผื่น ตาแดง มือ เท้าบวมแดง ปากแดง แห้งแตก ต่อมทอนซิลอักเสบ และมีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคคาวาซากิ ผู้ป่วย MIS-C จะมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) มากกว่า มีโอกาสเกิดภาวะช็อกและมีอาการรุนแรงกว่า¹⁰

- อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ตับอักเสบ ลำไส้อักเสบ และอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ

- การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว การทำงานของหัวใจบกพร่อง มีภาวะการอักเสบที่รุนแรงเฉียบพลัน หรือลักษณะของภาวะ hyperinflammation ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ไตวายเฉียบพลัน

- อาการระบบทางเดินหายใจที่พบแบบเดียวกับโควิด-19 ในผู้ใหญ่ มักไม่พบในผู้ป่วยเด็กที่เป็น MIS-C หากมีภาวะการอักเสบที่รุนแรงจะพบอาการหายใจหอบจากหัวใจล้มเหลว

การวินิจฉัยโรค

องค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (CDC) มีข้อกำหนดหากพบผู้ป่วยรายใดเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ MIS-C ให้รายงานโรคทันที โดยเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ MIS-C มีดังต่อไปนี้



1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 21 ปี ที่มีอาการไข้ มากกว่า 38.0°C นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป
2. มีอาการรุนแรง และมีภาวะการอักเสบของอวัยวะมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ cardiac, renal, respiratory, hematologic, gastrointestinal, dermatologic หรือ neurological
3. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ค่าตัวชี้วัดระดับการอักเสบในเลือด
4. มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-19 หรือ พบหลักฐานการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR, serology หรือ antigen test ภายใน 4 สัปดาห์
5. ไม่สามารถวินิจฉัยโรคอื่นได้

การตรวจเพิ่มเติมตามการวินิจฉัยแยกโรค⁸ ได้แก่ การเพาะเชื้อในเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ และการตรวจ serology สำหรับโรคติดเชื้อ ตามอาการที่สงสัย สำหรับการตรวจด้วยวิธี Imaging เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามอาการ⁸ ได้แก่ Chest X-ray (CXR), EKG, Echocardiogram, Abdominal Ultrasound, Chest CT

การรักษา

เป้าหมายของการรักษาภาวะ MIS-C คือ การลดการอักเสบ หรือลดภาวะคุกคามของอวัยวะอย่างรุนแรง ลดภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น coronary artery aneurysm, myocardial fibrosis/scarring จากแนวทางปฏิบัติของ American College of Rheumatology (ACR) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของประเทศไทย โดยแนะนำการรักษา MIS-C ด้วย intravenous immunoglobulin (IVIG) ขนาด 2 กรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ ควบคู่กับ Methylprednisolone ขนาด 1–2 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจพิจารณาให้ Methylprednisolone ขนาด 10–30 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลา 1–3 วัน และรักษาต่อยด้วย Methylprednisolone ขนาด 1–2 มก./กก./วัน หากยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาให้พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยสารชีวภาพ (Biologic agents) เช่น Anakinra, Infliximab^{8,15–16}

กรณีผู้ป่วยมีภาวะช็อก และ/หรือ LV dysfunction พิจารณาให้ inotropic drugs เช่น Adrenaline, Dopamine, Dobutamine, Noradrenaline เป็นต้น^{15–16} และให้ IVIG ขนาด 2 กรัม/กก. ทางหลอดเลือด ควบคู่กับ Methylprednisolone ขนาด 10–30 มก./กก./วัน ทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลา 1–3 วันกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยสารชีวภาพ^{8,15}

นอกจากนี้จะต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทุกราย ให้ยาปฏิชีวนะทุกรายหากยังไม่สามารถแยกโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้โดยเลือกตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย หากพบไข้และอาการอื่น ๆ เป็นจาก MIS-C และไม่พบการติดเชื้อแบคทีเรียให้หยุดยาปฏิชีวนะทันที สำหรับการให้ยา Aspirin ขนาดต่ำ (3–5 มก./กก./วัน, ขนาดสูงสุด 81 มก./วัน) เริ่มให้เมื่อวินิจฉัย MIS-C และหยุดให้เมื่อตรวจไม่พบความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจที่ 4 สัปดาห์ แต่ถ้ายังมีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ยังคงให้ต่อไปจนกว่าจะปกติ หลีกเลี่ยงการให้ Aspirin ในรายที่มีเลือดออก มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่าย เกล็ดเลือดน้อยกว่า 80,000/มม.⁸

การติดตามดูแลผู้ป่วย MIS-C ด้านหัวใจและหลอดเลือด

ควรมีการติดตามระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี ในกรณีที่ไม่มีโรคหัวใจร่วม ให้งดออกกำลังกายหนักหรือแข่งขัน นาน 2 สัปดาห์ ถ้ามีโรคหัวใจร่วมด้วยให้งดออกกำลังกายหนักหรือแข่งขันนาน 6 เดือน การตรวจ EKG และ echocardiogram ที่ 7–14 วัน, 4–6 สัปดาห์, 4–6 เดือนและ 1 ปี ถ้าพบความผิดปกติให้พิจารณาตรวจให้ถี่ขึ้นและติดตามในระยะยาว¹⁷



กรณีศึกษา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ MIS-C บทความนี้จะนำเสนอผลการศึกษาทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ MIS-C จำนวน 4 ราย ที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ อาการและอาการแสดง ระยะเวลาที่แสดงอาการ การรักษาและการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ MIS-C ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แบ่งเป็น เพศหญิง จำนวน 2 ราย และ เพศชาย จำนวน 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ/อายุ	หญิง/ 4 ปี 10 เดือน	หญิง/ 7 ปี 2 เดือน
ภาวะไข้	ไข้ ≥ 38.5 °C นาน 7 วัน	ไข้ ≥ 38.5 °C นาน 4 วัน
อาการแสดง	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาเจียน 2. ผื่นแดงบริเวณแขนและขาทั้ง 2 ข้าง 3. ถ่ายเหลวหลัง admit วันที่ 2 4. หายใจเหนื่อย หลัง admit วันที่ 4 ตรวจพบ crepitation at Rt. Lung, Liver 1-2 FB (ได้รับ Furosemide .5 MKD) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปวดทั่ว ๆ ท้อง แต่ไม่อาเจียน 2. ผื่นแดงบริเวณ ใบหน้า มือ แขน ขา และลำตัว 3. ตาบวมแดง
ค่าการอักเสบ	ESR 41 mm/hr, CRP 17.3 mg/dl, ALC 937, Ferritin 316.8, Trop-t 31, Procalcitonin 2.68, Fibrinogen 608, D-dimer 6951 mg/L	ESR 173 mm/hr, CRP 75 mg/dl, ALC 1204, Ferritin 429.4, LDH 369, Trop-t 7.87, Pro-BNP 547.5, Procalcitonin 46.28, Fibrinogen 282.20, D-dimer 3563.17mg/L
หลักฐานการติดเชื้อ SARS-CoV2	ติดเชื้อ SARS-CoV2 รักษาแบบ home isolation on Favipiravir 5 days (4 wks. ก่อนมารพ.)	ติดเชื้อ SARS-CoV2 รักษาแบบ home isolation on Favipiravir 5 days (12 wks. ก่อนมารพ.)
Chest x-ray/EKG	Normal/ normal sinus rhythm	Normal/ normal sinus rhythm
Echocardiogram	ครั้งที่ 1: LVEF 61%, no pericardial effusion ครั้งที่ 2: Good LV systolic function, LVEF 55%, no pericardial effusion	Good LVEF, no pericardial effusion
การรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVIG 2 gm/kg/dose x 1 dose 2. Methylprednisolone 2 mg/kg/day x 5 days 3. ASA 81 mg 1 tab 4. Omeprazole 20 mg 5. Ceftriaxone 75 MKD 6. 5%D/N/2 500 ml + KCL 7 ml IV drip rate 60 ml/hr 	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVIG 2 gm/kg/dose x 1 dose 2. Methylprednisolone 2 mg/kg/day x 5 days 3. ASA 81 mg 1 tab 4. Omeprazole 20 mg 5. Ceftriaxone 75 MKD
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการอักเสบหลายระบบหลังการติดเชื้อโควิด-19 2. เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจจากการอักเสบของผนังหลอดเลือด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการอักเสบหลายระบบหลังการติดเชื้อโควิด-19 2. เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการอักเสบของผนังหลอดเลือด



ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา IVIG 4. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติจากภาวะการอักเสบหลายระบบ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดง ตามตัว แขน ขา และผิวหนังบวมแดง 7. ครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 8. ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา IVIG 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติจากภาวะการอักเสบหลายระบบ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดง ตามตัว แขน ขา และผิวหนังบวมแดง 6. ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
จำนวนวันนอน รพ.	9 วัน	5 วัน

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 3 และ 4

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 3	กรณีศึกษารายที่ 4
เพศ/อายุ	ชาย/ 6 ปี 3 เดือน	ชาย/ 8 ปี 9 เดือน
ภาวะไข้	ไข้ ≥ 38.5 °C นาน 7 วัน	ไข้ ≥ 38.5 °C นาน 7 วัน
อาการแสดง	1. อาเจียน 2. ผื่นแดงบริเวณแขนและขาทั้ง 2 ข้าง 3. อ่อนเพลีย	1. ผื่นแดงบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า 2. เปลือกตาบวม ตาแดง 3. ถ่ายเหลว 4. อ่อนเพลีย
ค่าการอักเสบ	ESR 57 mm/hr, CRP 27 mg/dl, ALC 832 Ferritin 429.4, LDH 289, Trop-t 3.1, Pro-BNP 626.4, Procalcitonin 2.68, Fibrinogen 436, D-dimer 234 mg/L	ESR 98 mm/hr, CRP 186 mg/dl, ALC 891, Ferritin 336.10, LDH 369, Trop-t 32.41, Pro-BNP 6253, Procalcitonin 2.1, D-dimer 1124.96 mg/L
หลักฐานการติดเชื้อ	ติดเชื้อ SARS-CoV2 รักษาแบบ home isolation on Favipiravir 5 days	ติดเชื้อ SARS-CoV2 รักษาแบบ home isolation ไม่ได้รับยา Favipiravir
SARS-CoV2	(4 wks. ก่อนมารพ.)	(4 wks. ก่อนมารพ.)
Chest x-ray/EKG	Normal/ normal sinus rhythm	Normal/ normal sinus rhythm
Echocardiogram	Good LVEF, no pericardial effusion	Good LVEF, no pericardial effusion
การรักษา	1. IVIG 2 gm/kg/dose x 1 dose 2. Methylprednisolone 2 mg/kg/day x 5 days 3. ASA 81 mg 1 tab 4. Omeprazole 20 mg 5. Augmentin 125 MKD 6. 5%D/N/2 IV drip rate 65 ml/hr 7. ORS จิบ	1. IVIG 2 gm/kg/dose x 1 dose 2. Methylprednisolone 2 mg/kg/day x 5 days 3. ASA 81 mg 1 tab 4. Omeprazole 20 mg 5. Ceftriaxone 75 MKD



ข้อมูล	กรณีศึกษารายชื่อ 3	กรณีศึกษารายชื่อ 4
การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการอักเสบหลายระบบภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 2. เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการอักเสบของผนังหลอดเลือด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา IVIG 4. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติจากภาวะการอักเสบหลายระบบ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดง ตามตัว แขน ขา และผิวหนังบวมแดง 7. ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการอักเสบหลายระบบภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 2. เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการอักเสบของผนังหลอดเลือด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา IVIG 4. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติจากภาวะการอักเสบหลายระบบ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดง ตามตัว แขน ขา และผิวหนังบวมแดง 7. ครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 8. ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
จำนวนวันนอน รพ.	4 วัน	5 วัน

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในบทความนี้เป็นไปตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็ก และปัญหาที่พบจากผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับจากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมรวมทั้ง การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบบ NANDA International Taxonomy 2018–2020¹⁸⁻²⁰ มีรายละเอียด ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการอักเสบหลายระบบภายหลังการติดเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน:

- 1) ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย
- 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อปกติ เช่น CBC, C/S ปกติ
- 3) สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งแนะนำญาติให้ล้างมือก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมและให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ก่อนและหลังป้อนอาหาร เป็นต้น
- 2) ประเมินและเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ไม่มีไข้สูง $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ เป็นต้น
- 3) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น Ceftriaxone เป็นต้น
- 4) ติดตามผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, C/S และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ



ประเมินผลการพยาบาล: ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อปกติ สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการอักเสบของผนังหลอดเลือด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : ไม่เกิดการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์การประเมิน:

- 1) ไม่มีอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
- 2) ค่าการอักเสบ เช่น ESR, CRP ปกติ
- 3) ผลการตรวจ Echocardiogram ปกติ
- 4) สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) วัดสัญญาณชีพ ประเมินและเฝ้าระวังอาการของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
- 2) ดูแลให้ยา IVIG, Methylprednisolone ตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ ไม่ให้รวมกับสายน้ำเกลือหรือยาอื่น ๆ
- 3) ดูแลให้รับประทานยา ASA ครบ ตรงเวลา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาคือภาวะเลือดออก
- 4) ส่งผู้ป่วยเข้ารับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ Echocardiogram ตามแผนการรักษา
- 5) ติดตามผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ESR CRP และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับยา IVIG, Methylprednisolone, ASA ครบตามแผนการรักษา ไม่มีอาการแสดงของลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ค่าการอักเสบ เช่น ESR, CRP ลดลงกลับเข้าสู่ระดับปกติ ผลการตรวจ Echocardiogram ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา IVIG

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: 1) ป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากผลข้างเคียงของยา IVIG

เกณฑ์การประเมิน:

- 1) ไม่มีอาการแสดงของผลข้างเคียงจากยา IVIG ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ปวดตัว ปวดศีรษะ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นซีดหรือเขียว

- 2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) ตรวจสอบยา IVIG ก่อนนำมาใช้โดยดูส่วนประกอบสำคัญในเอกสารกำกับยา เตรียมยา Epinephrine, Chlorpheniramine หรือ Hydrocortisone ไว้ให้พร้อมใช้หากผู้ป่วยเกิดอาการแพ้แบบรุนแรง
- 2) ให้ยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ จนยาครบตามแผนการรักษา และให้ด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหล ไม่ให้รวมกับสายน้ำเกลือหรือยาอื่น ๆ
- 3) วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติและบันทึกขณะให้ยา ทุก 15 นาทีของชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีในชั่วโมงต่อมา ทุก 1 ชั่วโมง อีก 2 ครั้ง เมื่อปกติให้วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง จนให้ยาครบตามแผนการรักษา หากมีอาการ



ผิดปกติ เช่น ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยน หมดสติ และมีความดันโลหิตต่ำ ซีฟจรเบาเร็ว หรือเต้นช้าลงเรื่อยๆ หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือหายใจเร็ว หรือหายใจช้าลำบาก รายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับยา IVIG ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ขณะและหลังรับยา ผู้ป่วยไม่มีอาการตัวเย็น ไม่กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน:

- 1) ระดับความรู้สึกตัวดี
- 2) ไม่มีอาการอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ เช่น ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่แห้งแตก ความตึงตัวของผิวหนังปกติ

3) ผลการตรวจหาระดับเกลือแร่ในเลือดปกติ

4) สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

2) กระตุ้นให้จิบน้ำเกลือแร่ นม ป้อนอาหารอ่อนนุ่มย่อยง่ายทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

3) สังเกตอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ได้แก่ ซึมลง ริมฝีปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง (Skin Turgor)

4) วัดสัญญาณชีพ

5) บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่อริมฝีปากผิวหนังชุ่มชื้น สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติจากภาวะการอักเสบหลายระบบ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากภาวะอุณหภูมิในร่างกายสูง

เกณฑ์การประเมิน: 1) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น 2) อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36–37.5 °C

กิจกรรมการพยาบาล:

1) เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน

3) ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และบ่อยๆ

4) ดูแลให้รับประทานยาลดไข้ ตามแผนการรักษา

5) ติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาสดชื่น อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีผื่นแดงตามตัว แขน ขา และผิวหนังบวมแดง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากภาวะผื่นผิวหนัง บวมแดง



เกณฑ์การประเมิน: 1) ผื่นแดง อาการบวมแดงลดลง 2) ผู้ป่วยเด็กนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) ดูแลอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่ที่อ่อนโยนต่อผิวหนัง
- 2) ทายาตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการคันที่ผิวหนัง
- 3) สังเกตลักษณะผื่นแดง อาการบวมแดงของผิวหนัง หากพบเพิ่มมากขึ้นรายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล: ผื่นแดง อาการบวมแดงค่อยๆ ลดลง ผู้ป่วยเด็กนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ครอบคลุมวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน: 1) ผู้ดูแลมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) แนะนำตนเอง แสดงท่าทีที่เป็นมิตร บอกวัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาลทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
- 3) เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา
- 4) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- 5) ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล:

- 1) สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุย รับฟังปัญหา
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล
- 3) ให้ความรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย ซ่องปากและฟัน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาด การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น มีไข้ ปวดท้อง อาเจียน หรือถ่ายเหลว เป็นต้น
- 4) แนะนำวิธีการการรับประทานยาขณะอยู่ที่บ้านอย่างเคร่งครัด ไม่หยุดรับประทานยาเอง
- 5) อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การมาตรวจก่อนวันนัดหากพบอาการผิดปกติ
- 6) เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัย และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
- 7) ทบทวนและสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ดูแลผู้ป่วยบอกถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และบอกว่า จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด



สรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ MIS-C มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน ประมาณ 4 สัปดาห์ มีไข้ $>38-40^{\circ}\text{C}$ ยาวนาน 7 วัน ในกรณีศึกษารายที่ 1, 3 และ 4 แต่ในกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน ประมาณ 12 สัปดาห์ และมีไข้ $>38-40^{\circ}\text{C}$ นาน 4 วัน

ทุกรายพบอาการที่เด่นชัดของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว และผิวหนังอักเสบ มีผื่นแดง ผลการตรวจ Echocardiogram ไม่พบความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ และไม่พบภาวะช็อก

กรณีศึกษารายที่ 1 พบมีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ หลัง admit วันที่ 4 ตรวจพบ crepitation at Rt. Lung และพบ ตับโต 1-2 นิ้วมื่อ สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 และ 4 มีอาการตาแดง เปลือกตาบวมแดง คล้ายโรคคาวาซากิ ร่วมด้วย

ผลการตรวจเลือดของกรณีศึกษาทุกรายพบค่าการอักเสบของร่างกายสูง

กรณีศึกษาทั้ง 4 รายมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี การรักษาที่ได้รับไม่มีความแตกต่างกัน คือ ได้รับยาในกลุ่มต้านการอักเสบ และให้การรักษาตามอาการตามระบบ เช่น IVIG, Methylprednisolone และ ASA การให้สารน้ำและเกลือแร่ในรายที่มีอาการอาเจียน ถ่ายเหลว สำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย เนื่องจากหายใจเหนื่อยหอบ หลัง admit วันที่ 4 ตรวจพบ crepitation at Rt. Lung และพบ ตับโต 1-2 นิ้วมื่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง 4 ราย พบปัญหาด้านร่างกายและจิตใจเหมือนกัน

กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C การได้รับการตรวจ Echocardiogram ที่มีความแม่นยำสูงทำให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้อย่างทันที่ที่ไม่เกิดอันตรายถึงชีวิต และอาจกล่าวได้ว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์มีศักยภาพ ให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการปลอดภัยและสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6 วัน มีนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเหมือนกันทั้ง 4 ราย

บทสรุป

กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จัดเป็นภาวะการอักเสบที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อยจนถึงอาจถึงแก่ชีวิตได้ ประเทศไทยมีแนวปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษากลุ่มอาการ MIS-C ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันที่ อย่างไรก็ตาม พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ และทักษะทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อให้การดูแลที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงการบริหารยาในกลุ่มต้านการอักเสบ ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี แต่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาได้สูง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารยาให้กับผู้ป่วยจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ และมีทักษะในการให้ยาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้กลุ่มอาการ MIS-C ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล พยาบาลจึงควรต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะการอักเสบที่รุนแรงของอวัยวะสำคัญของร่างกายจนนำไปสู่ภาวะช็อก และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยพึงพอใจและคลายความวิตกกังวล



ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการ MIS-C ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการ MIS-C เพื่อให้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลที่จะสามารถให้การพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ชีวิตผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

References

1. Feldstein LR, Tenforde MW, Friedman KG, Newhams M, Rose EB, Dapul H, et al. Characteristics and outcomes of US children and adolescents with multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) compared with severe acute COVID-19. *JAMA* 2021; 325(11):1074-87.
2. World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. [internet]. 2020[cited 5 May 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid19>.
3. Centers for Disease Control and Prevention Health Alert Network (HAN). Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with Coronavirus disease 2019 (COVID 19) [internet]. 2020[cited 5 May 2023]. Available from: <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>.
4. Royal College of Pediatrics and Child Health. Guidance pediatrics multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. [internet]. 2020[cited 5 May 2023]. Available from: <http://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Pediatric-multisystem-inflammatory-syndrome-20200501.pdf>.
5. Alsohime F, Temsah MH, Al-Nemri AM, Somily AM, Al-Subaie S. COVID-19 infection prevalence in pediatric population: Etiology, clinical presentation, and outcome. *J Infect Public Health* 2020;13(12):1791-6.
6. Department of Disease Control. Corona virus disease (COVID-19). [internet]. 2023[cited 2023 May 31]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>.
7. Hfocus. Thai children in MIS-C associated COVID-19. [internet]. 2021[cited 31 May 2023]. Available from: [https://www.hfocus.org/content/2021/10/23288.\(in Thai\)](https://www.hfocus.org/content/2021/10/23288.(in%20Thai))
8. Pediatric Infectious disease society of Thailand. Guidelines for diagnosis and treatment for multisystem inflammatory syndrome in children; MIS-C and hyperinflammation in pediatric COVID-19 in Thailand, Issue (revised edition) dated 30 November 2022. [internet]. 2022[cited 31 May 2023]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A1161.html>
9. Hjelmgren H, Andersson K, Widegren J, Bergman E, Verme A, Mordrup K, et al. Multi-inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with COVID-19: a nursing perspective experience report from a high-income tertiary paediatric hospital context. *Pediatric Rheumatology* 2023;21:5.
10. Evans C, Davies P. SARS-CoV-2 paediatric inflammatory syndrome. *Paediatr Child Health*



- (Oxford). 2021;31(3):110-5.
11. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ* 2020;369:m2094.
 12. Pouletty M, Borocco C, Ouldali N, et al. Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 mimicking Kawasaki disease (Kawa-COVID-19): a multicentre cohort. *Ann Rheum Dis* 2020;217960.
 13. Belhadjer Z, M'ot M, Bajolle F, et al. (2020). Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARS-CoV-2 pandemic. *Circulation* 2020;10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048360.
 14. Cattalini M, Taddio A, Bracaglia C, Cimaz R, Paolera SD, Filocamo G, et al. Childhood multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 (MIS-C): a diagnostic and treatment guidance from the rheumatology study group of the Italian society of pediatrics. *Ital J Pediatr* 2021;47(1):24.
 15. Henderson LA, Canna SW, Friedman KG, Gorelik M, Lapidus SK, Bassiri H, et al. Clinical guidance for multisystem inflammatory syndrome in children associated With SARSCoV-2 and hyperinflammation in pediatric COVID-19: Version 3. *Arthritis Rheumatol* 2022;74(4):e1-e20.
 16. Cole LD, Osborne CM, Silveira LJ, Rao S, Lockwood JM, Kunkel MJ, et al. IVIG Compared to IVIG Plus Infliximab in multisystem inflammatory syndrome in children. *Pediatrics* 2021;e2021052702.doi: 10.1542/peds.2021-052702.
 17. Brisca G, Consolaro A, Caorsi R, Pirlo D, Tuo G, Campanello C, et al. Timely recognition and early multi-step anti-inflammatory therapy may prevent ICU admission of patients with MIS-C: proposal for a severity score. *Front Pediatr* 2021;9:783745.
 18. Pongsri P. Nursing care for multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19: Case study. *Region 3 Medical and Public Health Journal* 2023;20(1):44-50. (in Thai)
 19. Riberiro SP, Boettcher S. Multisystem inflammatory syndrome in children associated with COVID-19: nursing care. *Health Sciences Journal* 2021;11(2):10-17.
 20. Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses definitions and classification 2018-2020 the 1th Edition. [internet]. 2020[cited 6 June 2023]. Available: https://web.thieme.com/images/emails/NANDA_Preview.pdf.



A Development of Open Online Lessons on “Reasonable Drug Use for Nursing Students”

Laddawan Puttaruksa¹ Nisakorn Krungkraipetch¹ Suwannee Mahakayanan¹ Sivasankari Nadarajan¹

¹Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand.

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawan@buu.ac.th

Received: March 24, 2023 Revised: September 29, 2023 Accepted: October 30, 2023

Abstract

The aim of this study was to develop and evaluate the effectiveness of an online learning program called “rational use of drugs for nursing students”. The sample consisted of 155 third-year nursing students from the Faculty of Nursing at Burapha University. This study was conducted from February 2022 to April 2023. The research instruments were two assessment forms to evaluate the quality of online teaching and satisfaction with the use of online lessons. The data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that 1) the online courses define learning units RDU, RDU to case study, case study and knowledge integration RDU with 10 hours of the learning time. Students must have a total score of at least 60% to be considered qualified. 2) Overall quality and factors related to the quality of online courses were ranked at the highest level ($M = 4.52$, $SD=.37$, and $M = 4.62$, $SD=.48$), followed by outcomes and process quality ($M = 4.37$, $SD=.46$, and $M = 4.09$, $SD=.53$, respectively). Students were very satisfied with all the five aspects of the online learning program. This online course aids the preparation of healthcare professional students during their internship period in clinical practice. This may also guide the professional nurses in conducting further research in the promotion of rational drug use.

Keywords: nursing students; online learning; rational drug use



Introduction

The rational use of drugs refers to the administration of medication in correct dose in appropriate time and at low cost.¹ A situation analysis of the drug usage to treat diseases at national and global level indicated that countries such as Britain, spent 466 million pounds for unreasonable drug use that exceeded the need for treatment, adverse reactions. The increasing number of drug-resistant deaths were reported in Asian and African countries accounting for an economic expenditure for 3.5 billion.² In Thailand, the problem of unreasonable drug use is reported, with a usage of around 128 million pills every year.³ An estimated number of 38,481 patient deaths occurred resulting from antibacterial drug resistant.⁴

Professional nurses play an important role in the healthcare team as service providers, in drug administration and pre-medication evaluations that include preliminary investigation, collecting medication history, monitoring side effects, inappropriate drug use, identify at-risk patients for drug use and intervene to reduce drug use.⁵⁻⁶ Thailand Nursing and Midwifery Council (TNMC), indicated ten criteria for evaluating the reasonable drug use competencies that include evaluation of the necessity of drug use. Communicating with patients about the necessary information for rational drug use decision making, drug management, treatment monitoring and appropriate medication use, and collaborating with other multidisciplinary team members could promote rational drug use.⁷

The institution has started to introduce the rational drug use curriculum that the TNMC has made in teaching and learning in the academic year since the academic year 2018 by integrating knowledge and administrative skills.⁸ The health care students should cultivate knowledge of rational drug use to promote the health of the patients. It will create awareness and increase expertise in providing care for patients.⁸ In 2018, some educational institutions have introduced rational drug use in the nursing curriculum to integrate knowledge and administrative skills. Angsirirak and colleagues evaluated the effect of a case-study teaching and learning program on the rational drug use of patients and found a high level of knowledge on rational drug use among students.⁹

The existing literature on the ability of medical students to use medication reasonably found that the students had low knowledge on rational use of antibiotics, with 64.16% of students having moderate skills on rational use of antibiotics. In addition, nursing students of different grades had a high attitude towards the rational use of antibiotics.¹⁰ Another study revealed that college students' age and knowledge of rational use of antibiotics were significantly able to predict the rational drug use of nursing students.¹¹

Sornkasetrin, Rungniyom and Yumuang investigated the perceptions on rational drug use performance during clinical practice among 50 second-year nursing students in an educational institution. The study found the following competencies: the ability to assess patient problems related to drug use or the need for medication in the treatment of drug administration, the ability to correctly administer drugs according to the prescription, the ability to conduct a follow up on treatment results, the ability to report any side effects that may occur from taking the medication, and the ability to administer drugs in such a way that is safe for both the patients and the society as a whole. Nursing students often rely on these competencies during practice in the ward.¹² Charoensuk and colleagues found a high level of overall understanding of reasonable drug performance, moderate



performance in collaborating with multidisciplinary team and lowest level in appropriate drug selection among nursing graduates. Besides, a high positive correlation was found with the rational drug use performance of nursing graduates.¹³

The existing literature focused on developing program on the online teaching media programs for patient health care regarding medication adherence. But very few studies focused on continuously improving the medication management competencies of public health personnel. For example, In Thailand many programs were developed on smartphone application for taking medication and recommendations for taking medicine but few study on this has been done on the issue of developing the ability to use medicines rationally for nurses.¹⁴⁻¹⁵ Therefore this study aimed to develop an open network courseware on “Rational Drug Use for Nursing Students”.

Research Objective

This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an open network courseware “Rational Drug Use for Nursing Students”.

Conceptual framework

The CIPP model under guiding this study was developed by Stufflebeam & Shinkfield’s¹⁶ as shown in figure 1.

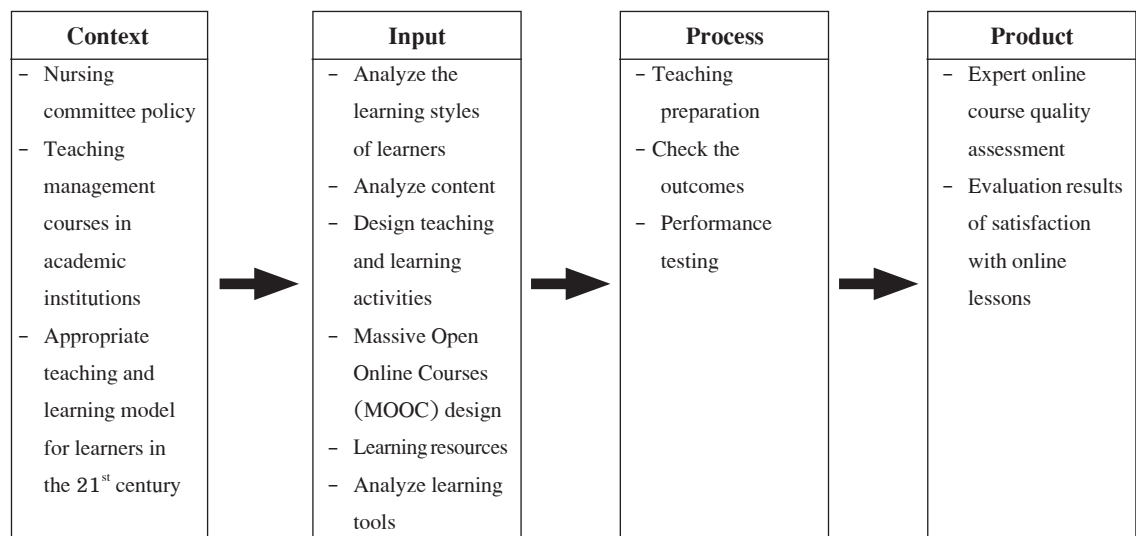


Figure 1 Conceptual Framework



Research methodology

This was a research and development study. The study recruited 155 third-year nursing students from the college of Faculty of Nursing. A total of 30 nursing students from the Faculty of Nursing Burapha University volunteered to become the online lesson assessment group. The inclusion criteria were as follows: a) second year nursing students studying in their third semester, who received no clinical practice and showed willingness to participate in this program.

Research Instrument

Online courseware quality evaluation model was comprehensively evaluated for its content and structure in the aspects of input factors, teaching management process and learning achievement evaluation. The 15-item evaluation scale ranged from 1 to 5 points. It had seven aspects including content integrity, appropriateness of content, language, and illustrations, convenience and feasibility, durability, reusability, and the modernity of learning styles.

Quality of the Instrument

The satisfaction assessment form for using online lessons was validated by five experts for its content, structure and concepts, theories, appropriateness of language and the IOC (Index of item objective congruence) value was .82. The reliability test was conducted among 30 nursing students and the Cronbach's alpha coefficient was .85.

Ethical Consideration

This study was approved by the ethical board of Burapha University (approval number- HSO49/2564). The participants were informed about the research objectives, expected benefits, and risks, voluntary participation, and no aftereffects if discontinued. The questionnaire used code rather than a name, and sample extension.

Research methods

Step 1- This online course was developed based on the teaching philosophy suitable for 21st century students and intended to reduce course management costs. This could be repeated and reviewed at any time. This program was designed based on the reviewed literature on the rational drug use competencies of nurse graduates.

Step 2- The outline of the online lesson was developed and comprised four components: (1) structure and content chapters on rational use of drugs (2) expected learning outcomes (3) planning of learning activities, and (4) measurement and evaluation of learning outcomes. Subsequently, the online course layout was validated by five experts for its consistency, content, conceptual structure, and theory of rational drug use. A flowchart and a storyboard of an online lesson was prepared.

Step 3- Develop an online courseware using efficiency evaluation model. Developed a test with 40 multiple choice items with four options to measure learning achievement. Based on the assessment of conformity (IOC) from five experts, statements with a consistency value of .5 or more were selected and tested in the sample group. After that, it was analyzed using the KR-20 formula¹⁷, and the obtained value was .89. Also, a competency



assessment form (19 items) for evaluating rational drug use competencies among nursing students was designed. This five-point scale covers four competencies namely, assessment of patients' problems related to drug use or requiring drug treatment (4 items), appropriate administration as per the physician's prescription (7 items), ability to monitor treatment outcomes and report potential side effects (4 items), and safe drug use (4 items). The scale had a Cronbach's alpha as .87.

Data collection procedures

The researcher invited 30 volunteers through advertisement. The participants were informed about the study process and were asked to register and access the Burapha MOOC online learning program. The approximate duration for completing this study was ten hours.

Data analyses

Descriptive statistics including percentages, frequency, and standard deviations were used to describe the quality evaluation of experts and the satisfaction evaluation results of online courses.

Results

The researchers divided the research results into two parts: 1) online course development (format, content, activities) and 2) online lesson quality assessment and the satisfaction assessment results for online lessons were as follows:

Online course development

The course description on "Reasonable medication for nursing students" was as follows: It had 10 online learning hours. The scoring criteria for obtaining a certificate included a Pre-test score of 20%, discussion content (no points), in-class quiz score of 40%, and final exam score of 40%. The students who have a total score of at least 60% are considered qualified to receive a certificate in the system. The content of the online course is described in Table 1.

Table 1 Description of the online course program

Time	Activities
Week 1	Orientation, introduction of courses, learning methods, online training calendar, and filled in the pre-test form to evaluate the effectiveness of rational drug use. Preliminary test on the students' knowledge on the topic "Natural with RDU (Rational Drug Use) and 10 right part 1"
Week 2	The students learned the topic "Rational Drug Use (RDU) and 10 right part 2"
Week 3 & 4	Following the topic "RDU to case study and 10 right part 3" students complete a post-test between the second and third classes
Week 5	At the last week, the learners practice analyzing case studies to integrate RDU (Rational Drug Use) knowledge and a preliminary knowledge test after learning and complete a satisfaction assessment form for open online teaching and learning.



The results consisted of 3 parts: the online lesson quality assessment, the evaluation of online learners who could pass the exam with a score of 60 percent or higher, and the assessment result of satisfaction in online lessons.

Evaluation results of open online lessons “Reasonable drug use for nursing students”

Regarding the quality of online lessons, the network courseware had the highest quality ($M = 4.52$, $SD=.37$). According to the evaluation results of online teaching courseware, it is concluded that the online teaching courseware has passed the certification and its comprehensive quality has reached the highest level, which can be applied to the construction of online teaching courseware based on open online teaching mode (Table 2).

Table 2 Evaluation results of the quality of open online lessons “Reasonable drug use for nursing students”

Quality criteria	M	SD	Quality level
1. Import factors	4.62	.48	highest
2. Process	4.09	.53	high
3. Results	4.37	.46	high
Over all	4.52	.37	highest

Statistics of online learners who fulfilled the assessment criteria

We applied the one sample t-test statistic to see whether there was a significant difference between the sample mean and the proposed population mean for online learners (60 %).

$$H_0 : \mu < 60 \%$$

$$H_1 : \mu \geq 60 \%$$

Table 3 One sample t-test for online learners

N	mean	Standard. Dev.	CI for μ	t-test	p-value
30	70.43	3.20	(67.23, 73.63)	17.85	.000

We see from table 3 that the null hypothesis $H_0, \mu < 60 \%$ is rejected which means that the exam score of online learners is higher than 60 %. Additionally, the 95% confidence interval exam score of online learners is between 67.23 and 73.63.

Online learners’ satisfaction towards open online lessons

The assessment results of student satisfaction towards open online lessons in all aspects were as follows: modernity ($M = 4.72$, $SD=.49$), appropriateness of communication language ($M = 4.67$, $SD=.37$), content appropriateness ($M = 4.59$, $SD=.52$), persistence ($M = 4.58$, $SD=.56$) and the convenience and ease of use ($M = 4.52$, $SD=.54$) followed by other aspects. (Table 4).

**Table 4** Learners' satisfaction with online courses (N = 30)

Criteria	M	SD	Level of satisfaction
1. The integrity of the content	4.32	.57	high
2. Appropriateness of content presentation	4.59	.52	highest
3. Appropriateness of communication language	4.67	.37	highest
4. Appropriateness of illustrations in the media	4.28	.48	high
5. Convenience and ease of use	4.52	.54	highest
6. Novelty of modernity	4.72	.49	highest
7. durability	4.58	.56	highest
Over all	4.55	.44	highest

Discussion

The researchers divided the research discussion into two parts: 1) online course development (format, content, activities) and 2) evaluation of the open network courseware “Rational Drug Use for Nursing Students”, which were as follows:

Online course development (format, content, activities)

This study found high level quality of the open online lessons as this form of online learning focuses on learning, reviewing, exchanging knowledge, and self-learning communication which can be learned and accessed at any time. Moreover, this online course is beneficial as it could meet the needs of learners in the 21st century who used online technology to develop themselves. The MOOC method will improve the efficiency and effectiveness of the learners' learning process.¹⁸⁻²⁰ Considering each aspect, this study found a high quality in the input factors which outlines the basic information in this learning design, student learning styles, content analysis, instructional activity design, MOOC design, learning resources and tools used in learning. This was consistent with other studies²¹⁻²², that found MOOC instructional module is an online teaching and learning system that improved the quality of learning through various mechanisms such as creating necessary content materials, performing activities, exercises, communicating the teaching content and in the context of the learner.²³ In addition, the online teaching model is open and the elements of learner and content analysis were identified among the most significant inputs. It was consistent with another study²⁴, that utilized instructional design in MOOCs, and indicated content analysis, analyzing students set learning objectives and learning environment as the most important factor in instructional design.

Evaluation of the open network courseware “Rational Drug Use for Nursing Students”

The quality of the online lesson was at the highest level. From the results of online lesson quality assessment according to the open online teaching model which is a lesson divided into 5 units, each unit has 2 hours of learning and quality of language and sound, The quality was at the highest level. This was in line with another studies^{18,25} that indicated the internationally recognized standards of learning materials and guidelines for teaching



and learning MOOCs. It emphasized the quality and appropriateness of learning materials and to be designed based on media design principles with a video length of less than 10 minutes. In addition, Klaisang has studied and analyzed popular MOOC formats such as Coursera, MITx, EDx, Class 2go, Udacity YouTube Education.²⁶

1) Short videos with learning demonstrations 2) Online documentation 3) Discussions 4) Online activities and 5) Learning assessments which are in line with the results of learner needs assessment from the media. Open teaching in this research as well Udacity YouTube Education found key components: 1) short videos with learning demonstrations, 2) online documentation, 3) discussions, 4) online activities and 5) learning assessments that correspond to the needs assessment results, of learners from open teaching media in this research as well Udacity YouTube Education found key components: 1) short videos with learning demonstrations, 2) online documentation, 3) discussions, 4) online activities, and 5) learning assessments that correspond to the needs assessment results, of learners from open teaching media in this research as well.

This study found high satisfaction level among students towards online lessons in terms of modernity, novelty, and the appropriateness of language. The researcher used the concept of teaching and learning that is suitable for students in the 21st century in organizing online lessons, making students interested and easily accessible to lessons, modern and interesting, This, was consistent with another study,²⁷ that highlighted the important factors for online teaching that included creating a safe environment, increasing the learners' convenience to access lessons, determining the learning topics addressing the learners' needs.

Conclusion and Suggestion

These findings aid the nursing students to develop their medication administration skills to clinical practice and nurses to improve their ability to use rational medical use. Furthermore, nursing institutions can encourage the students to utilize this online course. This study recommends designing teaching models should be designed and developed for learners with different learning concepts, to compare which teaching model is most helpful for learners to succeed in open network teaching. An open online teaching mode of "rational drug use" should be designed and developed for other target groups, such as professional nurses, risk control nurses and patient nurses, to provide responsive learning resources for further lifelong learning of rational drug use.

Acknowledgment

The researcher would like to thank all the participants and to the Faculty of Nursing, Burapha University for the research fund.

References

1. World Health Organization. The rational use of drugs. Report of Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO; 1985.
2. Division of Health Education. Rational use of drugs for public health volunteers and people of working age. Health education program for enhancing health literacy [Internet]. 2019 [cited 2020



- Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines/>
(In Thai)
3. Health Systems Research Institute. The value of domestic drug consumption and the value of domestic drug consumption at producer prices in 2010; 2011.
 4. Wibulpolprasert S, et al. Public Health. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2007.
 5. Thipkanjanarekha K, Saleekul S. Role of nurses in prevention and management of inappropriate medication use in older adults. Royal Thai Army Nursing Journal [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 22]; 20(1): 31-39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/184831/130067>(In Thai)
 6. Chaaban T, Ahouah M, Nasser W, Hijazi W, LombrailP, Morvillers JM, Rothan-Tondeur M. Nurses' role in medical prescription: systematic review. Herbert Open Access Journals [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 22]; 5(2): 1-7. doi : 10.7243/2056-9157-5-2. Journal of Nursing: ISSN 2056-9157.
 7. Ruenruen T, Chareonsuk S. Presumed competencies and key contents for rational use of drugs in bachelor of nursing science program. A manual for teaching and learning about the rational use of drugs in the Bachelor of Nursing Science Program (6-10). Bangkok: Danex Inter Corporation Co., Ltd.; 2019.(In Thai)
 8. Samundeeswari A, Muthamilselvi G. Nurses Knowledge on Prevention of Medication Error. Journal of medical science and clinical research [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 22];6(3):269-74. Available from: https://www.researchgate.net/publication/323665029_Nurses_Knowledge_on_Prevention_of_Medication_Error
 9. Angsirirak N, Chuenkitiyanon S, Kongjeera A. The effect of case study approach on rational drug use competency in nursing student at Siam University (Research Report). Bangkok: Siam University; 2022.(in Thai)
 10. Sornkasetrin A, Rongmueang D, Kaewraya K, Soisri P, Chaisuk I. Competencies in rational use of antibiotics among nursing students in Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(2):206-18.(in Thai)
 11. Sornkasetrin A, Rungniyom N, Yumuang P. Development of supplementary curriculum for strengthening capacity for rational use of antibiotics for nursing students. College Nursing, Public Health and Education Boromarajonani College of Nursing Phayao 2019;20(3):187-99.(In Thai)
 12. Charoensuk S, Leungratanamart L, Reunreang T, Turner K, Theinpichet S. An evaluation of competency in rational drug use of nursing graduates. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2020; 21(2): 158-68.(In Thai)
 13. Suwannapong K, Leungratanamart L, Wongwisukul S, Turner K, Theinpichet S. Factors associated with competency in rational drug use of nursing graduates. Journal of The Police Nurses 2021;13(2): 378-87.(In Thai)



14. Pathaweesrisutha P. Effects of education and treatment using directly observed treatment (DOT) program through line application on anti-tuberculosis medication adherence in patients with pulmonary tuberculosis. *Research and Development Health System Journal* 2021;14(2):301-09.(In Thai)
15. Yuenyong W, Nontakhamcher S, Polyotha K, Peethong S, Chanchalanimitr S. Medication reminder application. *Payap University and UNRN Research Symposium* 2022;10(2):314-23. (In Thai)
16. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. *Evaluation theory, models, applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
17. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2014.
18. Littlejohn A, Hood N, Milligan C, Mustain P. Learning in MOOCs: motivations and self-regulated learning in MOOCs. *Internet and Higher Education* 2016;29:40-48.
19. Bandalaria MP. *MODELing: Reinventing MOOC through a learner-centred approach*. Studies and Practices in Open and Distance Education. Open University of Hong Kong; 2015.
20. Dubosson M, Emad S. The forum community, the connectivist element of an xMOOC. *Universal Journal of Educational Research* 2015;3(10):680-90.
21. Nookhong J, Jeerungsuwan N. The design of blended training model with the MOOC teaching style for developing information, media and technology skills within undergraduate students. *Technical Education Journal King Mongkut's University of Technology North Bangkok* 2015;6(1):105-13. (In Thai)
22. Jaroenpontaruk V. MOOC: Free open education in digital era. *STOU Education Journal* 2015; 8(2): 1-15.(In Thai)
23. Jeerungsuwan N. *Principles of design and evaluation(3thed)*. Bangkok, Thailand: King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2013.(In Thai)
24. Farrow M, Fair H, Klekociuk SZ, Vickers JC. Educating the masses to address a global public health priority: the preventing dementia Massive Open Online Course (MOOC). *PLOS ONE* 2013; 17, e0267205.
25. Suwannattachot P, Sophonhiranrak S. *Internationally recognized standards and guidelines for teaching and learning MOOCs*. Bangkok: Thai Cyber University Project, Office of the Higher Education Commission; 2017.(In Thai)
26. Klaisang J. *MOOCs PEDAGOGY: From OCW, OER to MOOCs Learning tools for digital learners*. National Academic Conference on e-learning 2013. Bangkok: ThaiCyberU. 2013.(In Thai)
27. Altowairiki NFH. Instructors' and students' experiences with online collaborative learning in higher education. [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://prism.ucalgary.ca/handle/11023/850>



ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการ
การแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิต
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

Effectiveness of a Telehealth Self-management Support Program
on Self-management Behavior and Blood Pressure among Essential Hypertension
Patients in Sawankhalok District, Sukhothai Province

กิตติพล อยู่คง¹ นิตรา กิจธีระวุฒิมวงษ์¹
Kittipon Yookong¹ Nithra Kitreerawutiwong¹

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

Corresponding author: Kittipon Yookong; Email: kittipony64@nu.ac.th

Received: July 20, 2023 Revised: August 28, 2023 Accepted: September 6, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 70 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล ซึ่งประยุกต์แนวทางการจัดการตนเองของเคลียร์ ร่วมกับการแพทย์ทางไกล เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องวัดระดับความดันโลหิตแบบแสดงค่าความดันเป็นดิจิทัลทั้งก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์ ฟิชเชอร์และทดสอบทีที่เป็นอิสระกับกลุ่มที่สัมพันธ์กัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในส่วนของระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล มีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง; การจัดการตนเอง; การแพทย์ทางไกล



Effectiveness of a Telehealth Self-management Support Program on Self-management Behavior and Blood Pressure among Essential Hypertension Patients in Sawankhalok District, Sukhothai Province

Kittipon Yookong¹ Nithra Kitreerawutiwong¹

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

Corresponding author: Kittipon Yookong ; Email: kittipony64@nu.ac.th

Received: July 20, 2023 Revised: August 28, 2023 Accepted: September 6, 2023

Abstract

A two-group quasi-experimental pretest-posttest design was used to investigate the effectiveness of a telehealth self-management support program on self-management behavior and blood pressure among essential hypertension patients. The sample consisted of 70 patients who were serviced at the non-communicable disease clinic in Sawankhalok District, Sukhothai Province. These patients were sampled by purposive sampling based on inclusion criteria. The sample was divided into 2 groups: 35 patients were assigned to the experimental group and received the telehealth self-management support program over a period of 12 weeks, which was developed based on the concept of self-management by Creer. The comparison group consisted of 35 patients who received routine care. Data were collected using the hypertension self-management questionnaire and non-invasive mechanical sphygmomanometers with digital display, before and after the experiment. Data were analyzed with descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and paired sample t-test. The study revealed that after the intervention, the experimental group had a mean score for self-management behavior that was significantly higher than before intervention group and also higher than the comparison group ($p < .001$). In addition, it was found that the mean diastolic and systolic blood pressure after the intervention were significantly lower in the experimental group than before the intervention and lower than in the comparison group. ($p < .001$). The results suggest that telehealth self-management support program was effective in improving self-management behavior and blood pressure control among patients with essential hypertension.

Keywords: hypertension patients; self-management; telehealth



ความเป็นมาและความสำคัญ

ข้อมูลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกในประชากรกลุ่มอายุ 30-79 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากปี 1990-2019 โดยเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 331 ล้านคน เป็น 626 ล้านคน และเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 317 ล้านคน เป็น 625 ล้านคน¹ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 20 ของสาเหตุการตายทั่วโลก อีกทั้งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ทั้งนี้โรคความดันโลหิตสูงยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต ภาวะตาพร่ามัวและมีโอกาสตาบอด³ การศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากมีความชุกของการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2559-2564 เป็น 13.91 14.92 15.60 16.46 17.07 และ 17.79 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴ ในส่วนข้อมูลของจังหวัดสุโขทัย ก็ยังพบอัตราผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน คือ 15.66 15.81 16.37 16.54 และ 16.98 สำหรับพื้นที่อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้นทะเบียน 15,674 ราย มากเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัด และพบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 คือ 13.43 16.31 16.05 15.08 และ 19.17 มีแนวโน้มสูงขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทย รวมทั้งในปี พ.ศ. 2564 พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.71 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 2.98⁴

โรงพยาบาลสวรรคโลกในสถานการณ์ที่ไม่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมแนวคิดของการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ คือ 1) การให้ความรู้ สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม 2) การดูแลรักษาโดยแพทย์และสหวิชาชีพ 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไต และการเยี่ยมบ้าน⁵ อย่างไรก็ตาม รายงานจากฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2560 - 2564 พบร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่สูง คือ 46.46 53.30 54.35 49.98 และ 67.74⁴ ทั้งนี้ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลสวรรคโลก ได้ปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโคโรนาไวรัสโดยปรับระบบบริการด้วยการส่งยาไปที่บ้าน และขยายเวลาการนัดหมาย เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้เหมือนเช่นสถานการณ์ปกติ ทำให้การดำเนินการตามแนวทางการรักษาที่เคยได้รับ เช่น การให้สุขศึกษา การติดตามอาการ การติดตามระดับความดันโลหิตไม่สามารถดำเนินการได้ ประกอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วน ยังมีปัญหาในการจัดการตนเอง เนื่องจากขาดความรู้ ไม่เข้าใจการสื่อสารของแพทย์ ปัญหาการเดินทาง และปัญหาทางการเงิน⁶ ดังนั้น จึงมีการนำการแพทย์ทางไกล (Telehealth) มาใช้จัดเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การเป็นเบาหวาน 2) ความเครียด 3) การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก 4) การสูบบุหรี่ 5) ภาวะไขมันในเลือดสูง 6) การดื่มสุรา 7) ภาวะอ้วนคน และ 8) การกินยาไม่ต่อเนื่อง⁷⁻⁸ เห็นได้ว่าพฤติกรรมรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การกินยา การจัดการความเครียด เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมโรค การจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง การเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง⁹ ทั้งนี้ Creer¹⁰ ระบุว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา 11 ทั้งนี้การจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง¹⁰



จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริยง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา¹² ระยะเวลา 12 สัปดาห์ คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก¹³ และในจังหวัด Belitung ประเทศอินโดนีเซีย¹⁴ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรมมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีนำการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ จัดยาให้ผู้ป่วย จัดให้มีรถรับส่งเลือดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จัดระบบการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน และการโทรผ่านแอปพลิเคชันด้วยภาพและเสียงในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, < .001$)¹⁵ อีกทั้งมีการนำเทคโนโลยีมาเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการทำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การให้สูดศึกษาหรือการให้คำปรึกษาแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ และการศึกษาของ Lu, Chen และ Hsu¹⁷ ที่นำแนวคิดการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน ด้วยการจัดระบบผู้ป่วย โดยติดตั้งชุดอุปกรณ์สื่อสารการแพทย์ทางไกลที่บ้าน ตรวจวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ติดตามผลการบันทึกความดันผ่านโทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต รับส่งข้อมูลระหว่างบ้านของผู้ป่วยและศูนย์บริการสุขภาพทางไกล ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้อัปโหลดข้อมูลระดับความดันโลหิตที่วัดได้ทันทีทุกวัน ติดตามความดันโลหิตและการใช้บริการการแพทย์ทางไกลที่บ้าน ผลการศึกษพบว่า สามารถช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เห็นได้ว่ามีการนำแนวคิดของการบริการการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการให้สูดศึกษา การประเมินสุขภาพการติดตามสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากความหมายของการแพทย์ทางไกลสามารถนำมาใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีประสิทธิผลต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ยังไม่มีการนำการแพทย์ทางไกลร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจึงนำการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการจัดการสุขภาพร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ด้วยการออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล และติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปใช้ในการจัดเตรียมกำลังคน ทักษะการใช้การแพทย์ทางไกล เครื่องมืออุปกรณ์และเนื้อหาในการให้ข้อมูลติดตามการให้สูดศึกษาแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และภายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง



สมมติฐานงานวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่า และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ (goal selection)
- 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection)
- 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation)
- 4) การตัดสินใจ (decision making)
- 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ (action) ร่วมกับกิจกรรมการแพทย์ทางไกล ได้แก่ การให้สุขศึกษา การติดตามการให้คำปรึกษา และการแจ้งเตือนมาตรฐานนัด
- 6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)



1. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

- ด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการความเครียด
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

2. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-test and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ขึ้นทะเบียนรักษาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยกำหนด Effect size เท่ากับ .50 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ค่า Power of test $(1-\beta)$ เท่ากับ .80 และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G Power version 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย การศึกษานี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2) มีค่าความดันโลหิตในวันคัดเลือกระหว่าง 130/85-139/89 มิลลิเมตรปรอท 3) รับประทานยาลดความดันโลหิตมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป 4) ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ 5) มีสติสัมปชัญญะ ติดต่อสื่อสาร และอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 6) ให้ความร่วมมือและลงนามยินยอมร่วมโครงการ 7) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

1.2 แบบทดสอบสภาพสมอง AMT (abbreviated mental test) โดยต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป

1.3 แบบประเมินทักษะการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยต้องมีทักษะครบทุกข้อ ได้แก่ 1) เข้ากลุ่มไลน์ที่ตั้งห้องได้ 2) อ่านข้อความไลน์ได้ 3) ส่งข้อมูลในไลน์ได้ 4) สอบถามเจ้าหน้าที่ในไลน์ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer 6 ขั้นตอน¹⁰ เพิ่มเติมจากกระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐานปกติ ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ ร่วมกับกิจกรรมการแพทย์ทางไกล ได้แก่ การให้สุขศึกษา การติดตามการให้คำปรึกษารายบุคคล และการแจ้งเตือนเรื่องการมาตรวจตามนัด 6) การสะท้อนตนเอง

2.2 แบบบันทึกที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบรายงานข้อมูลเพื่อติดตามระดับความดันโลหิตซึ่งจะทำการบันทึกแรกเข้า 1 ครั้ง และบันทึกเดือนละครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประกอบด้วย รหัสอาสาสมัคร น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตที่คาดหวัง ระดับความดันโลหิตที่วัดได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามการทดลอง

3.1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีในลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

3.3 ชุดเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดอัตโนมัติ แบบแสดงค่าความดันโลหิตเป็นดิจิทัล

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และแบบทดสอบสภาพสมอง AMT (abbreviated mental test) เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพในงานประจำ

1.2 แบบประเมินทักษะการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทดสอบความตรงแบบเผชิญหน้า (face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล

2.2 แบบรายงานข้อมูลเพื่อติดตามระดับความดันโลหิต

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบเผชิญหน้า (face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามการทดลอง

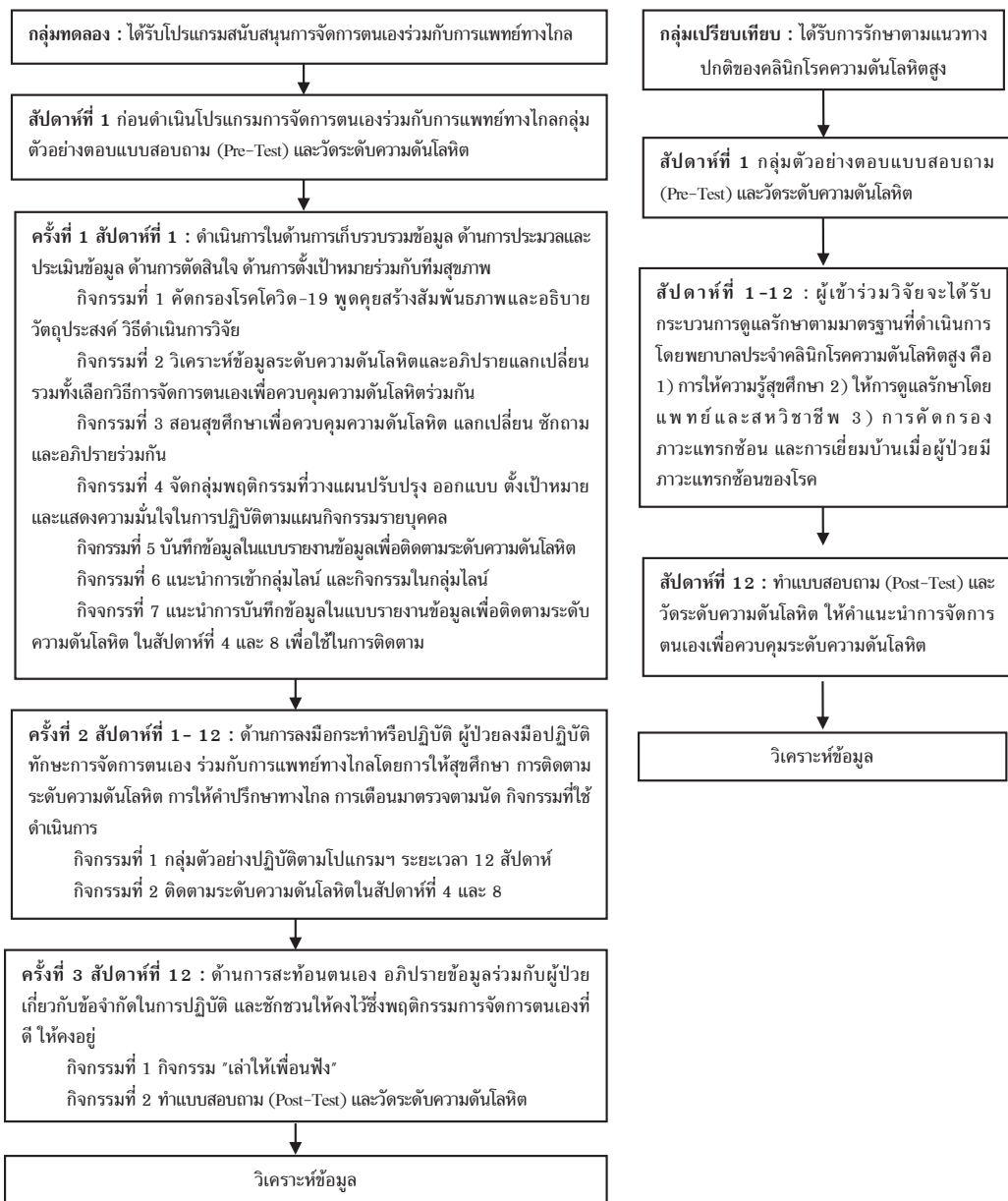
3.1 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากการตรวจสอบ พิจารณาความเหมาะสมของค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item-content validity index; I-CVI) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลย่านยาว อำเภอสุวรรณคโลก และคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .82



3.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ยี่ห้อ JAWON รุ่น Easy X800R ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ โดยเปรียบเทียบค่ามาตรฐานของเครื่องวัดความดันโลหิตกับเครื่องมาตรฐานก่อนใช้งาน

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย สำเร็จการศึกษา ด้านพยาบาลและสาธารณสุข จำนวน 4 คน ได้รับการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย เกี่ยวกับที่มา วัตถุประสงค์ การดำเนินการ โปรแกรม การเก็บข้อมูล ด้วยการใช้แบบสอบถาม มีการฝึกทดลองใช้ ให้ข้อเสนอแนะ ก่อนเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ P2-0308/2565 ลงวันที่ 16 มกราคม 2566 ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย และภายหลังการทดลอง หากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีประสิทธิผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และระหว่างกลุ่มโดย Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 และร้อยละ 71.4 มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 85.7 ส่วนค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินร้อยละ 82.9 และร้อยละ 85.7 สำหรับสถานภาพส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีสถานภาพ สมรส หม้าย/หย่า/แยกย้าย ร้อยละ 88.6 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 94.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 94.3 กลุ่มเปรียบเทียบ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 100 รายรายได้ส่วนตัวต่อเดือนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 88.6 และกลุ่มเปรียบเทียบน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 91.4 เช่นกัน ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 71.4 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 91.4 เช่นเดียวกัน ประวัติการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 97.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 94.3 เช่นเดียวกับประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 71.4 และร้อยละ 80 สำหรับประวัติการออกกำลังกายส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองออกกำลังกาย ร้อยละ 91.4 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 85.7 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact Test พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้ ในส่วนของอาชีพหลัก พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพหลัก คือ อาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง ร้อยละ 100 และพบว่าไม่มีกลุ่มที่มีรายได้ประจำ เช่น รับราชการ/รัฐสาหกิจ รวมถึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มี BMI น้อยกว่าเกณฑ์ (ไม่เกิน 18.5)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้าน ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (35.46) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ (34.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง (41.31) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (34.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 ด้าน						
ก่อนการทดลอง	35.46	5.74	34.60	3.74	.741	.46
หลังการทดลอง	41.31	4.71	34.54	3.65	6.73	<.001

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 ด้าน กลุ่มทดลอง (41.31) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง (34.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ (34.54) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกับก่อนทดลอง (34.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ทั้ง 5 ด้าน						
กลุ่มทดลอง (n=35)	34.46	5.74	41.31	4.71	-6.70	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	34.60	3.74	34.54	3.65	.15	.88

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลองพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (136.94) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ (136.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง (133.71) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย ต่ำกว่าหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ (136.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก จากการทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (86.91) มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ (86.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง (83.26) มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่าหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ (86.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	136.94	1.26	136.97	1.15	-.10	.921
หลังการทดลอง	133.71	2.10	136.40	2.08	-5.39	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนการทดลอง	86.91	1.10	86.86	1.12	.21	.83
หลังการทดลอง	83.26	2.28	86.26	1.87	-6.02	<.001

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลองพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยภายในกลุ่มหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (133.71) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง (136.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลอง (136.40) ของกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง (136.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก จากการทดสอบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (83.26) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง (86.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ (86.26) มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ยไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง (86.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n=35)	136.94	1.26	133.71	2.10	8.34	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	136.97	1.15	136.40	2.07	1.75	.09
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n=35)	86.91	1.15	83.26	2.28	8.79	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	86.86	1.12	86.26	1.89	1.75	.09

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างโดยการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁰ ร่วมกับการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นการได้รับความรู้ที่เพิ่มเติมจากการรับบริการตามมาตรฐานของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง



ทั้งนี้ในการวิจัยนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่ม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการจัดกิจกรรมการใช้เทคโนโลยีทางไกลผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์เพื่อนำไปใช้ในการให้สุศึกษาในการจัดการดูแลความดันโลหิตด้วยตนเอง การติดตามระดับความดันโลหิต การให้คำปรึกษารายบุคคล และการแจ้งเตือนเรื่องการมาตรวจตามนัด ซึ่งจะทำการนัดเวลาผู้ป่วยก่อนดำเนินกิจกรรมโดยผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สะดวกรวดเร็ว และใช้ในช่วงเวลาว่าง โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับการเดินทางและภาระกิจต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและตั้งใจในสิ่งที่ให้ความรู้และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุขยมาส บุขยาร์ศรี¹⁵ ที่นำการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ด้วยการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลร่วมกันของทีมสุขภาพ และมีการจัดระบบการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการโทรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ด้วยภาพและเสียง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ ยังมีการศึกษาของ Lu, Chen และ Hsu¹⁷ ที่นำแนวคิดการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน ด้วยการจัดระบบผู้ป่วย โดยติดตั้งชุดอุปกรณ์สื่อสารการแพทย์ทางไกลที่บ้าน ตรวจวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ติดตามผลการบันทึกความดันผ่านโทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต รับส่งข้อมูลระหว่างบ้านของผู้ป่วยและศูนย์บริการสุขภาพทางไกล ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้อัปโหลดข้อมูลระดับความดันโลหิตที่วัดได้ทันทีทุกวัน ติดตามความดันโลหิตและการใช้บริการการแพทย์ทางไกลบ้านซึ่งการนำมาใช้วิธีการนี้ คือ การเฝ้าสังเกตการณ์ทางไกล หากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติจะมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้

นอกจากนี้ การศึกษานี้ออกแบบโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของ Creer¹⁰ ซึ่งอธิบายได้ว่า แนวคิดของ Creer จะสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสร้างบรรยากาศในการแสดงความคิดเห็นเมื่อผู้วิจัยแนะนำ แม้จะเป็นเรื่องที่ขัดกับการปฏิบัติของผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อสงสัยหากแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติ เพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านผ่านการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (goal selection) โดยกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของตนเอง ตั้งเป้าหมาย ออกแบบ วางแผนกิจกรรม เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) โดยนำข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตที่ได้รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) กลุ่มตัวอย่างมีการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตของตนเอง และแลกเปลี่ยนวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตร่วมกัน 4) การตัดสินใจ (decision making) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ด้วยตนเอง 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ (action) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองตามทีออกแบไว้ที่บ้าน จำนวน 12 สัปดาห์ และมีการติดตามระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง เสริมกำลังใจ และให้คำปรึกษาในรายที่พบปัญหา 6) การสะท้อนตนเอง (self-reflection) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม “เล่าให้เพื่อนฟัง” โดยนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมและแบบรายงานข้อมูลการติดตามระดับความดันโลหิตมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ประเมินค่าระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยหากพบปัญหาในกลุ่มตัวอย่างจะขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยกัน เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีให้คงอยู่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์เพ็ญ หวานคำ และคณะ¹³ ชนิษฐา สาริพล และ ปัทมา สุริต¹⁸ และ นพารณ จันท์ศรี¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการตนเอง โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุน



การจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายว่า ขั้นตอนของการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง ร่วมกับการจัดตั้งกลุ่มไลน์ แนะนำการใช้บอกกิจกรรมในกลุ่มไลน์ ได้แก่ การให้ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (health education) การติดตามระดับความดัน (monitoring) การให้คำปรึกษารายบุคคล (counseling) และการเตือนการมาตรวจตามนัด (reminder to follow) เห็นได้ว่า ทุกขั้นตอนของการจัดการตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมเหมาะสมในด้านการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$)^{13,18-19}

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นการได้รับความรู้ที่เพิ่มเติมจากการรับบริการตามมาตรฐานของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ในการวิจัยนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่ม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการจัดกิจกรรมการใช้เทคโนโลยีทางไกลผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์เพื่อนำไปใช้ในการให้สุศึกษาในการจัดการตนเอง (health education) การติดตามระดับความดันโลหิต (monitoring) การให้คำปรึกษารายบุคคล (counseling) และการแจ้งเตือนเรื่องการมาตรวจตามนัด (reminder to follow) ซึ่งจะทำการนัดเวลาผู้ป่วยก่อนดำเนินกิจกรรมโดยผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สะดวกรวดเร็ว และใช้ในช่วงเวลาว่าง โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับการเดินทางและภาระกิจต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและตั้งใจในสิ่งที่ให้ความรู้และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามที่คาดหวังไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wang และคณะ²⁰ ที่ได้ศึกษาการใช้การแพทย์ทางไกล ในการจัดการความดันโลหิตสูง ซึ่งภายหลังการทดลองแสดงให้เห็นว่าการใช้การแพทย์ทางไกลสามารถจัดการควบคุมความดันโลหิตได้ และควรมีการให้การรักษาร่วมด้วย เช่นเดียวกับ Gong และคณะ²¹ ที่ได้ทำการศึกษาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือสำหรับการจัดการความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hammersley และคณะ²² ได้ศึกษาความเป็นไปได้และผลของการติดตามทางไกลปฏิบัติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม มีระดับความดันซิสโตลิกลดลง 6.55 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกลดลง 4.23 มิลลิเมตรปรอท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหน่วยงานต้องมีความพร้อมด้านการจัดเตรียมกำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือ และทักษะการใช้การแพทย์ทางไกล



ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรติดตามผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมและความดันโลหิตต่อไป

References

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants *Lancet* (London, England) 2021;398(10304): 957-980. doi:10.1016/S0140-6736(21)01330-1.
2. World Health Organization. Hypertension [internet]. 2021 [cited 10 August 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Kotchen TA. Harrison's principles of internal medicine: hypertensive vascular disease. New York: McGraw-Hill; 2015.
4. Health Data Center. Prevalence hypertension [internet]. 2021 [cited 11 August 2021]. Available from: <https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
5. Sawankhalok Hospital. CPG COVID-19 2021. Sukhothai: Sawankhalok hospital; 2021.(in Thai)
6. Guo Y, Albright D. The effectiveness of telehealth on self-management for older adults with a chronic condition: a comprehensive narrative review of the literature. *Journal of telemedicine and telecare* 2018;24(6):392-403. doi: 10.1177/1357633X17706285.
7. Karoonngamphan M, Suvaree S. Reducing the risk of hypertension: the important role of nurses in empowering clients. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016;36(3):222-33.(in Thai).
8. Desta M, Yibelltal D, Memiah P, Ayenew T, Mulugeta H, Gedefaw M, et al. Antihypertensive medications adherence and associated uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2022;16:1-12. doi: 10.1016/j.ijans.2022.100404.
9. Lorig KR, Holman H. Self-management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine* 2003;26(1): 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
10. Creer TL. Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts methods and interventions: self-management and the control of chronic pediatric illness. New Jersey: Erlbaum; 2000.
11. Srivanichakorn S, Sangwatanaroj S, Jiraporncharoen W, Trakulwong P, Quansri O. Self management support for NCDs: Thai style. Nonthaburi: Center of policy and strategy development for NCDs prevention and control, Ministry of public health; 2017.(in Thai)
12. Sanlah N. The effect of a self-management program on blood pressure control behavior of hypertensive patients. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2021;1(1):27-39.(in Thai)
13. Wankham C, Wattana C, Khampalikit S. The effects of a self-management program on



- hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among persons with hypertension. *Journal of Nursing* 2015;42(1):49–60.(in Thai)
14. Aunguroch Y, Polsook R, Anuruang S, Phongphibool S, Gunawan J, Nazliansyah. How a self-management program affects blood pressure among indonesians with hypertension. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022;27(3):229–35. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_244_20.
 15. Busayarasamee B. Development of care model for diabetes or hypertensive patients in the new era, Ampur Mueang, Nakhon Pathom. *Region 4–5 Medical Journal* 2023;42(1):63–77.(in Thai)
 16. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Medicine* 2017;14(9):e1002389. doi: 10.1371/journal.pmed.1002389.
 17. Lu JF, Chen CM, Hsu CY. Effect of home telehealth care on blood pressure control: a public healthcare centre model. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2019;25(1):35–45. doi: 10.1177/1357633X17734258.
 18. Sareepon K, Surit P. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among essential hypertension patients. *Journal of Nursing and Health Care* 2015;33(3):110–16.(in Thai)
 19. Chansree N, Nateetanasombat K, Kasiphon T. The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients. *Journal of Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal* 2020;6(1):58–68.(in Thai)
 20. Wang JG, Li Y, Chia YC, Cheng HM, Minh HV, Siddique S, et al. Telemedicine in the management of hypertension: evolving technological platforms for blood pressure telemonitoring. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)* 2021;23(3):435–39. doi: 10.1111/jch.14194.
 21. Gong K, Yan YL, Li Y, Du J, Wang J, Han Y, et al. Mobile health applications for the management of primary hypertension. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(16):e19715. doi: 10.1097/MD.00000000000019715.
 22. Hammersley V, Parker R, Paterson M, Hanley J, Pinnock H, Padfield P, et al. Telemonitoring at scale for hypertension in primary care: an implementation study. *PLoS Medicine* 2020;17(6):1–19. doi:10.1371/journal.pmed.1003124.



ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุก

ในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด

The Effects of Caring Nursing Applying Swanson's Theory on Well-being of the Elderly with Head and Neck Cancer Receiving Surgery

พิชญภา พิษะยะ¹ ยูพาวรรณ ทองตะนูนาม² ศาคร พรพจน์ธนาศ¹

Pichayapa Pichaya¹ Yapawan Tongtanunam² Sakorn Ponpojitnamas¹

¹การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Nursing Division ,Chonburi Cancer Hospital

² Boromarajonani Collge of Nursing, Chonburi Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pichayapa Pichaya; Email: mampich3149@gmail.com

Received: September 2, 2023 Revised: November 25, 2023 Accepted: November 28, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 ถึงเดือน มิถุนายน 2566 จำนวน 40 คน โดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีเอื้ออาทรของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะที่ 1 การดูแลก่อนผ่าตัด ระยะที่ 2 การดูแลหลังผ่าตัดและระยะที่ 3 การดูแลก่อนจำหน่าย ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 วัน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดผู้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ 2) ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ; การผ่าตัดมะเร็งศีรษะและคอ; การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน; ความผาสุก



The Effects of Caring Nursing Applying Swanson's Theory on Well-being of the Elderly with Head and Neck Cancer Receiving Surgery

Pichayapa Pichaya¹ Yapawan Tongtanunam² Sakorn Ponpojtanamas¹

¹Nursing Division, Chonburi Cancer Hospital

² Boromarajonani Collge of Nursing, Chonburi Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pichayapa Pichaya; Email: mampich3149@gmail.com

Received: September 2, 2023 **Revised:** November 25, 2023 **Accepted:** November 28, 2023

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of nursing care based on Swanson's theory of caring on the well-being of older people with head and neck cancer surgery. The sample consisted of 40 older adults, male and female, receiving in-patient care, including surgery, for diagnosed head and neck cancer at the critical care and surgery department of Chonburi Cancer Hospital, from November 2022 to June 2023. Simple random sampling was used to assign equal numbers of older adults to control and experimental groups. The experimental group received the Swanson's care regime for 10 days, with nursing care divided into three phases: pre- surgery care, care after surgery, and pre discharge. Five activities were focused on, based on Swanson's concept: 1) maintaining belief, 2) knowing, 3) being with, 4) doing for, and 5) enabling. The control group received usual nursing care. The instruments used to collect data were a personal interview, patient medical history, and a well-being assessment form for head and neck cancer patients, which had a reliability of .91. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and independent t-tests. The results revealed that the post-test mean score of well-being of the experimental group was significantly higher than that of the pre-test and the post-test of the control group ($p < .05$). Based on these findings, it is recommended that registered nurses apply Swanson's caring theory to enhance the well-being of older people with head and neck cancer undergoing surgery.

Keywords: elderly; head and neck cancer surgery; Swanson's theory of caring; well-being



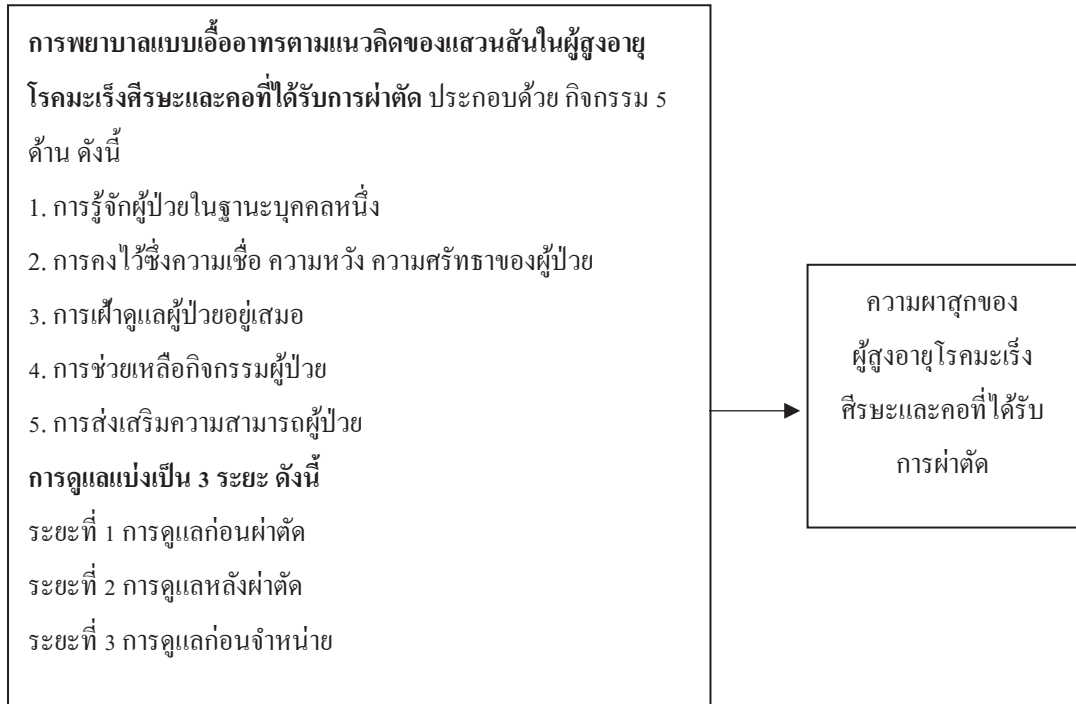
ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งศีรษะและลำคอเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย¹ และการรักษามีความท้าทายในการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีอวัยวะสำคัญ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยการรักษาที่แนะนำเป็นส่วนใหญ่คือ การผ่าตัด และอาจจะมีการฉายแสงและ/หรือการให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ขึ้นอยู่กับระยะของโรค และชนิดของ มะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น² การผ่าตัดบริเวณนี้ถือเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี ปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมารับบริการผู้ป่วยในเป็นอันดับ1 จำนวน 1,416 ราย ปี 2565 จำนวน 1,266 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดปี 2564 จำนวน 208 ราย ปี 2565 จำนวน 188 ราย³ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอด้วยการผ่าตัด ผลกระทบที่ตามมาอาจทำให้ ภาวะลักษณะเสียไป ส่งผลต่อความผาสุกของผู้ป่วย อาทิเช่น การกลืนลำบาก การรับรู้รสชาติที่ลดลง ภาวะตั้งศีรษะ และลำคอ หน้าบวม ภาวะไหล่ติดจากการรักษาหรือหน้าเบี้ยว ความบกพร่องและลดการทำงานของอวัยวะรวมถึง เนื้อเยื่อข้างเคียง เช่นการผ่าตัดมะเร็งลิ้น (glossectomy) radical neck section หรือ maxillectomy⁴โดยมักพบใน ผู้ป่วยมะเร็งลิ้น ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำลาย หรือ โพรงจุก ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องผ่าผ่านทางด้านข้างของขากรรไกร ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอออก ส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ เช่น Sternocleidomastoid และ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 (accessory nerve)⁵⁻⁶ ซึ่งมีผลต่อการยกของหัวไหล่ และสะบัก รวมถึงรูปแบบ ของการหายใจที่เปลี่ยนไป จึงสำคัญอย่างยิ่งในการลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมถึงอาการข้างเคียง จากการรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสมรรถภาพทางกายและใจให้กลับมาใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

การผ่าตัดมะเร็งศีรษะและคอในผู้สูงอายุโดยเฉพาะคนที่มีโรคอื่นร่วมด้วยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะหัวใจของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุคือ การทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วที่สุด ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะได้มากขึ้น ดังนั้นควรให้ความรู้และการป้องกันการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการรักษา (pre-operative program) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพยาธิสรีรภาพ โรคประจำตัว ภาวะโรคร่วม ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มากกว่าวัยอื่น ๆ⁵⁻⁶ ส่งผลต่อความผาสุกตามมา

ความผาสุก (well-being) เป็นคำที่มีความเป็นนามธรรมสูง มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นคำที่มีความหมายด้านบวก และเป็นสิ่งที่ทุกคน ปรารถนาในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข มีความยินดี และมีความพึงพอใจกับ ชีวิต ความผาสุกด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการทำงานที่ดี สุขภาพดี ลดความเสี่ยงการเกิดโรค ความ เจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ความผาสุกด้านจิตใจ คือการรับรู้ถึงความพึงพอใจและความสุขใน การดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้เหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเอง มีจิตใจที่เบิกบาน รู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ความผาสุกด้าน สังคม คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนและการตอบสนองของชุมชนต่อบุคคลนั้น ความผาสุกด้านจิต วิญญาณ คือ ความเชื่อศรัทธาในชีวิตที่ทำให้เกิดความสงบสุขภายใน มีความเข้มแข็งและมั่นคงในตนเอง มีความ ภาคภูมิใจในชีวิตเกิดจากความเชื่อในคุณค่าตนเอง⁷⁻⁸ เห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญในการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระจงแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson⁹ ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pretest - posttest design) ศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G *power การทดสอบตระกูล t -test กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) เท่ากับ .80 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 21 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน รวมเป็นระยะเวลา 10 วัน ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เข้าร่วมวิจัยจำนวน 40 ราย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลตามปกติ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบประเมินความผิดปกติทางการรับรู้ Six item cognitive impairment test โดยมีผลลัพธ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการคัดเลือกละกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (exclusion criteria) คือ ระหว่างการทำวิจัยผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยต่อไปได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้

(Six item cognitive impairment test [6CIT])¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ (Six item cognitive impairment test [6CIT]) ของ ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา¹⁵ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความไวของแบบทดสอบ (sensitivity) 90% ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือ (specificity) ร้อยละ 100 และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยมีความไวของเครื่องมือร้อยละ 78 ความจำเพาะเจาะจงของเครื่องมือนี้ ร้อยละ 100¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดความผาสุกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง The Functional Assessment of Cancer Therapy FACT - C Thailand version 4 ที่พัฒนาโดยเซลลาและคณะ¹⁷ วัดความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความผาสุกด้านอื่น ๆ เป็นเครื่องมือเผยแพร่ในเว็บไซต์ FACIT.org โดย FACT - C เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นสูง สำหรับในประเทศไทยมีการนำมาใช้งานวิจัยที่มีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90¹⁸ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในที่ที่มีความคล้ายกันได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทร ของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด และคู่มือการปฏิบัติตนผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 แผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันมาเป็นกรอบแนวคิด ในการประยุกต์ใช้ เป็นรูปแบบในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง รวมเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 10 วัน

3.2 คู่มือการปฏิบัติตนผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รายละเอียดของเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย ความรู้เรื่องมะเร็งศีรษะและคอ คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการผ่าตัด และช่องทางติดต่อผู้วิจัยเมื่อต้องการคำแนะนำหรือต้องการความช่วยเหลือ คู่มือนี้อยู่ในโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบวัดความผาสุกสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ไปทดลอง (try out) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ดังกล่าว ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91 สำหรับแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด และคู่มือการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด นำไปตรวจสอบความตรง (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเท่ากับ 1.0 ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของแผนการพยาบาลและคู่มือ และนำผลที่ได้มาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้ในงานวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หมายเลขจริยธรรมเลขที่ 26/2565 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัย ได้ทันทีที่ต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล ขั้นตอนการดำเนินการมี

3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคล มีขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด (pre - test) ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย (post - test) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 10 วัน ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาการวิจัยแล้ว จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา ในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ทำแบบวัดความผาสุกผู้ป่วยโรคมะเร็ง (pre - test)

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-8 ผู้วิจัยดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยให้การพยาบาลหลังผ่าตัดเมื่อมานอนรักษาในโรงพยาบาล ดำเนินการทดลองหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาแล้ว มีรายละเอียด ดังนี้



1. ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา และค้นหาข้อมูลการผ่าตัดของแต่ละบุคคล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติด้วยความเคารพ สุภาพ นุ่มนวล ท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความจริงใจให้เกียรติและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ แนะนำตัว พูดคุยซักถามทั่วไป (knowing)

3. สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความหวัง และสิ่งที่มีความหมายในชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดพลังใจในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังรวมทั้งสังเกตท่าทาง การแสดงออก ประกอบกับคำบอกเล่า และให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณวิจัยจะสามารถทำให้ ความเชื่อ ความหวัง ความศรัทธา จะยังดำรงอยู่และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ต่างๆ ไปได้ด้วยดี (maintaining belief)

4. ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุ รับฟังปัญหา มีความเห็นอกเห็นใจ รับรู้อารมณ์ แบ่งปันความรู้สึก ทั้งด้านบวกและด้านลบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาที่ผ่านมา พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ ให้เบอร์โทรศัพท์หรือไลน์กับผู้สูงอายุ เมื่อต้องการปรึกษาสามารถสอบถามได้โดยไม่คิดว่าเป็นการรบกวน (being with)

5. ช่วยเหลือกิจกรรมในสิ่งที่คุณสูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ด้วยความเอาใจใส่ กระตือรือร้น รวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งจากประวัติการรักษา การซักถามและข้อมูลจากครอบครัวมาวิเคราะห์ ทบทวนปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรครั้งต่อไป และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออก อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน การหายใจลำบาก เป็นต้น (doing for)

6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่คุณสูงอายุและญาติสงสัย ทั้งเรื่องเกี่ยวกับการรักษา หรือด้านอื่นๆ (enabling)

7. บันทึกข้อมูล ความเชื่อ ความหวัง และปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องของคุณสูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยดูแลแก้ไขปัญหามา

8. ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการผ่าตัดสำหรับคุณสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในครั้งแรกที่ให้การพยาบาล เพื่อช่วยให้คุณสูงอายุและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ระยะก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความพึงพอใจสำหรับคุณสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independence t-test



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		χ^2	p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ	60-65 ปี	8	40	9	45	.51	.53
	66-70 ปี	5	25	5	25		
	70 ปีขึ้นไป	7	35	6	30		
เพศ	ชาย	9	45	10	50	2.14	.66
	หญิง	11	55	10	50		
วินิจฉัยโรค	มะเร็งลิ้น	6	30	4	20	.72	.78
	มะเร็งกล่องเสียง	5	25	6	30		
	มะเร็งไทรอยด์	5	25	5	25		
	มะเร็งช่องปาก	4	20	5	25		
ระยะของโรค	ระยะที่ 2	9	45	10	50	.56	.65
	ระยะที่ 3	11	55	10	50		
การผ่าตัด	Glossectomy	6	30	4	20	1.13	.81
	Total laryngectomy	5	25	6	30		
	Total thyroidectomy	5	25	5	25		
	Mandibulectomy	4	20	5	25		

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	Mean diff.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	2.14	.40	.009	.45	38	.654
กลุ่มควบคุม	2.23	.41				



จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t_{38} = .45, p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($N = 20$) และ กลุ่มควบคุม ($N = 20$)

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	Mean diff	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	3.28	.54	1.09	2.10	38	.031
กลุ่มควบคุม	2.19	.40				

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรตามทฤษฎีของสเวนสันมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนที่จะได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า แผนการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ครั้งที่ 1 การพยาบาล ก่อนผ่าตัด (กิจกรรมวันที่ 1) ระยะที่ 2 ครั้งที่ 2 - 9 การพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังผ่าตัด (กิจกรรมวันที่ 10) ในแต่ละระยะของการพยาบาล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลของ Swanson¹¹⁻¹² เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย กิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (maintaining belief) 2) การรู้จัก ผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของกรองทอง แสงสว่าง¹¹ ศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสเวนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 ราย ใช้เวลาทั้งสิ้น 9 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การพยาบาลแบบเอื้ออาทรเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจมากขึ้น โดยเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองการมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อพยาบาลแสดงถึงความรู้สึกเอื้ออาทรร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ได้ระบายความทุกข์ ความกังวลใจต่าง ๆ และได้ซักถาม เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การเป็นผู้รับฟังที่ดี ปลอดภัยใจให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถาม จะช่วยให้ความทุกข์ใจของผู้ป่วยคลายลง พยาบาลมีจิตเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์



จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกาย วาจาใจ ที่เป็นไปอย่างนุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้คำพูดที่ไพเราะสุภาพ กระตือรือร้นเต็มใจให้บริการ เอาใจใส่ ไม่รังเกียจ และตอบสนองทันทีเมื่อร้องขอ ดังนั้นการที่พยาบาลแสดงออกถึงความยินดีในการช่วยเหลือ มีน้ำใจ มีความห่วงใยต่อผู้ป่วย จึงไม่เพียงแต่จะช่วยดูแลรักษาโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังเป็นการดูแลระดับประคองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นใจ (spiritual comfort) ผ่อนคลายจากความ กลัวและความวิตกกังวลซึ่งจะมีส่วนช่วยในการปรับตัวและฟื้นฟูสุขภาพปกติได้เร็วขึ้น การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการให้ความสำคัญของคน การเอาใจใส่ด้วยความรักความเอื้ออาทรผสมผสานไปกับปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เกิดผลดีมีคุณค่าต่อการดูแลและการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ¹²⁻¹³

การนำ 5 กระบวนการของทฤษฎีสแวนสัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลและความมั่นใจในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ได้รับการปรับปรุงเพื่อรองรับการดูแลต่อไปของผู้สูงอายุหลังจากจำหน่าย และยังมี การสนับสนุนทางศาสนาซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารอารมณ์ของตนเอง ลดความเครียดและได้รับความสุขสบายทางจิตวิญญาณ ด้วยการให้การดูแลแบบองค์รวมช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนคุณค่าในตนเองและเพิ่มความเชื่อในเชิงบวกของผู้สูงอายุในอนาคต การศึกษาของ ปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร¹⁰ ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของ สแวนสันต่อความผาสุกในผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำ แผนการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอ การดูแลแบบองค์รวม ทำให้เกิดความผาสุกอย่างแท้จริง¹⁹ ได้เชื่อมโยงเหตุผลระหว่างกระบวนการการดูแลแบบเอื้ออาทร และผลลัพธ์จากการดูแลของผู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทรและผู้ได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทร การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) นั่นคือเมื่อพยาบาลพยายามทำความเข้าใจประสบการณ์ ของผู้ป่วย (understood) ไม่เพียงแต่เป็นความรู้สึกเท่านั้น ยังหมายถึงความรวมถึงความเข้าใจในทุก ประสบการณ์ทั้งหมดของผู้ป่วย การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) คือการที่พยาบาลได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาแห่งความ โศกเศร้า เสียใจ เจ็บปวด และความสนุกสนาน ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (valued) โดยพยาบาลทำความเข้าใจและยอมรับทุก ๆ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (doing for) คือ การที่พยาบาลพยายามช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยให้สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง หากผู้ป่วยได้รับความรู้ ได้รับเวลา พลังงาน ความสามารถหรือทักษะความชำนาญ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย (safe and comforted) เมื่อพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) ในการจัดการเหตุการณ์ ต่าง ๆ โดยการ ให้ข้อมูลผ่านการตรวจสอบอย่างถูกต้อง และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพ (capable) สามารถผ่าน ความท้าทายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญต่อไปได้ และสุดท้าย แกนหลักสำคัญของการดูแลแบบเอื้ออาทร คือ การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (maintaining belief) หากผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ ความหวัง ในความสามารถที่จะผ่านเหตุการณ์ หรือการเปลี่ยนผ่านเผชิญหน้ากับอนาคตได้อย่างมีความหมาย ผู้ป่วยจะเกิด ความรู้สึกเต็มไปด้วยความหวัง (hopeful) และมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำแผนการการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันและคู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ โรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด



2. สามารถนำการพยาบาลแบบเอื้ออาทรไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งชนิดอื่น เพื่อช่วยเพิ่มความผาสุก และออกแบบการศึกษาเพื่อลดการล่าเอียง เพิ่มความน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยการทำวิจัยเชิงทดลอง

References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394–424.
2. National Comprehensive Cancer Network. Head and Neck Cancers (Version 1.2021) [internet] 2021. [cited 2022] Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
3. Chonburi Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2021. Cancer registration, Chonburi Cancer Hospital. Available from: [CCC.in.th/hospital-base 2021](http://CCC.in.th/hospital-base-2021) (in Thai)
4. Mitchell O, Kelly E, Ethunandan M, Horlock N, Sharma S, Singh RP. Outcomes of free flap reconstructive surgery in head and neck cancer patients over 80-years old. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2021;59(9):1090–4.
5. Spoerl S, Schoedel S, Spanier G, Mueller K, Meier JK, Reichert TE, et al. A decade of reconstructive surgery: outcome and perspectives of free tissue transfer in the head and neck. Experience of a single center institution. *Oral Maxillofac Surg* 2020;24(2):173–9.
6. Reiter M, Baumeister P, Jacobi C. Head and neck reconstruction in the elderly patient: a safe procedure? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2017;274(8):3169–74.
7. Benyo S, Phan C, Goyal N. Health and well-being needs among head and neck cancer caregivers – A systematic review. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2023;132(4):449–59.
8. Campbell SM. *Routledge handbook of philosophy of well-being*. University of Pennsylvania 2016;402–14.
9. Pukkhaio L, Saenprasan P, Hatharangi K. Developing a caring model for cataract surgery patients with participatory care. According to Swanson theory Pathumthani Hospital. *Journal of Public Health* 2020;29(5),864–875.(in Thai)
10. Suwanpetch P, Julmett P, Puapan S, Kangjai W. The effect of Swanson's compassionate care on well-being in the elderly with head cancer. and neck that received radiotherapy. in the 7th Eastern University of Technology Symposium. National Academic Conference Group of Sri Ayutthaya



- Rajabhat University No. 4 "Local Research Topic Aiming for the ASEAN Community" and Rajanagarindra Academic Conference Academic and Research No. 7. 14-16 May 2014 (Pages 588-595). Chonburi: Cholchan Pattaya Resort Hotel.(in Thai)
11. Saengsaeng K, Julmet P, Pipatwanicha N. Effects of caring nursing on well-being in colorectal cancer elderly receiving chemotherapy. The 8th National Academic Conference and Research Presentation, Northeastern University. May 29,2021 (page 755-756). Khon Kaen: Northeastern University.(in Thai)
 12. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research* 1991;40(3):161-5.
 13. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1993;25(4):352-7.
 14. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary
 15. care usage. *International journal of geriatric psychiatry* 1999 ;14(11):936-40.
 16. Udonsart S, Julmet P, Pipatwanitcha N. The burden of male caregivers caring for the elderly with stroke and its correlated factors. In Academic Conference and National Research Presentation "Ratchathani No. 3" (Pages 451-461). Ubon Ratchathani: Ratchathani University 2018. (in Thai)
 17. Jefferies K, Gale TM. 6- CIT: six- item cognitive impairment test. *Cognitive screening instruments: A practical approach* 2013;209-18.
 18. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, Eckberg K. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J Clin Onco*1993;11(3):570-9.
 19. Chaiwongnoi A, Julmet P, Kangjai W. The effect of Swanson's compassionate care on daily living and well-being in the elderly with stroke. In the 7th Eastern University of Technology Academic Conference, National Academic Conference 4th Cluster Sri Ayutthaya Rajabhat University 1. National Academic Conference Group of Sri Ayutthaya Rajabhat University No. 4 "Local Research Topic Aiming for the ASEAN Community" and Rajanagarindra Academic Conference Academic and Research No. 7. 14-16 May 2014 (page 283-287). Chonburi: Cholchan Pattaya Resort Hotel.(in Thai)
 20. Al Yasin AM. Theory critique of Kristen Swanson's theory of caring. *Open Journal of Nursing* 2023;13(8):528-36.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาชุมชน:

สถาบันราชประชาสมาสัย

Factors Relating to Post-COVID Condition Post Discharge after Hospitalization

in the Elderly with Leprosy and Coronavirus Disease 2019:

A Case Study of the Rajprachasamasai Institute Community.

สุมาลี กลิ่นแยม¹ อิชญา พงษ์อ่วม¹ สีนีวรรณ สายหยุด¹ ฐาปกรณ์ วิระกา¹

Sumalee Klinyam¹ Ichaya Pongaram¹ Sineewan Saiyud¹ Tapagon Viraka¹

¹หน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย

¹Community Health Nursing, Raj Pracha Samasai Institute

Corresponding author: Sumalee Klinyam Email: sumalee.klinyam2508@gmail.com

Received: October 12, 2023 Revised: November 20, 2023 Accepted: November 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศึกษาประชากรทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 168 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่าอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือนอนไม่หลับร้อยละ 94.05 รองลงมาคือไอแห้งหรือไอมีเสมหะร้อยละ 92.86 เบื่ออาหารร้อยละ 92.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ คือโรคประจำตัว ($\chi^2 = 9.26$, $p < .01$) การได้รับออกซิเจน ($\chi^2 = 10.56$, $p < .01$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คือการดื่ก/หิบบอาหาร ($\chi^2 = 5.05$, $p < .05$) สวมเสื้อผ้า ($\chi^2 = 3.87$, $p < .05$) อาบน้ำ ($\chi^2 = 6.32$, $p < .05$) กลืนปัสสาวะ ($\chi^2 = 5.32$, $p < .05$) กลืนอุจจาระ ($\chi^2 = 10.56$, $p < .01$) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ คือ เดินนอกบ้าน ($\chi^2 = 9.17$, $p < .01$) ปรุงอาหาร ($\chi^2 = 9.10$, $p < .01$) ถูบ้าน ซักผ้า ($\chi^2 = 9.10$, $p < .01$) ซ็อง ($\chi^2 = 9.17$, $p < .01$) ใช้ขนส่งสาธารณะ ($\chi^2 = 11.05$, $p < .01$) รับประทานยา ($\chi^2 = 9.40$, $p < .01$) การวิจัยนี้มีประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีคนดูแล และ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019; ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง; อาการหลงเหลือภายหลังติดเชื้อ



Factors Relating to Post-COVID Condition Post Discharge after Hospitalization in the Elderly with Leprosy and Coronavirus Disease 2019: A Case Study of the Rajprachasamasai Institute Community.

Sumalee Klinyam¹ Ichaya Pongaram¹ Sineewan Saiyud¹ Tapagon Viraka¹

¹Community Health Nursing, Raj Pracha Samasai Institute.

Corresponding author: Sumalee Klinyam Email: sumalee.klinyam2508@gmail.com

Received: October 12, 2023 Revised: November 20, 2023 Accepted: November 29, 2023

Abstract

The aim of this study was to investigate the residual symptoms after infection in the elderly with leprosy and COVID-19 and examine the factors associated with these symptoms. The study included all people aged 60 and above who were diagnosed with COVID-19 in Rajprachasamasai Hospital from March to June 2023. A total of 168 people were included in the study. Statistical analysis included frequency counts, means, standard deviations, and Chi-square tests. The study found that the most prevalent post-infection residual symptom among the elderly with COVID-19 was insomnia (94.05%), followed by coughing (92.86%), and loss of appetite (92.26%). Factors significantly associated with post-COVID -19 infection residual symptoms in the elderly with leprosy included: 1) Health Status Factors including chronic illness ($\chi^2 = 9.26, p < .01$) and oxygen therapy use status ($\chi^2 = 10.56, p < .01$); 2) Basic Activities of Daily Living which were feeding oneself ($\chi^2 = 5.05, p < .05$), dressing oneself ($\chi^2 = 3.87, p < .05$), bathing ($\chi^2 = 6.32, p < .05$), urination ($\chi^2 = 5.32, p < .05$), and defecation ($\chi^2 = 10.56, p < .01$); 3) Beneficial Daily Activities which were going outdoors ($\chi^2 = 9.17, p < .01$), cooking ($\chi^2 = 9.10, p < .01$), house cleaning and laundry ($\chi^2 = 9.10, p < .01$), shopping ($\chi^2 = 9.17, p < .01$), using public transportation ($\chi^2 = 11.05, p < .01$) and taking medication ($\chi^2 = 9.40, p < .01$). This research is valuable for the development of healthcare services for the elderly patients who may be dependency and have difficulty in performing their daily activities.

Keywords: COVID-19; elderly with leprosy; post-infection residual symptoms

ความเป็นมาและความสำคัญ

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย อาการทางร่างกาย ได้แก่ หายใจสั้น ๆ หายใจไม่มีลม ใจสั่น เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย เหนื่อยล้า ความรู้สึกปวดศีรษะ ความจำไม่ดี มึนงง ความรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไอแห้ง ไอมีเสมหะ ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรสชาติอาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ผอมร่าง และอาการทางสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์รู้สึกซึมเศร้า ความวิตกกังวล เบื่อหน่าย หงุดหงิด ซึ่งไม่ใช่อาการที่พบจากโรคทั่วไป¹ อาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหายซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกายโดยอาการที่พบสามารถดีขึ้น หรือแยลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับมาเป็นซ้ำใหม่ได้² ผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกรายควรได้รับการติดตามต่อเนื่องในการประเมินอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนโดยทีมสุขภาพ เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เกิดความไม่สุขสบาย มีทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม¹ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหลงเหลือของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว การมีผู้ช่วยเหลือดูแล ระดับความรุนแรงของโรค การติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน³

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้พักอาศัยรวมทั้งสิ้น จำนวน 419 ราย มีกลุ่มผู้สูงอายุ 351 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.77 ในจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าว มากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว จำนวน 225 ราย ร้อยละ 64.10 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ มีความพิการซ้ำซ้อนทางร่างกาย มือเท้ากุด แขนขาด้วน ตามองไม่เห็น ตาหลับไม่สนิท มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีญาติ และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6) จำนวน 29 คน ร้อยละ 8.26 เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน และมีอาการหลงเหลือภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จากสถิติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน 2564 – พฤศจิกายน 2565 จำนวน 168 คนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว 110 คน คิดเป็นร้อยละ 65.48 พบว่า มีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการที่หลงเหลือส่วนใหญ่ประกอบด้วยไอ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ มึนงง เบื่ออาหาร เจ็บตามข้อ กล้ามเนื้อ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ⁴ จากข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีอาการหลงเหลือ ภายหลังจากติดเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความพิการซ้ำซ้อน มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพิง เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มนี้มีความทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว มีความลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ผลการรวบรวมข้อมูลจากบทความวิชาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัส 2019 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากเชื้อ Mycobacterium leprae ส่งผลทำให้เกิดความพิการที่ตา มือ เท้า เกิดข้อจำกัดด้านร่างกายทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵ เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกิดผลกระทบทำให้เกิดอันตราย เนื่องจากเคยได้รับยาในกลุ่มสเตียรอยด์เป็นเวลานานจากการรักษาโรคเรื้อรัง ผลของยาสเตียรอยด์จะสะสมในร่างกาย ดังนั้นเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ⁶ ทางระบาดวิทยาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นตัวกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ที่กระตุ้นปฏิกิริยาของโรคเรื้อรัง ร้อยละ 33⁶ และผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความรุนแรงหลังการติดเชื้อ



ไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าประชากรทั่วไป จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019มากกว่ากลุ่มคนปกติทั่วไป และยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจากหน่วยออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในชุมชนราชประชาสมาสัยมาก่อน ดังนั้น คณะผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุที่อาจเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อน ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อน ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยกำหนดตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และตัวแปรตามประกอบด้วยอาการหลงเหลือ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแผนภูมิที่ 1



ตัวแปรต้น

แนวคิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ
ปัจจัยส่วนบุคคล
<ul style="list-style-type: none"> - เพศ - อายุ - ความพิการ - การมีผู้ช่วยเหลือดูแล
ปัจจัยภาวะสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> - โรคประจำตัว - ประวัติการได้รับออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล - การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ - ประวัติการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็ม3) ก่อนติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
<p>1) กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตัก/หยิบอาหาร - ล้างหน้า หวีผม แปรง핀 โกนหนวด - ลุกนั่งโดยไม่ต้องช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองได้ขณะเข้าห้องน้ำ - เดิน หรือเคลื่อนไหวภายในบ้าน - สวมเสื้อผ้า ติดกระดุม รูดซิป - เดินขึ้นบันได 1 ชั้น - อาบน้ำ - กลั้นปัสสาวะ - กลั้นอุจจาระ <p>2) กิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินนอกบ้าน - ปรงหรือเตรียมอาหาร - กวาด/ถูบ้าน หรือซักผ้า - ซื่อของ/จ่ายตลาด - ใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะ เช่น รถเมล์ - รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ตัวแปรตาม

อาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
<ul style="list-style-type: none"> - หายใจสั้น ๆ หายใจไม่อึด ใจสั้น - เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง เหนื่อยล้า - ปวดศีรษะ - ความจำไม่ดี มึนงง - อ่อนเพลีย ไม่มีแรง - ไอแห้ง หรือไอมีเสมหะ - ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรสชาติอาหาร - ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ - กล้ามเนื้ออ่อนแรง - นอนไม่หลับ - เบื่ออาหาร - ผม่วรง - รู้สึกซึมเศร้า - วิตกกังวล เบื่อหน่าย หงุดหงิด

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีอาสาสมัคร อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คณะผู้วิจัยสอบถามตามประเด็นจากแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบเป็นรายชื่อ

ประชากร ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่าง เดือนเมษายน 2564 ถึง พฤศจิกายน 2565 จำนวน 168 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่เคยมีประวัติการรักษาโรคโควิด -19 หายแล้ว และกลับมาอยู่บ้านที่อาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างช่วงเดือนเมษายน 2564 ถึง พฤศจิกายน 2565

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (exclusion criteria) 1) มีอาการทางจิตประสาท ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ย้ายที่อยู่ 3) ตาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ค้นคว้า ตำรา เอกสารวิชาการ แนวคิดทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การมีผู้ช่วยเหลือดูแล ส่วนที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค การติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ ประวัติรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มกระตุ้น มีคำตอบ 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564⁷ มีคำตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ข้อ กิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ 6 ข้อ รวม 16 ข้อ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ไม่สามารถทำได้ คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.00 หมายถึง สามารถทำได้ ส่วนที่ 4 อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคำตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ

กระบวนการสร้างเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการประเมินอาการหลงเหลือที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากแหล่งความรู้วิชาการต่าง ๆ

2) ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร อินเทอร์เน็ต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) สร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและครอบคลุมทุกประเด็น ที่ต้องการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรง (validity) ของเครื่องมือ โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ในด้านของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาแก้ไข โดยใช้สูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item Objective, Congruence: IOC) โดยหาค่าความสอดคล้องโดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณา คือ เห็นว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ให้คะแนน +1 ไม่แน่ใจให้คะแนน 0 เห็นว่าไม่สอดคล้องให้คะแนน -1 ทั้งนี้ค่า IOC ที่ได้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ .50⁸ ผลของการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC ปัจจัยส่วนบุคคลเท่ากับ 1.00 ปัจจัยภาวะสุขภาพเท่ากับ 1.00 ปัจจัยกิจวัตรประจำวัน



พื้นฐานเท่ากับ .67 ปัจจัยกิจกรรมประจำวันที่เป็นประโยชน์เท่ากับ .67 อาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 1.00 โดยค่า IOC รวมทั้งฉบับ เท่ากับ .84 ซึ่งถือว่าข้อคำถามมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

2) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น(reliability)ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20)⁹ เนื่องจากเป็นแบบคัดกรองที่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คณะผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนที่พักอาศัยอยู่ใน อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 24 คน งานวิจัยชิ้นนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การหาความเชื่อมั่น .70 ขึ้นไป ซึ่งจากการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน =.72 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่มีประโยชน์ =.75 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอาการหลงเหลือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล =.70

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย เลขที่ 66001.0 วันที่ 13 มีนาคม 2566 คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

2) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นหัวหน้างานการพยาบาลชุมชน และผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานหน่วยงานการพยาบาลชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จะทำการศึกษาวิจัยในอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจจะทำให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงใจเหมือนถูกบังคับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานการพยาบาลชุมชน ขอคำยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมเรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการขอความยินยอม และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยและมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3) ผู้ช่วยนักวิจัยชี้แจงโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับจากโครงการวิจัย และขอคำยินยอมอาสาสมัคร

4) คณะผู้วิจัยประสานประธานชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย นัดหมายการเก็บข้อมูล

5) ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครคนละ 1 ชุด พร้อมอธิบายรายละเอียดในแบบสอบถามอย่างชัดเจนให้อาสาสมัครจนเข้าใจ หลังจากนั้นเก็บแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเองภายใน 7 วันทำการ กรณีอาสาสมัครอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถามให้อาสาสมัครฟังทุกข้อคำถามให้อาสาสมัครตอบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันแก้ไขในงานวิจัยชิ้นนี้ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยจะรักษาความลับ วิเคราะห์ นำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่เข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีสิทธิเสรีภาพเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือการกดดันทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม ปฏิเสธการตอบคำถาม และการถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา



การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 25 บนระบบสารสนเทศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการหลงเหลือ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Person Chi-Square Test)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เป็นเพศชาย 82 คน ร้อยละ 48.81 เพศหญิง 86 คน ร้อยละ 51.19 มีอายุเฉลี่ย 72.91 ปี อายุมากที่สุด 95 ปี อายุุน้อยที่สุด 60 ปี โดย 3 ใน 4 มีความพิการทางร่างกาย จำนวน 129 คน ร้อยละ 76.79 ส่วนที่เหลือ 1 ใน 4 ไม่มีความพิการ จำนวน 39 คน ร้อยละ 23.21 และประมาณ 3 ใน 4 มีคนช่วยเหลือดูแล จำนวน 121 คน ร้อยละ 72.02 ส่วนที่เหลือ ประมาณ 1 ใน 4 ไม่มีคนช่วยเหลือดูแลจำนวน 47 คน ร้อยละ 27.98 โดยส่วนใหญ่มีญาติหรือคนในครอบครัวดูแล 105 คน ร้อยละ 86.78 มีเพื่อนบ้านช่วยดูแล 16 คน ร้อยละ 13.22

อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอาการหลงเหลือมากที่สุดคือ อาการนอนไม่หลับ จำนวน 158 คน ร้อยละ 94.05 รองลงมาคือไอแห้ง ๆ หรือไอมีเสมหะ จำนวน 156 คน ร้อยละ 92.86 เบื่ออาหาร จำนวน 155 คน ร้อยละ 92.26 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จำนวน 154 คน ร้อยละ 91.67 ความจำไม่ดี มีนงง จำนวน 152 คน ร้อยละ 90.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

	อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อน ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	หายใจสั้น ๆ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น	92	54.76	76	45.24
2	เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง เหนื่อยล้า	140	83.33	28	16.67
3	ปวดศีรษะ	125	74.40	43	25.60
4	ความจำไม่ดี มีนงง	152	90.48	16	9.52
5	อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	154	91.67	14	8.33
6	ไอแห้ง หรือไอมีเสมหะ	156	92.86	12	7.14
7	ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรสชาติอาหาร	123	73.21	45	22.79
8	ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ	143	85.11	25	14.89
9	กล้ามเนื้ออ่อนแรง	126	75.00	42	25.00
10	นอนไม่หลับ	158	94.05	10	5.95
11	เบื่ออาหาร	155	92.26	13	7.74
12	ผม่วง	115	68.45	53	31.55
13	รู้สึกซึมเศร้า	76	45.24	92	54.76
14	วิตกกังวล เบื่อหน่าย หงุดหงิด	118	70.24	50	29.76

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพกับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ($\chi^2 = 9.26, p < .01$) ประวัติการได้รับออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล ($\chi^2 = 10.56, p < .01$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพกับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยภาวะสุขภาพ	อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อน ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				Pearson	
	ไม่มีอาการหลงเหลือ		มีอาการหลงเหลือ		Chi -Square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัว					9.265	.002
มีโรคประจำตัว	4	30.77	111	71.61		
ไม่มีโรคประจำตัว	9	69.23	44	28.39		
ประวัติการได้รับออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล					10.568	.001
ได้รับออกซิเจน	0	.0	72	46.45		
ไม่ได้รับออกซิเจน	13	100.00	83	53.55		



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานกับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า การตัก/หยิบอาหาร ($\chi^2=5.05, p<.05$) การสวมเสื้อผ้า ติดกระดุม รูดซิป ($\chi^2 = 3.87, p<.05$) การอาบน้ำ ($\chi^2=6.32, p<.05$) การกลั่นปัสสาวะ ($\chi^2=5.32, p<.05$) การกลั่นอุจจาระ ($\chi^2=10.56, p<.01$) เป็นปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานกับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน	อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				Pearson	
	ไม่มีอาการหลงเหลือ		มีอาการหลงเหลือ		Chi -Square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ตัก/หยิบอาหาร					5.056	.025
สามารถทำได้	10	76.92	69	44.52		
ไม่สามารถทำได้	3	13.08	86	55.48		
สวมเสื้อผ้า ติดกระดุม รูดซิป					3.878	.049
สามารถทำได้	6	46.15	34	21.94		
ไม่สามารถทำได้	7	53.85	121	78.06		
อาบน้ำ					6.323	.012
สามารถทำได้	9	69.23	53	34.19		
ไม่สามารถทำได้	4	30.77	102	65.81		
กลั่นปัสสาวะ					5.320	.021
สามารถทำได้	4	30.77	15	9.68		
ไม่สามารถทำได้	9	69.23	140	90.32		
กลั่นอุจจาระ					10.568	.001
สามารถทำได้	13	100.00	83	53.55		
ไม่สามารถทำได้	0	.00	72	46.45		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ เดินนอกบ้านได้ ($\chi^2=9.10, p<.01$) ปรงหรือเตรียมอาหารได้เอง ($\chi^2=9.10, p<.01$) กวาด/ถูบ้าน หรือซักผ้าได้เอง ($\chi^2 = 9.10, p<.01$) ซั้วของ/จ่ายตลาด ได้เอง ($\chi^2 = 9.10, p<.01$) ใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะเช่น รถเมล์ได้ ($\chi^2 = 11.05, p<.01$) รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ($\chi^2 = 9.40, p<.01$) รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่มีประโยชน์	อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				Pearson	
	ไม่มีอาการหลงเหลือ		มีอาการหลงเหลือ		Chi -Square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เดินนอกร้าน					9.107	.003
สามารถทำได้	8	61.54	36	23.23		
ไม่สามารถทำได้	5	38.46	119	76.77		
ปรุงหรือเตรียมอาหาร					9.107	.003
สามารถทำได้	8	61.54	36	23.23		
ไม่สามารถทำได้	5	38.46	119	76.77		
กวาด/ถูบ้าน หรือซักผ้า					9.107	.003
สามารถทำได้	8	61.54	36	23.23		
ไม่สามารถทำได้	5	38.46	119	76.77		
ซื้อของ/จ่ายตลาด					9.107	.003
สามารถทำได้	8	61.54	36	23.23		
ไม่สามารถทำได้	5	38.46	119	76.77		
ใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะ					11.057	.001
สามารถทำได้	8	61.54	32	20.65		
ไม่สามารถทำได้	5	38.46	123	79.35		
รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์					9.409	.002
สามารถทำได้	11	84.62	63	40.65		
ไม่สามารถทำได้	2	15.38	92	59.35		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

อาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการหลงเหลือภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอาการหลงเหลือมากที่สุดคืออาการนอน ไม่หลับจำนวน 158 คน ร้อยละ 94.05 รองลงมาคือไอแห้ง ๆ หรือไอมีเสมหะจำนวน 156 คน ร้อยละ 92.86 เบื่ออาหาร จำนวน 155 คน ร้อยละ 92.26 อ่อนเพลียไม่มีแรง จำนวน 154 คน ร้อยละ 91.67 ความจำไม่ดี มึนงง จำนวน 152 คน ร้อยละ 90.48 ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความพิการทางร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีโรคประจำตัวหลายโรค และไม่มีผู้ดูแล อาจทำให้ร่างกายอ่อนแอ ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสเกิดอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Long COVID) หรือเกิดจากกระบวนการอักเสบต่อเนื่องระยะยาวในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย หรืออาจเกิดภาวะภูมิต้านทานตนเอง (autoantibody) ทำให้อวัยวะในระบบ



ได้รับผลกระทบ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบหรือ เกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อในร่างกาย นำมาซึ่งอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นมากถึง 200 อาการ ทั้งในระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ฯลฯ อาการแสดงในแต่ละระบบที่แตกต่างกัน¹⁰ ซึ่งการที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานมากกว่า 9 เดือนการที่รับยาทำให้มีผลกระทบกับร่างกายหลายระบบ เนื่องจากเชื้อโรครื้อรังไปฝังเชื้อโรคในระบบผิวหนัง และประสาทส่วนปลาย ทำให้มีความพิการสภาพร่างกายที่พิการ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดการดูแลสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเฉพาะที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้จิตใจเกิดความผิดปกติเพิ่มขึ้น⁵ สอดคล้องกับ Veronica Schmit¹¹ ศึกษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบภูมิคุ้มกันโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงร่วมกับเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางภูมิคุ้มกันการถูกทำลายของเส้นประสาทส่วนปลาย สอดคล้องกับ Raveendran¹² ศึกษาภาพรวมของอาการ Long COVID เพื่อศึกษาอาการผิดปกติหลังหายป่วย เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อาการผิดปกติหลังหายป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เหนื่อยล้า ไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ใจสั่น ปวดกล้ามเนื้อ และมองเห็นไม่ชัด สอดคล้องกับ Harry Crook¹³ ศึกษาอาการ Long COVID: ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการผลการศึกษา พบว่า อาการที่คงอยู่หลังป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกี่ยวข้องกับหลายอวัยวะในร่างกาย และส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ มากมายได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ความผิดปกติของหัวใจ ความบกพร่องทางสติปัญญา การรบกวนการนอนหลับ อาการโรคเครียด ปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ และอาการปวดศีรษะ สอดคล้องกับ Shin Jie Yong¹⁴ ศึกษากลุ่มอาการหลังป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : ในด้านพยาธิสรีรวิทยา ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา ผลการศึกษาพบว่าอาการผิดปกติหลังป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า มีอาการหายใจลำบากอยู่นานหลายเดือน อาการเรื้อรังอื่น ๆ ที่พบได้อาจรวมถึงความพร่องด้านสติปัญญา เจ็บหน้าอก ใจสั่น ปวดกล้ามเนื้อ การรับกลิ่นและรสผิดปกติ ไอ ปวดศีรษะปัญหาาระบบทางเดินอาหาร และหัวใจ สอดคล้องกับการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของกรมการแพทย์¹⁵ พบว่า อาการหลงเหลือภายหลัง ติดเชื้อมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีหลายอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผม่วเวียนศีรษะ วิดกกังวล/เครียด ความจำสั้น เจ็บหน้าอก สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ ปราโมท ถ่างกระโทก และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะยาว : กรณีศึกษา พบว่า อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกิดขึ้นนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ หายใจลำบาก หรือหายใจถี่ เหนื่อยเมื่อยล้า อาการแผลงหลังจากทำกิจกรรมทางร่างกายหรือจิตใจ มีปัญหาในการคิด(คิดช้า) มีสมาธิลดลง ไอ เจ็บหน้าอกหรือ ปวดท้อง ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นแรง (ใจสั่น) ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ มีอาการชา ท้องเสีย มีปัญหา การนอนหลับ ไข้ อาการเวียนศีรษะเมื่อยืน (มีนศีรษะ) อารมณ์เปลี่ยนแปลง จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส โดยอาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย แม้ว่าอาการป่วยจะไม่รุนแรงหรือ ไม่มีอาการก็ตาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ($\chi^2 = 9.265, p < .01$) ประวัติการได้รับออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล ($\chi^2 = 10.568, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว



หากป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้ปอดอักเสบ (pneumonia) และถุงลมปอดถูกทำลาย ถุงลมปอดอาจจะกลายเป็นพังผืด ส่งผลให้เนื้อที่ของปอดที่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ซึ่งโดยทั่วไปกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวและผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำสอดคล้องกับงานวิจัยของ บรรพต ปานเคลือบ¹⁷ พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต สอดคล้องกับงานวิจัยของมณฑิรา ชาญณรงค์¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กันกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราดของ เสาวลักษณ์ จินดาดี¹⁹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การดื่อกินอาหาร การสวมเสื้อผ้า ติดกระดุม รูดซิป การอาบน้ำ การกลั้วปัสสาวะ การกลั้วอุจจาระ และปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ ได้แก่ การเดินนอกบ้าน การปรุงอาหาร การกวาดถูบ้านหรือซักผ้า การซื้อของจ่ายตลาด การใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .01 ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความพิการซ้ำซ้อน ทั้งมือ เท้า ตา หู กล่าวคือ มือกุด เท้ากุด หรือขาดนิ้ว ตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน ต้องพึ่งพิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีอาการหลงเหลือ ร่างกายอ่อนแอ เสื่อมถอย บกพร่องทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จะทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากเดิม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Catalina Pizarro-Pennarolli²⁰ ที่ศึกษากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังโควิด-19: การทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานลดลงภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น มีความล่าช้าในการฟื้นฟูร่างกายในผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Bibiana Trevisson-Redondo²¹ ที่ใช้ Barthel Index ประเมินก่อนและหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ภายหลังการติดเชื้อส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตแย่มากแม้หลังจากหายจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Elham NejadSadeghi²² ที่ว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลและประเมินทักษะพื้นฐานได้จากกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำสำหรับการดูแลตนเอง และในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันตามปกติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในทุกด้าน ทำให้การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Meily Kurniawidjaja Indri²³ พบว่า ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผลกระทบทั้งร่างกาย และจิตใจในการดำรงชีวิต เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า กิจวัตรประจำวันที่ยุ่ดชะงัก การเจ็บป่วยและปัญหาทางสังคม และอารมณ์ และสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 13.6



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1) จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับออกซิเจน ขณะนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 จึงมีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานการพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว และมีอาการรุนแรงต้องให้ออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล โดยพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวางแผนฟื้นฟูสภาพหรือให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว

2) ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ปัจจัยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่า สถาบันราชประชาสมาสัย ควรมีนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเมินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อนำมาสู่การบริหารจัดการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เพราะภายหลังการติดเชื้อส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอย่างมากแม้หลังจากหายจากติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 แล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยเข้าใจปัญหาจากงานวิจัยชิ้นนี้ไปทำวิจัยแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีคนดูแล และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการโรคเรื้อรัง ที่ไม่มีผู้ดูแล

References

1. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. Post-COVID condition (Long COVID). Chonburi Hospital Journal 2022;47(1):67-84. (in Thai)
2. Department of Medical Services. Caring for COVID-19 patients after recovery (Post COVID syndrome) or Long COVID-19 condition for doctors and public health personnel [internet]. 2021 [cited 16 December 2021]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%20Long%20COVID%20v.2.4.pdf. (in Thai)
3. Chen S, Jones LA, Jiang S, Jin H, Dong D, Chen X, et al. Difficulty and help with activities of daily living among older adults living alone during the COVID-19 pandemic: a multi-country population-based study. BMC Geriatrics 2022;22(181):1-14. doi:10.1186/s12877-022-02799-w
4. Raj Pracha Samasai Institute. Results of the evaluation of unusual symptoms after COVID-19 in leprosy patients Raj Pracha Samasai Institute. Samutprakan: Raj Pracha Samasai Institute; 2022. (in Thai).



5. Thangaraju P, Maheshkumar A, Venkatesan S, Gurunthalingam MP, Thangaraju E. COVID-19 and leprosy-hurdles and possible solutions. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* 2022;13(10): 472-473. doi:10.4103/1995-7645.291042
6. Antunes DE, Goulart IMB, Goulart LR. Will cases of leprosy reaction increase with COVID-19 infection. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2020; 17(July):1-4. doi:10.1371/journal.pntd.0008460
7. Department of Medical Services. Guide to screening and assessing the health of the elderly, 2021. Bangkok : Najanta Creation CO.,LTD;2021.
8. Rovinelli RJ, Hambleton EK. On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity [internet]. 1977 [cited 16 December 2021]. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>
9. Kuder GF, Richardson MW. The theory of estimation of test reliability. *Psychometrika*. 1937 2(September); 151-160
10. Tantipawasasin S. Long COVID. *Chonburi Hospital Journal* 2022;47(1):1-2.(in Thai).
11. Schmitz V, Santos JBd. COVID-19, leprosy, and neutrophils. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2021;7(January):1-5. doi:10.1371/journal.pntd.0009019
12. Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: An overview” [Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews] *ELSEVIER* 2021;16(12):869-75. doi: 10.1016/j.dsx.2021.04.007
13. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and Management. *BMJ* 2021;374:n1648:1-18. doi:10.1136/bmj.n1648
14. Youg SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious Diseases* 2021;0(0):1-18. doi:10.1080/23744235.2021.1924397
15. Department of Medical Services. Medical practice guidelines, diagnosis, care, and prevention of infections in Hospital in the case of coronavirus disease 2019 (COVID-19), revised version 30 November 2022 for doctors and public health personnel [internet]. 2022 [cited 30 November 2022]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25660418150721PM_CPG_COVID-19_v.27_n_18042023.pdf.(in Thai)
16. Tangkratok P, Promin K, Palacheewa N, Pinrat P. Long COVID Care for Older Adults in Community Afer COVID - 19 Infection: A Case Study. *Ramathibodi Medical Journal*. 2022;45(2):28-42. (in Thai)
17. Pankluab B. Factors related to symptoms of patients COVID-19 in the community hospital, Thalang, Phuket [internet]. 2020 [cited 30 November 2022]. Available from: https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/09/vachira-2021-09-02_10-19-20_074077.pdf.(in Thai)
18. Channarong M. Factors relating to post discharge persistence of symptoms after hospitalization among persons with Coronavirus Disease 2019. *Journal of Health and Nursing Education* 2022;28(1):1-16. (in Thai)



19. Jindadee S, Suwannarat S, Khankhaen O. Factors related to symptom levels of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19), Khaosaming Hospital, Trat Province. Trat: Nursing Department; 2022. (in Thai)
20. Pizarro-Pennarolli C, Sánchez-Rojas C, Torres-Castro R, Vera-Urbe R, Sanchez-Ramirez DC, Vasconcello-Castillo L, et al. Assessment of activities of daily living in patients post COVID-19 : a systematic review. *PeerJ* 2021; 6;9:e11026:1-17. doi:10.7717/peerj.11026
21. Trevisón-Redondo B, López-López D, Pérez-Boal E, Marqués-Sánchez P, Liébana-Presa C, Navarro-Flores E, et al. Use of the Barthel Index to assess activities of daily living before and after SARS-COVID-19 infection of institutionalized nursing home patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(14):7258:1-11. doi:10.3390/ijerph18147258.
22. NejadSadeghi E, Papi S, Cheraghi M, Norouzi S, Hosseini F, Nejad GS. Factor affecting the activities of daily living among aging people during the COVID-19 pandemic – a structural equation modelling. *Menopause Review Przeglad Menopauzalny* 2022;21(2):111-16. doi: 10.5114/pm.2022.117183
23. Kurniawidjaja M, Susilowati IH, Erwandi D, Kadir A, Hasiholan BP, Ghiffari RA. Identification of Depression Among Elderly During COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health* 2022;13(January-December):1-12. doi:10.1177/21501319221085380



การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

Access to Essential Health Care Services among Older People

in the Community

อรุณญา นามวงศ์ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน¹ เฉลิมพล กำใจ¹ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล²

Arunya Namwong¹ Krittapat Fukfon¹ Chalermpon Kajai Sureeporn Lertwacharasakul²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹

นักวิชาการอิสระ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา²

Independent academician, Phayao Ministry of Public Health²

Corresponding Author: Arunya Namwong; Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

Received: July 3, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: October 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา จำนวน 438 ราย สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ .90 และ .91 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .849 และ .868 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.55$, $SD=.28$) นอกจากนี้ อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140$, $p<.01$; $r=.104$, $p<.05$; $r=.170$, $p<.01$) ตามลำดับ ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=-.127$, $p<.01$) และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2=27.518$, $p<.01$) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์ และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้นอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ; บริการสุขภาพที่จำเป็น; ผู้สูงอายุ; ชุมชน



Access to Essential Health Care Services among Older People in the Community

Arunya Namwong¹ Krittapat Fukfon¹ Chlermpon Kajai Sureeporn Lertwacharasakul²

¹Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromajchanok Institute¹

Independent academician, Phayao Ministry of Public Health²

Corresponding Author: Arunya Namwong; Email: arunya.n@bcnpy.ac.th

Received: July 3, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: October 30, 2023

Abstract

This cross-sectional quantitative research study aimed to examine the level of access to essential health care services for elderly people in the community and factors related to their access. The sample consisted of 438 elderly people in Phayao Province who were selected by multistage random sampling. The instruments for collecting data consisted of a personal information questionnaire, access to essential health care services for the elderly form, and the social support for access to essential health care services among older people form. The forms were approved with content validity of .90 and .91, respectively. The reliability of Cronbach's alpha coefficient was .849 and .868, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square statistics, and Spearman's correlation coefficient. The results of this study revealed that overall average access to essential health care services was at a high level ($\bar{X}=2.55$, $SD=.28$). Furthermore, age, waiting time for an appointment, and social support, were positively and significantly associated with access to essential health care services for the elderly ($r=.140$, $p<.01$; $r=.104$, $p<.05$; $r=.170$, $p<.01$), respectively. Waiting time to see medical personnel was negatively statistically significantly associated with access to essential health care services for the elderly ($r=-.127$, $p<.01$). Residency location of the elderly was significantly related to access to essential health care services for the elderly ($\chi^2=27.518$, $p<.01$). Therefore, to enhance access to essential health care services for the elderly, factors such as age, waiting time for an appointment, social support, waiting time to see medical personnel, and the residency location of the elderly need to be considered in order to provide more appropriate and continuous access to essential health care services for the elderly.

Keywords: access to health care services; essential health care services; older people; community



ความเป็นมาและความสำคัญ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกทำให้ทุกประเทศต้องปรับรูปแบบวิธีการในการรองรับกับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,438,908 คน คิดเป็นร้อยละ 20.30 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว¹ และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า แนวโน้มใน 20 ปีข้างหน้า อัตราการเกิดของประชากรไทยจะมีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ย ร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7 ต่อปี² ผลจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุย่อมมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่คาดการณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่า จำนวนผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมที่ซับซ้อนมากกว่า 4 โรคขึ้นไป ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการจัดบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ³ โดยการที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคจึงมีความต้องการในการให้บริการด้านการจัดการโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น การให้บริการด้านการดูแลและชะลอ การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลโรคเบาหวานที่ซับซ้อน การจัดการโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และการให้บริการด้านสุขภาพที่พิเศษเฉพาะเพิ่มขึ้น เช่น บริการด้านทันตกรรม ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมที่ซับซ้อนและมีความพิการร่วมยิ่งมีความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และด้านโภชนาการรวมถึงด้านการช่วยเหลือจากชุมชน⁴ สำหรับผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน ในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เริ่มป่วยเมื่ออยู่วัยกลางคนแล้วต่อเนื่องมาจนถึงวัยสูงอายุทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน⁵

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มวัยอื่น มีโรคร่วมมากกว่าและมีการเข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังหรือโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นฉับพลันมากขึ้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างทั่วถึง ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาสู่การมีสุขภาพที่ดี⁶ โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะสุขภาพทั้งโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงการคัดกรอง กลุ่มอาการสูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะสมองเสื่อม การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การพลัดตกหกล้ม การมองเห็น การได้ยิน โรคกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม⁷ รวมถึงผู้สูงอายุควรได้เข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับยา การตรวจติดตามอาการ การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการด้านการดูแลและชะลอ และการดูแลแบบประคับประคองกรณีที่มีภาวะพึ่งพา⁸⁻⁹ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพาอย่างรุนแรง ขาดผู้ดูแล จำเป็นต้องมีระบบและกลไกที่ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม¹⁰ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุควรพิจารณาตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านนโยบายเกี่ยวกับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพของ เพ็ญชานสกีและโทมัส ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงบริการที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่



(availability) 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (geographical accessibility) 3) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (accommodation) 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) และ 5) การยอมรับในคุณภาพของบริการ (acceptability) โดยเป็นความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ¹¹

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีการปรับรูปแบบการให้บริการที่ต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นหรือเข้าถึงแล้วแต่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนของแอนเดอสัน ปี ค.ศ. 1995¹² ได้เสนอปัจจัยที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ เช่น เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้สิทธิของการรักษาพยาบาล ปัจจัยเอื้อ เช่น ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง รายได้ ภาวะเจ็บป่วย และปัจจัยเสริม คือ ผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม สำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกได้สำรวจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเงิน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนจะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ที่บางส่วนอาศัยอยู่ในชนบท พบปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอ ขาดระบบขนส่งสาธารณะหรือไม่มีที่วิ่ง พบปัญหาระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลค่อนข้างไกล ขาดผู้ดูแลหลักที่จะพาไปรักษาในสถานพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง¹⁰ รวมถึงมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐานในประเทศจีน พบว่า ปัจจัยด้านการมีฐานะทางเศรษฐกิจดีและการอาศัยอยู่ในตัวเมืองใหญ่ เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี ในขณะที่ปัจจัยด้านความไม่สะดวกในการไปสถานพยาบาลเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ดีขึ้น¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านขนาดของกลุ่มเพื่อนที่เป็นเครือข่ายเดียวกัน อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁴ และจากการศึกษาบทบาทวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 พบว่า ปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้นนั้น ได้แก่ พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัย การเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะ และระดับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วม¹⁵ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกมีสาเหตุมาจากการขาดญาติผู้ดูแลพาไปสถานพยาบาลทำให้ขาดการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ได้สำรวจความต้องการการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือติดเตียงอยากให้มีพระสงฆ์มาโปรดที่บ้านเพื่อเป็นที่พึ่งด้านจิตใจ¹⁶ และการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า รายได้ต่อเดือน การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ¹⁷ ทั้งนี้ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุและหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมจนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้

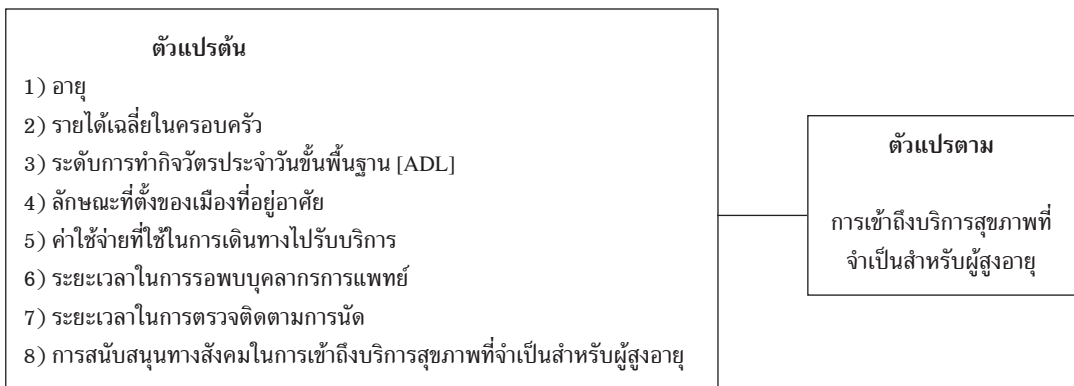


จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ข้อมูลผู้สูงอายุจากกรมกิจการผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 116,561 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.35 ของประชากรทั้งจังหวัด¹⁸ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุของ รพ.สต. ที่ให้บริการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและให้การรักษาต่อเนื่องรวมถึงส่งต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินหรือมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาลหรือผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้ทราบถึงระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดพะเยา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งการทราบข้อมูลด้านขนาดของปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดพะเยาที่มีรายชื่อตามทะเบียนของจังหวัดจำนวน 114,533 คน¹⁸ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ ได้แก่ เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะ



ดี ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร¹⁹ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 114,533 คน กำหนดความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 398 ราย ผู้วิจัยสำรองกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ไว้ ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 438 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมด 9 อำเภอของจังหวัดพะเยา และสุ่มอย่างง่ายเลือกจำนวนตำบลตามสัดส่วน 3 ใน 5 ของจำนวนตำบล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็ญชานสกีและโทมัส ปี 1981¹¹ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการหรือค่ารักษาพยาบาล และการยอมรับในคุณภาพของบริการสุขภาพ จำนวน 50 ข้อ ลักษณะเครื่องมือให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก ให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อย ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนได้แบ่งระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพฯ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 (50.00-83.33 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 (83.34-126.67 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 (126.68-150.00 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²⁰ จำนวน 31 ข้อ ลักษณะเครื่องมือการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยรายข้อแต่ละด้าน ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านการพยาบาลชุมชน 3 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน มีค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .90 และ .91 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .849 และ .868 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่อนุมัติ REC 004/65 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยยึดหลักการเคารพในตัวบุคคล หลักประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และหลักความยุติธรรม โดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้มาเก็บเป็นความลับ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ที่สุ่มคัดเลือกได้ของจังหวัดพะเยา ติดต่อประสานงานผู้ช่วยเก็บข้อมูล นัดหมายเพื่อชี้แจงอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยเน้นให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยให้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย สอบถามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการ และเมื่อสมัครใจแล้วให้ลงนามแสดงความยินยอม กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนหรืออ่านหนังสือได้ให้อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ยคนละประมาณ 30-45 นาที และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 67.58 มีอายุอยู่ในช่วง 60-98 ปี อายุเฉลี่ย 71.32 ปี (SD=8.24) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.79 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 37.21 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.09 รองลงมา ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 18.49 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 46.12 รองลงมา ทำนา ทำสวน ร้อยละ 29.68 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว 5,156.62 บาท/เดือน (SD=5,688.91) โดยครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 52.05 แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 70.55 รองลงมา จากลูกหลานให้ใช้ต่อเดือน ร้อยละ 35.84 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.91 รองลงมาอาศัยอยู่กับลูก ร้อยละ 34.47 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.85 โรคประจำตัวที่มีมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.79 เกินครึ่งมีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 56.89 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 72.60 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 18.04 และส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 90.87

ข้อมูลการรับบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ: ที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ร้อยละ 63.93 รองลงมาคือกึ่งชนบทกึ่งเมือง ร้อยละ 24.88 ไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในสถานบริการสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 83.11 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 37.21 ใช้สิทธิบัตรบัตรสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 69.41 กรณีเจ็บป่วยบุคคลที่พาไปรักษาในสถานพยาบาลมากที่สุดคือ ลูก ร้อยละ 59.13 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 21.69 มากกว่าครึ่งไปใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินคือ รพ.สต. ร้อยละ 53.65 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 41.32 และ 20.32 ตามลำดับสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการต่อเนื่องกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งไปใช้บริการที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 53.42 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 35.16 กรณีที่ไปรับการตรวจติดตามตามแพทย์นัดเกินครึ่งมีระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 53.20 ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อตรวจรักษากับบุคลากรการแพทย์ ส่วนมากใช้เวลารอ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มากที่สุด ร้อยละ 61.42 รองลงมา มากกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 17.81 ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15-30 นาที มากที่สุด ร้อยละ 93.15 ระยะทางที่เดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระยะทาง 1-5 กิโลเมตร ร้อยละ 74.66 กลุ่มตัวอย่างมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ มากกว่า 150 บาท มากที่สุด ร้อยละ



43.38 รองลงมาระหว่าง 50–100 บาท ร้อยละ 38.36 ส่วนพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเป็นประจำมากที่สุดคือเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 44.06 รองลงมาคือรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 41.78

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุรายด้านทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.55 (SD=.28) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (n = 438)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	Mean	SD	แปลผล
1) ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	2.64	.36	ระดับมาก
2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	2.36	.23	ระดับมาก
3) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	2.40	.46	ระดับมาก
4) การยอมรับในคุณภาพของบริการ	2.65	.37	ระดับมาก
5) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ	2.63	.36	ระดับมาก
การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม	2.55	.28	ระดับมาก

2. จำนวน ร้อยละ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 62.56 รองลงมาเข้าถึงได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.44 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=438)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการเข้าถึงบริการ
50.00–83.33	-	-	ต่ำ
83.34–126.67	164	37.44	ปานกลาง
126.68–150.00	274	62.56	มาก
Mean = 127.40 SD = 14.16			มาก

การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.70 (SD=.33) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (n=438)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	แปลผล
1) การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.76	.37	มาก
2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	2.72	.38	มาก
3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.65	.38	มาก
4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง	2.66	.39	มาก
ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.70	.33	มาก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140, p<.01$; $r=.104, p<.05$; $r=.170, p<.01$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=-.127, p<.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (rs)
อายุ	.140
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว	-.040
ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด	.104
ระยะเวลาในการรอพบบุคลากรการแพทย์	-.127
การสนับสนุนทางสังคมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	.170

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2=27.518, p<.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ปัจจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	Chi-square	df	p-value
1) ระดับการทำกิจวัตรประจำวัน				
ขั้นพื้นฐาน (ADL)		4.013	3	.265
	ไม่พึ่งพา	318(72.60)		
	พึ่งพานกลาง	79(18.04)		
	พึ่งพารุนแรง	15(3.42)		
	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	26(5.94)		



ปัจจัย	การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	Chi-square Test	df	p-value
2) ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัย		27.518	2	.000
	ชนบท	280 (63.93)		
	ชานเมือง	49 (11.19)		
	กึ่งชนบทกึ่งเมือง	109 (24.88)		
3) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง ไปรับบริการ		5.978	3	.113
	<50 บาท	10(2.28)		
	50-100 บาท	168(38.36)		
	101-150 บาท	70(15.98)		
	>150 บาท	190(43.38)		

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุด้วยความสะดวก ได้รับความเพียงพอของการบริการด้านสุขภาพ ความสามารถด้านการใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่จัดให้ และกลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับในคุณภาพบริการด้านสุขภาพที่ได้รับที่อย่างเหมาะสม เป็นไปตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบสุขภาพของ เพ็ญชานสกีและโทมัส¹¹ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนหรือรุนแรงที่ต้องการการรักษากับแพทย์เฉพาะทางจึงไม่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอหรือจังหวัด รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชนบทมากที่สุดถึง ร้อยละ 63.93 และไปใช้บริการสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 83.11 เนื่องจากตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้กับชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถมาใช้บริการได้สะดวกและเดินทางไปได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใกล้สถานพยาบาลจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น¹⁵ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนชนบทเข้าถึงบริการสุขภาพของ รพ.สต. มากที่สุด อาจเนื่องมาจากการยอมรับและเชื่อมั่นในคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพของ รพ.สต. โดยเฉพาะการให้บริการด้านการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เช่น การมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม กระดูกและข้อ ช่อกปากและฟัน และภาวะหกล้ม ซึ่งให้บริการสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการรักษาจากแพทย์เวชกรรมทั่วไปสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และบริการการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการสำรวจความต้องการการให้บริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีแพทย์มารักษาที่ รพ.สต. และการมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ¹⁶



2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.140, p<.01$) กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นตามสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมลงตามวัยรวมถึงมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม³ จึงมีโอกาสไปใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-98 ปี อายุเฉลี่ย 71.32 ปี ($SD=8.24$) เป็นวัยผู้สูงอายุตอนกลางซึ่งเริ่มมีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุตอนต้น รวมถึงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นย่อมมีผู้ดูแลที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลใส่ใจมากขึ้นเนื่องจากมีภาวะเปราะบางไม่แข็งแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยครอบครัวอาจจะรีบพาไปรักษาโรงพยาบาลจึงทำให้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนของแอนเดอสัน ปี ค.ศ. 1995¹² ได้ให้ความสำคัญกับอายุโดยสรุปว่าอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยที่น่าที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

2.2 ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.104, p<.05$) โดยระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัดที่นานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมารับบริการสุขภาพมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา แม้จะมีโรคเรื้อรังเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดและไม่มีโรคแทรกซ้อนใด ๆ จึงได้รับการนัดตรวจติดตามในระยะเวลาที่ห่างออกไป โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาในการตรวจตามนัดห่างกัน 3 เดือน ร้อยละ 53.20 แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก ซึ่งโดยทั่วไปการนัดตรวจของบุคลากรทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น มีอาการไม่หนักสามารถควบคุมโรคได้แล้ว หรือแพทย์ที่ดูแลเฉพาะทางอาจมีคิวไม่ว่างตรงตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยระยะเวลาในการรอตรวจตามแพทย์นัดหมายเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ และเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญในการพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁵ แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบทของประเทศออสเตรเลียที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่ต้องการได้ พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานของการตรวจตามนัดเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความยากลำบากในการตรวจกับแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งอาจจะมาจากภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง²²

2.3 การสนับสนุนทางสังคมในบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r=.170, p<.01$) กล่าวคือผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและการเอาใจใส่สนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวหรือคนอื่น ๆ จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า กรณีเจ็บป่วยบุคคลที่พาไปรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าครึ่ง คือ ลูก ร้อยละ 59.13 เป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของเฮย์ช²⁰ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการให้ความรักและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวผู้ดูแลเป็นหลักทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญในครอบครัวและชุมชน มีความภูมิใจที่ได้รับการยอมรับ นับถือ และให้ความเคารพ ทั้งจากบุคคลในครอบครัว 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทั้งจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ รวมถึงองค์กรในชุมชนต่าง ๆ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และ 4) การสนับสนุนทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง ต่าง ๆ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญโดยตรงจากครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มเครือข่ายในชุมชนเป็นปัจจัยเสริมสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น^{12,14}



สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมหรือการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ยังมีลูกหลานดูแลตลอดจะมีความรู้สึกมีความสุข มีความผาสุกในชีวิตค่อนข้างมาก เนื่องจากมีคนในครอบครัวช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ²¹

2.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการรอพบบุคลากรการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r = -.127, p < .01$) อธิบายได้ว่าเวลาที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากน้อยเพียงใด อาจจะต้องพิจารณาปัจจัยด้านระยะเวลาในการรอพบบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล แพทย์ ที่เป็นผู้ตรวจรักษาโรคหรือวินิจฉัยโรคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หากใช้เวลาในการรอคอยนานอาจทำให้การมารับบริการด้านสุขภาพในสถานพยาบาลลดน้อยลงเนื่องจากต้องเสียเวลาในการรอคอย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการรอคอยเพื่อตรวจรักษากับบุคลากรการแพทย์ ส่วนมากใช้เวลาารอนาน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มากที่สุดร้อยละ 61.42 ซึ่งต้องรอนานน้อยกว่าครึ่งชั่วโมงจึงจะได้มีโอกาสได้รับการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้จะมีระยะเวลาในการรอตรวจนานแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในรพ.สต. ได้ในระดับมากเนื่องจากอาจเป็นเพราะไม่มีอุปสรรคของการเดินทางเนื่องจาก รพ.สต. ส่วนมากตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน ซึ่งแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี ค.ศ. 1999 ถึง 2016 ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านการใช้เวลานานในการรอคอยพบแพทย์เป็นปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่ต้องไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางในตัวเมือง¹⁵

2.5 ลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($\chi^2 = 27.518, p < .01$) อธิบายได้ว่าที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยยังตั้งอยู่ใกล้กับสถานบริการสุขภาพยิ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปใช้บริการด้านสุขภาพที่ รพ.สต. มากที่สุด รวมถึงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทมากที่สุดถึง ร้อยละ 63.93 จึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นเนื่องจาก รพ.สต. ตั้งอยู่ในพื้นที่ของแต่ละตำบลซึ่งอยู่ใกล้กับที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยด้านพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยมีความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้น¹⁵ ทั้งนี้หากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง¹⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า รพ.สต. เป็นสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้บริการมากที่สุด จึงอาจปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การริเริ่มจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขนาดเล็ก ๆ ใน รพ.สต. ขึ้น โดยให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนออกตรวจสัปดาห์ละครั้ง

2. การปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพในชุมชนควรพิจารณาให้ความสำคัญกับปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการตรวจติดตามการนัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการรอพบบุคลากรการแพทย์ และลักษณะที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยแบบผสมผสานเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่ตั้งของเมืองที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ ในชุมชนบทรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาล และชุมชนเมือง โดยเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อนำมาปรับรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่นั้น ๆ

2. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเลือกศึกษาในพื้นที่นำร่องในชุมชนที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลที่มีปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565 จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. Thailandometers. Population of the elderly, Institute for Population and Social Research, Mahidol University [internet]. 2022 [cited 2023 April 18]. Available from: <http://thailandometers.mahidol.ac.th/>
2. The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai older person 2021. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom. 2022 ISBN: 978-616-443-686-2.(in Thai)
3. Kingston A, Robinson L, Booth H, Knapp M, Jagger C; MODEM project. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age and Ageing*. 2018 May 1;47(3):374-380. doi: 10.1093/ageing/afx201. PMID: 29370339; PMCID: PMC5920286.
4. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding unmet care needs of rural older adults with chronic health conditions: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Feb 13;20(4):3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.
5. Wichai Ekaplakorn, (Editor), The 6th survey of Thai public health by physical examination 2019-2020. 1sted; 2022. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. ISBN 978-616-443-609-1.(in Thai)
6. Fu X, Sun N, Xu F, Li J, Tang Q, He J, Wang D, Sun C. Influencing factors of inequity in health services utilization among the elderly in China. *International Journal for Equity in Health*. 2018 Sep 15;17(1):144. doi: 10.1186/s12939-018-0861-6. PMID: 30219075; PMCID: PMC6139169.
7. Ministry of Public Health. Handbook of screening and health assessment for the elderly 2021. Nonthaburi, Thailand;2021. (in Thai)
8. Manatwanich P, Keawwilai K. Health maintenance, promotion and prevention in the elderly. In Praditpornsin et al., editors. Textbook of geriatric medicine. Chulalongkorn Hospital and Faculty of



Medicine, Chulalongkorn University. Bangkok, 2018.(in Thai)

9. Duplaga M., Grysztar M., Rodzinka M, Kopec A. Scoping review of health promotion and disease prevention interventions addressed to elderly people. *BMC Health Services Research*. 2016; 16 (Suppl 5): 278 doi 10.1186/s12913-016-1521-4.
10. Asia and Pacific Regional Office. Closing gaps in access to health services of the elderly: fairness in health and Social coverage in Thailand [internet]. 2016 [cited 2023 June 20]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/596071468185030891/pdf/AUS13326-TAIWANESE-WP-P146231-PUBLIC-World-Bank-Thai-version-ok.pdf>.(in Thai)
11. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 Mar;36(1):1-10. PMID: 7738325.
13. Mai S, Cai J, Li L. Factors associated with access to health care services for older adults with limited activities of daily living. *Frontiers in Public Health*. 2022 Oct 6;10:921980. doi: 10.3389/fpubh.2022.921980. PMID: 36276353; PMCID: PMC9583939.
14. Zhang X, Yu B, He T. et al. Status and determinants of health services utilization among elderly migrants in China. *Global Health Research and Policy*. 2018; 3:8. <https://doi.org/10.1186/s41256-018-0064-0>.
15. van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Reviews*. 2018 Jul 16; 39:20. doi: 10.1186/s40985-018-0097-4. PMID: 30027001; PMCID: PMC6047130.
16. Tapasee W, Danpradit P, Rattanawijit, S. Health care service model for elderly by community participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2017; 24(1):42-54.(in Thai)
17. Chaisawat P, Phawananan P, Kittipichai W. Utilization of elderly health services, Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-Chang, Sing Buri. *Vajira Nursing Journal*. 2016;18(2);42-50.(in Thai)
18. Department of older person, Aging population statistics [internet]. 2023 [cited 2023 December 9]. Available from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>.(in Thai)
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*,1970;30,607-10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
20. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
21. Mohd Rosnu NS, Singh DKA, Mat Ludin AF, Ishak WS, Abd Rahman MH, Shahar S. Enablers and barriers of accessing health care services among older adults in South-East Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Jun 15;19(12):7351. doi: 10.3390/ijerph19127351. PMID: 35742597; PMCID: PMC9223544.
22. Asante D, McLachlan CS, Pickles D, Isaac V. Understanding Unmet Care Needs of Rural Older Adults with Chronic Health Conditions: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(4):3298. doi: 10.3390/ijerph20043298. PMID: 36833993; PMCID: PMC9960497.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

Health Literacy of Pain Management in Older Patients with Cancer

นุสรา ประเสริฐศรี¹ ยศพล เหลืองโสมนภา² ชลียา วามะลุน³ โสภิต ทับทิมหิน³ ศรีสุดา งามขำ⁴

พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์⁵ วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์¹ อภิรดี เจริญนุกูล¹

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leaungsomnapa² Chaliya Wamalun³ Sopit Taptimhin³ Srisuda Ngamkham⁴

Piriyaluk Sirisupaluk⁵ Wilailuk Tiyanan¹ Apiradee Chareannukul¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ⁴ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

⁵คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

² Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³ Ubonratchathani Cancer Hospital ⁴ Nursing Faculty, Panyapiwat Institute of Management

⁵ Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Corresponding author: Yosapon Leaungsomnapa; Email: cardionursing@hotmail.com

Received: August 30, 2023 Revised: November 19, 2023 Accepted: November 30, 2023

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อสถานะสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความปวดจากโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาล 4 แห่ง จำนวน 880 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง และแบบสอบถามความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย เครื่องมือวิจัยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91-1.0 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับไม่ตึงถึงพอใช้ ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ผลกระทบของความปวดมีผลต่อการนอนหลับมากที่สุด การจัดการความปวดส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา ผลการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.1 การจัดการความปวดยังไม่เพียงพอ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การจัดการความปวด; มะเร็ง; ผู้สูงอายุ



Health Literacy of Pain Management in Older Patients with Cancer

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leungsomnapa² Chaliya Wamalun³ Sopit Taptimhin³ Srisuda Ngamkham⁴

Piriyaluk Sirisupaluk⁵ Wilailuk Tiyanpan¹ Apiradee Chareannukul¹

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

² Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³ Ubonratchathani Cancer Hospital ⁴ Nursing Faculty, Panyapiwat Institute of Management

⁵ Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Corresponding author: Yosapon Leungsomnapa; Email: cardionursing@hotmail.com

Received: August 30, 2023 Revised: November 19, 2023 Accepted: November 30, 2023

Abstract

Health literacy affects health status and health outcomes. Cancer pain is a major problem in older patients with cancer. This cross-sectional descriptive research study aimed to investigate health literacy, pain intensity, pain perception and pain management in older patients with cancer. The sample consisted of 880 older patients with cancer who were registered as patients of 4 hospitals. The sample was selected purposively according to the characteristics of inclusion criteria. The research instruments consisted of a health literacy questionnaire for pain management, and a Thai version of the Brief Pain Inventory (BPI) pain questionnaire. The content validity index of the research instrument was tested that was .91 to 1.0. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which gave a value of .81. Data were analyzed using descriptive statistics. The results found that older patients with cancer had overall health literacy regarding pain management at a poor to fair level. The patients had moderate pain. Pain had the greatest effect on sleep. Pain management was mainly through medication. The results of pain management were good. In 5.1% of patients, pain management was insufficient. The results of this study provide essential information for health personnel when planning to promote health literacy and pain management in older patients with cancer.

Keywords: health literacy; pain management; cancer; elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายของประชากรสูงอายุทั่วโลก จากรายงานพบผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความปวดเป็นอาการที่เกิดควบคู่กับโรคมะเร็งในทุกๆระยะในผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นอาการที่พบมากที่สุด ในจำนวนอาการทั้งหมด ความรุนแรงความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง²

ความปวดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน³ ความปวดอาจเกิดจากก้อนมะเร็ง กดเบียดอวัยวะเส้นประสาท กระดูก และความปวดเกิดจากการรักษามะเร็ง เช่น ได้รับความเคมีบำบัด ฉายแสงหรือผ่าตัด นอกจากนี้แล้วภาวะด้านอารมณ์และจิตใจทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น⁴ การประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความซับซ้อน ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายเนื่องจากความแตกต่างหลายปัจจัยของกระบวนการชรา โรคร่วมและปัจจัยทางจิตสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง⁵ การประเมินความปวดที่น่าเชื่อถือคือการบอกจากผู้ป่วย (self-report) แต่ผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาความเสื่อมของร่างกาย เกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ (cognitive) เนื่องจากความเสื่อมของสมอง สายตาที่มองเห็นลดลง หรือการฟังลดลง ทั้งหมดเป็นอุปสรรคในการประเมินความปวดได้อย่างครอบคลุม การประเมินความปวดที่ครอบคลุมจะให้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการความปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา⁶⁻⁷ การดูแลจัดการความปวดเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องดูแลจัดการกับอาการตนเองได้เพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็งหรือการรักษามะเร็ง จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุคือความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁸⁻⁹ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อมีความรู้ความเข้าใจการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการจัดการความปวดของตนเอง¹⁰

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ¹¹ HL เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนา HL ให้อยู่ในระดับสูง จะช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน¹² และการพัฒนา HL อาจใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ¹³⁻¹⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า HL ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้การรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมที่แย่ลงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น¹⁵ การศึกษาของ Mackey และคณะ พบว่า HL ต่ำมีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการรักษาโรคเรื้อรัง¹⁶ การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทำให้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคของตนเองและส่งผลการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องกับบุคลากรด้านสุขภาพ และนำไปสู่การรักษาและการพยาบาลที่ไม่ดี การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ งานวิจัยวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 8 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ งานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 33 ถึง 3,000 คน พบว่าการศึกษา 2 เรื่อง ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง และอีก 2 เรื่อง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ มีผลต่อการความรู้การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁷

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อความปวดเป็นการศึกษาของ Devraj และคณะ ศึกษา



ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เรื่องยาบรรเทาความปวดไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงระบบและบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อช่วยจัดการความปวดได้ และมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการความปวดทั้งรูปแบบการไม่ใช้ยาในการจัดการความปวด¹⁸⁻¹⁹ การศึกษาของ Roger และคณะในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำอาจนำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิดของยากลุ่มออปิออยด์ (opioid)²⁰ การวิจัยชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและตระหนักซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น²¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดทำให้องค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ในการจัดการความปวดยังขาดความชัดเจน ดังนั้นการศึกษาวิจัยจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ในการจัดการความปวดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
2. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่า ดังนี้ค่า $\alpha = .05$ Power of test = .8 Effect size = .1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 785 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง 880 คนในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทยโดยแบ่งเป็นภาคละ 220 คน ทั้งนี้ได้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีความปวด
- 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใน 4 ภาคของประเทศไทย
- 4) มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้รับการดูแลรักษาในการจัดการความปวดจากมะเร็ง
- 5) ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนทั้ง 4 โรงพยาบาลประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนครสวรรค์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกประการ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัยก่อนเก็บข้อมูลการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ และมีสิทธิ์ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลหรือที่อยู่ใด ๆ ทั้งสิ้น โดยการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยมะเร็งและการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ staging วันที่ถูกวินิจฉัย การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด เป็นเครื่องมือ Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย²² แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินระดับความรุนแรงความปวด (0 ไม่ปวดและ 10 ปวดมากที่สุด) และการรับรู้ความปวด ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทางประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน (0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด) และ ส่วนที่ 3 การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของกรมอนามัย จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็นแต่ละรายด้าน แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 12 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีระดับไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี
ถ้าได้ 12-13 คะแนนหรือ ≥ 60 - < 70 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีระดับเล็กน้อยและอาจจะมสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 14-15 คะแนนหรือ ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	มีระดับเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 16-20 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีระดับที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ



ส่วนการแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 80 แปลผลดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 48 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี
ถ้าได้ 48-55 คะแนนหรือ ≥ 60 - < 70 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและ อาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 56-63 คะแนนหรือ ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและ มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 64-80 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและ มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI (content validity index -CVI) รายข้อเครื่องมือทั้งหมดอยู่ระหว่าง .91-1.0

ความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาความเที่ยง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 4 โรงพยาบาลประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนครสวรรค์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและการขอเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

2. ทีมผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย

3. ทีมผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินยอมตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังการนั้น ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยใน และสำหรับผู้ป่วยนอกเก็บข้อมูลขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.5 ± 6.31 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.8 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.5 ทำอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 27.8 มีรายได้ส่วนใหญ่ 800 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 880)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) min = 60 max = 88 Mean = 68.50 SD = 6.31		
เพศ		
ชาย	336	38.2
หญิง	544	61.8
สถานภาพสมรส		
โสด	108	12.3
คู่	613	69.7
หย่า	68	7.7
หม้าย	91	10.3
ระดับการศึกษา		
ประถม	647	73.5
มัธยม	110	12.5
ปริญญาตรี	106	12.0
ปริญญาโท	17	2.0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	198	22.5
แม่บ้าน / งานบ้าน	176	20.0
เกษียณอายุราชการ	119	13.5
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	78	8.9
รับจ้าง	58	6.6
เกษตรกรกรรม	245	27.8
พนักงานบริษัท / เอกชน	6	.7
รายได้ (บาท) min = 600 max = 100,000 Median = 800 IQR = 10,000 - 600		

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่หลากหลายตำแหน่ง โดยเป็นมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากที่สุด ร้อยละ 19.4 ตามด้วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.6 มะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด ร้อยละ 15.5 ตามลำดับ มีระยะการเป็นมะเร็ง 3 มากที่สุด ร้อยละ 39.7 และ 1 ใน 5 (ร้อยละ 20.6) อยู่ในระยะแพร่กระจาย ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง (n = 880)

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
มะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	171	19.4
มะเร็งเต้านม	164	18.6
มะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด	132	15.5
มะเร็งปอด	61	6.9
มะเร็งปาก/ ลิ้น/ ทอนซิล/ คอหอย/ สายเสียง	45	5.1
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	34	3.9
มะเร็งรังไข่	30	3.4
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	28	3.2
มะเร็งท่อและถุงทางเดินน้ำดี	24	2.7
มะเร็งกะเพาะปัสสาวะ	24	2.7
มะเร็งกะเพาะอาหาร	23	2.6
มะเร็งหลอดอาหาร	22	2.5
มะเร็งตับอ่อน	22	2.5
มะเร็งต่อมลูกหมาก	18	2
มะเร็งตับ	17	1.9
มะเร็งกล่องเสียง	12	1.4
มะเร็งโพรงจมูก	11	1.9
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	6	.7
มะเร็งกระดูกสันหลัง	6	.7
มะเร็งต่อมไทรอยด์	4	.5
มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน / ผิวหนัง	4	.5
มะเร็งหู	4	.5
มะเร็งท่อน้ำปัสสาวะ	3	.3
มะเร็งไขกระดูกมัยอีโลมา	3	.3
มะเร็งต่อมไทมัส	3	.3
มะเร็งสมอง	2	.2
มะเร็งองคชาติ / ถุงอัณฑะ	1	.1
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	32	3.6
ระยะที่ 2	318	36.1
ระยะที่ 3	349	39.7
ระยะที่ 4	181	20.6



ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด

ความรุนแรงของความปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานความปวดรุนแรงมากที่สุดและน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 5.59 ± 2.52 และ 2.55 ± 1.84 ความรุนแรงความปวดปัจจุบันเฉลี่ย 2.86 ± 2.10 จาก 10 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวด และความปวดที่ยอมรับได้ (n = 880)

ความปวด	Min	Max	Mean	SD
คะแนนความปวดรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชม	0	10	5.59	2.52
คะแนนความปวดรุนแรงน้อยที่สุดใน 24 ชม	0	8	2.55	1.84
คะแนนความปวดที่รู้สึกในขณะนี้	0	10	2.86	2.10
คะแนนความปวดที่ยอมรับได้	0	6	3.26	1.64

กลุ่มตัวอย่างรายงานคะแนนความปวดหลังจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เฉลี่ย 5.33 ± 2.71 จาก 10 คะแนน ทั้งนี้เกือบครึ่งหนึ่งมีการจัดการความปวดที่ดีที่สุดมีคะแนนความปวดเป็น 0 คะแนน แต่มีร้อยละ 5.1 ที่บำบัดความปวดไม่ได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจัดการความปวด (n = 880)

การจัดการความปวด	Min	Max	Mean	SD
คะแนนความปวดหลังจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0	10	5.33	2.71
	(ร้อยละ 49)	(ร้อยละ 5.1)		

กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบจากอาการปวด โดยมีผลกระทบมากที่สุดสามอันดับแรกได้แก่ผลกระทบในเรื่องของการนอนหลับ เฉลี่ย 3.76 ± 2.75 จาก 10 คะแนน ตามด้วยความสุขในชีวิตประจำวัน เฉลี่ย 3.64 ± 2.69 และกิจกรรมทั่วไป เฉลี่ย 3.68 ± 2.45 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลกระทบจากอาการปวด (n = 880)

คะแนนผลกระทบจากอาการปวด	Min	Max	Mean	SD
กิจกรรมโดยทั่วไป	0	10	3.68	2.45
อารมณ์	0	10	2.58	2.19
ความสามารถในการเดิน	0	10	3.30	2.78
งานประจำวัน	0	10	3.28	2.62
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0	10	2.92	2.55
การนอนหลับ	0	10	3.76	2.75
ความสุขในชีวิตประจำวัน	0	10	3.64	2.69



ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวด

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.8 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดโดยรวมในระดับไม่ต่ำถึงพอใช้โดยมีระดับไม่ต่ำมากที่สุด ร้อยละ 45.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ต่ำมากที่สุด ร้อยละ 59.8 , 39.5 และ 40.2 ตามลำดับ มีเพียงด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่ต่ำกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.5) ที่อยู่ในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งรายด้านและโดยรวม (n = 880)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ไม่ต่ำ			ดี	
	ไม่ต่ำ	พอใช้	ดี	ดี	M±SD
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	526(59.8)	144(16.4)	66(7.5)	144(16.4)	9.82±4.6
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	348(39.5)	117(13.3)	141(16.0)	274(31.3)	12.24±4.53
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	354(40.2)	109(12.4)	101(11.5)	316(35.9)	12.01±4.90
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	241(27.4)	64(7.3)	104(11.8)	471(53.5)	14.26±4.49
โดยรวม	410(45.6)	107(12.2)	205(13.3)	167(19.0)	48.33±16.09

เมื่อพิจารณาความรอบรู้เป็นรายข้อพบว่า ในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน ในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีผลการศึกษาที่ไปในแนวทางเดียวกันกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 เกือบในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 63.8) สำหรับด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีผลการศึกษาที่คล้ายกันกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 57.2) มีเพียงด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่ได้ผลแตกต่างกันออกไปกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับทำได้ง่ายและทำได้ง่ายมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 65) ได้แก่ ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติ ความปวดของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันความปวดที่เกิดขึ้นได้ ดังตารางที่ 7



ตารางที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งรายข้อ (n = 880)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					M± SD
	ไม่เคยทำ n (%)	ทำได้ยากมาก n (%)	ทำได้ยาก n (%)	ทำได้ง่าย n (%)	ทำได้ง่ายมาก N (%)	
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
1. สามารถหาแหล่งข้อมูลได้โดยทันที	316(35.9)	157(17.8)	150(17.0)	188(21.4)	69(1.8)	2.48± 1.37
2. สามารถค้นหาคำอธิบายสุขภาพที่ต้องการจากหลากหลายแหล่งได้	305(34.7)	154(17.5)	151(17.2)	198(22.5)	72(8.2)	2.52± 1.37
3. สามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อปวดหรือจำเป็นได้	254(28.9)	127(14.4)	141(16.0)	269(30.6)	89(10.1)	2.78± 1.4
4. สามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	489(55.6)	103(11.7)	98(11.1)	144(16.4)	46(5.2)	2.04± 1.34
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ						
5. สามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีการจัดการความปวดด้วยความเข้าใจวิธีปฏิบัติ	160(18.2)	213(24.2)	188(21.4)	227(25.8)	92(10.5)	2.86± 1.28
6. สามารถอ่านฉลากยาบรรเทาปวดที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง	95(10.8)	185(21.0)	118(13.4)	326(37.0)	150(17.7)	3.30± 1.28
7. สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนออยู่ในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลขหรือเครื่องหมาย	156(17.7)	184(20.9)	160(18.3)	274(31.1)	106(12.0)	2.99± 1.31
8. กล้าซักถาม หมอ พยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้าใจวิธีการจัดการความปวดให้เข้าใจที่ถูกต้อง	202(23.0)	144(16.4)	122(13.9)	196(22.3)	216(24.5)	3.09± 1.51
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ						
9. ตรวจสอบข้อมูลการปฏิบัติตัวโดยการซักถาม ผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวดก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	201(22.8)	170(19.3)	118(13.4)	284(32.3)	107(12.2)	2.92± 1.38
10. พิจารณาข้อดี ข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผลการจัดการความปวด ก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	152(17.3)	193(21.9)	157(17.8)	246(28.0)	132(15.0)	3.01± 1.33
11. ทบทวนถึงผลประโยชน์และความปลอดภัยของข้อมูลการจัดการความปวดที่ได้รับ ก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	138(15.7)	188(21.4)	127(14.4)	290(33.0)	137(15.6)	3.11± 1.34
12. สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	167(19.0)	192(21.8)	144(16.4)	256(29.1)	12.1(13.8)	2.97± 1.35



ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ความรู้ด้านสุขภาพ					M± SD
	ไม่เคยทำ	ทำได้ยากมาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่ายมาก	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ						
13. สามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดการความปวดตนเองได้	54(6.1)	175(19.9)	147(16.7)	334(38.0)	170(19.3)	14.26± 4.49
14. สังเกตความผิดปกติ ความปวดของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันความปวดที่เกิดขึ้นได้	45(5.1)	166(18.9)	97(11.0)	340(38.6)	232(26.4)	3.62± 1.20
15. วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นในการจัดการความปวดเช่น มาตรฐานรักษาตามแพทย์นัด ออกกำลังกาย เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	52(5.9)	167(19.0)	95(10.8)	307(34.9)	295(29.4)	3.63± 1.25
16. ตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษา การจัดการความปวด	50(5.7)	162(18.4)	127(14.4)	326(37.0)	215(24.4)	3.56± 1.20

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ผลการวิจัยระบุว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถึงถึงพอใช้ ความรุนแรงความปวดมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ผลการจัดการความปวดที่ตีพบร้อยละ 49 และร้อยละ 5.1 ที่จัดการความปวดไม่ได้ ผลกระทบความปวดมากที่สุดคือการนอนหลับ ผลการวิจัยอภิปรายตามประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และความปวดในปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อยสอดคล้องการศึกษาของ Brunello และคณะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในประเทศอิตาลีพบว่าความรุนแรงความปวดปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย²³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Golčić และคณะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในประเทศโครเอเชียพบว่าโดยส่วนใหญ่ความรุนแรงปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย²⁴ และสอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอมีความรุนแรงความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง²⁵ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ระบบบริการสุขภาพมีการจัดการความปวดที่เป็นระบบมากขึ้น มีคลินิกจัดการความปวด (pain clinic) ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและมีการจัดการแบบองค์รวมประกอบด้วยยา ไม่ใช้ยา และ การใช้รังสี หรือเคมีบำบัด ในการจัดการความปวด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดที่ดีขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย²⁶ และอีกประเด็นของการรายงานความรุนแรงความปวดที่ลดลงอาจเกี่ยวข้องกับการบอกความปวดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยลังเลในการสื่อสารความปวด การบอกความรุนแรงความปวดที่มากจะหมายถึงมีการลุกลามของมะเร็ง กล่าวถึงความปวดบ่งบอกถึงโรคแย่ลง ความกังวลว่าความปวดหมายถึงการลุกลามของโรค ความกังวลการพูดถึงความปวดอาจทำให้แพทย์ใส่ใจการรักษาโรคมะเร็งลดลง หรือความเชื่อผู้ป่วยที่ดี (good patients) จะไม่บ่นเรื่องความปวด จึงทำให้บอกความปวดที่ต่ำกว่าเป็นจริง⁶ อีกประเด็นจากปัญหาของการสื่อสาร บุคคลากร



ทางการแพทย์อาจใช้ภาษาที่อาจเข้าใจยากสำหรับผู้สูงอายุ และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวดที่ลดลง ในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากกระบวนการชราทำให้การรายงานความปวดลดลง²⁷

การศึกษาครั้งนี้ผลกระทบจากความปวดต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมากที่สุดในเรื่องของการนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทั่วไป ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maltoni และคณะความปวดมีผลกระทบมากที่สุดคือความสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมทั่วไป และการนอนหลับ²⁸ การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญทั้งนี้ประกอบด้วยการใช้ยาประกอบด้วยกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นและกลุ่มที่ไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น ซึ่งเป็นการจัดการความปวดตามขั้นบันได (analgesic ladder) ขององค์การอนามัยโลก มีหลักการดังนี้ ความปวดรุนแรงเล็กน้อยให้เริ่มด้วยยา acetaminophen ความปวดรุนแรงปานกลางให้ยากกลุ่ม weak opioid เช่น tramadol และ ความปวดรุนแรงมาก ให้ยากกลุ่ม strong opioid เช่น morphine²³ และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ผลการจัดการความปวดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีการจัดการความปวดที่ดีมีคะแนนความปวดเป็น 0 คะแนน แต่มีร้อยละ 5.1 ที่ความปวดยังอยู่ในระดับปานกลางแม้ว่ามีการใช้ยาและไม่ใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunello และคณะ²³ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่วินิจฉัยด้วยมะเร็งที่ทาลงหลายและร้อยละ 20 อยู่ในระยะที่ 4 ของมะเร็ง ที่มีการลุกลามไปอวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะมีความปวดที่รุนแรงและอีกประเด็นคือการใช้ยาเพื่อจัดการความปวดเป็นปัจจัยและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความกลัวการติดยา ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงยา ส่งผลต่อการใช้ยาในการจัดการความปวดลดลง และทำให้ความปวดยังอยู่ในระดับปานกลาง²⁹ ในบริบทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ การประเมินความปวดและรายงานความปวดต่ำเกินจริงอาจจะส่งผลให้ไม่รักษาไปจนถึงการรักษาความปวดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ความรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

การศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดโดยรวมซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนคือ การเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล อยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ การศึกษาของ Shebehe และคณะศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 3,439 คนในประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยา เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีโรคร่วมเยอะและมีความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อจัดการอาการหรือรักษาโรค พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพต่ำ³⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Halverson และคณะศึกษาในผู้สูงอายุมะเร็ง³¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา เตชะนันท์ และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงอายุจำนวน 54 คน³² ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่การศึกษายู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.5 ซึ่งมีผลต่อระดับของความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาอาจส่งผลโดยตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพคือ การอ่านคล่อง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความคล่องในการอ่าน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่มีการศึกษามากกว่าจึงมีแนวโน้มที่จะประมวลผล และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม³³ และอีกประเด็นคือเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แต่ละการศึกษาใช้เครื่องมือประเมินที่มีความแตกต่างกันตั้งแต่ประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (เช่น สามารถอ่านและเข้าใจสื่อพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ขวดใบสั่งยาและใบนัดหมาย) และการศึกษาครั้งนี้ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ เป็นการประเมิน การเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด อาจจะเป็นผลทำให้การศึกษาพบว่าอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ เพราะการเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ



การประเมินข้อมูล ผู้ป่วยต้องสามารถอ่านได้คล่องและการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็ง แต่จะพบว่า ร้อยละ 53.5 มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดีมาก พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วมีการช่วยเหลือจากญาติและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดของตนเอง ซึ่งเป็นประเด็นในการพิจารณาของการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา การประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานก็อาจจะเพียงพอ ในการอ่านฉลากยา อ่านข้อแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการความปวด และใบนัดหมายได้ และสิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมคือการประเมินความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง เนื่องจากการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง โดยส่วนใหญ่จากผู้ดูแลที่เป็นญาติและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งสามารถจัดการความปวดได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวด ปัจจัยทำนายการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
2. ควรศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อขยายผลของการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยความรู้ด้านสุขภาพ ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง และสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณ ด้านวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2565

References

1. Chhikara BS, Parang K. Global cancer statistics 2022: the trends projection analysis. *Chemical Biology Letters* 2023;10(1):451-9.
2. Dragioti E, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B, Levin L-Å. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). *European Journal of Pain* 2018;22(2):414-25.
3. Oldenmenger WH, Geerling JI, Mostovaya I, Vissers KC, de Graeff A, Reyners AK, et al. A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. *Cancer treatment reviews* 2018;63:96-103.



4. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Adequacy of cancer-related pain management and predictors of undertreatment at referral to a pain clinic. *Journal of pain research* 2017;2097-107.
5. Morio K, Maeda I, Yokota I, Niki K, Murata T, Matsumura Y, et al. Risk factors for polypharmacy in elderly patients with cancer pain. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 2019;36(7):598-602.
6. Estape T. Cancer in the elderly: challenges and barriers. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2018;5(1):40-2.
7. McLarney M, Johnson T, Bajaj G, Lee D, Zheng J. Cancer Pain and Frailty: A scoping review of how cancer pain is evaluated and treated in the frail and elderly. *Rehabilitation Oncology* 2023;41(2):69-77.
8. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, et al. Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *Journal of education and health promotion*. 2019;8.
9. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension:A randomized controlled trial.*Patient education and counseling* 2020;103(2):336-42.
10. Tyson DM, Chavez MN, Lubrano B, Lake P, Gutierrez A, Marshall VK, et al. Understanding cancer survivors' educational needs about prescription opioid medications: implications for cancer education and health literacy. *Journal of Cancer Education* 2021;36:215-24.
11. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 1: overview. 2022.
12. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers—a population-based survey among Danish adults. *BMC public health* 2014;14(1):1-12.
13. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross sectional survey. *Health Expectations* 2017;20(1):112-9.
14. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIC evidence synthesis* 2020;18(7):1389-469.
15. van der Gaag M, Heijmans M, Spoiala C, Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: a scoping review of reviews. *Chronic Illness* 2022;18(2):234-54.
16. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have? *Medical Decision Making* 2016;36(6):741-59.
17. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and geriatric medicine*. 2016;2:2333721416630492.
18. Devraj R, Herndon CM, Griffin J. Pain awareness and medication knowledge: a health literacy evaluation. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2013;27(1):19-27.



19. Lambert M, Luke J, Downey B, Crengle S, Kelaher M, Reid S, et al. Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC health services research* 2014;14(1):1–10.
20. Rogers AH, Bakhshaie J, Orr MF, Ditre JW, Zvolensky MJ. Health literacy, opioid misuse, and pain experience among adults with chronic pain. *Pain Medicine* 2020;21(4):670–6.
21. Yamanaka M. A concept analysis of self-management of cancer pain. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2018;5(3):254–61.
22. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. 2009.
23. Brunello A, Ahcene-Djaballah S, Lettiero A, Tierno G, Fiduccia P, Guglieri I, et al. Prevalence of pain in patients with cancer aged 70 years or older: A prospective observational study. *Journal of Geriatric Oncology* 2019;10(4):637–42.
24. Golčić M, Dobrila-Dintinjana R, Golčić G, Plavšić I, Gović-Golčić L, Belev B, et al. Should we treat pain in the elderly palliative care cancer patients differently? *Acta Clinica Croatica* 2020;59(3):387.
25. Prasertsang A, Wirojratana, V., Chayaput, P., & Keschool, P., . Comparisons of Performance Status, Pain, Nutrition Impact Symptoms, Sleep Quality, and Nutritional Status between Adult and Older Adult Patients with Head and Neck Cancer. *The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(3):160–70.
26. Pysz-Waberski D, Sadurska J, Kędzierska-Jamróż J, Pietrzyński Ł, Lorek A, Jarosz M, et al. Multidisciplinary management of chronic pain in elderly oncology patients. *Contemporary Oncology / Współczesna Onkologia* 2022;26(3):157–64.
27. El Hachem G, Rocha FO, Pepersack T, Jounblat Y, Drowart A, Dal Lago L. Advances in pain management for older patients with cancer. *ecancermedicalscience*.2019;13.
28. Maltoni B, Forti P, Zoli M, Maltoni M, Ricci M. Prevalence of chronic cancer and no-cancer pain in elderly hospitalized patients: elements for the early assessment of palliative care needs. *International Journal of Gerontology* 2018;12(3):180–5.
29. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of clinical oncology* 2014;32(36):4149–54.
30. Shebehe J, Montgomery S, Hansson A, Hiyoshi A. Low health literacy and multiple medications in community-dwelling older adults: a population-based cohort study. *BMJ open* 2022;12(2):e055117.
31. Halverson J, Martinez-Donate A, Trentham-Dietz A, Walsh MC, Strickland JS, Palta M, et al. Health literacy and urbanicity among cancer patients. *The Journal of Rural Health* 2013;29(4):392–402.
32. Tachanan A, Tamdee D, Panuthai S. The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy. *Nursing Journal* 2023;50(1):159–74.
33. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *Journal of Health Communication* 2016;21(sup2):54–60.



การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล

ปีการศึกษา 2561 และ 2562

A Comparison of the Competency in Rational Drug Use of Nursing Graduates between Academic Years B.E. 2561 and 2562

นฤมล เหล่าโกสิน¹ เมทนี ระดาบุตร¹ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์² ภาวิตา พุทธิขันธุ์³ สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ³สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

⁴สภาการพยาบาล

Narumol Laokosin¹ Matanee Radabutr¹ Kamolrat Turner² Phawida Putthikhan³ Suntharawadee Theinpichet⁴

¹Boromarajonai Collage of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute ³Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

⁴Thailand Nursing and Midwifery Council

Correspondence author: Matanee Radabutr; Email: matanee@bcnnon.ac.th

Received: August 4, 2023 Revised: September 18, 2023 Accepted: September 27, 2023

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562 และเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2561 และ 2562 จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศไทย จำนวน 86 สถาบัน เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า บัณฑิตพยาบาลที่จบปีการศึกษา 2562 มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ 4 บริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้องมีสมรรถนะในระดับมากที่สุด (Mean=4.45, SD=.50) ส่วนด้านที่ 2 การร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นมีสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด (Mean=4.33, SD=.54) และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 สูงกว่าปีการศึกษา 2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ข้อเสนอแนะ สถาบันการศึกษาพยาบาลและสภาการพยาบาลของไทยควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความรู้ และทักษะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: สมรรถนะ; การใช้ยาอย่างสมเหตุผล; บัณฑิตพยาบาล



A Comparison of the Competency in Rational Drug Use of Nursing Graduates between Academic Years B.E. 2561 and 2562

Narumon Laokosin¹ Matanee Radabutr¹ Kamolrat Turner² Phawida Putthikhan³ Suntharawadee Theinpichet⁴

¹Boromarajonai College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute ³Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

⁴Thailand Nursing and Midwifery Council

Correspondence author: Matanee Radabutr; Email: matanee@bcnon.ac.th

Received: August 4, 2023 Revised: September 18, 2023 Accepted: September 27, 2023

Abstract

This descriptive study aimed to evaluate the competency in rational drug use of nursing graduates in academic year B.E. 2562 and to compare the competency in rational drug use of nursing graduates between academic years B.E. 2561 and 2562. The samples were nursing graduates who graduated in academic years B.E. 2561 and 2562 from 86 nursing education institutions. The instrument was a questionnaire on competency in rational drug use of nursing students. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results showed that nursing graduates in academic year B.E. 2562 had all RDU competencies at a high level. Correct administration of medication according to prescription was the highest competency (Mean=4.45, SD=.50). The competency to select the appropriate medication according to need was rated lowest (Mean=4.33, SD=.54). Rational drug use competency of nursing graduates in academic years B.E. 2562 was higher than that in academic years B.E. 2561 at a significant level of $p < .05$. It is suggested that nursing education institutes and the Thailand nursing and midwifery councils should continuously organize teaching and learning activities that promote learners' rational drug use to improve awareness, knowledge, and skill for rational drug use.

Keywords: competency; rational drug use; nursing graduates



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ได้แก่ การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การใช้ยาที่ขาดหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของยา การใช้ยาที่อันตรายจากยามีมากกว่าประโยชน์ของยาอย่างชัดเจนและมีทางเลือกอื่นที่ปลอดภัยกว่าให้เลือกใช้ การใช้ยาโดยขาดการคำนึงถึงความคุ้มค่า การใช้ยาโดยขาดความตระหนักถึงปัญหาเชื้อดื้อยา การใช้ยามากชนิดเกินความจำเป็น การใช้ยาข้ามชั้นตอน การใช้ยาไม่สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่เชื่อถือได้ การใช้ยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกความถี่ ไม่ถูกวิธีหรือด้วยระยะเวลาการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาโดยเลือกปฏิบัติไม่เท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในหมู่ผู้บริโภคนและในสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ยามากกว่าครึ่งทั่วโลกถูกกำหนด แจกจ่าย หรือจำหน่ายอย่างไม่เหมาะสม และผู้ป่วยครึ่งหนึ่งไม่ใช้ยาอย่างถูกต้อง² ประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลดังกล่าว จึงได้บรรจุเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไว้ในนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554³ และได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ให้ดำเนินการต่อเนื่องภายใต้กรอบนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 รวมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เมื่อ พ.ศ. 2559 เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย พัฒนาระบบ และติดตามประเมินผลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศไทย ทั้งนี้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) หมายถึง “การที่ผู้รับบริการได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้รับบริการน้อยที่สุด”⁴

จากปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลในปัจจุบัน ในฐานะที่มดูละสุขภาพ “พยาบาล” เป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลความปลอดภัยในการให้ย⁵ วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องข้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁶ โดยที่พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงจำเป็นที่สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องพัฒนาให้บัณฑิตมีทั้งด้านความรู้ และทักษะ ตลอดจนมีเจตคติที่ดีในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำมาซึ่งความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการได้ในที่สุด

สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องมีการจัดการเรียนการสอนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้สอดคล้องกับวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ สภาการพยาบาลในฐานะองค์กรวิชาชีพได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบการบูรณาการหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตขึ้น โดยเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วย 17 ประเด็น ซึ่งได้มาจากการพิจารณาประเด็นเนื้อหาหลัก 34 ประเด็นของ 5 สาขาวิชาชีพ และได้เผยแพร่ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศไทย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ บริบทและนโยบายของแต่ละสถาบันการศึกษา วิธีจัดการเรียนการสอน หรือการบูรณาการในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และการกำหนดในผลลัพธ์การเรียนรู้ให้นักศึกษามีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁷ รวมทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้เข้าใจแนวคิดด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการกำหนดให้แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ 15 อีกด้วย⁸

สภาการพยาบาลได้มีการศึกษาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล 10 สมรรถนะ ที่อยู่ภายใต้มิติด้านการให้คำปรึกษา (the consultation) 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วย 2) สามารถร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสม 3) สามารถสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยาโดยพิจารณาจากข้อมูลทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทและเคารพในมุมมองของผู้ป่วยตามความจำเป็น 4) บริหารยาตาม



การสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง 5) สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ และ 6) สามารถติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และมีมิติด้านการกำกับการใช้ยาตามการสั่งการให้ยา (prescribing governance) 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม 2) สามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและเป็นไปตามหลักเวชจริยศาสตร์ 3) สามารถพัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และ 4) สามารถทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นแบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁷ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 และมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล (competencies of registered nurses) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง โดยได้ทำการประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 และเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562 เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้ครอบคลุมสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562

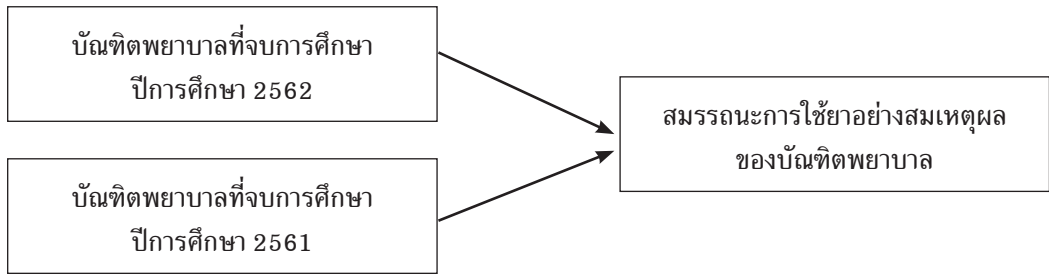
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ของสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศไทย มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บัณฑิตพยาบาลทุกคนที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศไทย 86 สถาบันที่ได้นำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562 โดยจำนวนบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2562 มีทั้งสิ้น 9,503 คน และบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 จำนวน 9,249 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศไทย จำนวน 86 สถาบันที่ได้นำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562 โดยใช้เกณฑ์ในการประมาณการขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักพื้นฐาน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10-15%⁹ จำนวนกลุ่มตัวอย่างปีการศึกษา 2562 จำนวน 951-1,426 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างปีการศึกษา 2561 จำนวน 925-1,388 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างปีการศึกษา 2561 จำนวน 1,388 คน และปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,428 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นบัณฑิตพยาบาลที่ยินดีตอบแบบสอบถามผ่าน Google form ที่ผู้วิจัยได้ส่งให้แก่สถาบันการศึกษาทุกแห่ง

กรอบแนวคิดของการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถาบันการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร รวมจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล จากรายงานการวิจัย “การประเมินสมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล” มาใช้¹⁰ แบบสอบถามประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 2 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะด้านการปรึกษาหารือก่อนใช้ยา และสมรรถนะด้านการดูแลให้เกิดการใช้ยาที่ได้อย่างสมเหตุผล โดยแบ่งออกเป็นสมรรถนะย่อย 10 สมรรถนะ มีข้อคำถามจำนวน 46 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด=1, น้อย=2, ปานกลาง 3, มาก=4, มากที่สุด=5) โดยแปลความหมายของสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 มีสมรรถนะด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 มีสมรรถนะ ๑ ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 มีสมรรถนะ ๑ ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 มีสมรรถนะ ๑ ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 มีสมรรถนะ ๑ ในระดับน้อยที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามนี้ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยเรียบร้อยแล้ว โดยทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruency: IOC) อยู่ระหว่าง .75-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ของแบบสอบถามสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลทั้งหมดมีค่าเท่ากับ .963 ส่วนค่า Cronbach’s alpha ในแต่ละสมรรถนะย่อยมีค่าดังนี้

สมรรถนะย่อยที่ 1 มีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ .962

สมรรถนะย่อยที่ 2 มีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ .958

สมรรถนะย่อยที่ 3 มีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ .957

สมรรถนะย่อยที่ 4 มีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ .959

สมรรถนะย่อยที่ 5 มีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ .957



- สมรรถนะย่อยที่ 6 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .957
- สมรรถนะย่อยที่ 7 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .958
- สมรรถนะย่อยที่ 8 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .958
- สมรรถนะย่อยที่ 9 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .962
- สมรรถนะย่อยที่ 10 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .958

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้จัดทำเป็นโครงการวิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ของสภาการพยาบาล ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. บัณฑิตที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562

1.1 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสภาการพยาบาลให้กับผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตและบัณฑิต

1.2 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ซึ่งสร้างแบบสอบถามใน Google form ทำ link และ QR code

1.3 ติดต่อประสานบัณฑิตเพื่อส่ง link การตอบแบบสอบถามให้แก่บัณฑิต โดยในแบบสอบถามมีคำชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามและสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม หากบัณฑิตยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถ download แบบสอบถามผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เพื่อตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-35 นาที

2. ข้อมูลสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 เมื่อ พ.ศ.2562 รวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าโครงการวิจัยทำหนังสือถึงสภาการพยาบาลเพื่อขอข้อมูลสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (Institutional Review Board, IRB) ของสภาการพยาบาล เลขที่ TNMC-IRB 01-02/2020.1007 ลงวันที่ 26 มกราคม 2564 และมีการทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากสภาการพยาบาลส่งถึงผู้บริหารสูงสุดของสถาบันการศึกษาเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย เก็บข้อมูลผ่าน Google form โดยผู้วิจัยจะเขียนชี้แจงและอธิบายวิธีการให้ข้อมูลอย่างละเอียดก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าทำแบบสอบถามใน Google form ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามใน Google form แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบคำถามใน Google form และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและประเมินสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้และค่าความโด่ง ของตัวแปรแต่ละตัว โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป



2. เปรียบเทียบสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 และปีการศึกษา 2562 ด้วยการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาและสมัครสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,428 คน คิดเป็นร้อยละ 15.03 ของประชากร ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 1,352 คน คิดเป็นร้อยละ 94.80 เพศชาย 74 คน คิดเป็นร้อยละ 5.19 อายุเฉลี่ย 23.36 ปี (SD=1.84) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) 3.01 (SD=.34) ส่วนกลุ่มตัวอย่างปีการศึกษา 2561 จำนวน 1,388 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 ของประชากร ประกอบด้วยเพศหญิง 1,298 คน คิดเป็นร้อยละ 93.52 เพศชาย 90 คน คิดเป็นร้อยละ 6.48 อายุเฉลี่ย 22.81 ปี (SD=1.62) และผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) 3.03 (SD=.32)

1. การประเมินสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562 ตารางที่ 1 สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบปีการศึกษา 2562 (n=1,428 คน)

สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล	Mean	SD	ระดับ
ด้านที่ 1 ประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วย			
1. การประเมินประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา และประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร	4.58	.59	มากที่สุด
2. การประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	4.26	.69	มาก
3. การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยา	4.29	.67	มาก
4. ติดตามความร่วมมือในการใช้อย่างต่อเนื่อง	4.28	.68	มาก
5. การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย	4.36	.65	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 1	4.35	.51	มาก
ด้านที่ 2 ร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น			
6. ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ยาหรือการรักษาแบบไม่ใช้ยา	4.15	.69	มาก
7. ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อประกอบการจ่ายยา การปรับยาขนาดยา การหยุดยา หรือการเปลี่ยนยา	4.11	.73	มาก
8. ประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ของการใช้ยาและไม่ใช้ยา	4.27	.69	มาก
9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา	4.31	.66	มาก
10. ร่วมพิจารณาข้อจำกัดในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย	4.18	.72	มาก
11. คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากวิธีการบริหารยา	4.45	.62	มาก
12. สืบค้นความรู้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมาประกอบการตัดสินใจใช้ยาอย่างเหมาะสม	4.36	.66	มาก
13. มีความรู้เรื่องแนวทางการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา	4.21	.70	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 2	4.26	.52	มาก
ด้านที่ 3 สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยา			
14. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมต่อตนเอง	4.30	.66	มาก



15. ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล เคารพในคุณค่า ความเชื่อ และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยแต่ละคน	4.52	.60	มาก
16. อธิบายเหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยง/ประโยชน์ของทางเลือกในการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้	4.38	.63	มาก
17. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.34	.66	มาก
18. ทหาริการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกใช้อย่างสมเหตุผล	4.31	.66	มาก
19. ปรีกษาหรือกักับผู้ป่วยและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องก่อนใช้ยาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ทุกฝ่ายพึงพอใจ	4.24	.69	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 3	4.35	.52	มาก
ด้านที่ 4 บริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง			
20. เข้าใจโอกาสที่จะเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยง/ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น	4.38	.62	มาก
21. เข้าใจการสั่งจ่ายยาของแพทย์ตามกรอบบัญญัติยาหลักแห่งชาติ	4.32	.67	มาก
22. ตรวจสอบและคำนวณการใช้ยาให้ถูกต้อง	4.49	.62	มาก
23. คำนึงถึงโอกาสที่เกิดการใช้ยาผิด	4.56	.61	มากที่สุด
24. ใช้ข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	4.45	.62	มาก
25. ใช้ระบบที่จำเป็นเพื่อการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ใบ MAR (Medication Administration Record)	4.50	.64	มาก
26. สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับยาและการใช้ยาแก่ผู้เกี่ยวข้องเมื่อต้องการส่งต่อข้อมูลการรักษา	4.45	.62	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 4	4.45	.50	มาก
ด้านที่ 5 ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ			
27. ตรวจสอบความเข้าใจและความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการจัดการเฝ้าระวังติดตามและการมาตรวจตามนัด	4.40	.63	มาก
28. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย และเข้าถึงได้กับผู้ป่วย/ผู้ดูแล	4.44	.62	มาก
29. แนะนำผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในเรื่องยาและการรักษา	4.37	.65	มาก
30. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลว่าจะจัดการอย่างไรในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้นหรือการรักษาไม่ก้าวหน้าในช่วงเวลาที่กำหนด	4.38	.64	มาก
31. สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้ดูแลให้มีส่วนรับผิดชอบในการจัดการตนเองเรื่องยาและภาวะเจ็บป่วย	4.38	.65	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 5	4.39	.54	มาก
ด้านที่ 6 ติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา			
32. ทบทวนแผนการบริหารยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	4.38	.64	มาก
33. มีการติดตามประสิทธิภาพของการรักษาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา	4.37	.64	มาก
34. ค้นหาและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากใช้ยาโดยใช้ระบบการรายงานที่เหมาะสม	4.32	.66	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 6	4.36	.58	มาก
ด้านที่ 7 ใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม			
35. มีความรู้เกี่ยวกับชนิด สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อย และวิธีการป้องกัน การหลีกเลี่ยง และการประเมิน	4.24	.68	มาก
36. ระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสั่งยาผ่านสื่อหรือบุคคลอื่น	4.24	.67	มาก
37. บริหารยาอย่างปลอดภัยตามกระบวนการบริหารยา	4.49	.61	มาก
38. ศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา	4.35	.65	มาก
39. รายงานความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา และทบทวนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	4.35	.66	มาก



ภาพรวมรายด้านที่ 7	4.33	.54	มาก
ด้านที่ 8 ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ และเป็นไปตามหลักเวชจริยศาสตร์			
40. มั่นใจว่าพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถสั่งจ่ายยาได้ตาม พรบ. วิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์และ พรบ.ยาแห่งชาติ	4.33	.68	มาก
41. ยอมรับความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการสั่งยา และเข้าใจในประเด็นกฎหมาย และจริยธรรม	4.41	.63	มาก
42. มีความรู้และปฏิบัติภายใต้กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการสั่งยา	4.36	.65	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 8	4.37	.58	มาก
ด้านที่ 9 พัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง			
43. สะท้อนคิดการบริหารยาของตนเองและการสั่งยาของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	4.33	.63	มาก
44. เข้าใจและใช้เครื่องมือหรือกลไกที่เหมาะสมในการปรับปรุงการบริหารยาและการสั่งยา	4.28	.65	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 9	4.31	.59	มาก
ด้านที่ 10 ทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
45. มีส่วนร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกัน ในทุกหน่วยโดยไม่ขัดแย้ง	4.37	.64	มาก
46. สร้างสัมพันธ์ภาพกับทีมสหวิชาชีพ บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความไว้วางใจ และยอมรับในบทบาทของสหวิชาชีพ	4.44	.66	มาก
ภาพรวมรายด้านที่ 10	4.41	.59	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าบัณฑิตพยาบาลที่จบปีการศึกษา 2562 มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านที่ 4 บริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง (Mean=4.45, SD=.50) รองลงมาคือด้านที่ 10 ทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Mean=4.41, SD=.59) และด้านที่ 5 ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ (Mean=4.39, SD=.54) ส่วนสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่ยังคงอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านที่ 2 ร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น (Mean=4.26, SD=.52) ด้านที่ 9 พัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง (Mean=4.31, SD=.59) และด้านที่ 7 ใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม (Mean=4.33, SD=.54) เมื่อพิจารณาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 1 ประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วย ข้อที่ 1 “การประเมินประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา และประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร” (Mean=4.58, SD=.59) และด้านที่ 4 บริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ข้อที่ 23 “คำนึงถึงโอกาสที่เกิดการใช้ยาผิด” (Mean=4.56, SD=.61) ส่วนสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านที่ 2 ร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น ข้อที่ 7 “ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อประกอบการจ่ายยา การปรับยา ขนาดยา การหยุดยา หรือการเปลี่ยน” (Mean=4.11, SD=.73) ข้อที่ 6 “ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ยาหรือการรักษาแบบไม่ใช้ยา” (Mean=4.15, SD=.69) และข้อที่ 10 “ร่วมพิจารณาข้อจำกัดในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย” (Mean=4.18, SD=.72)



2. การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 และ 2561

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 และ 2561

สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผล	ปีการศึกษา 2562		ปีการศึกษา 2561		df	t	p (1-tailed)
	(n=1,428)		(n=1,388)				
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านที่ 1 ประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วย	4.35	.51	4.33	.53	2812	1.07	.14
ด้านที่ 2 ร่วมพิจารณาการเลือกจ่ายได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น	4.26	.52	4.23	.54	2812	1.20	.12
ด้านที่ 3 สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยา	4.35	.52	4.32	.53	2812	1.63	.05
ด้านที่ 4 บริหารยาตามการสั่งจ่ายได้อย่างถูกต้อง	4.45	.50	4.37	.51	2812	4.19	.00
ด้านที่ 5 ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ	4.39	.54	4.31	.55	2812	4.19	.00
ด้านที่ 6 ติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา	4.36	.58	4.34	.56	2811.98	.67	.25
ด้านที่ 7 ใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม	4.33	.54	4.29	.55	2812	2.15	.02
ด้านที่ 8 ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพและเป็นไปตามหลักเวชจริยศาสตร์	4.37	.58	4.37	.55	2811.34	-.14	.44
ด้านที่ 9 พัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง	4.31	.59	4.26	.60	2812	2.35	.01
ด้านที่ 10 ทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	4.41	.59	4.38	.57	2812	1.261	.10
ภาพรวม	4.35	.46	4.31	.48	2812	2.32	.01

จากตารางที่ 2 พบว่าบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 มีสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวมสูงกว่าบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 สูงกว่าบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยา ด้านที่ 4 การบริหารยาตามการสั่งจ่ายได้อย่างถูกต้อง ด้านที่ 5 ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ยาได้อย่างเพียงพอ ด้านที่ 7 ใช้ยาได้อย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม และด้านที่ 9 พัฒนาความรู้ความสามารถในการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลอีก 5 ด้านของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 และบัณฑิตที่จบปีการศึกษา 2561 ไม่มีความแตกต่างกัน



อภิปรายผล

1. สมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562

จากการประเมินสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลทุกด้านอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในที่มอดูแลสุขภาพ เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้รับบริการ¹¹ สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงจัดให้นักศึกษาพยาบาลเรียนในรายวิชาเภสัชวิทยา ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล รวมถึงแต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาลต้องกำหนดรายวิชาที่มีการบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลไว้ด้วย¹¹ และนักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์ในการเรียนภาคทฤษฎีทางการพยาบาล ผ่านประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติทุกรายวิชาทางการพยาบาล ซึ่งอาจารย์พยาบาลจะเน้นย้ำถึงการพยาบาลโดยการใช้อย่างสมเหตุผลแก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัย ตลอดจนได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางสาธารณสุข ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ ประสบการณ์ และสมรรถนะในการใช้อยู่ในระดับดี¹² รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลได้เรียนเรื่องการบริหารยา วิธีการให้ยา ข้อบ่งชี้ในการให้ยา ระยะเวลาในการเกิดผลจากยา อาการข้างเคียงของยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา และข้อควรระวังในการให้ยา ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะได้เรียนรู้เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามาแล้ว¹³ จึงทำให้สมรรถนะการบริหารยาอยู่ในระดับดี รวมทั้งสภาการพยาบาลมีการขับเคลื่อนนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลไปยังสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการจัดทำรูปแบบการบูรณาการหลักสูตรการใช้อย่างสมเหตุผล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁶ ทั้งระดับนโยบาย ระดับหลักสูตรและระดับรายวิชา และเผยแพร่รูปแบบ ๆ และการนำรูปแบบฯ ไปใช้ผ่านทางเว็บไซต์ของสภาการพยาบาล ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบูรณาการหลักสูตรการใช้อย่างสมเหตุผลระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาล¹⁴ แต่จะเห็นได้ว่า การร่วมพิจารณาการเลือกให้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น เช่น ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกให้ยาหรือการรักษาแบบไม่ใช้ยา ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วย และร่วมพิจารณาข้อจำกัดในการให้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นเพราะการร่วมพิจารณาการเลือกให้ยาไม่ได้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้บริการใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา มีหน้าที่ในการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนการรายงานแพทย์กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ซึ่งเป็นบทบาทในการร่วมพิจารณาการเลือกให้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความจำเป็นร่วมกับแพทย์ และบทบาทในการร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญในการเลือกให้ยาและร่วมพิจารณาข้อจำกัดในการให้ยาของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำกับผู้ป่วย¹⁴⁻¹⁵

2. การเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 และ 2561

จากผลการวิจัยพบว่า บัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2562 มีสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวมสูงกว่าบัณฑิตพยาบาลที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาการพยาบาลมีการพัฒนาการดำเนินการในเรื่องนโยบาย กระบวนการเรียนการสอน และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้สมรรถนะของบัณฑิตที่จบปีการศึกษา 2562 สูงกว่าบัณฑิตที่จบปีการศึกษา 2561 และเนื่องจากระยะแรกการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพมีการจัดกิจกรรม และจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ สภาการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการและรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การใช้อย่างสมเหตุผล



เน้นกระบวนการประยุกต์ใช้ความรู้ และมีทักษะการปฏิบัติในสถานการณ์จริงให้ครอบคลุม เพื่อให้นักศึกษาสามารถ
ใช้ยาในกรอบบัญชียาเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา ข้อบ่งชี้ที่มี ไม่ใช่ยาอย่างซ้ำซ้อน¹⁶ ร่วมกับการใช้
คู่มือรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต⁶ เป็นแนวทางในการ
จัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลที่จบออกไปเป็นบัณฑิตที่มีสมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
นอกจากนี้การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้หรือหลักสูตรอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อพัฒนา
ความรู้และทักษะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้บัณฑิตพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแล
ผู้รับบริการเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างเหมาะสม¹⁷⁻¹⁸ เกิดสมรรถนะการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยป้องกัน
ไม่ให้เกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹ ทั้งนี้บทบาท
การประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการใช้ยาก่อนที่จะใช้ยากับผู้ป่วย บทบาทการร่วมพิจารณาการเลือกใช้ยาได้อย่าง
เหมาะสมตามความจำเป็น เป็นบทบาทที่สำคัญเนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ร่วมพิจารณาข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยที่
เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ และร่วมพิจารณาข้อจำกัดในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาล
ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การซักประวัติการใช้ยา ประวัติแพ้ยา การจัดเตรียมยา และการติดตามอาการไม่พึง
ประสงค์ของยาจนผู้ป่วยพ้นจากอันตรายจากการได้รับยา ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีการติดตามผลการรักษาและ
รายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา และเป็นบุคลากรที่ให้บริการใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา มีหน้าที่ในการ
บริหารยาให้แก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิด
ความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนการรายงานแพทย์กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งถือว่า
พยาบาลทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในหลักสูตรที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้และ
สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง และเน้นย้ำนโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ทั้งแก่อาจารย์
และนักศึกษาทุกชั้นปี เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. สภาการพยาบาลควรเน้นบทบาทการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในการร่วมพิจารณาการร่วมพิจารณา
ข้อมูลที่สำคัญในการเลือกใช้ยาเพื่อให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการพิจารณาการเลือกใช้ยา
อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่นักศึกษา
พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและต่อเนื่องซึ่งจะนำไปสู่การมีสมรรถนะที่ดีใน
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากสภาการพยาบาลที่ได้มอบทุนสนับสนุน
การวิจัยในครั้งนี้



References

1. Herliani YK, Harun H, Setyawati A, Rifa'atul Fitri SU. Knowledge of rational use of medicine among nursing students. *The Indonesian Journal of Public Health* 2022;17(2):230-40.
2. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet No.338 May 2010.
3. Health Systems Research Institute and Coordination and Integration Committee on Antimicrobial Resistance. Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021 [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://rr-asia.woah.org/wp-content/uploads/2020/03/thailand_thailands-national-strategic-plan-on-amr-2017-2021.pdf
4. World Health Organization. Rational use of medicines. Fact sheet no.38 [Internet]. 2010 [cited 2010 Mar 20]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en
5. Vaismoradi M, Jordan S, Vizcaya-Moreno F, Friedl I, Glarcher M. PRN medicines optimization and nurse education. *Pharmacy* 2020;8:201.
6. Rational Use of Drug Subcommittee. Teacher's guide for promoting rational drug use. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health; 2017.(in Thai)
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. The handbook of learning and teaching management on rational drug use in the bachelor of nursing science program. Chonburi: Danex Intercoperation; 2019.(in Thai)
8. Chankunapas P, Boonyarit P, Srisupan W, Leungruaengrong P, Prapaso N. Service plan: rational drug use. Nonthaburi: Public Sector Development Group, Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016.(In Thai)
9. Srisa-ard B. Introduction to research. 10thed. Bangkok: Suveeriyasarn; 2560.(In Thai)
10. Charoensuk S, Leungratanamart L, Reunreang T, Turner K, Theinpichet K. An evaluation of competency in rational drug use of nursing graduates. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(2): 158-168.(in Thai)
11. Turner K, Suwannapong K, Putthikhan P, Charoensuk S, Radabutr M, Angsirirak N, et al. Evaluation of the integrated model of the rational drug use into the bachelor of nursing science program in Thailand: A mixed-methods study. *Belitung Nursing Journal* 2021;7(6):485-89.
12. Polsingchan S, Rungruan K. Selected factors affecting rational antibiotic use behaviors of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surin. *NJPH* 2021;31(1),211-23.
13. ÖZATİK FY, BABAÖĞLU ÜT, ÖZKARAMAN A, YİĞİTASLAN S, EROL K. The knowledge and attitude of nursing students from school of health towards rational drug use 2019;41(4):315-25.
14. Putthikhan P, Suwannapong K, Angsirirak N, Turner K, Theinpichet S. An evaluation of the policy of integrating RDU curriculum into the bachelor of nursing science program and RDU competency of nurse instructors. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2020;13(1):282-301.
15. Thadakant S, Hu SH, Duangbubpha S, Changpad T, Pibanwong M. Medication administration errors of nursing students during practice in clinics and simulation. *Rama Nurs J* 2022; 28(2):282-98.



16. Bunmusik S, Chantra R, Heeaksorn C. Knowledge attitude and behaviors in rational antibiotics use of nursing students Southern College of Nursing and Public Health Network. *Journal of Health Research and Innovation* 2019;2(1):25–36.
17. Sornkrasetrin A, Thongma N, Rajataramya B. Factors predicting the rational antibiotic use among nursing students. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2019;25(1):43–59.
18. Khan Z, Karatas Y, Martins MAP, Jamshed S, Rahman H. Knowledge, attitude, practice and barriers towards pharmacovigilance and adverse drug reactions reporting among healthcare professionals in Turkey: a systematic review. *Current medical research and opinion* 2022;38(1):145–54.



บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ต่อการควบคุมป้องกันโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

The roles of District Health Boards in the control and prevention of Coronavirus
2019 from the perspectives of Village Health Volunteers in Bankhai District,
Rayong Province

อุไรรัตน์ คูหะมณี¹ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา² สุภาวดี โกมลกาญจนกุล³

Urairat Khuhamanee¹ Laddawan Puttaruksa² Supawadee Komonkanjanakul³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

¹Bankhai District Public Health Office ²Faculty of Nursing, Burapha university ³Rayong Provincial Public Health Office

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com

Received: May 30, 2023 Revised: September 30, 2023 Accepted: November 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 304 คน โดยการประมาณสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นด้วยวิธี Priority Needs Index; PNI_{modified} ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย มีมุมมองต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในด้านภาวะผู้นำ ด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ด้านการมุ่งเน้นประชาชน ว่ามีความชัดเจนแล้ว แต่พบว่า ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร ยังไม่มีการจัดการความรู้ และไม่มีการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นรูปธรรม และพบว่า อสม. มีความคิดเห็นต่อบทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตฯ ทั้ง 3 ด้านในระดับดี คือ ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล และด้านการเติมเต็มส่วนขาด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.85-4.08, SD .493-.773) และเมื่อการจัดลำดับความสำคัญของค่าดัชนีจัดเรียงลำดับบทบาทที่เป็นจริงเปรียบเทียบกับบทบาทที่คาดหวังที่ควรได้รับการปรับปรุง (PNI_{modified}) เป็นอันดับที่ 1 คือ ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม (PNI_{modified} = -.108) รองลงมาคือ ด้านการเติมเต็มส่วนขาด (PNI_{modified} = -.086) และ ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล (PNI_{modified} = -.072)

คำสำคัญ: การควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



The Roles of District Health Boards in the Control and Prevention of Coronavirus 2019 from the Perspectives of Village Health Volunteers in Bankhai District, Rayong Province

Urairat Khuhamanee¹ Laddawan Puttaruksa²Supawadee Komonkanjanakul³

¹Bankhai District Public Health Office ²Faculty of Nursing, Burapha university ³Rayong Provincial Public Health Office

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; E-mail: laddawanp2550@gmail.com

Received: May 30, 2023 Revised: September 30, 2023 Accepted: November 20, 2023

Abstract

This research study employed a mixed methods approach to evaluate the outcomes of the Coronavirus 2019 control and prevention program of the District Health Boards and to study the Board's performance in controlling and preventing Coronavirus 2019 from the perspectives of Village Health Volunteers in Bankhai District, Rayong Province. The sample comprised 315 people, of which 11 were selected by purposive sampling from District Health Boards and 304 from Village Health Volunteers (VHV). The instruments used for gathering data were a semi-structured interview and a questionnaire. Data were analyzed by content analysis, descriptive statistics and prioritization of needs using the Priority Needs Index (PNI_{modified}). The study found that while Bankhai's District Health Boards saw clarity in terms of leadership, data analysis, strategic planning, and focus on the people in the effort to control and prevent Coronavirus 2019, there was a lack of knowledge in management and providing a concrete development plan for staff. In addition, the VHV rated the performance of the Board positively in three aspects, namely in terms of its stimulation and support, its drive and follow-up of operations, and the filling of deficits (the mean score is between 3.85-4.08, SD .493-.773). Comparing the Priority Needs Index (PNI_{modified}) of the actual roles with the expected roles that need improvement, the result showed that stimulation and support came first (PNI_{modified} = -.108), followed by the filling of deficits (PNI_{modified} = -.086), and drive and follow-up of operations (PNI_{modified} = -.072).

Keywords: control and prevention of Coronavirus 2019; district health boards; village health volunteers



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 ได้แพร่กระจายไปยัง 6 ทวีปทั่วโลก เมื่อการระบาดขยายวงกว้างออกไปในหลายประเทศมากขึ้น วันที่ 11 มีนาคม 2563 WHO จึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น “การระบาดใหญ่” หรือ Pandemic¹ ประเทศไทยได้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 โดยได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น²

สถิติผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดระยองในวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2565 จังหวัดระยอง³ พบผู้ติดเชื้อรายใหม่พบ 68 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน 14 ราย พบเสียชีวิตสะสมเพิ่ม 311 ราย ผู้ติดเชื้อสะสมระลอกใหม่เพิ่มเป็น 46,726 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยสถานการณ์อำเภอบ้านค่าย พบผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ของจังหวัดระยอง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต้องเข้ารับการรักษาตัวเพื่อเฝ้าระวัง เพราะไม่สามารถไปประกอบอาชีพตามปกติทำให้ขาดรายได้ รวมถึงหน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องใช้งบประมาณ และบุคลากร เพื่อให้การช่วยเหลือ รักษาผู้ป่วย และควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของโรค สำหรับอำเภอบ้านค่ายมีการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคฯ โดยใช้กลไกคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ซึ่งเป็นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ เพื่อกำหนดแนวทางการควบคุมป้องกันโรค นโยบาย และแผนการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขับเคลื่อนแผนการปฏิบัติงานในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เนื่องจากจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขมีจำนวนจำกัด และมีภารกิจที่ค่อนข้างหนักมากโดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ในพื้นที่จึงเป็นกำลังหลักที่สำคัญที่ช่วยสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชน รวมถึงประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้ทันเวลา⁴

บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วย 3 บทบาทหลัก คือ 1) ให้การกระตุ้น หนุนเสริม ร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ 2) เติมเต็มส่วนขาด คือการร่วมจัดหาแหล่งทรัพยากรภายนอกอำเภอ วางแผนการสื่อสาร และกำกับให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามการนำแผนปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยการควบคุมป้องกันโรคฯในพื้นที่ได้เป็นรูปธรรม ที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคและการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่⁴ ในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอบ้านค่าย จะถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองทั้งหมด ทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นไปในรูปแบบของการประสานความร่วมมือเพื่อร่วมกันดำเนินงานในพื้นที่ โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขฯ เป็นบุคลากรประสานความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับชุมชน ร่วมกับการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่⁵

ดังนั้นการพัฒนาาระบบสุขภาพในระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็งจึงมีความจำเป็นต้องมีศูนย์กลางหรือหน่วยงานระดับอำเภอที่ประสาน บูรณาการความร่วมมือในระดับอำเภอ ซึ่งการแสดงความคิดเห็นในมุมมองของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ ในการอำนวยความสะดวกและป้องกันโรคฯในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

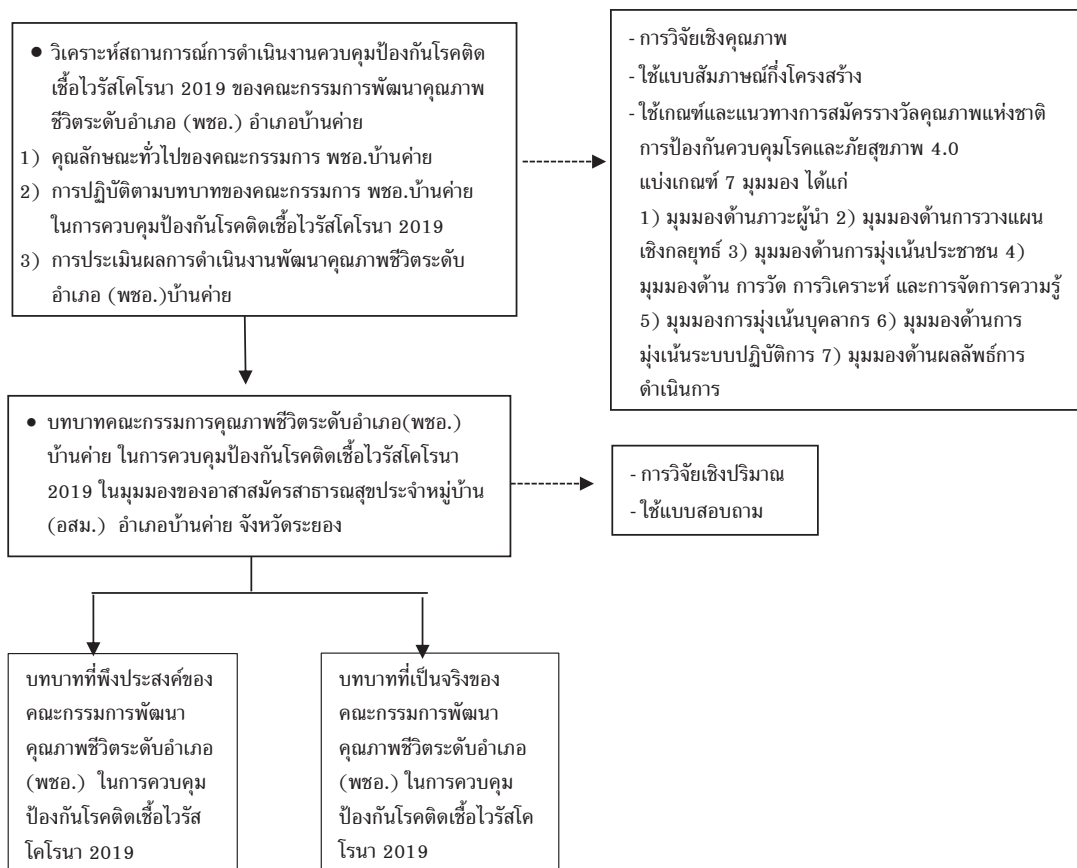
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านค่าย

2. เพื่อศึกษาบทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย
สำนักนายกรัฐมนตรียุคที่ 6



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed -method research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) โดยคำนึงถึงความครอบคลุมทุกภาคส่วนตามองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ และผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)⁷ จำนวน 11 คน คือ ประธาน 1 คน เลขาธิการฯ 1 คน คณะกรรมการผู้แทนหน่วยงานของรัฐ 3 คน ภาคเอกชน 3 คน และภาคประชาชน 3 คน

2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 1,452 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดของตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนของ Daniel⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 ราย และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอายุงานมากกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ฟัง/อ่านออก เขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก คือผู้ที่ เป็นโรคที่ขัดต่อการดำเนินการหรือ เป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด เก็บข้อมูลในประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากเอกสารเกณฑ์และแนวทางการสมัคร รางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4.0 โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ประจำปี 25659 แบ่งเกณฑ์เป็น 7 มุมมอง รวม 7 ข้อคำถาม ดังนี้ 1) มุมมองด้านภาวะผู้นำ (leadership) 2) มุมมองด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (strategic plan) หรือการวางแผนทิศทางที่ทำให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ 3) มุมมองด้านการมุ่งเน้นประชาชน (people focus) 4) มุมมองด้าน การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (measurement, analysis and knowledge) 5) มุมมองการมุ่งเน้นบุคลากร (workforce focus) 6) มุมมองด้านการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ (operational focus) และ 7) มุมมองด้านผลลัพธ์การดำเนินการ (results)

2. เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative method) ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการค้นคว้าเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เป็นจริง และบทบาทที่คาดหวังต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 และแนวทางการดำเนินงานจริงในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม ด้านการเติมเต็มส่วนขาด และด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (likert scale) จำนวน 19 ข้อ ตามความคาดหวัง และตามบทบาทที่เป็นจริง โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย จาก ดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และควรปรับปรุง ตามลำดับ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ พิจารณาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยปรับแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม และชัดเจนตามข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้ว

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ พิจารณาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยปรับแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม และชัดเจนตามข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้ว และหาค่าดัชนีความพ้องกันระหว่างข้อคำถาม ซึ่งค่า IOC (Index of item-objective Congruence) ในแบบสอบถามมีค่ามากกว่า .5 ทุกข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดระยอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) อธิบายผลการศึกษา ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบอุปนัย 11

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตาราง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่โครงการวิจัย REC-RY No. 27/ 2565 และเลขที่เอกสารรับรอง COA No. 22/ 2565 โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการสามารถยกเลิก หรือยุติการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อข้อมูลตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลในลำดับต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านค่าย

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย

ผลการวิจัยพบว่า การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ประกอบด้วย คณะกรรมการจำนวนไม่เกิน 21 คน ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชน จำนวน 6 คน และผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 7 คน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย คือ นายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และมีกรรมการ คือ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 6 คน ได้แก่ โรงพยาบาล เทศบาลตำบล โรงเรียน เกษตรอำเภอ และผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ผู้แทนภาคเอกชน จำนวน 6 คน ได้แก่ กองทุนพื้นที่รอบโรงฟาร์มระยอง 2 เกษตรแผนไทย มูลนิธิกุ๊กก๊ก และเจ้าของกิจการในพื้นที่ กลุ่มเกษตรกรอำเภอบ้านค่าย และผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 7 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาสตรีอำเภอบ้านค่าย บุคคลต้นแบบ และประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งสิ้น 21 คน



1.2 มุมมองของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานสามารถปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่กำหนด ทำให้สามารถควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ให้อยู่ในสถานการณ์ปกติ ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ทั่วถึงและทั่วถึง

โดยคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย มีมุมมองต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 7 ด้าน รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มุมมองของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ลำดับ	ด้าน	มุมมองของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
1	ภาวะผู้นำ (leadership)	มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา วิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์โรค ควบคุมสถานการณ์ได้ในเวลาที่รวดเร็ว
2	การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (strategic plan)	มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน กำหนดแหล่งงบประมาณ บทบาทหน้าที่ และระบบการติดตามผลการดำเนินงาน ให้บรรลุตามเป้าหมาย เมื่อได้รับข้อมูลติดเชื้อรายใหม่ ให้เสร็จสิ้นภายใน 1 วัน
3	การมุ่งเน้นประชาชน (people focus)	มีการใช้เทคโนโลยี มาช่วยในการสื่อสาร เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ในการควบคุมป้องกันโรค เช่น ประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มไลน์ โทรศัพท์ Facebook website ของหน่วยงาน เป็นต้น
4	การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (measurement, analysis and knowledge management)	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และการรายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุม รับฟังข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่มีการจัดการความรู้ภายในองค์กรที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
5	มุ่งเน้นบุคลากร (workforce focus)	ไม่มีการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นรูปธรรม แต่มีการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้ตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และวัสดุอุปกรณ์ ในการควบคุมป้องกันโรค สำหรับบุคลากรให้เพียงพอ โดยมีพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาล บ้านค่ายเป็นผู้ดูแลให้การดำเนินงานเป็นไปตามหลักวิชาการ
6	มุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ (operational focus)	มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ำรับรายงานข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณ กำหนดแนวทางการทำงาน เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลรวมถึงปัญหา อุปสรรคที่พบ และมีการรายงานผลการปฏิบัติงานทางกลุ่มไลน์เฉพาะกิจที่จัดตั้งขึ้นทุกวัน
7	ผลลัพธ์การดำเนินการ (results)	มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคของอำเภอบ้านค่าย กำหนดนโยบายการควบคุมป้องกันโรคฯ ที่ชัดเจน สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง สามารถดำเนินการตามแผน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง



2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.2 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 48.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 54.86 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.2 มีระยะเวลาการเป็น อสม. 6-10 ปี มีระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 14.19 ปี และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5001-10,000 บาท ร้อยละ 40.5 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,952.83 บาท

2.2 บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการควบคุมป้องกันโรคฯ

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคิดเห็นต่อ 1) บทบาทที่คาดหวังในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคฯ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย ภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.03, SD=.518) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้าน มีความคาดหวังในระดับดี ดังนี้ ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม (Mean=4.08, SD=.493) ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล (Mean=4.03, SD=.611) และด้านการเติมเต็มส่วนขาด (Mean=3.96, SD=.568) ตามลำดับ ส่วน 2) บทบาทที่เป็นจริงของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการควบคุมป้องกันโรคฯ ภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.67, SD=.817) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านคณะกรรมการสามารถปฏิบัติงานได้จริงในระดับดี ดังนี้ ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล (Mean=3.74, SD=.879) ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม (Mean=3.64, SD=.822) และด้านการเติมเต็มส่วนขาด (Mean=3.62, SD=.853) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามความคาดหวังและบทบาทที่เป็นจริง (n = 304 คน)

ข้อ	กิจกรรมดำเนินงานของ กกก.พชอ.	บทบาทที่คาดหวัง		บทบาทที่เป็นจริง		PNI	ลำดับ
		Mean(SD)	ความหมาย	Mean(SD)	ความหมาย		
	ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม	4.08(.493)	ดี	3.64(.822)	ดี	-1.08	
1	สนับสนุน ส่งเสริม และกระตุ้น	4.41(.679)	ดีมาก	3.59(.922)	ดี	-.186	1
2	ร่วมกำหนดจัดทำแผนปฏิบัติการ	4.37(.666)	ดีมาก	3.62(.893)	ดี	-.172	2
3	ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	4.26(.652)	ดีมาก	3.59(.867)	ดี	-.157	3
4	กำหนดแนวทางหาแหล่ง และใช้งบประมาณ	3.85(.773)	ดี	3.54(.940)	ดี	-.081	4
5	ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะฯ	3.93(.783)	ดี	3.64(.923)	ดี	-.074	5
6	ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง	3.98(.746)	ดี	3.69(.920)	ดี	-.073	6
7	ประกาศนโยบาย	4.05(.745)	ดี	3.76(.968)	ดี	-.072	7
8	ส่งเสริมกระตุ้น ความร่วมมือ	3.91(.740)	ดี	3.64(.905)	ดี	-.069	8
9	สร้างความเชื่อมั่นป้องกันโรคฯ	3.94(.764)	ดี	3.68(.919)	ดี	-.066	9
	ด้านการเติมเต็มส่วนขาด	3.96(.568)	ดี	3.62(.853)	ดี	-.086	
10	นำทรัพยากรในพื้นที่มาใช้สูงสุด	4.27(.748)	ดีมาก	3.65(.945)	ดี	-.145	1
11	ร่วมพิจารณางบประมาณ	3.90(.717)	ดี	3.60(.949)	ดี	-.077	2



ข้อ	กิจกรรม ดำเนินงานของ คกก.พชอ.	บทบาทที่คาดหวัง		บทบาทที่เป็นจริง		PNI	ลำดับ
		Mean(SD)	ความหมาย	Mean(SD)	ความหมาย		
12	จัดหาแหล่งทรัพยากร	3.78(.755)	ดี	3.50(.937)	ดี	-.074	3
13	วางแผนการสื่อสารฯ	3.98(.706)	ดี	3.72(.904)	ดี	-.065	4
14	ร่วมติดตาม กำกับฯ	3.89(.739)	ดี	3.65(.918)	ดี	-.062	5
ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล		4.03(.611)	ดี	3.74(.879)	ดี	-.072	
15	ควบคุมป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม	4.11(.765)	ดี	3.70(.937)	ดี	-.099	1
16	ควบคุมป้องกันโรคฯ สอดคล้องกับความต้องการ	3.99(.708)	ดี	3.70(.936)	ดี	-.072	2
17	ติดตามการนำแผนปฏิบัติงาน ใช้ในพื้นที่	3.95(.693)	ดี	3.67(.913)	ดี	-.071	3
18	แก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อฯ	4.05(.720)	ดี	3.77(.950)	ดี	-.069	4
19	ติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	4.06(.758)	ดี	3.79(.967)	ดี	-.067	5
20	สื่อสารสถานการณ์ อย่างรวดเร็ว	4.05(.760)	ดี	3.79(.973)	ดี	-.064	6
ภาพรวม		4.03(.518)	ดี	3.67(.817)	ดี	-.089	

จากผลการวิจัย พบว่า บทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม และรายด้าน พิจารณาตามบทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่เป็นจริง ดังนี้ 1) บทบาทที่คาดหวัง พบว่า ภาพรวม ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล และด้านการเติมเต็มส่วนขาด อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ Mean(SD) : 4.03(.518), 4.08(.493), 4.03(.611) และ 3.96(.568) 2) บทบาทที่เป็นจริง พบว่า ภาพรวม ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล ด้านการกระตุ้นหนุนเสริม และด้านการเติมเต็มส่วนขาด อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ Mean (SD) : 3.67(.817), 3.74(.879), 3.64(.822) และ 3.62(.853) และเมื่อการจัดลำดับความสำคัญของค่าดัชนีจัดเรียงลำดับบทบาทที่เป็นจริงเปรียบเทียบกับบทบาทที่คาดหวังที่ควรได้รับการปรับปรุง ($PNI_{modified}$) เป็นอันดับที่ 1 คือ ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม ($PNI_{modified} = -.108$) รองลงมาคือ ด้านการเติมเต็มส่วนขาด ($PNI_{modified} = -.086$) และ ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล ($PNI_{modified} = -.072$) รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ดัชนีจัดเรียงลำดับบทบาทที่เป็นจริงเปรียบเทียบกับบทบาทที่คาดหวังที่ควรได้รับการปรับปรุงต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

ข้อ	กิจกรรมดำเนินงานของ กก.พชอ.	บทบาทที่คาดหวัง		บทบาทที่เป็นจริง		PNI	ลำดับ
		Mean(SD)	ความหมาย	Mean(SD)	ความหมาย		
1	ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม	4.08(.493)	ดี	3.64(.822)	ดี	-.108	1
2	ด้านการเติมเต็ม ส่วนขาด	3.96(.568)	ดี	3.62(.853)	ดี	-.086	2
3	ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล	4.03(.611)	ดี	3.74(.879)	ดี	-.072	3
ภาพรวม		4.03(.518)	ดี	3.67(.817)	ดี	-.089	

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านค่าย พบว่า คุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 สอดคล้องกับ Prajum¹² ศึกษาการประเมินและพัฒนาประเด็นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดศรีสะเกษ ด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีมระดับอำเภอ (unity team) ทุก พชอ. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และสอดคล้องกับ sirimongkol¹³ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 เช่นกัน และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ. บังคับบัญชาสั่งการและควบคุมโดยนายอำเภอ

สำหรับบทบาทคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอ บ้านค่าย จังหวัดระยอง พบว่า บทบาทที่คาดหวัง ภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านบทบาทที่พึงประสงค์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี คือ ด้านการกระตุ้น หนุนเสริม รองลงมาคือ ด้านการขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล และด้านการเติมเต็มส่วนขาด สอดคล้องกับ Hemwaranont¹⁴ พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นได้แก่ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านบริบท และ ด้านผลลัพธ์ ทั้งนี้โดยภาพรวมประสิทธิภาพในการดำเนินงานอยู่ที่ระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Panyarat¹⁵ พบว่าระดับความเข้มข้นต่อการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับการมีส่วนร่วม ระดับปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ และระดับความเหมาะสมต่อการดำเนินงานตามแนวทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ Sudbonit¹⁶ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดยโสธร ในกระบวนการบริหารด้านการวางแผนและการจัดองค์การอยู่ในระดับสูง การดำเนินงานตามบทบาทของคณะกรรมการ โดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.0 โดยด้านการกระตุ้น หนุนเสริม เติมเต็มสูงสุด มีการสนับสนุนให้ชุมชน ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนขาด



ด้านทรัพยากร มีการสนับสนุนให้คณะกรรมการได้นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ภาคเอกชน มาร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ ซึ่งแตกต่างจาก Srijaranai¹⁰ พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน อยู่ในระดับมาก ผลของการปฏิบัติตามบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และ Petchnil¹⁷ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.3 และสังเกตว่าระดับการปฏิบัติงานในทุกด้าน คณะกรรมการระบบสุขภาพมีระดับการปฏิบัติงานในระดับปานกลางมากกว่า ร้อยละ 47.3 ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่คณะกรรมการ

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความคาดหวังต่อบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน โดยมีระดับที่สูงกว่าบทบาทที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฯ ปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริการ

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีการพัฒนาการดำเนินงาน ตามเกณฑ์ UCCARE ในประเด็นดังนี้

1.1 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (customer focus) ควรเพิ่มช่องทางการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ในการคัดเลือกประเด็นปัญหา เพื่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดบริการที่จำเป็น

1.2 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) ควรมีการพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ และการจัดการทรัพยากร คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล รวมถึงทรัพยากรด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยการดำเนินงานของทีม โดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

1.3 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (essential care) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีการเพิ่มช่องทางการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในการกำหนดประเด็นปัญหา และแผนการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน

ด้านวิชาการ

1. ควรมีการจัดการความรู้ขององค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคของอำเภอบ้านค่าย ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรตามประเด็นการพัฒนาระดับอำเภอ (ODOP)

3. ควรมีการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการควบคุมป้องกันโรคในภาวะฉุกเฉินของอำเภอบ้านค่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บ้านค่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือและให้คำชี้แนะระหว่างการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง นายอำเภอบ้านค่าย สาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย ผู้บริหารอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง และ ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. Department of Disease Control. Review report COVID-19 situation and measures to control and prevent in the world and Thailand. The report on the impact of the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand. 2021.(in Thai)
2. Ministry of Public Health. Public health announcement on names and important symptoms of dangerous communicable diseases (Version 3), 2020. Royal Gazette; Volume 137, special chapter 48. 2020.(in Thai)
3. Communicable Diseases Group, Rayong Provincial Public Health Office, Report on the situation of Coronavirus disease 2019 in Rayong Province; Meeting to follow up on the situation Coronavirus disease 2019 cases in Rayong Province; 5 January 2022; Rayong Provincial Public Health Office; 2022.(in Thai)
4. Bankhai District Public Health Office, Report of the meeting of Bankhai District Public Health Office staff for the month of January 2022; Meeting of officials of the Bankhai District Public Health Office for the month of January 2022; 21 January 2022; Bankhai District Public Health Office; 2022. (in Thai)
5. Bankhai District Public Health Office, Report of the meeting of Bankhai District Public Health Office staff for the month of September 2023; Meeting of officials of the Bankhai District Public Health Office for the month of September 2023; 12 September 2023; Bankhai District Public Health Office; 2023.(in Thai)
6. Regulations of the Office of the Prime Minister on the development of quality of life at the local level, B.E. 2018. Royal Gazette Volume 135, Special Section 54 (dated 9 March 2018).(in Thai)
7. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing Among Five Approaches (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
8. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences (9th ed.). New York: John Wiley & Sons. 2010.
9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Criteria and guidelines for applying for the national quality award, prevention and control of diseases and health threats 4.0 with the quality of life improvement mechanism at the area level of the Year 2022. 2022.(in Thai)
10. Srijaranai S. A study on the role of the district quality of life development committee in improving the



- quality of life and reducing inequality of people in the 4th health zone [The National Defense Course, Class 60]. Bangkok: Thai NDC (National Defence College). 2018.(in Thai)
11. Suwannawong Y, Manonom R. The Roles and Image on Public Health Development of District Health Boards in the Perspective of Village Health Volunteers in NongKhae District of Saraburi Province. Thai Journal of Public Health and Health Education; TJPHE 2021;1(3):61-80.(in Thai)
 12. Prajum A, Amphan P. Assessment and development of operational issues of the district health board (DHB), Sisaket Province, Journal of Health and Environmental Education 2022;82-94.(in Thai)
 13. Sirimongkol P, Development of the District Health Board Operational Model, Phonphisai district, Nong Khai province, Journal of Sakon Nakhon Hospital 2023;26(2):2-13.(in Thai)
 14. Hemwaranont W. Evaluation of the performance of the District Quality of Life Development Committee Nakhon Ratchasima province. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office 2020;6(1):140-57.(in Thai)
 15. Panyarat T. The results of the development model of the district level quality of life development committee (NESDB), Kalasin province. Journal of Health Research and Development 2022;15(2): 133-44.(in Thai)
 16. Sudbonit W. Factors affecting the operation of the district quality of life development committee, Yasothon province. Journal of Health and Environmental Studies 2022;7(1):89-95.(in Thai)
 17. Petchnil R. Factors affecting the performance of the District Health System Committee, Chumphon Province. Faculty of Public Health: Thammasat University; 2017.(in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Factors Related to Pain Management in Patients with Head and Neck Cancer

Undergoing General Anesthesia in Chonburi Cancer Hospital

พรรณณี ภารจันนง¹ รังสันต์ ไชยคำ¹ อัมพา ศรีสาพันธ์¹

Panee panjumnong¹ Rangsarn Chaikham¹ Ampa Srisapan¹

¹ภาควิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding: Pannee panjumnong; Email: b.boon44@gmail.com

Received: April 4, 2023 Revised: September 30, 2023 Accepted: November 10, 2023

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยเฉพะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัด หากมีการจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการรักษาทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้รวดเร็ว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่ได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของได้แก่ อายุ ระยะเวลาผ่าตัด 2) ระดับความปวด 3) ระดับความพึงพอใจ และ 4) การจัดการความปวด ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ 3-4 เท่ากับ .95 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 57.7 ปี(SD=1.26) ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 179.27 นาที(SD=9.16) ระดับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 4-6 คะแนน ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของบุคลากรอยู่ในระดับสูง ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวดของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .50, p < .001$) ผลการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรม เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการปวด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและลำคอ; การจัดการความปวด; การผ่าตัด



Factors Related to Pain Management in Patients with Head and Neck Cancer Undergoing General Anesthesia in Chonburi Cancer Hospital

Panee panjumnong¹ Rangsan Chaikham¹ Ampa Srisapan¹

¹Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding: Pannee panjumnong; Email: b.boon44@gmail.com

Received: April 4, 2023 Revised: September 30, 2023 Accepted: November 10, 2023

Abstract

Pain is an unpleasant experience, especially postoperative pain. When pain is managed appropriately, it has a beneficial effect on the healing process and allows for rapid recovery. The purpose of this study was to examine factors associated with pain management in patients following head and neck cancer surgery with general anesthesia. The sample consisted of 85 head and neck cancer patients undergoing surgery and general anesthesia in Chonburi Cancer Hospital. Patients were selected according to the specified criteria. Data were collected between October 2020 and April 2022. The research instruments consisted of 1) personal information including age, duration of surgery, 2) pain 3) satisfaction, and 4) pain management. The reliability value of the instruments 3-4 were .95 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation coefficient statistics. The research results showed that the mean age of the sample was 57.7 years (SD=1.26). The average surgery time was 179.27 minutes (SD=9.16). The postoperative pain level was at a level of 4 to 6 points. The level of personnel satisfaction with pain management was high. The level of satisfaction with pain management of personnel was moderately related to pain management of patients ($r = .50, p < .001$). These research findings are beneficial to medical personnel as they can be used as guidelines for organizing activities or programs to improve knowledge and skills in the care of cancer patients with postoperative pain to help patients manage pain appropriately and efficiently.

Keywords: head and neck cancer; pain management; surgery



ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และความไม่พึงปรารถนา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจิตใจ อารมณ์ที่เป็นการตอบสนองจากร่างกาย หรือเนื้อเยื่อเมื่อได้รับบาดเจ็บ เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความรู้สึกและพฤติกรรมที่บุคคลมีต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม แบ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันซึ่งเป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นมักมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด สาเหตุสัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือโรค และความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่ยาวนานกว่า 3 เดือน ซึ่งความปวดชนิดนี้บ่อยครั้งไม่สามารถบ่งชี้สาเหตุของความปวดได้¹

สำหรับความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน จัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ ที่เป็นอวัยวะที่ซับซ้อน มีเส้นประสาทมากมาย หากมีการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทหลายส่วน ส่งผลให้มีการบวม ดึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีการกระตุ้นของปลายประสาทอิสระตลอดเวลาในการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความปวดได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด² ผลของความปวดจะรบกวนและขัดขวางการเคลื่อนไหว และการมีกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่มีการไอหรือจาม จะพลิกตะแคงตัวช้าๆ หายใจตื้นๆ ส่งผลให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้การฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้ช้า³ หากสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดและป้องกันผลกระทบต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

การจัดการกับความปวดเป็นการบรรเทา ความปวด ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา⁴ ดังนั้นการจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสมของบุคลากรจึงส่งผลดีต่อการรักษา สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น นอกจากการจัดการของบุคลากรแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดเนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งการทำหน้าที่ โครงสร้าง และกระบวนการตอบสนองของสารสื่อประสาทรวมทั้งระบบโอปิออยด์ โดยเฉพาะระบบการยับยั้งความปวด กระบวนการปวด การรับรู้อย่างฉับพลัน คุณภาพของประสบการณ์ปวด และความไวต่อการรับรู้ถึงความปวด อายุที่มากขึ้นมีความอดทนต่อความปวดสูงกว่าอายุน้อย⁵ ทศนคติต่อความปวด ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติเรื่องความปวดในเกณฑ์ดี แต่ยังมีความรู้เรื่องชนิดของวิธีให้ยาแก้ปวดระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจต่อทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความปวด และการจัดการความปวดเช่นกัน⁶ ที่กล่าวมาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการดูแลหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



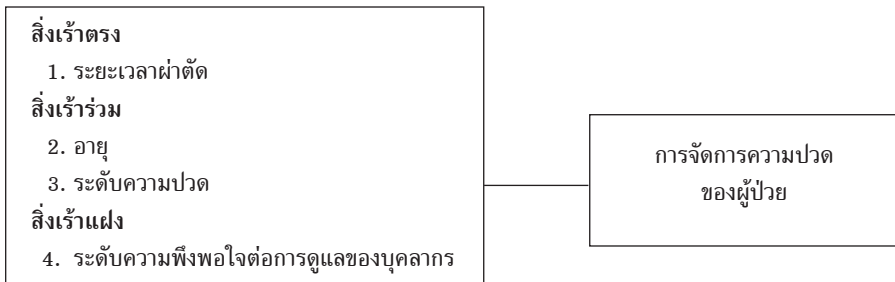
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาผ่าตัด ระดับความปวด และความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย⁷ ซึ่งกล่าวถึงบุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความสมดุล ซึ่งเป็นระบบการปรับตัวที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง หากการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในระยะแรกคือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง โดยพบว่าสิ่งเร้าตรง คือ ระยะเวลาผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดมีการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทหลายส่วน ส่งผลให้มีการบวม ตึงรั้ง และหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีการกระตุ้นของปลายประสาทอิสระในขณะผ่าตัดระยะเวลาผ่าตัดที่ใช้เวลานานจะส่งผลให้เกิดความปวดมากขึ้น สิ่งเร้าร่วม ด้านอายุกับระดับความปวด อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกาย ทั้งการทำหน้าที่โครงสร้าง และกระบวนการตอบสนองของสารสื่อประสาทรวมทั้งระบบโอปิออยด์ โดยเฉพาะระบบการยับยั้งความปวด กระบวนการปวด การรับรู้ อย่างฉับพลัน คุณภาพของประสาทรูปปวด และความไวต่อการรับรู้ถึงความปวด อายุที่มากขึ้นมีความอดทนต่อความปวดสูงกว่าอายุน้อย⁵ ส่วนสิ่งเร้าแฝง คือระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หากผู้ป่วยมีการปรับตัวกับสิ่งเร้าได้ดีจะส่งผลให้สามารถจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดี ดังกรอบแนวคิดภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2. สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง มีสติสัมปชัญญะดี 3. ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ 4. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) 5. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะปวดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากความปวดหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอ เช่น ปวดจากมีการลุกลามของโรคมะเร็งไปอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน⁸ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ .85 (effect size) เท่ากับ .30 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) จำนวนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง 77 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้เท่ากับ 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาผ่าตัด
2. แบบวัดความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวดซึ่งเป็นมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) จาก 0–10 คะแนน โดยประเมินหลังผ่าตัด 24–72 ชั่วโมง สำหรับคะแนนความปวดที่ได้ในแต่ละข้อนำมาแปลผล ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย
- 1–3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย
- 4–6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง
- 7–9 คะแนน หมายถึง ปวดมาก
- 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

3. แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของวันทนา ชูอุตสาหะ⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการความปวดร่วมกับทีมบุคลากร ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ด้านการได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดหลังผ่าตัด ด้านการดูแลบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจ การแปลผลดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง 5 คะแนน พึงพอใจมาก หมายถึง 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง หมายถึง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย หมายถึง 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ หมายถึง 1 คะแนน การแปลผล คะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

4. แบบวัดการจัดการความปวดของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดการจัดการความปวด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบทฤษฎีการรับรู้และการจัดการความปวดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยการจัดการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง 4 คะแนน ปฏิบัติมาก หมายถึง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย หมายถึง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง 1 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง การจัดการที่ความปวดได้ดี



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร แบบวัดการจัดการความปวดของผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณา ความถูกต้อง ขอบเขตเนื้อหา ภาษาที่รัดกุม และการตีความหมายของข้อความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากรเท่ากับ .99 และแบบวัดการจัดการความปวดเท่ากับ .94 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง

นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร และแบบวัดการจัดการความปวด ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่หอผู้ป่วยวิกฤติที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากรเท่ากับ .95 และแบบวัดการจัดการความปวดเท่ากับ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 024/2563 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อ - นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความปวดหลังผ่าตัด แบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร และแบบวัดการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุ ระดับความปวด ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของบุคลากร และระดับการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.8) มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 47.1) รองลงมา 61-80 ปี (ร้อยละ 45.9) อายุเฉลี่ย 57.7 ปี (SD=1.26) เป็น oral cavity cancer มากที่สุด (ร้อยละ 47.1) รองลงมา thyroid cancer (ร้อยละ 15.3) และ hypopharynx cancer (ร้อยละ 12.9) ตามลำดับ วิธีการผ่าตัด wide excision with selective neck dissection มากที่สุด (ร้อยละ 17.6) รองลงมาผ่าตัด total laryngectomy with selective neck dissection (ร้อยละ 15.3) และ glossectomy with selective neck dissection (ร้อยละ 14.1) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้เวลา 121-180 นาที (ร้อยละ 29.4) ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 179.27 นาที (SD=9.16) ระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 4-6 คะแนน (ร้อยละ 56.5)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาผ่าตัด ระดับความปวด ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวดของบุคลากร และระดับการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ข้อมูลไม่มี outliers ไม่เกิด autocorrelation เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย ($r = .01, p > .05$) ระยะเวลาผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย ($r = .07, p > .05$) ระดับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย ($r = .08, p > .05$) ส่วนระดับความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวดของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วยในระดับปานกลาง ($r = .50, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ (X_1) ระยะเวลาผ่าตัด (X_2) ระดับความปวด (X_3) ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวด (X_4) การจัดการความปวด (Y) (n = 85)

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3	X_4
Y	1.00				
X_1	.01	1.00			
X_2	.07	-.05	1.00		
X_3	.08	-.12	.03	1.00	
X_4	.50**	.14	-.11	.01	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$



การอภิปรายผลการวิจัย

ความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวดของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 97.11, SD = 10.69$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดและ ตำแหน่งแผลผ่าตัด ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา รวมถึงอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาความปวด การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสบอกความรู้สึกปวดและมีเจ้าหน้าที่รับฟังความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ ได้รับยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง และมีการซักถามถึงอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอ ได้รับความช่วยเหลือเมื่อชັบหรือพลิกตะแคงตัว จัดทำนอนที่เหมาะสม รวมถึงการได้รับคำแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้า – ออกอย่างช้า ๆ เมื่อมีอาการปวด การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการพูดคุยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปวดแผลผ่าตัด สอนการไออย่างถูกวิธีจนผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านการดูแลเอาใจใส่อาการปวด ด้านการประเมินระดับความปวด และด้านการได้รับคำแนะนำและการได้รับยาบรรเทาปวด อยู่ในระดับพอใจมาก และผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อต่อมีความเพียงพอของการได้รับการจัดการความปวด และมีความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการความปวดในภาพรวมทั้งระดับมาก⁶

การจัดการความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 26.29, SD = 3.89$) จากการพิจารณารายด้านจะเห็นว่าผู้ป่วยมีการจัดการความปวดโดยการบริหารยาแก้ปวดด้วยเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติ (patient controlled analgesia) หรือแจ้งพยาบาลเมื่อมีอาการปวดมากที่สุด เคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้า ๆ ขณะทำ กิจกรรม หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมีอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าการจัดท่าผู้ป่วย (positioning) การสัมผัส (touch) การสร้างความมั่นใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ (detraction) สามารถลดการรับรู้ความเจ็บปวดและเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดมากขึ้น⁹ ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมที่ช่วยจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอและมีข้อจำกัดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ที่ไม่ให้มีญาติเฝ้า ส่งผลให้กิจกรรมบางอย่างที่อาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและญาติขาดหายไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความปวดของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .50, p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ตำแหน่งของแผลและความปวดที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด วิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดเมื่อถึงหอบผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกปวด ซักถามถึงอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือขณะทำกิจวัตร การจัดทำที่เหมาะสม การเบี่ยงเบนความสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาถึงการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการสอบถามและประเมินระดับความปวด การให้การช่วยเหลือการบรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาอยู่ในระดับมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดได้มาก⁶ และศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วย



ผ่าตัด พบว่าผลการใช้แนวปฏิบัติด้านการให้ข้อมูลในระยะก่อนและหลังผ่าตัด การจัดการโดยการใช้น้ำและไม้น้ำยา การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดมากขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติ¹⁰ จากการศึกษาครั้งนี้การจัดการความปวดของผู้ป่วยด้านการไม้น้ำยาในผู้ป่วยมีการปฏิบัติน้อย จึงมีผลทำให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย ได้แก่

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาผ่าตัด และระดับความปวด เนื่องจากปัจจุบันมีแนวทางการจัดการความปวดที่มีความครอบคลุมโดยสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การให้ยาระงับปวดด้วยเครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ (patient controlled analgesia) มีแนวทางและเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีอายุ ระยะเวลาผ่าตัด และระดับความปวดที่ใกล้เคียงกัน ผ่าตัดมะเร็งศีรษะและลำคอเหมือนกัน อาจส่งผลให้อายุ ระยะเวลาผ่าตัด และระดับความปวด ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

ทีมบริหารทางการแพทย์กำหนดให้การจัดการความปวดเป็นแผนพัฒนาบุคลากรในการจัดอบรม เพื่อให้ความรู้ด้านการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง ทั้งความรู้ใหม่และการปรับปรุงแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่เดิม ซึ่งจะส่งผลให้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และส่งเสริมการจัดการความปวดโดยวิธีไม้น้ำยา เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลายได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดที่นั่งหรือนอนเพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อจะช่วยลดอาการปวดได้ ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้เลยโดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ ทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นนอกเหนือจากการจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด เช่น ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ใช่อาการปวดจากการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วย การสนับสนุนจากนายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และนายแพทย์อัครฐาน จิตนุยานนท์ อธิบดีผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษา รวมถึงให้ความช่วยเหลือการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการผ่าตัดที่กรุณาเข้าร่วมโครงการวิจัย



References

1. Pommala W, Khamsimbat N, Tunukoon S, Wongsaree C, Yuenyong N. Pain management through prayer. *Pathumthani University Academic Journal*. 2021; 13(2): 574-84.(in Thai)
2. Saeangchai J, Piyasut C, Kaewkulpat S. Multimodal pain management: goal setting for postoperative pain. *boromarajonani college of nursing, Uttaradit Journal* 2019; 11(2): 161-171.(in Thai)
3. Sawangsri K. Pain management in patients undergoing open heart surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017; 28(1): 2-15.(in Thai)
4. Maciel HIA, Costa MF, Costa ACL, Marcatto JO, Manzo BF, Bueno M. Pharmacological and nonpharmacological measures of pain management and treatment among neonates. *Revista Brasileirade terapia intensiva*.2019; 31(1): 21-26. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007>
5. Khemla, W. of clinical nursing practice guidelines for pain management in the elderly with hip arthroplasty. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020; 28(2); 1-15. (in Thai)
6. Chuaatsaha W; The Development of clinical nursing practice guideline for postoperative abdominal surgical pain patient at Banpong hospital Ratchaburi province. [mater thesis] Nakhonprathom : Christan Univesith. (in Thai)
7. Roy C, Andrews. HA. *The Roy's Adaptation Model*. (2nded.), Stamford: Appleton & Lange. 1999.
8. Cohen JM, Uphoff NT. *Rural development participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies*. New York: Cornell University Press. 1981.
9. Janphete N. Study of pain management and satisfaction in postoperative patients receiving general anesthesia in the recovery room, Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2019;13(1):13-22.(in Thai)
10. Watthanatanyakarn D, Sumdaengrit B, Kanoksuntornrut N. The evaluation of pain management guideline in patients with orthopedic surgery. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(4):100-9. (in Thai)



ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป ของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

Predictive Factors for COVID-19 Prevention Practices of Public Among Thai People in Urban Slums and Markets

นงเยาว์ เกษตรภิบาล¹, นงศ์คราญ วิเศษกุล¹, คำพอง คำนนท์², อัครพงษ์ อันทอง³

Nongyao Kasatpibal¹, Nongkran Viseskul¹, Kampong Kamnon², Akarapong Untong³

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ² การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

³ คณะพัฒนาการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยแม่โจ้

¹ Faculty of Nursing Chiang Mai University, ² Cluster of Nursing Rajavithi Hospital

³ Faculty of Tourism Development Maejo University

Corresponding author: Nongyao Kasatpibal; Email: nongyaok2003@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 22, 2023 Accepted: Octobre 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด กลุ่มตัวอย่าง คือ คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ จำนวน 1,996 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .93-.98 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .81 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .94-.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมการโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.2) ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลรวม (total effect: TE) ที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ บริบทแวดล้อม (TE=.71) ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล (TE=.06) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ และสื่อออนไลน์ (TE=.13 และ .08 ตามลำดับ) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (TE=.07) ทักษะคิดต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน (TE=.14) และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม (TE=.04) โดยภาพรวมโมเดลสามารถทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 65 ($R^2=.65$) จากการวิเคราะห์ที่กลุ่มย่อยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองแออัดพบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป (TE=.09) ดังนั้นผู้กำหนดนโยบาย ควรสร้างบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สร้างการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพผ่านบุคลากรสุขภาพ สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ สร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรค และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เพื่อนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคโควิด 19; ตลาด; การปฏิบัติการป้องกัน; ชุมชนเมืองแออัด



Predictive Factors for COVID-19 Prevention Practices of Public Among Thai People in Urban Slums and Markets

Nongyao Kasatpibal¹, Nongkran Viseskul¹, Kampong Kamnon², Akarapong Untong³

¹ Faculty of Nursing Chiang Mai University, ² Cluster of Nursing Rajavithi Hospital

³ Faculty of Tourism Development Maejo University

Corresponding author: Nongyao Kasatpibal; E-mail: nongyaok2003@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 22, 2023 Accepted: Octobre 20, 2023

Abstract

This aim of this predictive study was to examine factors that predict COVID-19 prevention behaviours among Thai people living in urban slums and markets in Bangkok and Chiang Mai. The sample consisted of 1,996 participants. Data were collected between December 2021 and March 2022 using a questionnaire. The indices for content validity, Kuder-Richardson 20, and Cronbach's alpha of the questionnaires ranged from .93-.98, .81, and .94-.99, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling [SEM]. The study demonstrated that about half of the participants had a high level of COVID-19 prevention practices when interacting with the public (53.2%). Potential predictive factors and their total effects (TE) for COVID-19 prevention practices of the participants for the general public included context (TE=.71); effective government communication (TE=.06); perceived information about COVID-19 from healthcare personnel and social media (TE=.13 and .08, respectively); reliability of information about COVID-19 from social media (TE=.07); attitudes towards the consequences of infection or quarantine (TE=.14), and receiving more than two doses of the COVID-19 vaccine (TE=.04). Overall, these factors predicted 65% of the variation in COVID-19 prevention practices ($R^2=.65$). Subgroup analysis of participants in urban slums determined that community strength influenced the COVID-19 prevention practice of the participants in public (TE=.09). Therefore, policymakers should create an environment that supports COVID-19 prevention practices, build effective communication through healthcare personnel, online media, and television, create a positive attitude toward disease prevention, and strengthen the community to enhance proper COVID-19 prevention practices that lead to effective prevention and control of COVID-19 in urban slums and markets.

Keywords: COVID-19; market; preventive practice; urban slum



ความเป็นมาและความสำคัญ

การระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะคนในชุมชนเมืองแออัด เนื่องจากที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐาน มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ชุมชนมีสภาพทรุดโทรม เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม มีปัญหาคุณภาพชีวิต การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ รายได้ต่ำ และมีหนี้สิน รวมถึงประชาชนในชุมชนเมืองแออัดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง¹ ส่งผลให้ชุมชนเมืองแออัดในเขตเมืองมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเทศไทยการระบาดของโรคโควิด 19 พบผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัด โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบผู้ติดเชื้อเป็นเป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในแคมป์คนงานก่อสร้าง และพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในตลาด ส่วนการระบาดในชุมชนเมืองแออัดและตลาดนอกเมืองหลวง คือ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ติดเชื้อจากตลาดแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่มากกว่า 2,000 ราย² ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีพบว่า ประชาชนที่อยู่ในชุมชนของประเทศเคนยาพบว่า ร้อยละ 97.1 ทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ร้อยละ 81.5 รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 79.3 อยู่บ้าน และร้อยละ 73.2 ให้คำแนะนำผู้อื่นในการสังเกตอาการของการติดเชื้อ³ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาจากประเทศเคนยาที่พบว่าประชาชนปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือร้อยละ 56.0-84.0 สำหรับการสวมหน้ากากอนามัยพบว่าประชาชนร้อยละ 89.0 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน แต่ไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 99.0 และใช้หน้ากากอนามัยซ้ำมากกว่า 1 วัน ร้อยละ 66.0 นอกจากนี้ในช่วงที่มีมาตรการให้อยู่บ้านเพื่อเว้นระยะห่างทางสังคมพบว่าประชาชนมีการออกนอกบ้านสูงถึงร้อยละ 81.04 และในประเทศจีนพบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 98.0 และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัดร้อยละ 96.45 สำหรับในประเทศไทยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกิจกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 หรือผู้ถูกกักกันได้ถูกต้องทุกครั้งร้อยละ 86.0-94.5 เช่น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 94.5 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 93.0 ไม่ใช้งาน ชาม ซ้อน ส้อม ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 94.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 92.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 92.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 89.5 และเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 ระหว่างพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 86.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 88.56

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องของประชาชนขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ บริบทแวดล้อม สุขภาพจิต และความเข้มแข็งของชุมชน ดังการศึกษาปัจจัยทำนายในประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าเพศชาย และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าเพศหญิงทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าเพศชายร้อยละ 11.06 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในประเทศคองโกที่พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมีการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง⁸ อายุ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ แต่พบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่สถานที่แออัดเพิ่มขึ้น⁹

ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตที่พักอาศัย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรค โควิด 19 โดยการศึกษาในประเทศคองโกและประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย จะปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า⁸ สอดคล้องกับการศึกษาใน



ประเทศจีน¹⁰ พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ($r=.168, p=.05$) และการมีเจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r=.140, p=.05$)⁶ ทางด้านศาสนา มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อและความศรัทธาในหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด รวมถึงมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามหลักศาสนานโยบายและมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ตามประกาศของรัฐ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า คนที่นับถือศาสนาอิสลามมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ¹² การศึกษาในประเทศจีน พบว่า การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 ($\beta = .37, p < .001$) และพบว่าการมีทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ และผลกระทบส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกันเพิ่มขึ้น ส่วนการการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีผลต่อทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกันเพิ่มขึ้น⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า สื่อต่างๆ เช่น สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีวัคซีนและไม่มียารักษา การติดเชื้อส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีขึ้น และสื่อยังมีผลทำให้ประชาชนมีความรู้และมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น¹³ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย พบว่า สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 แต่สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 การศึกษานี้ยังพบว่า บริบทแวดล้อม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ผู้นำชุมชน อสส./อสม. บุคลากรสุขภาพ ผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 รวมถึงส่งผลให้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน¹² ความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์กักกันเฝ้าระวังโรคระดับตำบลและจัดทำโครงการ การจัดกิจกรรมจิตอาสา การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อในจุดที่ชุมชนมองเห็นได้ชัดเจน การเป็นหูเป็นตา สอดส่องดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก และการจัดสถานที่มุงสบบนชุมชนเพื่อให้คนพักผ่อน หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อความสงบทางใจ ทำให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าบางปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ยังไม่มีความชัดเจน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

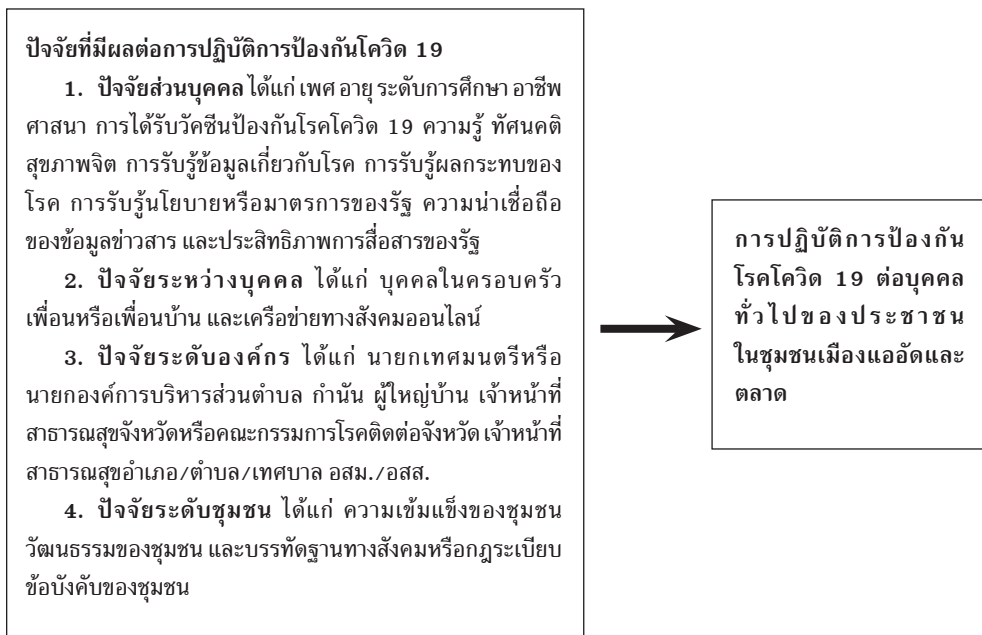


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
2. เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปฏิบัติที่ถูกต้องของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด19 ต่อบุคคลทั่วไปขึ้นกับหลายปัจจัย ในการศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา¹⁵ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ความรู้ ทักษะคติ สุขภาพจิต การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ผลกระทบของโรค และการรับรู้นโยบายหรือมาตรการของรัฐ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ 3) ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดหรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล อสม./อสส. 4) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคมหรือกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชน และ 5) ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายและมาตรการของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สรุปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาในชุมชนเมืองแออัดในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ประชากรคือ คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดของประเทศไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการวิเคราะห์โดยใช้ Structural Equation Modeling (SEM) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 200 คน¹⁶ แต่จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า model ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ SEM มีความแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมและพื้นที่¹² ดังนั้นเพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์จำแนกตามพื้นที่ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 500 คนต่อพื้นที่ (ชุมชนแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่) รวมทั้งสิ้น 2,000 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่รุนแรง จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ประชากรอยู่อย่างหนาแน่น และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 หลังจากเลือกชุมชนและตลาดแล้ว สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 1,000 คนต่อจังหวัด (ชุมชน 500 คน และตลาด 500 คน) รวมทั้งสิ้น 2,000 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 1,996 คน แบ่งเป็นจังหวัดกรุงเทพมหานคร 996 คน (ชุมชน 496 คน และตลาด 500 คน) และจังหวัดเชียงใหม่ 1,000 คน (ชุมชน 500 คน และตลาด 500 คน) มีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างชุมชนเมืองแออัด คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ และจังหวัดเชียงใหม่ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างในตลาด เพิ่มเติมคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ใช้บริการซื้อขายในตลาดอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ขณะที่ยังไม่สิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของนางเยาว์ เกษตรภิบาล¹² ประกอบด้วย 9 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จังหวัดที่พักอาศัย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ความเพียงพอของพื้นที่บ้านหรือห้องที่กักตัว พื้นที่สำหรับกักตัวและดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน แหล่งข้อมูลข่าวสาร และอื่น ๆ รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกตอบคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 16-32 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 33-48 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 49-64 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 26-52 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 53-78 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 79-104 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 33 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก ถูกและผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 26 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนน 21-25 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ ข้อเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทัศนคติทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 10 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนทัศนคติทางลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 10 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 18-72 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 73-126 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 127-180 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสื่อสาร ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีจำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 33-66 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 67-99 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 100-132 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการเยียวยา จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และไม่กระทบ 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 14-28 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 29-42 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 43-56 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามสุขภาพจิต ผู้วิจัยประเมินโดย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด (depression anxiety stress scale [DASS-21])¹⁷ จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง มีจำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 19-38 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 39-57 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 58-76 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 แบบสอบถามการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการเยียวยาของรัฐบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ .96 แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง ได้ค่า CVI เท่ากับ .97, .96, .98, .93, .96, .93, .98 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .81 และแบบสอบถามส่วนอื่น ๆ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ และมาตรการเยียวยาของรัฐบาล แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง เท่ากับ .99, .98, .94, .96, .99, .96 และ .98

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 105/2020



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการทำวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามแล้ว ให้ส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในซองและปิดผนึก ให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ โดยผู้ประสานงานในพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ส่งให้ผู้วิจัย แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งสิ้น 3 เดือน อัตราการตอบกลับร้อยละ 99.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติการป้องกันโรคฯ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคฯ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ การสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ สุขภาพจิต และความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคฯ โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50.1 และ 49.9 ตามลำดับ เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 32.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.6 และมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 18.9 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 36.5 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 89.0 ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคโควิด 19 มีห้องที่กักตัวร้อยละ 50.6 ส่วนใหญ่คิดว่ามีฐานะยากจนเหมือนคนอื่นในชุมชนร้อยละ 88.5 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 และผู้ถูกกักกันโรคโควิด 19 ในชุมชนร้อยละ 64.4 และ 55.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ชุมชนไม่มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 86.2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ เฟซบุ๊กร้อยละ 27.3

2. การปฏิบัติและปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 53.2 มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.1 มีทัศนคติต่อบุคคลทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.0 มีการรับรู้ว่าการสื่อสารของรัฐบาลเกี่ยวกับโรคฯ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.1 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.0 มีการรับรู้แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 มีการรับรู้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ในระดับปานกลางร้อยละ 62.7 มีคะแนนความคิดเห็นว่าได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.5 และมีความคิดเห็นว่าจะได้รับความช่วยเหลือ



จากมาตรการเฝ้าระวังของรัฐบาลจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.0 มีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 15.1 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.2 มีความเครียดจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 6.2 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 9.6 มีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 10.4 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 3.7 มีความคิดเห็นว่าการชุมนุมมีความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.7 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านทุนสังคม ชุมชนมีความเข้มแข็งอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.4 ด้านผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.3 และด้านการป้องกันและควบคุมโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 46.1

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งต่อบุคคลทั่วไป มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยร้อยละ 71.6 ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.8 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.1 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.0 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้งร้อยละ 58.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติทุกครั้งที่ต้องต่อบุคคลทั่วไปน้อยที่สุดคือ ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินแก่คนเหล่านี้ร้อยละ 28.9 และต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 28.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำแนกตามรายข้อ (n=1,996)

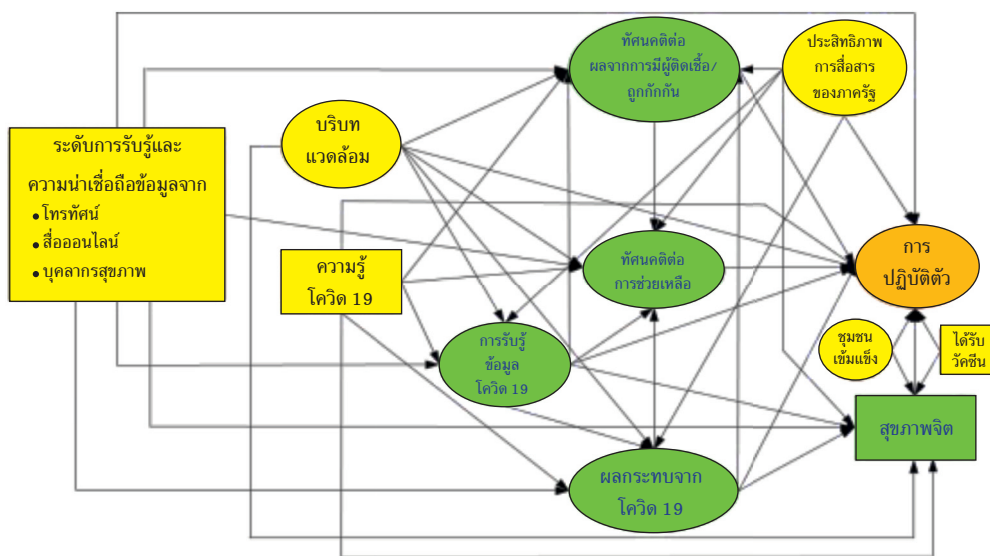
ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป			
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
1.	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	1,430(71.6)	494(24.7)	65(3.3)	7(0.4)
2.	ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	1,233(61.8)	578(29.0)	113(5.7)	72(3.6)
3.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,219(61.1)	567(28.4)	156(7.8)	54(2.7)
4.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,218(61.0)	592(29.7)	151(7.6)	35(1.8)
5.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	1,159(58.1)	690(34.6)	136(6.8)	11(0.6)
6.	ไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	1,152(57.7)	592(29.7)	165(8.3)	87(4.4)
7.	พูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	1,128(56.5)	718(36.0)	140(7.0)	10(0.5)
8.	สนับสนุนให้ชุมชนจัดฟันยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในชุมชน ที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	1,126(56.4)	500(25.1)	241(12.1)	129(6.5)
9.	สนับสนุนให้ชุมชนจัดฟันยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ที่บ้านของคนเหล่านี้	1,095(54.9)	534(26.8)	252(12.6)	115(5.8)
10.	ไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,079(54.1)	670(33.6)	205(10.3)	42(2.1)
11.	รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	964(48.3)	702(35.2)	266(13.3)	64(3.2)
12.	สนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/ แยกบ้านกับผู้อื่น	846(42.4)	695(34.8)	305(15.3)	150(7.5)



13. ไม่ใช่โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้	840(42.1)	737(36.9)	309(15.5)	110(5.5)
14. ไม่ใช่ห้องน้ำร่วมกับคนเหล่านี้	828(41.5)	674(33.8)	360(18.0)	134(6.7)
15. แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคฯ ให้คนเหล่านี้	774(38.8)	657(32.9)	383(19.2)	182(9.1)
16. พบปะคนเหล่านี้เพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	718(36.0)	650(32.6)	353(17.7)	275(13.8)
17. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้	714(35.8)	641(32.1)	390(19.5)	251(12.6)
18. ห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยือนคนเหล่านี้	704(35.3)	724(36.3)	410(20.5)	158(7.9)
19. ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนเหล่านี้ทางโทรศัพท์	696(34.9)	642(32.2)	379(19.0)	279(14.0)
20. มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคฯ ในคนเหล่านี้	686(34.4)	649(32.5)	443(22.2)	218(10.9)
21. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนเหล่านี้ เข้าร่วมกิจกรรม	685(34.3)	722(36.2)	408(20.4)	181(9.1)
22. ห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็ก หรือสมาชิกในครอบครัว คนเหล่านี้	680(34.1)	728(36.5)	454(22.7)	134(6.7)
23. มีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติ ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน	676(33.9)	594(29.8)	408(20.4)	318(15.9)
24. มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่าง ที่มีการเฝ้าระวังโรคฯ จนครบ 14 วัน	650(32.6)	616(30.9)	448(22.4)	282(14.1)
25. ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินแก่คนเหล่านี้	577(28.9)	702(35.2)	489(24.5)	228(11.4)
26.ต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	575(28.8)	769(38.5)	408(20.4)	244(12.2)

3. ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

จากกรอบแนวคิดที่นำเสนอภาพที่ 1 ถูกนำมาพัฒนาเป็นแบบจำลองเริ่มต้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างสำหรับค้นหาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปดังแสดงภาพที่ 2 ที่ซึ่งมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ซับซ้อนและยังมีทั้งตัวแปรภายนอก (สีเหลือง) และตัวแปรคั่นกลาง (สีเขียว) หลังจากนั้นจะประยุกต์ใช้ Maximum Likelihood Estimation with Robust Standard Errors (MLR) ในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาแบบจำลองไม่ผ่านเงื่อนไข multivariate normal จึงไม่สามารถประยุกต์ใช้วิธี maximum likelihood estimation (MLE) ในการประมาณค่าได้ เพราะจะทำให้ค่าที่ประมาณได้ไม่มีประสิทธิภาพ (efficiency)



หมายเหตุ: ตัวแปรที่มีสีเหลือง คือ ตัวแปรภายนอก ส่วนตัวแปรที่มีสีเขียว คือ ตัวแปรต้นกลาง สำหรับตัวแปรที่มีสีส้ม คือ ตัวแปรตาม ภาพที่ 2 แบบจำลองปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

ผลการประมาณค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่แสดงในตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ บริบทแวดล้อม (TE=.71) ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล (TE=.06) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ และสื่อออนไลน์ (TE=.13 และ .08 ตามลำดับ) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (TE=.07) ทัศนคติต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน (TE=.14) และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม (TE=.04) โดยภาพรวมโมเดลสามารถทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 65 (R²=.65) จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองแออัด พบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป (TE=.09) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ขนาดของอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป (n = 1,996)

ตัวแปร	DE	IE	TE
บริบทแวดล้อม	.683	.029	.711
ทัศนคติต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน	.146	ns	.144
ทัศนคติต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลหากมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน	ns	-	ns
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19	ns	ns	ns
ประสิทธิภาพการสื่อสารของภาครัฐ	ns	ns	.058
ผลกระทบจากการระบาดของโควิด 19	ns	ns	ns
ชุมชนเข้มแข็ง	ns	ns	ns
สุขภาพจิต (คะแนน)	ns	-	ns
ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 (คะแนน)	ns	-.030	ns



ตัวแปร	DE	IE	TE
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	ns	ns	ns
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	.068	ns	.075
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ	.137	ns	.131
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์	ns	ns	ns
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์	ns	.016	.066
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ	ns	ns	ns
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า 2 เข็ม ขึ้นไป	.047	ns	.044
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R^2)		.649	
Goodness of fit indicators			
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value) [Low χ^2 , > .05]		4,656.210 (.000)	
- χ^2 / df [≤ 2.00]		5.617	
- RMSEA (90% confidence interval) [$\leq .07$]		.048 [.047, .046]	
- SRMR [$\leq .08$]		.074	
- Comparative Fit Index (CFI) [$\geq .95$]		.910	
- Tucker Lewis Index (TLI) [$\geq .95$]		.895	

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

DE = อิทธิพลทางตรง (Direct effect), IE = อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) และ TE = อิทธิพลรวม (Total effect)

อภิปรายผล

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป ของชุมชนเมืองแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ในภาพรวมสามารถทำนายได้ร้อยละ 65 ($R^2 = .65$) ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ประกอบด้วย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ/อสส./อสม. วัฒนธรรมชุมชน และนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคฯ ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป โดยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติมาก คือ 1) นโยบายหรือมาตรการควบคุมของรัฐ ได้แก่ การสั่งปิดสถานที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน การให้เรียนหรือทำงานที่บ้าน และงดการรวมกลุ่มในชุมชน และ 2) บุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ อสส./อสม. ก็มีผลต่อการปฏิบัติของคนในชุมชนค่อนข้างมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการระบาดของโรคฯ ในช่วงที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่เป็นการระบาดในชุมชน ในตลาด และในครัวเรือน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้ตนเอง ครอบครัว และคนในชุมชนปลอดภัยจากโรคฯ และลดการแพร่ระบาดของโรคฯ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยอมรับและเคารพนับถือผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และ อสส./อสม. รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า อสส./อสม. บุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคฯ และต่อผู้ถูกกักกัน เนื่องจากบริบทแวดล้อมดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน รวมถึงคนที่อาศัยในชนบท จะมีวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่ต้องยอมรับและต้องปฏิบัติตาม มีการยอมรับและเคารพนับถือ อสส./อสม. บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ¹⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าบุคลากรสุขภาพ



มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกในการจัดการปัญหาและปกป้องชุมชนในมิติต่าง ๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และมีการขยายเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดจิตอาสาภาคประชาสังคมจนถึงระดับกลุ่มย่อยของชุมชน ในการรับมือต่อสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคฯ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และลดการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ เพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโรคฯ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วย และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคฯ¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดสงขลา ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคฯ โดยการได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฯ รวมไปถึงการได้รับคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคฯ จากสมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพภายในชุมชน หรือจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ²⁰

2. ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า คนในชุมชนรับรู้ว่าการสื่อสารเกี่ยวกับโรคฯ จากรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน สั้นกระชับได้ใจความ สื่อสารตรงกัน รวดเร็วทันเวลา และโปร่งใส ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวัน และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาด รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชนจาก อสม. ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ มากขึ้น²¹

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไป อาจเนื่องจากการปฏิบัติที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ 3 อันดับ คือ บุคลากรสุขภาพ สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพในพื้นที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนเมืองแออัดและตลาด โดยเข้าไปให้ความรู้ในการป้องกันโรคฯ และดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคฯ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้น ส่วนสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่าย มีความดีในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ และสามารถดูซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกรุงเทพมหานครที่พบว่า บุคลากรสุขภาพได้ดำเนินการร่วมกับชุมชนในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคฯ และทำความเข้าใจให้ประชาชนทุกคนทุกคนรอบคร้วร่วมรณรงค์การฉีดวัคซีน และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด รวมถึงประสานงานและให้การดูแลผู้ติดเชื้อและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคฯ ให้กับจิตอาสาชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ไม่เกิดการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ และจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง¹⁹ รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับสูง ซึ่งการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน โดยประชาชนรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มากที่สุด¹⁸ และจากการศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคฯ มากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคฯ ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่กล่าวถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ทำให้บุคคลตระหนัก ถึงความรุนแรงของโรคมาก และนำไปสู่ความตระหนักถึงการป้องกันตนเอง นอกจากนี้พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการปฏิบัติกาป้องกันโรคฯ ของประชาชน ($\beta = .123, p < .05$)²⁰

4. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคล



ทั่วไป แหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ 3 อันดับ คือ บุคลากรสุขภาพ สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพที่ได้รับการยอมรับนับถือ ชื่นชม เชื่อในศักยภาพ คุณภาพ และความสามารถที่จะนำพาคนในชุมชนให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคฯ จะส่งผลให้คนในชุมชนปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ส่วนสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์ที่คนในชุมชนเชื่อถือ เนื่องจากสื่อดังกล่าวนำเสนอโดย ศบค. กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการวางแผน การเตรียมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลก่อนการนำเสนอสู่สาธารณะชน ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีความถูกต้อง ชัดเจน สั้นกระชับได้ใจความ สื่อสารตรงกัน รวดเร็วทันเวลา และโปร่งใส สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพที่มีการสื่อสารเชิงเสริมพลัง ทำให้เกิดการร่วมระดมสมองร่วมวางแผน ในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ ในชุมชน¹⁹

5. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ ที่ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับ คือ วิถีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคฯ (ร้อยละ 93.0) การสวมหน้ากากอนามัยมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 (ร้อยละ 88.02) และการล้างมือที่ถูกต้องวิธี (ร้อยละ 86.4) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป แตกต่างจากการศึกษาในประเทศบังกลาเทศ ที่พบว่า ประชาชนที่มีมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด 19 สูง ($\beta = .053, p < .001$)²¹

6. ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ พบว่า การกลัวหรือกังวลว่าจะติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ถูกกักกัน จะมีผลต่อการปฏิบัติอย่างถูกต้องในการป้องกันโรคมกขึ้น โดยพบว่า 3 อันดับ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ คือ การมีกิจกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อในสถานที่อยู่อาศัย การมีเพศสัมพันธ์หรือหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง และการติดเชื้อมาจากการทำงาน/ประกอบอาชีพ ซึ่งผลการศึกษาปัจจัยทำนาย พบว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ จะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไปมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า หากคนในชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ จะทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไปเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสร้างทัศนคติเชิงบวกในเรื่องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเชิงบวก และนำมาสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้หากคนในชุมชนเกิดความกลัวต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกันในชุมชนและในตลาด ได้แก่ การจำกัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง คนในชุมชนถูกเลิกจ้างหรือพักงาน มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ส่งผลให้คนในชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ มากขึ้น และยังพบว่าคนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือเกื้อกูลหากมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกันเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเป็นคนในชุมชน ต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังผลการศึกษาที่พบว่า คนในตลาดที่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ จะให้การยอมรับคนที่ปกป้องตนเอง มีความระมัดระวังในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ และให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีน เนื่องจากคนในตลาดมีความกังวลเรื่องรายได้ที่เป็นจุดหมายร่วมกัน หากตลาดปิดเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อเรื่องรายได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อปกป้องพื้นที่ที่ใช้หารายได้ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ประชาชนมากกว่าร้อยละ 60 มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 และผู้ถูกกักกันว่าเป็นบุคคลที่สมาชิกและคนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ และประชาชนประมาณร้อยละ 50 มีความเห็นว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคฯ หรือผู้ถูกกักกัน แต่ควรช่วยลดการตีตราในกลุ่มคนดังกล่าว¹⁸

7. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ



ต่อบุคคลทั่วไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคฯ มากกว่า 2 เข็ม เป็นกลุ่มที่ใส่ใจสุขภาพ กลัวการติดเชื้อโรคฯ และผลกระทบจากการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า การเห็นคนติดเชื้อในชุมชนมีจำนวนมาก และรับรู้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคฯ ในชุมชน ทำให้คนในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการรับวัคซีนป้องกันโรคฯ และปฏิบัติการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามพบว่า คนในชุมชนบางส่วนยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่รุนแรงว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากการได้รับวัคซีน ซึ่งเป็นข่าวปลอม ทำให้ไม่กล้าฉีดวัคซีนเพราะกลัวเสียชีวิต

8. ความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้การปฏิบัติการป้องกันโรคฯ มีประสิทธิภาพ จากการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ชุมชนมีต้นทุนทางสังคมที่ดี 3 อันดับ คือ คนในชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกันและมีความเอื้ออาทรต่อกัน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารกันหลายรูปแบบ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน 2) ชุมชนมีผู้นำที่ดี 3 อันดับ คือ ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและได้รับสนับสนุนจากคนในชุมชน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีความเสียสละและอดทน และ 3) ชุมชนมีการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่ดี 3 อันดับ คือ ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคฯ คนในชุมชนให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคฯ และชุมชนดำเนินการป้องกันโรคฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ชุมชนที่มีการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่มีประสิทธิภาพ คือ การมีศูนย์กลางคือผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยจัดการที่เข้มแข็ง การประสานงานผ่านผู้นำชุมชน จะช่วยทำให้ได้รับความช่วยเหลือและสื่อสารได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผู้นำชุมชนยังเป็นหน่วยรับและส่งต่อข้อมูลและของบริจาคเพื่อกระจายในพื้นที่ ดังนั้นจึงต้องอาศัยกลุ่มผู้นำชุมชนและสื่อสารมวลชนที่จะเผยแพร่ข่าวสารและสร้างช่องทางที่รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะหากชุมชนมีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ย่อมทำให้เกิดความรวดเร็ว และข้อมูลน่าเชื่อถือมากกว่ากลุ่มบุคคลปกติ นอกจากนี้การมีคณะกรรมการชุมชนและสมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือ มีระบบการเฝ้าระวังและระบบการสื่อสารที่ดี ทำให้คนในชุมชนรับรู้ข้อมูลและร่วมด้วยช่วยกันดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคฯ ของชุมชนได้อย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกลึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และเกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมถึงการสร้างทีมงานในพื้นที่ที่ช่วยสนับสนุนให้เข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความรู้ในการดูแลและการป้องกันตนเอง สนับสนุนและสร้างโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันโรคฯ ในขณะที่บริบทของตลาดถือเป็นบริบทที่มีขอบเขตชัดเจนและมีผู้นำ คือ ผู้จัดการตลาดเป็นผู้กำหนดมาตรการ ทั้งนี้แผนรองรับการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ คือ ไม่ต้องรอให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนด ดังนั้นตลาดใช้การวางมาตรการก่อนการกำหนดจากภาครัฐ มีบริการการตรวจเชิงรุก มีบริการการทำความสะอาดและฉีดฆ่าเชื้อในพื้นที่สาธารณะจากสำนักงานเขต และมีการควบคุมป้องปรามจากตำรวจสายตรวจเพื่อป้องกันการตั้งวงตี๋มสุรา

ปัจจัยหลักในการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคฯ ในชุมชนเมืองแออัด คือ การบริหารจัดการที่ดี โดยต้องมีทีมงานหลักและกำลังคนที่มีความรู้ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการทำงาน จัดหาคนมาช่วยเป็นทีมงานเพื่อทำงานได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง รวมทั้งมีการกำหนดค่านิยมร่วมกัน สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคฯ ของคนในชุมชน ทำให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและกลุ่มจิตอาสาทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาชุมชน โดยมีแกนนำที่มีความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะและความสามารถในการบริหารจัดการ รวมถึงความสามัคคีของคนในชุมชนทั้งกลุ่มคนดั้งเดิมและกลุ่มคนที่โยกย้ายถิ่นฐานมาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่หลากหลายอย่างทั่วถึง ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันโรคฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²² เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดยการจัดตั้งศูนย์กลางเฝ้าระวังโรคระดับตำบล การจัดกิจกรรมจิตอาสา



การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรค การสอดส่องดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน¹⁵ และการศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อภาวะวิกฤตของโรคฯ โดยอาศัยความสามัคคี ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีการประสานงานกัน และมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกในชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี³

9. สุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่า นโยบายหรือมาตรการรัฐ และการระบาดของโรคฯ ให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหรือความกังวลต่อการติดเชื้อโรคฯ ส่งผลให้ปฏิบัติการป้องกันโรคฯ มากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 15.1 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.4 และมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 6.2 เนื่องจากในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคฯ ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากปัญหาอุปตัน เกิดจากการขาดรายได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรืองดการจัดกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม และพิธีกรรมทางศาสนา การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน นอกจากนี้การเป็นผู้ติดเชื้อหรือมีผู้ติดเชื้อในชุมชน ทำให้สังคมรังเกียจ เกิดความเครียด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดให้ประสบความสำเร็จ รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สร้างบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาด พัฒนาการสื่อสารของรัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนผ่านบุคลากรสุขภาพ สื่อออนไลน์ โทรศัพท์โดยเน้นย้ำประชาชนให้ใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล สร้างทัศนคติที่ดีและส่งเสริมประชาชนให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติการป้องกันโรคและเข้ารับการฉีดวัคซีน รวมถึงควรมีการประเมินและติดตามสุขภาพจิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. มิ่งสรรพ ขาวสอาด และนายแพทย์ปณิธิ ธิมมวิจยะ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจ จนทำให้การทำวิจัยสำเร็จลุส่งได้ด้วยดี และขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และหน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย



References

1. Housing Strategy and Information Division Department of Housing Development National Housing Authority. Information on low-income communities [internet]. 2017 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://housingkc.nha.co.th/files/article/attachments/90a0cc4aa77df344b52300cbd3a022c3.pdf>.(in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) public health measures and problems, obstacles, disease prevention and control in travelers [internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>.(in Thai)
3. Austrian K, Pinchoff J, Tidwell JB, White C, Abuya T, Kangwana B, Ngo TD. Covid related knowledge, attitudes, practices and needs of households in informal settlements in Nairobi, Kenya. SSRN Electronic 2020. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3576785>
4. Population Council. Kenya: COVID perceptions, prevention practices, and impact responses from third round of data collection in five Nairobi informal settlements (Kibera, Huruma, Kariobangi, Dandora, and Mathare) [internet]. 2022 [cited 2020 Jun 14]. Available from: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2042&context=departments_sbsr-pgy
5. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* 2020; 16(10): 1745–52.
6. Faculty of Economics, Chulalongkorn University (2020). Behavioral insights of Thai households under the COVID situation under the support of Thailand Science Research and Innovation (TSRI) and Health Systems Research Institute (HSRI) [internet]. 2020 [cited 2020 Jun 14]. Available from <https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDWbfs4t8vIeqWAJw4ekj/view>.(in Thai)
7. Papageorge NW, Zahn MV, Belot M, Broek-Altenburg E, Choi S, Jamison JC, Tripodi E. Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic. *J Popul Eco* 2021; 34(2): 691–38.
8. Ditekemena JD, Mavoko HM, Obimpeh M, Van Hees S, Siewe Fodjo JN, Nkamba DM, Colebunders R. Adherence to covid-19 prevention measures in the democratic republic of the Congo, results of two consecutive online surveys. *IJERPH* 2021; 18(5): 2525.
9. Pasion R, Paiva TO, Fernandes C, Barbosa F. The age effect on protective behaviors during the covid-19 outbreak: Sociodemographic, perceptions and psychological accounts. *Front Psychol* 2020; 11: 561785.
10. Gao H, Hu R, Yin L, Yuan X, Tang H, Luo L, Jiang Z. Knowledge, attitudes and practices of the Chinese public with respect to coronavirus disease (COVID): An online cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1816.
11. Hassan SM, Ring A, Tahir N, Gabbay M. How do Muslim community members perceive Covid-19



- risk reduction recommendations – A UK qualitative study? *BMC Public Health* 2021; 21(1): 449.
12. Kasatpibal N, Viseskul, N, Kamnon K, Tokilay R, Sangkampang S, Thummathai K. Predicting factors of Thai population practices amid people have been infected/ quarantined and impacts of COVID outbreak (research report). Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2021.
 13. Roberts JA, David ME. Improving predictions of covid-19 preventive behavior: Development of a sequential mediation model. *Int J Res Med* 2021; 23(3): e23218.
 14. Suwannarat W, Katekaew M, Sakulrang K. Building community mental strength in the coronavirus 2019 pandemic. *AJCPH* 2022; 8(1): 1-14.
 15. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior. In Glanz K, Rimer, BK, Viswanath K. (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
 16. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford; 2011.
 17. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2013; 48: 1018-29.
 18. Kasatpibal N, Viseskul N, Kamnon K. Development of prevention and control model of COVID outbreak in Thai urban slums: community engagement phase I (research report). Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2022.
 19. Piaseu N, Neelapaichit N, Deesamer S, Kittipimpanon K, Chaknum P, Tantiprasoplap S, Kongcheep S, et al. Nurses' role in mobilizing community engagement in Covid pandemic: a case study of Bangkok metropolitan community. *TJNMP* 2021; 8(2): 8-20.(in Thai)
 20. Inthacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing preventive behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong town municipality Songkhla province. *JCCPH* 2021; 3(2): 19-30.(in Thai)
 21. Hosen I, Pakpour AH, Sakib N, Hussain N, Al Mamun F, Mamun MA. Knowledge and preventive behaviors regarding COVID in Bangladesh: A nationwide distribution. *PLoS One* 2021; 16(5): e0251151.
 22. Panyathorn K, Sapsirisopa K, Tanglakmankhong K, Krongyuth W. Community participation in COVID-19 prevention at Nongsawan village, Chiangpin sub-district, Mueang district, Udonthani province. *J Phrapokkiao Nurse College* 2021; 32(1): 189-204.(in Thai)
 23. Bowe M, Wakefield JRH, Kellezi B, Stevenson C, McNamara N, Jones BA, Heym N. The mental health benefits of community helping during crisis: coordinated helping, community identification and sense of unity during the COVID pandemic. *J Community Appl Soc Psychol* 2022, 32(3), 521-35.



การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยใช้การนวด

Rehabilitative Massage for Stroke Patients with

Muscle Weakness: A Systematic Review

สุสติ ก่อเจตีย์¹ อชิระ ก่อเจตีย์² ชนัญชิตา วงษ์ท้าว¹ ปภัสณา เมืองไทยธัช³

Pudsadee Korjedee¹ Achira Korjedee² Chanunchida Wongtao¹ Paputchana Maungthaitut³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ²โรงพยาบาลบางปะกอก 9

³โรงพยาบาลสระบุรี

¹Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, ²Bangpakokg Internation Hospital

³Saraburi Hospital

Corresponding: Pudsadee Korjedee ; Email: kpudsadee@yahoo.com

Received: June 1, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: November 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยคัดเลือกงานวิจัยงานเชิงปริมาณที่เป็นแบบทดลอง และกึ่งทดลอง ที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูล Google Scholar, ThaiJo, PubMed, CINAHL, Medline Complete, Cochrane Library ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2565 (2012-2022) โดยใช้เครื่องมือแบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินคุณภาพการวิจัย(Critical appraisal form)ประเภทงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองของโจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute แบบบันทึกสรุปผลการศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย และตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2 อ่านแยกกันอ่านรายงานการวิจัยอย่างอิสระจากกันแล้วนำข้อสรุปลงในแบบบันทึกสรุปผลการศึกษาข้อมูล ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดต่อภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบทดลองและแบบกึ่งทดลองที่เข้าเกณฑ์มีจำนวน 7 เรื่อง จากทั้งในประเทศไทย 3 เรื่อง และต่างประเทศ 4 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50-444 คน พบการนวด 5 รูปแบบ ได้แก่การนวดแบบทุนหนา การนวดสัมผัส การนวดไทยแบบราชสำนัก และการนวดแบบอินเดีย การนวดส่งผลลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เพิ่มการทำงานและการรับรู้ความรู้สึกของปลายประสาทและเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อเสนอแนะการนวดสามารถนำไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การนวด; ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



Rehabilitative Massage for Stroke Patients with

Muscle Weakness: A Systematic Review

Pudsadee Korjedee¹ Achira Korjedee² Chanunchida Wongtao¹ Paputchana Maungthaitut³

¹Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, ²Bangpakokg Internation Hospital

³Saraburi Hospital

Corresponding : Pudsadee Korjedee ; Email: kpudsadee@yahoo.com

Received: June 1, 2023 Revised: September 5, 2023 Accepted: November 30, 2023

Abstract

This study was a systematic literature review to investigate the effect of massage on stroke patients with muscle weakness. Experimental and quasi-experimental quantitative research papers published in Thai and English in Google Scholar, ThaiJo, PubMed, CINAHL, Medline Complete, and Cochrane Library databases from 2012–2022 were selected using a research screening tool developed by the researcher. A critical appraisal of experimental research or quasi-experimental research from the Joanna Briggs Institute was performed. Data extraction consisted of 2 parts, with Part 1 comprising general information about the research, and Part 2 comprising the content of the research. The second co-author of the study read the report independently and completed the data summary form. This systematic review found seven eligible articles on experimental and quasi-experimental studies concerning the effects of massage on stroke patients with muscle weakness, conducted both in Thailand (3 articles) and abroad (4 articles). The sample size was 50–444 people. There were 5 massage styles, including thick massage, touch massage, royal Thai massage and Indian massage. The results showed that massage reduced muscle spasms in patients with stroke, improved the function and sensation of nerve endings, and increased the ability to perform daily activities. Thus, it can be concluded that massage can be used in the rehabilitation of stroke patients.

Keywords: massage; muscle weakness; stroke patient



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตของคนทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 และเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากความพิการเป็นอันดับสาม¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง² อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้รับผลกระทบจากค่ารักษา³ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาขึ้นกับระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง การรับการผ่าตัดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก ชนิด และประเภทของโรงพยาบาล⁴ แม้การรักษาใหม่ๆ จะสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้แต่ความพิการยังคงหลงเหลือในสัดส่วนที่สูง ทำให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีภาวะพึ่งพา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵

ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่พบบ่อยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะบกพร่องการเคลื่อนไหว⁶ การนวด เป็นศาสตร์ที่มีมาช้านาน มีการนำมาใช้เป็นการบำบัดรักษา ซึ่งจัดเป็นการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก โดยการนวดมีหลายรูปแบบ เช่น การนวดอายุเวท (Ayurveda massage) การนวดแผนไทย (Thai traditional massage) นวดจีน (Chineses massage) และการนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) การนวดให้ประโยชน์ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาติก เพิ่มการไหลเวียนของระบบโลหิตทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณที่ถูกนวดให้ดีขึ้น จึงลดอาการปวด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและลดการยึดติดของข้อต่อต่างๆ ทั้งยังสามารถชะลอการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อได้ จึงมีการนำการนวดมาใช้ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

การศึกษาเกี่ยวกับการนวดแผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่านวดไทยมีผลเพิ่มระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน⁸ นวดไทยมีผลช่วยการลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบเท่าการทำกายภาพบำบัด⁹ การนวดไทยร่วมกับการทำกายภาพบำบัดมีผลในการฟื้นฟูกล้ามเนื้อส่วนบน การรับรู้ความรู้สึก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ลดอาการปวดข้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกดีกว่าการทำกายภาพบำบัดอย่างเดียว¹⁰ นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการนวดในรูปแบบการรักษาทางเลือก โดยใช้การนวดร่วมกับประคบสมุนไพร พบว่ามีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสามารถเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมผลของการนวดไทยในผู้ป่วยระบบประสาท¹² และผลของการนวดต่ออาการเกร็งในผู้ป่วยระบบประสาท⁷ แต่มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการนวดต่อภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปริมาณน้อย ทำให้ไม่สามารถสรุปผลอย่างชัดเจนว่าการนวดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างไรบ้าง ผู้วิจัยจึงสนใจทบทวนสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการนวดเพื่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมนวดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดูแลตนเองที่บ้าน โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูล ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพและทันสมัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการนวดในการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



คำถามการวิจัย

การนวดส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กำหนดกรอบของ PICO ในการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นแบบทดลอง และกึ่งทดลอง ดังนี้

P หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นกลุ่มตัวอย่าง หรือ ประชากร ที่ต้องการศึกษา

I หมายถึง การนวด เป็นโปรแกรมหรือวิธีบำบัดที่ต้องการศึกษา

C หมายถึง การพยาบาลปกติ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบประสิทธิผลกับกลุ่ม Intervention

O หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นผลลัพธ์จาก Intervention

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวนวรรณกรรม 2) การกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูล และการสรุปข้อมูล และ 7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยและการนำเสนอผลการทบทวนข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2565 (2012-2022)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2. เป็นรายงานวิจัยที่มีลักษณะวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง

3. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยมีตัวแปรต้นเป็นการนวด และตัวแปรตามเป็นผลของการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. เป็นรายงานการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2565 (2012-2022)

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. รายงานการวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจหรือพรรณนา กรณีศึกษา การวิจัยเชิงคุณภาพ และ การทบทวนวรรณกรรม

2. รายงานการวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์เรื่องภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. รายงานการวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

4. รายงานการวิจัยที่เข้าถึงต้นฉบับไม่ได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านผู้ทรงวุฒิ 1 ท่าน พิจารณาดำเนินหาความถูกต้องเหมาะสมก่อนการนำมาใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria form) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงแรงมีตัวแปรต้นเป็นการนวด และตัวแปรตามเป็นผลของการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการวิจัยของโจแอนนาบริกส์ 13 โดยงานวิจัยที่คัดเลือกต้องมีค่าคะแนนคุณภาพงานวิจัย อย่างน้อย 60 % โดยวิจัยแบบทดลองมีค่าคะแนน เต็มเท่ากับ 13 และ งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีค่าคะแนน เต็มเท่ากับ 9

3. แบบบันทึกการสกัดเนื้อหา (data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่เผยแพร่ รูปแบบการวิจัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบ/วิธีการนวด วิธีการวัดผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และผลการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ การนวด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง Massage, Stroke, Muscle weakness

2. สืบค้นในฐานข้อมูลทั้งไทยและต่างประเทศ ได้แก่ Google Scholar, ThaiJo, PubMed, CINAHL, Medline Complete, Cochrane Library ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2565

3. คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 แยกกันอ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้จากชื่อเรื่องและบทคัดย่อแล้ว ทำการคัดเลือกตามแบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน หาความเหมือนและแตกต่าง และหาข้อสรุปที่ตรงกัน

4. ประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพ ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 60 % ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านรายงานการวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยแล้วนำข้อสรุปลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกัน โดยระบุความเหมือนและแตกต่างของงานวิจัยที่อ่าน ในกรณีที่พบความคิดเห็นไม่ตรงกัน ให้ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2 เข้ามาอ่านและมีการปรึกษาร่วมกันจนกว่าจะมีความเห็นตรงกัน

5. วิเคราะห์และสรุปเนื้อหาการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านรายงานการวิจัยอย่างอิสระต่อกันแล้วนำข้อสรุปลงในแบบบันทึกการสกัดเนื้อหา

6. ให้ผู้ทรงวุฒิอ่านและตรวจสอบคุณภาพการวิจัยก่อนส่งตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์รูปแบบ



การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการนวด และผลของการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการนวด จากงานวิจัยที่คัดเข้าจำนวน 7 เรื่องตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพของโจแอนนา บริกส์ เป็นงานวิจัยประเภททดลอง จำนวน 6 เรื่องและงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งมีค่าคะแนน มากกว่า ร้อยละ 60

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูล Google Scholar, ThaiJo, PubMed, CINAHL, Medline Complete, Cochrane Library ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2565 ตามคำสำคัญ “stroke” OR “cerebrovascular accident” OR “post stroke” and “Swedish massage” OR Ayurveda OR “Deep tissue therapy” OR Shiatsu OR “Pararity therapy” OR Reflexology OR “rub” OR massage OR “massage therapy” and “muscle weakness” OR “muscle paralysis” OR “muscle function” OR “spasticity” และ “โรคหลอดเลือดสมอง” and “การนวด” and “กล้ามเนื้อลีบ” ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด จำนวน 131 เรื่อง ถูกคัดออก 29 เรื่อง เนื่องจากมีความซ้ำซ้อน เป็นเรื่องเดียวกันในการศึกษา 12 เรื่องและเข้าถึงต้นฉบับไม่ได้ 17 เรื่อง ต้นฉบับบทความที่เข้าสู่การพิจารณา 102 เรื่อง ต้นฉบับบทความที่ถูกคัดออก 95 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานการทบทวนวรรณกรรม 4 เรื่อง ไม่ใช่งานวิจัยประเภททดลองหรือกึ่งทดลอง 49 เรื่อง อาสาสมัครไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 เรื่อง ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ด้านกล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหว 22 เรื่อง งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้านำมาพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย 7 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้อบวมพร่อง ในประเทศไทยและต่างประเทศ มีทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็น 2 ประเภทตามชนิดของวิธีการนวดรักษา คือ 1)งานวิจัยที่ศึกษาผลการนวดรักษา 2)งานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดร่วมกับการรักษาอื่น ๆ (แผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 1)

การนวดรักษา

งานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดต่อภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบทดลอง มีจำนวน 3 เรื่อง^{9,14,15} จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50-90 คน ทำการศึกษาในหลายประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน 14 สวีเดน 15 ไทย 9 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการนวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้อบวมพร่อง ได้แก่ อ่อนแรงครึ่งซีก และมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแขน ขา 14, 15 และข้อนิ้วมืองอผิดรูป 9 ชนิดการนวดมี 4 แบบ ประกอบด้วยนวดทุยหนา นวดแบบสัมผัส นวดไทยแบบราชสำนัก และนวดไทยพื้นฐานวิธีและระยะเวลาการนวด มีดังนี้

1) นวดทุยหนา เป็นการนวดแบบศาสตร์จีน ระยะเวลาของการนวด 20-25 นาที มีความถี่ วันละครั้ง 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์¹⁴

2) นวดแบบสัมผัส เป็นการนวดอย่างนุ่มนวลด้วยการลูบมือแขน เท้า และขา ความเร็วของจังหวะประมาณ 1-5 ซม./วินาที ระหว่างการนวด ผู้เข้ารับการทดลองจะนอนบนเตียง ในระหว่างการนวด ผู้นวดจะไม่มี การสนทนา 2 สัปดาห์¹⁵

3) นวดไทยแบบราชสำนัก ระยะเวลาของการนวดครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลานาน 6 สัปดาห์

4) นวดไทยพื้นฐาน ประกอบด้วยทำในการนวดขา หลัง แขนและท้องโดยให้ผู้ป่วยหรือญาตินวดตนเองที่บ้าน นวดไทยทุกวัน อย่างน้อยวันละหนึ่งรอบ รอบละ 10-15 นาที เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์⁹

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบประเมิน



ภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (modified ashworth scale) ใช้ประเมินภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ แบบประเมินการทำงานของร่างกาย (Fugl-Meyer Score) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (modified barthel index)

ผลการศึกษาพบว่า นวดทุยหนาที่ส่งผลต่ออาการเกร็งกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด¹⁴ การนวดแบบสัมผัส มีผลเพิ่มการทำงานและการรับรู้ความรู้สึกของปลายประสาท แต่ผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อยังไม่ชัดเจน¹⁵ นวดไทยแบบราชสำนักมีผลต่ออาการเกร็งกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบเท่าการทำกายภาพบำบัด⁹ นวดไทยพื้นฐานส่งผลเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁹

การนวดร่วมกับการรักษาอื่น ๆ

งานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด^{10,16-17} การใช้สมุนไพร¹⁸ มีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบทดลอง^{10,16-18} และแบบกึ่งทดลองมีจำนวน 3 เรื่องและ 2 เรื่องตามลำดับ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 เรื่อง จำนวน 70-444 คน ทำการศึกษาในหลายประเทศ ได้แก่ ไทย สาธารณรัฐประชาชนจีน อินเดีย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน^{10,16-18} มีอาการเกร็งของระยางค์ส่วนบน¹⁷ มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก^{10,18} ชนิดการนวดร่วมกับการรักษาอื่น มี 4 แบบ ประกอบด้วย 1) นวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายภาพบำบัด 2) นวดทุยหนาร่วมกับกายภาพบำบัด 3) นวดอินเดียร่วมกับสมุนไพร และ 4) นวดไทยพื้นฐานร่วมกับแพทย์ทางเลือก วิธีและระยะเวลาการนวด มีดังนี้

1) นวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายภาพบำบัด นวดไทยแบบราชสำนัก มี 11 ท่า ได้แก่ นวดพื้นฐาน ขา หลัง บ่าไหล่ ขาด้านนอก-ใน แขนด้านนอก-ใน นวดพื้นฐานท้อง หัวไหล่ แขนเส้นโค้งคอ และศีรษะหน้า-หลัง นวดแบบวันเว้นวัน 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่อง

2) นวดทุยหนา 5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลานาน 4 สัปดาห์ การนวดทุยหนาประกอบด้วย 1) นวดทุยหนา โดยผู้เชี่ยวชาญ 20-25 นาที 2) การนวดระดับปานกลาง 3) การนวดบ่าไหล่ แขน ข้อมือ การนวดทุยหนา ร่วมกับการกายภาพบำบัด ครั้งละ 2 ชม. และการทำกิจกรรมบำบัด ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3) นวดแบบอินเดียระดับความแรงปานกลาง ร่วมกับการรักษาด้วยสมุนไพรเป็น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลานาน 2 เดือน

4) นวดไทยร่วมกับการทำกายภาพบำบัด จำนวน 11 ครั้ง ระยะเวลา 30 วัน

5) นวดร่วมกับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก การประคบสมุนไพร การแช่น้ำสมุนไพร และร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน วันละ 1 ครั้ง รอบละ 30-60 นาที ทุกวัน ระยะเวลา 3 เดือน

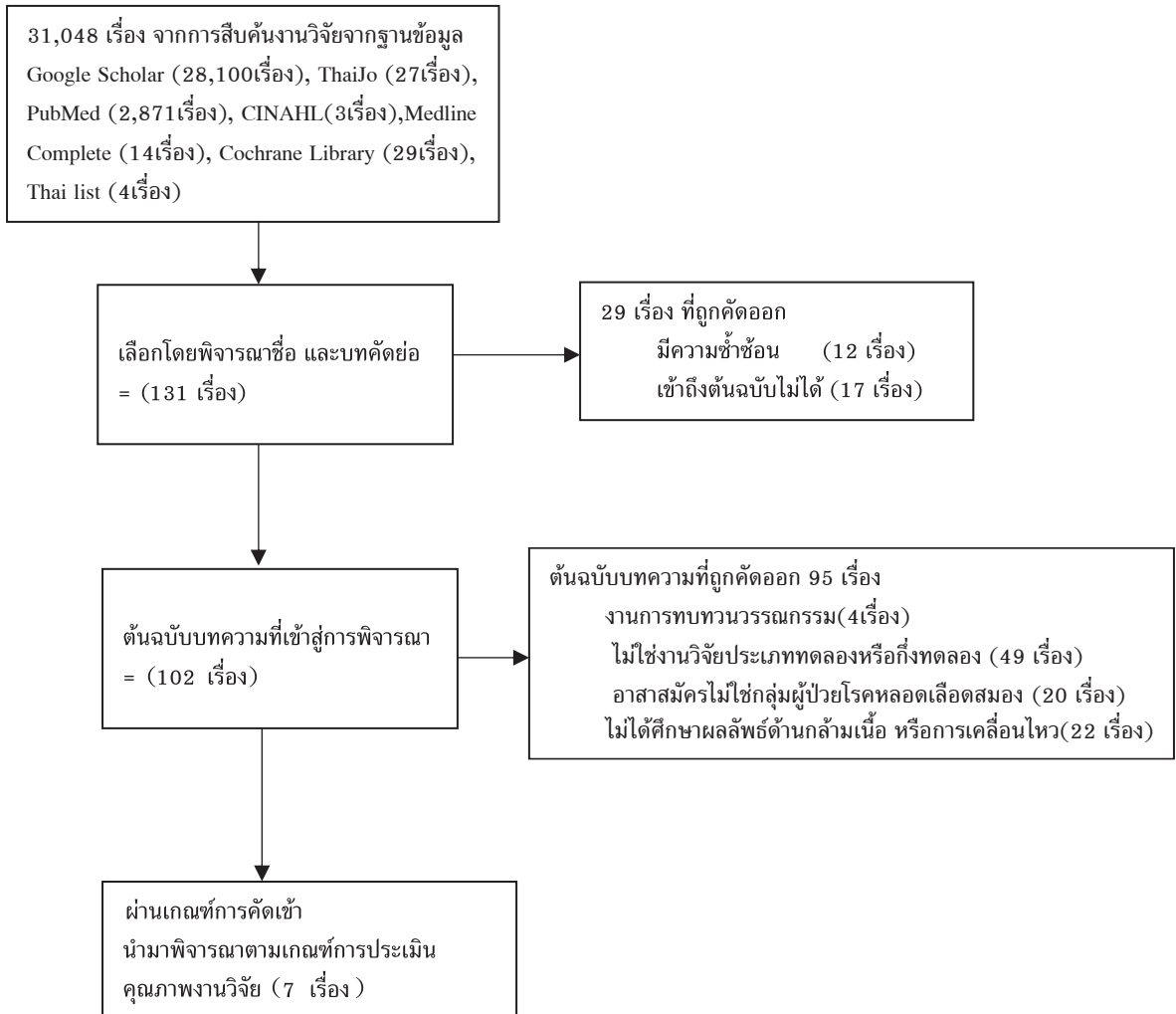
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ แบบประเมินภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ใช้ประเมินภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ แบบประเมินการทำงานของร่างกาย ใช้ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อหลังผ่านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาพบว่า นวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และได้รับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน มีผลเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ นวดทุยหนาร่วมกับกายภาพบำบัดเพิ่มระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกรักษาด้วยกายภาพบำบัด¹⁷ การนวดแบบอินเดียร่วมกับการรักษาด้วยสมุนไพรช่วยเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยสมุนไพร¹⁸ การนวดไทย



ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดการทำงานของร่างกายในกลุ่มคนไทยร่วมกับกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกายภาพบำบัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในกลุ่มคนไทยร่วมกับกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกายภาพบำบัด¹⁰

แผนภูมิที่ 1: ผังสรุปการสืบค้น PRISMA



ตารางที่ 1: ตารางสกัดข้อมูล

ชื่อผู้แต่ง/ ปีค.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการนับวัด/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
ศึกษานอกระบบการนวดรักษา									
Yang Y., et al. (2017) ¹⁴	สาธารณรัฐ ประชาชน จีน	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ และความ ปลอดภัยของ การนวดแบบ จีน(ทุยหน่า) ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองที่มีภาวะ เกร็ง	การวิจัยแบบ ทดลอง	ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองอ่อนแรง ครึ่งซีก และมี อาการเกร็ง ของกล้ามเนื้อ แขน ขา มี ความรุนแรง≥ 1* จำนวน ทั้งหมด 90 คน	-กลุ่มทดลอง 45 คนได้รับการ นวดทุยหน่าโดย ผู้เชี่ยวชาญ20- 25นาที่ต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ วันละครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ -กลุ่มควบคุม 45 คนได้รับการ นวดแบบเบา 20-25นาที่ต่อ ครั้ง วันละครั้ง 5 ครั้งต่อ สัปดาห์	ขนาดทุยหน่า โดย ผู้เชี่ยวชาญ 20-25 นาที่ต่อครั้ง วันละครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการรักษ อย่างน้อย 4 สัปดาห์	-แบบประเมิน ภาวะอาการ เกร็งของ กล้ามเนื้อ (modified ashworth scale) -แบบประเมิน การทำงานของ ร่างกาย(Fugl- Meyer Score) -แบบประเมิน ความสามารถ ในการประกอบ กิจวัตร ประจำวัน (Modified Barthel index)	ขนาดทุยหน่า ลด อาการเกร็ง ปรับปรุงกล้ามเนื้อ หลังจากเป็นโรค หลอดเลือดสมองที่ มีภาวะกล้ามเนื้อ เกร็ง	12/13
Lä mäs K., et al. (2016) ¹⁵	สวีเดน	เพื่อศึกษาผล ของการนวด สัมผัสในระยะ พักฟื้นจากโรค หลอดเลือด สมอง	การวิจัยแบบ ทดลอง	ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองเฉียบ พลั่ง หลัง 24 ชั่วโมงแล้ว ได้รับ ได้รับ	สุ่มอิสระ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับขนาดสัมผัส ส่วนกลุ่ม ควบคุมได้รับ	การนวดสัมผัส เป็น การนวดอย่างนุ่มนวล ด้วยการลูบมือ แขน เท้า และขา อ่อนโยนกว่าการนวด แบบสวิตซ์ ความเร็ว	-แบบประเมิน ความสามารถ ในการประกอบ กิจวัตร ประจำวัน (Barthel index)	การนวดสัมผัสมี ประสิทธิภาพใน ปรับปรุงการทำงาน ของการรับ ความรู้สึกหลังจาก เกิดโรคหลอดเลือด	13/13

ชื่อผู้แต่ง/ ปี.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการนวด/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
Thanakiapinyo T., et al. (2014) ⁹	ประเทศไทย	วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ ของการนวด ไทยแบบราช สำนักกับการ ทำ กายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรค เป็นผู้ป่วยโรค เป็นผู้ป่วยโรค	การวิจัยแบบ ทดลอง	ผลกระทบบ่อย มีความ บกพร่องด้าน การแตงนิ้ว และการงอที่ มองเห็น จำนวนทั้งหมด 50 คน	การกระตุ้น ไฟฟ้าผ่าน ผิวหนัง ใช้เวลา ครึ่ง 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ รวม จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ในหอ ผู้ป่วยหรือหอก จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล จะนวดที่บ้าน	ของจังหวัดประมาณ 1-5 ชม./วันที่ ระหว่างการทดลองจะนอน รับการทดลองจะนอน บนเตียง ในระหว่าง การนวด ผู้วิจัยจะไม่มี การสนทนา	แบบประเมิน โกลาสเกิด ความพิการ	สมองและการลด ความวิตกกังวล	12/13
		ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองที่มี ระยะเวลาใน การป่วย ≥ 3 เดือน มีอาการ เกร็งของ กล้ามเนื้อคอ หรือเข้า อายุ		สุ่มอย่างอิสระ กลุ่มทดลอง ได้รับการนวด แบบราชสำนัก จำนวน 24 คน และกลุ่ม ควบคุมได้รับ กายภาพบำบัด จำนวน 26 คน	ขนาดพื้นฐาน 10 นาที และขนาดทดลอง 30 วินาที ระยะเวลาของ การนวดครั้งละ 1 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา นาน 6 สัปดาห์	-ประเมิน อาการเกร็ง -แบบ ประเมิน ความสามารถ ในการ ประกอบ กิจวัตร ประจำวัน	-การนวดไทยแบบ ราชสำนักและการ ทำกายภาพบำบัด ลดอาการเกร็งไม่ แตกต่างกัน -การนวดไทยแบบ ราชสำนักและการ ทำกายภาพบำบัดมี ผลเพิ่มระดับ		

ชื่อผู้แต่ง/ ปีค.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการนำวัด/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กลุ่มเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กลุ่มเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
		หลอดเลือด สมอง		≥50ปี จำนวน 50คน	ศึกษาที่ภาควิชา อายุรศาสตร์ ฟื้นฟูของ โรงพยาบาล ศิริราช			ความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน	
ศึกษาลักษณะของการนำวัดร่วมกับวิธีอื่น									
Chanachai W. (2022) ¹⁶	ไทย	วัตถุประสงค์ และตาม ปลอดภัยของ การนำวัดไทย แบบราชสำนัก ในการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองตีบ ระยะกึ่ง เฉียบพลัน	การศึกษาวิจัย แบบทดลอง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ตีบหรืออุดตัน ระยะกึ่ง เฉียบพลัน อายุ30-75ปี ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง การรักษา ภายใน48 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีระยะ เวลาหลังattack 14-30วัน มี ระดับความ รุนแรงของโรค NIHSS ≤ 15 กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด	กลุ่มทดลอง ได้รับการรักษา ปัจจุบัน ร่วมกับ การทำ กายภาพบำบัด และได้รับการ นัดไทยแบบ ราชสำนัก จำนวน 70คน ในหน่วยบริบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	การรักษานวดไทย แบบราชสำนัก มี11 ท่า ได้แก่ นวดพื้นฐาน ขา, หลัง, บ่าไหล่, ขา ด้านนอก-ใน, แขน ด้านนอก-ใน, นวด พื้นฐานท้อง, หัวไหล่, แนวเส้นโค้งคอ, และ ศีรษะหน้า-หลัง นวด แบบวันเว้นวัน 3วัน ต่อสัปดาห์ เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ต่อเนื่อง	แบบประเมิน ความสามารถ ในการ ประกอบ กิจวัตร ประจำวัน (Barthel ADL)และ คุณภาพชีวิต (EQ-5D- 5L)	กลุ่มทดลองมี ความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน แตกต่าง จากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ(ทดลอง = 15.92, ควบคุม = 14.21, P=.001 และทดลอง = .74, ควบคุม = .61, P = .001 ตามลำดับ)	8/9

ชื่อผู้แต่ง/ ปี.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการนวด/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาคือ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
Wang M., et al. (2019) ¹⁷	สาธารณรัฐ ประชาชน จีน	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ ของการนวด ทุยหนาร่วมกับ กายภาพบำบัด เปรียบเทียบกับ การรักษารักษา โดยการทำให้ กายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมอง	การวิจัยแบบ ทดลอง	จำนวน 140คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 70คน และกลุ่ม ควบคุม 70คน	ส่งอย่างอิสระ กลุ่มทดลอง ได้รับการนวด ทุยหนาร่วมกับ กายภาพบำบัด จำนวน คน กลุ่ม ทดลอง ได้รับ การรักษารักษา การทำ กายภาพบำบัด จำนวน คน ทำการศึกษาใน โรงพยาบาล ทั้งหมด 16 แห่ง	การนวดทุยหนา 5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ การนวดทุย หนาร่วมกับด้วย 1) นวดทุยหนาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 40-นาที 2) การนวด ระดับปานกลาง 3) การ นวดไปไหล่ แขน ข้อมือ -การนวดทุยหนา ร่วมกับ กายภาพบำบัด ครั้งละ 2 ชม. และการทำ กิจกรรมบำบัด ครั้งละ 30 นาที เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์	-แบบประเมิน ความสามารถ ในการ ประกอบ กิจวัตร ประจำวัน (MBI)	เปรียบเทียบการ นวดทุยหนาร่วมกับ การทำ กายภาพบำบัดกับ การรักษารักษาโดย กายภาพบำบัด ให้ผลเพิ่มระดับ ความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน ไม่ แตกต่างกัน - การนวดทุยหนา ได้ผลดีและ ปลอดภัยในการ บรรเทาอาการหลัง เป็นโรคหลอดเลือด สมองภายใน 1-3 เดือน	12/13

ชื่อผู้แต่ง/ ปีค.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการนวด/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
Zamigar & Abdul Rahaman (2012) ¹⁸	อินเดีย	ศึกษาผลของ การนวด อินเดียและ การออกกำลังกาย ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือด เสื่อมสมรรถ ภาวะกล้ามเนื้อ อ่อนแรงครึ่ง ซีก	การวิจัยแบบ ทดลอง	ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมอง มีภาวะ กล้ามเนื้ออ่อน แรงครึ่งซีก อย่างน้อยกว่า 75 ปี	แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่ม เอ จำนวน 31 คน ได้รับการนวด แบบอินเดีย (ระดับความแรง ปานกลาง) ร่วมกับ กายภาพ บำบัด เป็นเวลา 2 เดือน 2) กลุ่ม บี จำนวน 33 คน ได้รับการออก กำลังกาย และ 3) กลุ่ม ซี จำนวน 33 คน ได้รับการรักษา ด้วยสมุนไพร	ขนาดแบบอินเดีย ระดับความแรงปาน กลาง ร่วมกับการ รักษาด้วยสมุนไพร เป็น 3-4 ครั้งต่อ สัปดาห์ เป็นระยะเวลา นาน 2 เดือน	-แบบประเมิน การทำงานของ ร่างกาย (Fugl-Meyer Score)	การนวดแบบ อินเดียหรือการ ออกกำลังกาย ร่วมกับการรักษา ด้วยสมุนไพรช่วย เพิ่มการทำงานของ กล้ามเนื้อส่วนบน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ เมื่อ เปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการรักษา ด้วยสมุนไพร	12/13
Chartswan J, et al. (2017) ¹⁰	ไทย	เพื่อศึกษา เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพ ของการทำ	วิจัยแบบกึ่ง ทดลอง	ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด สมองชนิดตีบ หรืออุดตันเป็น	อาสาสมัคร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการ รักษาด้วย	ได้รับการนวดไทย ร่วมกับการทำ กายภาพบำบัด	-แบบประเมิน การทำงานของ ร่างกาย (Fugl- Meyer Assessment of	- การทำงานของ ร่างกายในกลุ่ม นวด ไทยร่วมกับ กายภาพบำบัด	9/9



ชื่อผู้แต่ง/ ปีค.ศ.	ประเทศ	วัตถุประสงค์ การวิจัย	รูปแบบการ วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการตรวจ/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
		วัตถุประสงค์ การวิจัย	วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการตรวจ/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI
		วัตถุประสงค์ การวิจัย	วิจัย	ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการศึกษา/ สถานที่	วิธีการตรวจ/ ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	ผลการศึกษาต่อ กล้ามเนื้อ/การ เคลื่อนไหว	คะแนน JBI



อภิปรายผล

1. รูปแบบการนวด

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่คัดเลือกการศึกษาแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการนวดต่อกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ พบว่ามีการศึกษาผลของการนวดต่อกล้ามเนื้อบัพรวง ได้แก่ อ่อนแรง เกร็ง หรือ ช้องอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน¹⁴ สวีเดน¹⁵ ไทย⁹ รูปแบบการนวดที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีหลายรูปแบบ ได้แก่ นวดทุยหนาของประเทศจีน นวดสัมผัสในประเทศสวีเดน นวดไทยแบบราชสำนักของประเทศไทย และนวดแบบอินเดียในประเทศอินเดีย ระยะเวลาของการนวดทุยหนา 20-25 นาที มีความถี่ วันละครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ ส่งผลลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด นวดทุยหนา¹⁴ การนวดแบบสัมผัส 2 สัปดาห์ รวมจำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง มีผลเพิ่มการทำงานและการรับรู้ลึกซึ้งของปลายประสาท แต่ผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อยังไม่ชัดเจน¹⁵ ระยะเวลาของนวดไทยแบบราชสำนัก นวดครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลานาน 6 สัปดาห์ มีผลลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเสมือนเทียบเท่าการทำกายภาพบำบัด⁹ นวดไทยส่งผลเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁹ และในการศึกษาผลของการนวดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด¹⁶⁻¹⁷ การใช้สมุนไพร¹⁸ พบว่ามีผลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{10,18} เพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{10,16-17}

2. ผลของการนวดต่อสภาพกล้ามเนื้อ

การนวดส่งผลลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ^{7,9} ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ¹⁴ เพิ่มระดับการทำงานของกล้ามเนื้อ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น⁹ การนวดส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อเทียบเท่าการทำกายภาพบำบัด⁹ การนวดร่วมกับการรักษาอื่นจะช่วยฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น^{10,16,18} การนวดรักษาทำให้สภาพการทำงานขอระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันหรือตีบตันดีขึ้น และการนวดรักษามีความปลอดภัยสามารถใช้ในพื้นที่ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันหรือตีบตัน¹²

การนวดแผนไทย ครั้งละ 30 นาที 9 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าการนวดแผนไทยส่งผลความตึงเครียดของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการกระดูกสะบักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยกายภาพบำบัด¹⁹ การนวดอายุรเวช ของอินเดียร่วมกับการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน ระยะฟื้นฟู จำนวน 52 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับการนวดอายุรเวช 30 นาทีร่วมกับการทำกายภาพบำบัด 15 นาที รวมเวลา 45 นาทีต่อครั้ง วันละ 1 ครั้ง 7 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลานาน 4-48 เดือน-แบบประเมินภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Modified Ashworth Scale) เครื่องมือที่ใช้ประเมินเป็นแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตอิสระ (Functional Independence Measure) ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดอายุรเวช ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด มีภาวะอาการเกร็งของกล้ามเนื้อลดลงและ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มกายภาพบำบัด²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่างานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการนวดต่อภาวะกล้ามเนื้อบัพรวง ได้แก่ อ่อนแรง เกร็ง หรือ ช้องอ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีจำนวน 7 เรื่อง มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้



1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้การนวดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแลได้รับนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติของการนวดในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ไม่สามารถสืบหาต้นฉบับงานวิจัย เนื่องจากไม่ได้เป็นรายการวารสารของห้องสมุด เรียกเก็บค่าต้นฉบับ ส่งผลให้ข้อมูลการศึกษาน้อย
2. มีข้อแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการได้รับการนวดโดยนวดตนเองที่บ้าน หรือได้รับการนวดจากผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal Stroke* 2022;17(1):18-29.
2. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Public Health Statistic A.D.2021. Nonthaburi: Strategy and Planning Division;2022.(in Thai)
3. Luengo-Fernandez R, Violato M, Candio P, Leal J. Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. *European Stroke Journal* 2020;5(1): 17-25.
4. Ma Z, Deng G, Meng Z, Wu H. Hospitalization expenditures and out-of-pocket expenses in patients with stroke in Northeast China, 2015-2017: A pooled cross-sectional study. *Frontiers in Pharmacology* 2021;11: 1-11.
5. Ramos-Lima MJM, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics* 2018;43 e418:1-7.
6. Rudberg A, Berge E, Laska A, Jutterström S, Näsman P, Sunnerhagen KS, Lundström E. Stroke survivors' priorities for research related to life after stroke. *Stroke Rehabilitation* 2021,28(2): 153-8.
7. Tochaiwat K, Predeekanit K, Udom T, Srisubat A, Thaiyaku A. Massage therapy for spastic neurological patients: A systematic review. *Journal of the Department of Medical Services* 2019; 44(1):42-6.(in Thai)
8. Korjedee P, Wongtao C, Maungthaitut P. The effect of Thai massage on Activities of Daily Living, Anxiety and Depress in stroke patients. *Journal of Nursing Science & Health* 2019; 42(2):106-14.
9. Thanakiatpinyo T, Suwannatrai S, Suwannatrai U, Khumkaew P, Wiwattamongkol D, Vannabhum M, et al. The efficacy of traditional Thai massage in decreasing spasticity in elderly stroke patients. *Clin Interv Aging* 2014;9:1311-9.
10. Chartsuwan J, Peanpadungrat P, Itharat A, Panichakarn N. Comparative study on efficacy of physiotherapy and physiotherapy combined with Thai massage on rehabilitation outcome and quality



- of life of ischemic stroke patients with hemiplegia. *Thamasat Medical Journal* 2017;17(3): 356–64.
11. Dedkhard S. (2015) Effects of rehabilitation program using complementary therapy in stroke patients. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Center* 2015;32(2):135–46.(in Thai)
 12. Rohmah IK, Pujiastuti RSE, Rumahorbo H. The effectiveness massage therapy on motoric status among non-hemorrhagic stroke patients. *International Journal of Nursing and Health Services* 2021;4(5): 575–83.
 13. The Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tool 2020. Available from <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (accessed 25 June 2021).
 14. Yang Y-J, Zhang J, Hou Y, Jiang B-Y, Pan H-F, Wang J, et al. Effectiveness and safety of Chinese massage therapy (Tui Na) on post-stroke spasticity: A prospective multicenter randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2017; 31: 904–12.
 15. Lämås K, Häger C, Lindgren L, Wester P, Brulin C. Does touch massage facilitate recovery after stroke? A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2016:1–9.
 16. Chanachai W. Effectiveness and safety of royal massage in the rehabilitation of patients with subacute ischemic stroke in the Public Health Service Unit, Yasothon Province. *Suppasit Medical Journal* 2022;43(1):13–20.(in Thai)
 17. Wang M, Liu S, Peng Z, Zhu Y, Feng X, Gu Y, et al. Effect of Tui Na on upper limb spasticity after stroke: a randomized clinical trial. *Annals of Clinical and Translational Neurology* 2019;6(4): 778–787.
 18. Zarnigar & Rahaman A. Role of dalak(massage) and riyazat (exercise) in the rehabilitation of patients with post stroke hemiplegia. *India Journal of Traditional Knowledge* 2012;11(4):738–44.
 19. Butttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Arayawichanon P. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2012;16:57–63.
 20. Sankaran R, Kamath R, Nambiar V, Kuar A. A prospective study on the effects of Ayurvedic massage in post-stroke patients. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine* 2019;10:126–30.



การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าสู่วิชาชีพ การพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR

Development of a Model to Prepare Nursing Students for Entry into the Nursing Professional in Interdisciplinary Communication with the SBAR Technique

นาวพล แก่นบุปผา¹ พัทธา แก้วสาร² นุสรรา ประเสริฐศรี³

Navapon Kaenbubpha¹ Pattaya Kaewsam² Nusara Prasertsri³

¹นักศึกษาลัทธิศูตกร พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹M.N.S. (Nursing Administration) School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University

²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pattaya Kaewsam; Email: pattayakaew22@gmail.com

Received: October 18, 2023 Revised: November 20, 2023 Accepted: December 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR 2) สร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การศึกษาสภาพความต้องการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 25 คน พยาบาลวิชาชีพ 25 คน แพทย์ 5 คน ส่วนนักศึกษาพยาบาล 45 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ข้อคำถามสนทนากลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง 2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นและ 3) แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ของนักศึกษาพยาบาล มีดังนี้ (1) ยังไม่มีการบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนอย่างชัดเจน (2) ไม่มีความมั่นใจในการสื่อสาร (3) ขาดความรู้ ความเข้าใจในการส่งข้อมูลอย่างครบถ้วน 2) รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) บทเรียน SBAR แบบเชิงรุก (2) ฝึกทักษะการสื่อสาร SBAR ผ่านการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และ 3) ผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และด้านทักษะ ของกลุ่มทดลองหลังการฝึกการสื่อสารมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนด้านเจตคติไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสาร; เทคนิค SBAR; การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง



Development of a Model to Prepare Nursing Students for Entry into the Nursing Professional in Interdisciplinary Communication with the SBAR Technique

Navapon Kaenbubpha¹ Pattaya Kaewsarn² Nusara Prasertsri³

¹M.N.S. (Nursing Administration) School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University

²Department of Nursing, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pattaya Kaewsarn; Email: pattayakaew22@gmail.com

Received: October 18, 2023 Revised: November 20, 2023 Accepted: December 3, 2023

Abstract

The objective of this study was to develop a model to prepare nursing students to learn to communicate professionally within an interdisciplinary team using the SBAR technique. The research included 1) studying the need for readiness preparation for communication with interdisciplinary team members using the SBAR technique; 2) developing a readiness preparation model to communicate with interdisciplinary team members using the SBAR technique; and 3) studying the results of using the developed model for readiness preparation to prepare nursing students to communicate professionally with interdisciplinary team members using the SBAR technique. The research and development were divided into 3 phases. In the first phase, needs assessment, the sample population was chosen through purposive sampling, which consisted of 25 nursing instructors, 25 professional nurses, 5 doctors, and 45 nursing students. The second and the third phase consisted of model development and testing on a sample of the fourth-year nursing students. This sample consisted of 60 students that were allocated to the experimental group and 30 to the control group. The research instruments included 1) semi-structured focus group discussion questions; 2) the developed readiness preparation model; and 3) an evaluation form to assess knowledge, skills, and attitudes in applying the model. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results indicated that 1) the need for readiness preparation consisted of (1) readiness preparation for nursing students to learn to communicate professionally with interdisciplinary team members was not clearly covered in the present curriculum; (2) nursing students were not confident in their ability to communicate effectively; and (3) they lacked knowledge and understanding of how to thoroughly communicate information. The readiness preparation model that was developed consisted of: (1) an intensive and pro-active SBAR lesson; and (2) practice in SBAR communication skills via virtual simulations. Following practicing communication using the model, the average knowledge and skills scores of the experimental group were different to a statistically significant degree at .05 level. The attitude scores were not different to a statistically significant degree.

Keywords: preparation for communication; SBAR technique; simulation learning



ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ¹ และองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่ไม่จำเป็นในการดูแลสุขภาพให้น้อยที่สุดที่ยอมรับได้² ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การบาดเจ็บที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ การดูแลทางการแพทย์ของพยาบาลส่งผลให้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เกิดทุพพลภาพ³ จากรายงานของคณะกรรมการพิจารณารับรองสถานพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (the joint commission) พบว่าร้อยละ 60 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดเนื่องจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของบุคลากรทางสุขภาพในระบบสุขภาพ⁴ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการสื่อสารและการทำงานร่วมกันเป็นทีมของสมาชิกทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ วิธีการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบ และการมีลำดับชั้นของวิชาชีพทำให้การสื่อสารสมาชิกทีมสหวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพโดยเฉพาะระหว่างแพทย์และพยาบาลพบว่ามีอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดโครงสร้างของการสื่อสาร ความแตกต่างของรูปแบบการสื่อสารในแต่ละวิชาชีพ การมีลำดับชั้นของวิชาชีพ วิธีการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการแนะนำเพื่อปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยคือการใช้เทคนิค SBAR⁵

แนวคิดในการสื่อสารโดยใช้เทคนิค SBAR เริ่มนำมาใช้ที่ศูนย์ประสานงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยแห่งองค์การอนามัยโลก เพื่อพัฒนาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับพยาบาลวิชาชีพให้มีโครงสร้างชัดเจนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ต่อมาจึงมีการนำมาใช้มากขึ้น เทคนิคนี้เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในทางปฏิบัติที่ใช้ในการสื่อสารส่งต่อผู้ป่วย เทคนิค SBAR มี 4 องค์ประกอบที่มาจากตัวย่อ ทั้งสี่คือ 1) S-Situation คือข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วย 2) B-Background คือข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย 3) A-Assessment คือการประเมินผู้ป่วยในปัจจุบัน และ 4) R-Recommendation คือการแจ้งหรือแนะนำความต้องการที่จำเป็นหรือเร่งด่วนของผู้ป่วย⁶ เทคนิคการสื่อสาร SBAR ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น การศึกษาของ De Meester และคณะพบว่า หลังจากใช้เทคนิค SBAR การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีการทำงานร่วมกันเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁷ Raymond และ Harrison ใช้การสื่อสารด้วย เทคนิค SBAR มาใช้ระหว่างแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก พบว่าการสื่อสารมีคุณภาพมากขึ้น⁸ งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 18 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจากการใช้เทคนิคการสื่อสาร SBAR อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Compton และคณะพบว่า แพทย์และพยาบาลยังขาดทักษะ เกี่ยวกับการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และคิดว่า SBAR เป็นเอกสารมากกว่าเทคนิคการสื่อสารด้วยวาจา และเสนอว่าควรจัดการอบรมเทคนิคการสื่อสาร SBAR สำหรับแพทย์และพยาบาล⁹ แม้ว่าเทคนิคการสื่อสาร SBAR เป็นรูปแบบที่ง่าย แต่ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลมีความพร้อมในการทำงานเมื่อจบการศึกษา¹⁰⁻¹¹

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ใน 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการบรรจุเนื้อหาในหลักสูตรอย่างชัดเจน ยังไม่มีการฝึกการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม และจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเทคนิคการสื่อสาร SBAR ของไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระหว่างพยาบาลและพยาบาล¹² การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ที่มีการทำงานกันอย่างใกล้ชิดยังเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะพยาบาลที่จบใหม่ การเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารให้กับนักศึกษาจึงมีความสำคัญ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้านการสื่อสาร



กับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR เพื่อเป็นแนวทางในการบรรจุให้เป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งในหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล สื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR
- 2) สร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR
- 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR

สมมติฐานการวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วย SBAR ทำให้ความรู้ เจตคติ และทักษะการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดของ 1) การสื่อสารด้วยเทคนิคเอสบาร์ (SBAR) เป็นรูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยจัดระบบข้อมูลในการสื่อสาร ให้ง่ายต่อการจดจำและการส่งต่อข้อมูลทำให้การสื่อสารมีความกระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการสื่อสารน้อย และ 2) รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย (1) บทเรียนแบบเชิงรุก (active learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนผ่านการปฏิบัติหรือลงมือทำเป็นการเรียนที่ทุกคนมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการคิด ส่งเสริมให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้ทักษะเชื่อมโยงกับความรู้นำไปปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหา และ (2) การสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL)¹³ เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่จำลองสถานการณ์ทางคลินิกจากกรณีศึกษาสามารถส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้และพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งด้านความรู้ ทักษะการนึกคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนการสื่อสารการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับความสามารถของผู้เรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR เป็นการศึกษาข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 51 ห้อง A และห้อง B ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 45 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power กำหนดค่า $\alpha=.50$, Power of test=.95, Effect size =.50 ดำเนินการเดือน มิถุนายน 2566 กลุ่มที่ 2 อาจารย์พยาบาล ที่สอนภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล จาก 5 สาขาวิชา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลสูติศาสตร์ การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลอนามัย



ชุมชน สาขาวิชาละ 5 คน รวมจำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการเดือน มิถุนายน กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงของนักศึกษาในแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาล จาก 5 สายงาน ได้แก่ สายงานเด็ก อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติศาสตร์ และออร์โธปิดิกส์ สายงานละ 5 คน รวมจำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการเดือน มิถุนายน 2566 กลุ่มที่ 4 แพทย์ของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการเดือน มิถุนายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในระยะนี้ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) สทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในระบบสุขภาพ เพื่อศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดที่แตกต่างกันเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ประมาณ 2-4 ข้อคำถาม ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเมินความสอดคล้องกับเนื้อหาเป็นรายชื่อ และคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด โดยแต่ละกลุ่มใช้คำถามที่ไม่เหมือนกันเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม เลือกสนทนากลุ่มตามความสะดวก เริ่มจากนักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาล พยาบาล และแพทย์ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ทั้ง 4 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ผู้วิจัยดำเนินการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ แนวคิดการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และใช้รูปแบบการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation base learning: SBL) และผลจากการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ จากนั้นทดสอบรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประเมินความสอดคล้องกับเนื้อหา ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบมาพิจารณาแก้ไขและปรับปรุงสำนวนภาษา เนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .89

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปี 4 รุ่นที่ 51 ปีการศึกษา 2566 ห้อง A จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า $\alpha=.50$, Power of test=.95, Effect size =.50 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ผู้วิจัยกลุ่มสุ่มอย่างง่าย (simple sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้การสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 คำตอบ จำนวน 15 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินของฟอรอนดาและคณะ¹⁴ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน จำนวน 8 ข้อ คะแนนสูงสุด 120 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน กำหนดให้คะแนนผ่าน คือ 70 คะแนน 3) แบบประเมินเจตคติการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนระหว่าง 5-1 คะแนน จำนวน 10 ข้อ คะแนนสูงสุด 5 คะแนน คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน 4) รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ที่พัฒนาขึ้น



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินความรู้แบบประเมินทักษะ แบบประเมินเจตคติการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประเมินความตรงด้านเนื้อหาเป็นรายข้อ และคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ .80 .90 และ .88 ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีเดียวกันที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้จำนวน 30 คน แบบประเมินความรู้การสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .52 แบบประเมินทักษะการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีประเมินความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) ค่าความน่าเชื่อถือน่าเชื่อถือของผู้ประเมิน .76 แบบประเมินเจตคติการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ค่าความเชื่อมั่น .74

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 4 รุ่น 51 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการสุ่มรายชื่อของนักศึกษาตามชั้นตอนให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด และทำการประเมินก่อนการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

1. ประชุมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 12 คน เพื่อทำการประเมินความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกตก่อนการเก็บข้อมูล
2. ทดสอบก่อนเรียน (pre-test) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินเจตคติการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และประเมินทักษะการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง
3. เก็บข้อมูลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR โดยให้กลุ่มทดลองเข้าเรียนบทเรียนแบบเชิงรุกในห้องเรียนพร้อมทำแบบฝึกหัด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมให้เรียนตามปกติไม่มีการเรียนเทคนิคการสื่อสาร SBAR
4. ฝึกทักษะการรายงานแพทย์ด้วยเทคนิค SBAR ให้กลุ่มทดลองที่ผ่านการเรียนแล้ว ตามรูปแบบ การเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริงจากสถานการณ์จำลอง 2 สถานการณ์ ประกอบด้วย สถานการณ์จำลองผู้ป่วยวิกฤติ 1 สถานการณ์ และสถานการณ์จำลองผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ 1 สถานการณ์ โดยการฝึกทักษะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ใช้เวลาฝึกรวม 25 นาทีต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน จนครบทุกคน โดยเริ่มจาก การชี้แจงก่อนฝึก (pre-brief) การฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง (scenario practice) และการสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) ประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมให้เรียนตามปกติไม่มีการฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลอง
5. ทดสอบหลังเรียน (post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำแบบทดสอบความรู้ ทำแบบประเมินเจตคติ และประเมินทักษะการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้วยเทคนิค SBAR วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้วยเทคนิค SBAR ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ



ที่ชนิดสัมพันธ์กัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลด้วยเทคนิค SBAR ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบที่ชนิดไม่สัมพันธ์กัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 28/2565 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2565 รวมทั้งได้มีการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอลอนตัวออกจากกรวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ในกลุ่มเปรียบเทียบได้ให้ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่เป็นผู้ช่วยดำเนินการให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน และผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปให้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 10 เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้นำไปใช้ในการพัฒนาตนเองต่อไป

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญจำนวน 4 กลุ่ม พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารที่นักศึกษาสะท้อนกลับมากที่สุดสามเรื่อง ได้แก่ ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร การส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่ทักษะในการเรียงลำดับข้อมูลในการสื่อสาร นอกจากนี้เป็นเรื่องของการขาดความชำนาญในการสื่อสารเสนอแนะให้มีแนวปฏิบัติหรือมีหลักการสื่อสารที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและ การได้รับการฝึกการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ก่อนนำไปใช้จริง การจัดการเรียนการสอนการสื่อสารที่นักศึกษาต้องการคือ การนำเทคนิคการสื่อสารด้วย SBAR มาใช้เป็นแนวทางหลักในการสื่อสารและให้มีการสอนและการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลจากกลุ่มอาจารย์พยาบาลพบว่ายังไม่มีมีการบรรจุการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์อย่างชัดเจน อาจารย์ที่เห็นว่าการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR มีประโยชน์ต่อการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล จึงนำเทคนิคการสื่อสารนี้ไปสอนแบบบรรยายในห้องเรียน รายงานอาการผู้ป่วยขณะส่งเวรหรือนำเสนอกรณีศึกษาบนหอผู้ป่วย

ควรมีการจัดการเรียนการสอนและเพิ่มทักษะเทคนิคการสื่อสารในทุกชั้นปีเพื่อพัฒนานักศึกษาได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์โดยใช้สถานการณ์ที่เหมาะสมกับสมรรถนะของแต่ละชั้นปี ทั้งนี้หากนำไปสอนและฝึกเทคนิคการสื่อสารนี้ในวิชาบริหารการพยาบาลที่นักศึกษาจะต้องนำไปใช้งานจริงในการรายงานอาการผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพ อาจจะซ้ำเกินไปและทำให้การสื่อสารขาดประสิทธิภาพได้ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR มีความสำคัญสำหรับการสื่อสารทั้งกับพยาบาลด้วยกันเองและกับวิชาชีพอื่น ที่ใช้งานมากที่สุดคือใช้สำหรับรายงานอาการผู้ป่วยขณะส่งเวร เมื่อมีการย้ายแผนกผู้ป่วย และการรายงานแพทย์ ประเด็นการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ที่เห็นควรนำไปพัฒนาต่อได้แก่ประเด็น recommendation คือการแสดงความคิดเห็นของผู้รายงานเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์ผิดปกติ นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยพบว่าส่วนมากยังไม่มีความพร้อมในการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และต้องสอนนักศึกษาเตรียมข้อมูลก่อนการรายงานแพทย์จริงในวิชาบริหารการพยาบาล กลุ่มแพทย์พบว่ามีการใช้การสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ในการรายงานอาการผู้ป่วย และรับรายงานอาการผู้ป่วยจากพยาบาล ซึ่งการใช้งาน SBAR มีทั้งการสื่อสารที่สมบูรณ์ครบถ้วนตามหลักการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และที่ยังไม่ครบถ้วนต้องนำไปพัฒนาต่อ การใช้ภาษาในการแสดงความคิดเห็นของผู้รายงาน

เกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์ผิดปกติ (recommendation) ไม่ควรเป็นข้อความที่เป็นคำสั่ง ควรเป็นข้อความเชิงปรึกษาหรือขอความคิดเห็น

2. จากผลการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลด้านการสื่อสารกับสหวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR สามด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทักษะและด้านเจตคติการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR โดยทำการวัดเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 21.63 ปี มีประสบการณ์เคยได้รับการอบรม SBAR ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน

2) ผลค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนฝึกด้วยสถานการณ์จำลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม

การสื่อสารเทคนิค SBAR	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้	11.20	1.30	11.30	1.21	-.30	.75
เจตคติ	4.51	.32	4.57	.21	-.74	.46
ทักษะ	76.30	18.00	73.66	18.19	.57	.57



3) ผลค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านทักษะการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านทักษะ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนด้านเจตคติ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม

การสื่อสารเทคนิค SBAR	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้	11.30	1.21	14.40	.97	-13.99	.00
เจตคติ	4.57	.21	4.62	1.85	-.94	.35
ทักษะ	73.67	18.19	99.33	18.97	-8.32	.00

อภิปรายผล

1) จากการศึกษาสภาพความต้องการการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR นักศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมและขาดความมั่นใจในการใช้เทคนิค SBAR ในการสื่อสารกับแพทย์ ทั้งนี้เพราะนักศึกษาไม่มีการฝึกการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ประเด็นที่ต้องนำไปพัฒนาต่อคือประเด็น recommendation เพราะว่าการให้ความเห็นหรือการบอกความต้องการตามแนวทางการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR เมื่อนำมาใช้กับภาษาไทยที่มีความอ่อนไหวด้านภาษาค่อนข้างสูงประกอบกับวัฒนธรรมของคนไทยที่ค่อนข้างให้การยอมรับและมีความยำเกรงในวิชาชีพแพทย์ การใช้ภาษาในการ recommendation ที่ไม่เหมาะสมอาจจะทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างวิชาชีพได้ ส่วนในการสอนนักศึกษาในการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ผลการศึกษาจากอาจารย์พยาบาลพบว่า ยังไม่มีเนื้อหาการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR บรรจุในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ส่งผลให้ไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนในการสอนให้นักศึกษานำไปใช้ได้

2) จากการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ในครั้งนี้ใช้ข้อมูลในการสร้างรูปแบบจากการศึกษาสภาพความต้องการด้านการสื่อสารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารในระบบสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล อาจารย์พยาบาลและนักศึกษา ประกอบกับการค้นคว้าข้อมูลจากตำราและการวิจัยที่ผ่านมา ปัญหาด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลคือการไม่มีความมั่นใจในการสื่อสารลำดับข้อมูลในการสื่อสารไม่ได้ รวมถึงมีความต้องการฝึกการสื่อสารก่อนนำไปใช้จริง จากปัญหาดังกล่าวหากใช้การสื่อสารที่มีเทคนิคหรือโครงสร้างที่ชัดเจน จะสามารถแก้ปัญหาลำดับข้อมูลในการสื่อสารและความไม่ครบถ้วนของการสื่อสารได้ ส่วนความไม่มั่นใจในการสื่อสารนั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการฝึกการสื่อสารด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจากข้อมูลผู้ป่วยจริง ได้สื่อสารจริงทำให้เกิดความกล้าสื่อสารส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา นนทรีย์ และคณะศึกษาในนักศึกษาสถานการณ์จำลองต่อความรู้ทักษะและทัศนคติการรับส่งเวรด้วยเทคนิค SBAR ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คะแนนทักษะของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้การบรรยาย¹⁵ ซึ่งรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ตอบสนองความต้องการของนักศึกษา ในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และสร้างความมั่นใจในการสื่อสารเมื่อสำเร็จการศึกษาเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล

3) ผลการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ด้านความรู้



คะแนนความรู้อของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยทั้งนี้เนื่องจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง นักศึกษามีอิสระทางความคิดที่จะนำเทคนิค SBAR มาเรียบเรียง ข้อมูลจากสถานการณ์จำลองผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำทั้งในส่วนที่ต้องและไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา นนทรีย์ และคณะศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะและทัศนคติ ในการรับส่งเวรด้วยเทคนิค SBAR ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คะแนนความรู้อของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้การบรรยาย¹⁵ และสอดคล้องการศึกษาของ Jeong and Kim ใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะและทัศนคติ เกี่ยวกับการล้ม (fall) ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 การศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้การสื่อสารในเรื่องการล้ม มากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ ดังนั้นการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารด้วย SBAR เพื่อพัฒนาความรู้ ควรจำเพาะและชัดเจน ความซับซ้อนของโจทย์ที่ใช้สถานการณ์จำลองให้พิจารณาชั้นปีของนักศึกษา เนื่องจากประสบการณ์ของนักศึกษาในชั้นปีต้น ๆ อาจจะยังไม่เห็นภาพทางคลินิกทั้งหมด เนื่องจากการสื่อสาร SBAR ส่วนใหญ่จะเป็นการสื่อสารในคลินิก

ด้านเจตคติ คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติของการสื่อสารด้วย SBAR กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังทดลอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสาร SBAR เป็นผลทำให้นักศึกษามีเจตคติที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา นนทรีย์ และคณะศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะและทัศนคติในการรับส่งเวรด้วยเทคนิค SBAR ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คะแนนเจตคติของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยอภิปราย นักศึกษาพยาบาลได้รับการปลูกฝังและสอนให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการรับส่งเวร เนื่องจากมารับส่งเวรพยาบาล ผู้ให้การดูแลที่กำลังจะหมดช่วงเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งต่อหน้าที่การดูแลให้แก่ผู้มารับหน้าที่ในช่วงเวลาต่อไปและเป็นการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา¹⁵ และสอดคล้องการศึกษา Jeong and Kim พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 และ 3 ทัศนคติการสื่อสารเกี่ยวกับการล้มระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาเน้นความปลอดภัยเกี่ยวกับการหกล้ม นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านความปลอดภัยการหกล้มดังนั้นเจตคติในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งสองกลุ่มสูงก่อนเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง¹⁶ การเรียนรู้การสื่อสารในคลินิกโดยใช้เทคนิค SBAR ส่งผลต่อเจตคตินักศึกษาโดยนักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มองเห็นสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ทำให้มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจารย์บางคนมีการนำ SBAR มาใช้เพื่อให้นักศึกษามีกรอบในการสื่อสาร และเข้าใจง่ายจึงเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการเรียนการสอน

ด้านทักษะ คะแนนทักษะการสื่อสารด้วย SBAR ของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยใช้บทบาทสมมติ นักศึกษาได้ปฏิบัตินำเทคนิค SBAR มาใช้ในการสื่อสาร ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทำให้เกิดการพัฒนาทักษะในการเผชิญสถานการณ์ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา นนทรีย์ และคณะศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะและทัศนคติในการรับส่งเวรด้วยเทคนิค SBAR ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คะแนนทักษะของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้การบรรยาย¹⁵ และ



สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeong and Kim นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เกี่ยวกับการล้ม การศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการสื่อสารในเรื่องการล้มมากกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมและพัฒนาความรู้และทักษะการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ โดยการศึกษาครั้งนี้ให้สหสาขาวิชาชีพคือแพทย์ การศึกษาการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR โดยส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารระหว่างพยาบาลและพยาบาลการส่งรับ^{15, 17, 18} การใช้สถานการณ์จำลอง (simulation based learning) พัฒนาการสื่อสาร SBAR ทำให้พัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะเนื่องจากได้ปฏิบัติจริงและนักศึกษาได้เรียนรู้¹⁹ จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการใช้สถานการณ์จำลอง สื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ประกอบด้วยงานวิจัย 3 randomized controlled trials และ 9 quasi-experimental พบว่าการใช้สถานการณ์จำลอง มีผลการเรียนรู้ในเชิงบวกเนื่องจากมีการสื่อสารที่ชัดเจนและครอบคลุม²⁰ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วยเทคนิค SBAR ควรใช้สถานการณ์จำลองสำหรับการเรียนการสอนให้นักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ควรไปใช้กับนักศึกษากลุ่มเล็ก ๆ เพราะการฝึกการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR โดยใช้การเรียนผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริงใช้เวลานาน จะเกิดปัญหาในการจัดเวลาในการฝึกได้
- 2) การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลอื่น ควรปรับการให้ความรู้การสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ให้เหมาะสมกับแต่ละวิทยาลัย เช่น การบรรยายในห้องเรียน การเรียนรู้ผ่านบทเรียนสำเร็จรูปในระบบอินเทอร์เน็ตทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้แต่ละวิทยาลัย
- 3) นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพด้วยเทคนิค SBAR ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลจบใหม่ก่อนเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลเพราะโรงพยาบาลรับผู้สำเร็จการศึกษามาจากหลายสถาบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยติดตามผลการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ เพื่อศึกษาว่าหลังจากผ่านระบบการศึกษาแล้ว ผลการวิจัยยังเป็นไปในแนวทางเดียวกันหรือไม่ และการให้ความรู้เทคนิคการสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR ควรทำเป็นโมดูลการเรียนรู้ในระบบอินเทอร์เน็ตเพราะจะทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนฝึกปฏิบัติและยังนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning)

References

1. Garrett JH. Building Strategies to Improve Patient Safety in Post-Acute and Long-Term Care Settings. The Director: Official Journal of the National Association of Directors of Nursing Administration in Long Term Care. 2017 Apr 22;25(1).
2. Erickson SM, Wolcott J, Corrigan JM, Aspden P. Patient safety: achieving a new standard for care: National Academies Press; 2003.



3. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016;353.
4. Joint Commission. Sentinel event data: Root causes by event type. Oakbrook Terrace, IL. 2015.
5. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*. 2018;8(8):e022202.
6. Simamora RH, Fathi A. The Influence of training handover based SBAR communication for improving patients safety. *Indian journal of public health research & development*. 2019;10(9):1280-5.
7. De Meester K, Verspuyn M, Monsieurs K, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84(9):1192-6.
8. Raymond M, Harrison MC. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *SAMJ: South African Medical Journal*. 2014;104(12):850-2.
9. Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, et al. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(6):261-8.
10. Etemadifar S, Sedighi Z, Sedehi M, Masoudi R. The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10.
11. Chaharsoughi NT, Ahrari S, Alikhah S. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*. 2014;3(2):141.
12. Siriwat R, Rojtinnakorn N, Kamsuk S, Pokpoonsrap J. Development of a seamless nursing communication model using SBAR techniques during transitional care period, emergency nursing division, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(1):60-9.(in Thai)
13. Aebbersold M, Titler MG. A simulation model for improving learner and health outcomes. *Nursing Clinics*. 2014;49(3):431-9.
14. Foronda CL, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual simulation in nursing education: a systematic review spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare*. 2020;15(1):46-54.
15. Nonsee P, Pornsumritchok J, Wattanakul S, Yotsurin P, Tancharoen P. Effects of teaching by using role-play in case scenario on knowledge practice and attitude of shift report with SBAR technique : in 4TH year nursing student of BCNC. Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal*. 2020;12(2):26-39.(in Thai)
16. Jeong JH, Kim EJ. Development and Evaluation of an SBAR-based Fall Simulation Program for Nursing Students. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2020;14(2):114-21.
17. Lancaster RJ, Westphal J, Jambunathan J. Using SBAR to promote clinical judgment in



- undergraduate nursing students. *J Nurs Educ.* 2015;54(3 Suppl):S31-4.
18. Abbaszade A, Assarroudi A, Armat MR, Stewart JJ, Rakhshani MH, Sefidi N, et al. Evaluation of the Impact of Handoff Based on the SBAR Technique on Quality of Nursing Care. *J Nurs Care Qual.* 2021;36(3):E38-E43.
 19. Chae M. The effect of simulation-based SBAR education programs of nursing students. *Indian J Public Health Res Dev.* 2019;10:4262-7.
 20. Yun J, Lee YJ, Kang K, Park J. Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: a systematic review. *BMC Medical Education.* 2023;23(1):1-10.



การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

Organizing Tertiary Health Service Systems in the Situation of Corona 2019 (Third wave Pandemic) in Bangkok Metropolitan Region

อดิญาณ์ ศรีเกษตริน¹ ธัญพร ชื่นกลิ่น² ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์³ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์⁴ นภัส แก้ววิเชียร³
สุชาดา นิมวัฒนากุล¹ วรวิทย์ แสงทอง⁵ เบญจพร สุธรรมชัย⁶ ศุภสิทธิ์ พรธนาโรดมัย⁷

¹Atiya Sarakshetrin ^{Thunyaporn Chuenklin}*² Nutthapong Wongwivat³ Atcharawadee Sriyasak⁴
^{Naphas Kaeowichian}³ ^{Suchada Nimwatanakul}¹ ^{Worawut Saengthong}⁵

^{Benjaporn Suthamchai}⁶ ^{Supasit Pannarunothai}⁷

¹คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ²คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³กรมการแพทย์ ⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ⁶มูลนิธิพัฒนาสถานีนามัยเฉลิม
พระเกียรติ 60 พรรษานวมินทรราชินี ⁷ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรม จังหวัดพิษณุโลก

¹Faculty of Nursing, Praborromrajchanok Institute, ²Faculty of Health Science Phetchaburi Rajabhat University

³Department of Medical Services ⁴Boromarajonnani College of Nursing Yala, ⁵Boromarajonnani College of Nursing Surin

⁶Queen Sirikit Health Center Foundation ⁷Center of Health Equity Monitoring Foundation Phitsanulok

Corresponding author: Atcharawadee Sriyasak; Email: atcharawadee@bcnyala.ac.th

Received: October 25, 2023 Revised: November 30, 2023 Accepted: December 10, 2023

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 ส่งผลให้อัตราการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยสูง โดยมีจุดศูนย์กลางการระบาดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดระบบบริการระดับตติยภูมิ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่สัปดาห์ที่ 14 ถึงสัปดาห์ที่ 53 ของปี 2564 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากผู้บริหาร และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการตติยภูมิและปริมณฑลจำนวนทั้งสิ้น 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ระบบบริการ: มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ โดยผสมผสานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ บริหารจัดการด้านโครงสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ 2) บุคลากรสาธารณสุข: มีการลดภาระงานไม่จำเป็น ระดมกำลังคน พัฒนาสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และบำรุงขวัญกำลังใจ 3) ข้อมูลข่าวสาร: ประกอบไปด้วยระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน และระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย 3) เทคโนโลยีทางการแพทย์: ปรับการบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนแบบเร่งด่วน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการให้บริการ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากบพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6) การนำและการอภิบาลระบบ: เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสั่งงานหนัก และร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; การจัดระบบบริการสุขภาพ; ระดับตติยภูมิ



Organizing Tertiary Health Service Systems in the Situation of Corona 2019 (Third wave Pandemic) in Bangkok Metropolitan Region

¹Atiya Sarakshetrin Thunyaporn Chuenklin*² Nutthapong Wongwiwat³ Atcharawadee Sriyasak⁴

Naphas Kaeowichian³ Suchada Nimwatanakul¹ Worawut Saengthong⁵

Benjaporn Suthamchai⁶ Supasit Pannarunothai⁷

¹Faculty of Nursing, Praborromrajchanok Institute, ²Faculty of Health Science Phetchaburi Rajabhat University

³Department of Medical Services ⁴Boromarajonnani College of Nursing Yala, ⁵Boromarajonnani College of Nursing Surin

⁶Queen Sirikit Health Center Foundation ⁷Center of Health Equity Monitoring Foundation Phitsanulok

Corresponding author: Atcharawadee Sriyasak; Email: atcharawadee@bcnyala.ac.th

Received: October 25, 2023 Revised: November 30, 2023 Accepted: December 10, 2023

Abstract

The third wave of the COVID-19 pandemic had led to a high rate of infection spreading and exacerbating the situation of the 2019 coronavirus outbreak in Thailand, with the epicenter of the outbreak located in the Bangkok metropolitan area and its surrounding provinces. A qualitative study aimed to explore health system management during the situation of Corona 2019(COVID-19) third wave pandemic in Bangkok Metropolitan Region. Data were collected by in-depth interview and focus group discussion during week 14 to week 54 in 2021 from 123 purposively selected participants including administrative staff and multidisciplinary health care teams. Content analysis was used for data analysis. The results revealed that: 1) *Service delivery*: restructuring of service systems, integration of crisis management principles, management of structural aspects and development of new practices in service delivery. 2) *Health workforce*: reducing workload and bringing the workforce together, developing competencies of healthcare providers and skills in caring for critically ill patients, and providing rewards. 3) *Information*: The medical service information system, the information reporting news system, and expenditure data recording system. 4) *Access to essential medicine*: managing medical supplies systems and accelerating the allocation and developing innovations and technologies in health care services. 5) *Financing*: using hospital budget, special budget, disbursement from NHSO, and donations. 6) *Leadership and governance*: role modelling hard work, cooperation, establishment of a collaborative network, daring to change jobs, and changed mindsets.

Keywords: coronavirus disease 2019 pandemic; health service system; tertiary level



ความเป็นมาและความสำคัญ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นเป็นการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก โดยการระบาดระลอกที่ 1 เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ดั้งเดิมที่พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หรือโคโรนาสายพันธุ์ S (Serine) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ต่อมาพบจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการระบาดอย่างรวดเร็วในอีกหลายประเทศทั่วโลก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประเมินสถานการณ์ของการติดเชื้อดังกล่าว และได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งเริ่มต้นในช่วงมกราคม พ.ศ. 25631 ในประเทศไทยมีการระบาดภายในประเทศ จากกลุ่มคนในสนามมวย จนกลายเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว 13 จังหวัดตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ รัฐบาลได้ตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อทำหน้าที่ กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วน จนนำไปสู่การบังคับใช้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงมาตรการอื่น ๆ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ในระดับหนึ่ง การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในระลอกนี้ โดยเริ่มตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อ 4,237 คน และผู้เสียชีวิต 60 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.42 จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด)²

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2: มีการพบอุบัติการณ์ในกลุ่มแรงงานสมุทรสาครกับ “การระบาดระลอกใหม่” เกิดขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ S หรือสายพันธุ์อู่ฮั่น ครั้งนี้ก็ถือเป็น การแพร่ระบาดที่เชื่อมีการกลายพันธุ์และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง โดยที่ไม่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนหน้า การระบาดระลอกใหม่เกิดจากเชื้อไวรัสกลายพันธุ์ สายพันธุ์ GH เป็นสายพันธุ์ที่แยกออกมาจากสายพันธุ์ G หรือสายพันธุ์บีตา (Beta (B.1.351)) และแพร่มายังประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 25633 โดยสายพันธุ์นี้ ตรวจพบครั้งแรกในตลาดกลางกุ้ง จากแรงงานอุตสาหกรรมประมงตลาดกุ้ง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองเข้าเมือง และในระยะเวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ มีผู้ติดเชื้อประมาณ 1,400 ราย และการระบาดครั้งนี้ กระจายไป 27 จังหวัด ทั่วประเทศ ในช่วงตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมด 24,262 คน เสียชีวิต 34 ราย คิดเป็นร้อยละ .14 ต่อจำนวนผู้ป่วย

การแพร่ระบาดของโควิดระลอกที่ 3 สายพันธุ์อัลฟาหรือสายพันธุ์จากเมืองเคนต์ในประเทศอังกฤษ เริ่มมีการระบาดในประเทศไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และแพร่ระบาดอย่างหนักจากกลุ่มคนเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ในขณะนั้นแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วกว่า 138 ประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสายพันธุ์ที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่นมากถึง 40-70% และมีคุณสมบัติหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 30% นอกจากนี้ในช่วงเวลาคาบเกี่ยวกันของเชื้อไวรัสสายพันธุ์เดลต้า ซึ่งแพร่ระบาดได้เร็วขึ้นถึง 4.2 เท่าของสายพันธุ์เดิม (SARS CoV-2: Wuhan-Hu-1 isolate)⁴ แพร่ได้เร็วกว่าสายพันธุ์แอลฟามากกว่าร้อยละ 60 มีความรุนแรงกว่า หลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของคนไทยในช่วงนั้นยังไม่ทั่วถึง ไม่พร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อที่มีความรุนแรง และขยายวงกว้างรวดเร็ว รายงานการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิมวันละหลักร้อยรายเป็นหลักพันราย อัตราขยายเชื้อของโควิด-19 ในประเทศไทยสูงสุดในโลก โดยมีอัตราการขยายอยู่ที่ 2.273 การติดเชื้อกระจายอยู่ทั่วประเทศแต่จุดศูนย์กลางการระบาดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อัตราการครองเตียงเพิ่มมากกว่าร้อยละ 80 ทั่วประเทศ5 จำนวนผู้ป่วยวิกฤติมากขึ้น เต็มผู้ป่วยวิกฤติ (ไอซียู) มีจำกัด การเสียชีวิตมากขึ้น เกิดปัญหาอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหนัก

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษและตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า



ด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้พื้นที่กรุงเทพมหานครอยู่ภายใต้การดูแลด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13 เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพและบูรณาการภารกิจด้านการสาธารณสุขร่วมกับหลายหน่วยงาน⁶ แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นเมืองที่มีศักยภาพสูงและมีระบบสาธารณสุขหลากหลายรูปแบบแต่การระบาดของเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ทำให้หน่วยงานและกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่สามารถรับมือได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีความทับซ้อนกันระหว่างหลายหน่วยงาน สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในระลอกที่ 3 สร้างความตื่นตระหนกในการให้กักระบบบริการสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี การศึกษาถึงการบริหารจัดการภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ Six building blocks⁷ ของหน่วยบริการการแพทย์ในสังกัดต่าง ๆ ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ในกรุงเทพมหานคร และปริณตผลที่มีการระบาดเกิดขึ้นอย่างมากมาย จะบทเรียนที่สำคัญ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบบบริการการแพทย์ที่เหมาะสม ในการจัดระบบบริการในกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการจัดระบบบริการระดับตติยภูมิ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตกรุงเทพมหานครและปริณตผล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทีมวิจัยทำการศึกษาและถอดบทเรียนการจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริณตผล โดยทำการศึกษาการจัดการระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁷ 1) ระบบบริการ (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (health information systems) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing system) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership and governance)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง สัปดาห์ที่ 14 ถึงสัปดาห์ที่ 53 ของปี 2564 โดยจะทำการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริณตผล

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร (หรือผู้แทน) หน่วยบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริณตผล ทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม รวม 18 คน จาก 18 หน่วยบริการ 2) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ มีประสบการณ์การดูแลหรือบริหารจัดการผู้ป่วยโควิดในสถานบริการ ที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสี เภสัชกร เจ้าหน้าที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 10-12 คนจาก 18 หน่วยบริการรวมเป็น 180 คน รวมมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 123 คน



เครื่องมือการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ มีการเตรียมตัว โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและผลงานวิจัย ที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดในการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แนวคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ประเด็นคำถามมีกรอบกว้างในประเด็นหลัก ๆ เช่น 1) หน่วยงานท่านมีการจัดระบบการบริการ แก่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ระลอกที่ 3 อย่างไร 2) ท่านมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างไรในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระลอกที่ 3 3) ระบบสารสนเทศที่ใช้ในระหว่างการระบาดระลอก 3 นี้เป็นอย่างไร และ 4) การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง มีการดำเนินการเป็นอย่างไร ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการใช้คำถามเจาะลึก (probing questions) เช่น ท่านหมายความว่าอย่างไร ช่วยขยายความในประเด็น... นี้เพิ่มเติม เป็นต้น และใช้คำถามเพื่อขอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เช่น ในประเด็น...นี้ ท่านคิดว่ามีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร มีอะไรที่ไม่ได้ถามแล้วอยากจะเล่าเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน กับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามก่อนนำมาเก็บข้อมูลจริง

3. แบบสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะการให้สัมภาษณ์และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยอักปกริยาขณะให้ข้อมูล น้ำเสียง สายตา อารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้น

4. แบบบันทึกภาคสนามประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลวันที่ เวลาเริ่มและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ สถานที่ให้สัมภาษณ์ สิ่งแวดล้อมทั่วไป การบันทึกความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล

5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการ คุ่มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ IHRP2021127 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 265/2564 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2564 คณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA no. Si 189/2022 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ตำรวจ เลขที่ วจ.40/65 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2565 คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ 56 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมตามความสมัครใจ เลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ ที่มีความเป็นส่วนตัว สร้างสัมพันธภาพเพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และตามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการในการค้นหาความหมายของประสบการณ์และมีการถามเพื่อติดตามประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่



(probing questions) หรือประเด็นที่ไม่ชัดเจนในขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

2. ผู้วิจัยทำบันทึกภาคสนาม (field note) และการบันทึกความรู้สึกสะท้อนคิด (reflective journal) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มความชัดเจนครอบคลุมของข้อมูลและป้องกันการนำความรู้สึกของผู้วิจัยไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3. ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์แบบคำต่อคำ แล้วอ่านทำความเข้าใจกับความหมายต่าง ๆ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย สัมภาษณ์จนกว่าไม่ได้ข้อมูลใหม่เกิดขึ้น หรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน⁸ ได้แก่

- 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยการอ่านข้อมูลจากการถอดเสียงแบบคำต่อคำ ที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความรู้สึกตามข้อความในคำบรรยายนั้น ๆ
- 2) สร้างข้อมูลเบื้องต้น จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของการศึกษา และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น
- 3) ค้นหาแก่นสาระ จัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดรหัสทั้งหมดให้เป็นหมวดหมู่
- 4) ตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ โดยการตัดเอาข้อมูลที่ตรงกับรหัสแต่ละตัวมารวมไว้ที่เดียวกันเพื่อความสะดวกในการหาความหมายและหาข้อสรุป
- 5) ระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ โดยการหาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยมองหาแบบแผนเรื่อง หรือประเด็นที่ปรากฏจากข้อมูล และ
- 6) เขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวคิดของลินคอนและกوبا⁹ มีดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันหลังจากที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็น (theme) เป็นระยะ ๆ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมและ ความอึดตัวของข้อมูล โดยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ผลไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัย 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์การเขียนบันทึกสะท้อนคิดและถอดเทป การสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระจากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระเพื่อให้ไปในทางเดียวกัน 3) การนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อให้ผู้อ่านตัดสินใจว่าจะนำไปประยุกต์ใช้กับสภาพแวดล้อมและบริบทที่คล้ายคลึงกัน 4) การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตลอดการดำเนินการวิจัย ในฐานข้อมูลเพื่อสามารถอ้างอิงและตรวจสอบข้อมูลซ้ำได้ตลอดเวลา



ผลการวิจัย

การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สรุปลงเป็นประเด็นตามหลักองค์ประกอบ (six building block) ได้ดังนี้

1. ระบบบริการ (service delivery) มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 โดยผสมหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ บริหารจัดการด้านโครงสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผสานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บริหารจัดการโดยใช้หลัก 3 S (system, staff, structure) ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (emergency operation center) ร่วมกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incidence command system) และมีคณะกรรมการในการดำเนินงาน ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกรม และกระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการบริหารโดยใช้แผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan for Emergency Infectious Disease in Healthcare Facilities: BCP) ในการดำเนินงานร่วมด้วย และความร่วมของโรงพยาบาลเอกชน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ในแง่ของการบริหารเราก็ดูหลัก ๆ 3 S system staff structure อันนี้เป็นสิ่งที่เราใช้บริหารทั่วไปอยู่แล้ว และก็ในส่วนของโควิดสิ่งที่เราทำเพิ่มก็คือ BCP ก็คือแผนการในการรับภาวะฉุกเฉินทั้งหลาย ...รพ.ทั้งหลายทำมาตั้งแต่รอบปีที่แล้ว ตัวขับเคลื่อนของเราที่นี้คือ EOC ของ รพ.ที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนภายในนี้เป็นเครื่องมือหลัก ๆ ที่เราใช้นะครับ” (ผู้บริหาร ป03)

“ต้องให้เครดิตท่านอธิบดีมากเลย ท่านมองเห็นปัญหาของ กทม.เลยว่าเป็นเมืองหลวงเมืองใหญ่ที่ Stakeholder เยอะ มีทั้ง กทม. มีทั้ง รร.แพทย์ มีทั้ง รพ.มีกรม มีทั้งทหาร ตำรวจ มีเอกชน มี 5 Stakeholder ใหญ่ ซึ่งแต่ละคนจะมี source ที่แตกต่างกัน แต่ถ้าต่างคนต่างทำบริหารงานไม่ได้ คนไข้จะไปกองอยู่ที่เดียว ท่านจะตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งซึ่งมี รพ. เป็นประธาน ท่านจะเป็นเลขาก และท่านจะเชิญ Stakeholder รวมถึงภาคเอกชนมาร่วมกันวางแผนเขียนสถานการณ์ร่วมกัน วางแผนเตียง วางแผนระบบการจัดการส่งต่อคนไข้ร่วมกัน” (ผู้บริหาร กทม09)

“โดยเฉพาะปริมณฑล ถ้าไม่มีหน่วยงานเอกชนเข้ามารับผมคิดว่าจะเป็นภาระของภาครัฐและก็จะเป็ประเด็นของทางภาครัฐเป็นอย่างสูง เพราะว่าในกรุงเทพปริมณฑลเท่าที่ผมดูสถิติตั้งแต่เดลต้าเมษายนปีที่แล้วจนกระทั่งระบดหนัก ๆ กรกฎาคม สิงหาคม เอกชนรองรับประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ ของภาพใหญ่นะ... งามแล้วเอาเตียงมาจากไหนรองรับได้ถึง 70-80% อันนั้นเป็นกลไกที่กรมสนับสนุนบริการได้ให้ทาง รพ.เอกชนทั้งระบบในกรุงเทพและปริมณฑลไป contact กับโรงแรม ซึ่งเศรษฐกิจไม่ได้อยู่แล้วเปิดทำเป็น hospital เพราะฉะนั้นใน hospital เราจะมีห้องอยู่เยอะมากเลยเป็นหมื่น ๆ ห้อง” (ผู้บริหาร เอกชน02)

1.2 บริหารจัดการด้านโครงสร้าง เมื่อปริมาณผู้มีความเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในเริ่มไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพ

เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ปรับปรุงพื้นที่และหอผู้ป่วยต่าง ๆ บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและทันการณ์ แยกพื้นที่ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อออกจากกัน เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยติดเชื้อตามลำดับความรุนแรงของการระบาด ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“...peak มาก ๆ น่าจะเดือน 6 เดือน 7 ก็เลยต้องทำ หรือว่าตัดสินใจก่อนครับ..โดยปรับ structure ใหม่หมดเลยคือ เราต้องแบ่งประเภทคนไข้ก่อนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สงสัย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่วินิจฉัยแล้ว กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่



ได้เกี่ยวกับโควิด เพราะว่าเราต้อง run business ของ รพ.ต่อไปด้วย เพราะว่าเรารู้ว่า 3 กลุ่มนี้ไม่ควรจะมาพัวพันกัน ไม่อย่างนั้นก็จะ contaminate อย่างกลุ่มที่เราสงสัยเริ่มจาก ARI คลินิก ก็จะไปถูกวางอยู่ที่ตึกสะอาดมุมหนึ่งของ รพ. ทำเป็นเหมือนกับ one stop service ของ ARI ถ้าวินิจฉัยแล้วก็ต้องไป admit ที่เราอย่างที่บอกพอช่วงระลอก 3 เราจะดูคนไข้เหลือง ส้ม แดง เราก็จะไปปรับตึกอายุรกรรมทั้ง ward เลยให้เป็น ward ที่ดูแลโควิด ก็จะมี ICU โควิดที่ปรับเป็น AIIR ก่อนจากนั้นไม่พอก็ไปปรับ extended ICU Surg มาก่อสร้างเพิ่ม ward รวมก็ถูกปรับไปเป็น Cohort ward และก็มีเหมือน Semi-Covid-ICU เราก็ค่อนข้างที่จะมั่นใจว่าคนไข้จะไม่ contaminate กับคนไข้ที่ไม่ได้เป็นโควิด...” (ผู้บริหาร ป05)

1.3 พัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ขึ้นตอนการดำเนินงาน และการระบุบทบาทหน้าที่แก่ผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ทั้งการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโควิด และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาให้ทันกับความรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาในสถานการณ์ จัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระดับความสามารถของโรงพยาบาลตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นสีเขียว สีเหลือง สีส้ม และสีแดง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ และปลอดภัย ดังตัวอย่างค่ากล่าวต่อไปนี้

“ใช้ guideline แล้วสั่งยาตาม guideline เลย...” (สหวิชาชีพ ป01)

“แนวปฏิบัติ เรายึดของกรมการแพทย์เป็นหลัก กรมควบคุมโรค และก็สำนักโรคต่างๆ ในเรื่องเกี่ยวกับผู้สัมผัส การจัดการเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ การจัดการการป้องกันการระบาดจาก การสอบสวนโรค” (สหวิชาชีพ ป08)

“ระบบ IC ของ โรงพยาบาล... เราก็มึนหน้าทีออกแบบระบบ เขียน flow แล้วก็ออกแบบระบบในเรื่องของการ safety ของเจ้าหน้าที่ เราพร้อมกับทางศิริราช มาประกอบกัน เพื่อออกระบบโดยโรงพยาบาล” (สหวิชาชีพ ป08)

“CPG เปลี่ยนกรมการแพทย์ post CPG ใหม่วันนี้ไป 08.00 โมงเช้า ถ้ามาตรฐานโลกคุณจะต้องเปลี่ยนวิธี การรักษาโรคคนไข้ได้ก่อน 10.00 ถ้าเกิดคุณต้องรอเป็นวันแล้วก็ยังมีหมอบางคนยังไม่รู้เลยว่า CPG ใหม่มันเปลี่ยนไปยังไงผมคิดว่าการจัดการในภาวะฉุกเฉินมัน fail แล้วนะ” (ผู้ทรง ป09)

2. บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) มีการดำเนินการโดยการลดภาระงานไม่จำเป็น ระดมกำลังคน พัฒนาศมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และบำรุงขวัญกำลังใจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ลดงานระดมคน พบว่า เมื่อปริมาณผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นจึงลดภาระงานที่ไม่ฉุกเฉิน รอได้ เช่น งานห้องผ่าตัด ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ฯลฯ ให้มีหน้าที่ในแผนกที่เปิดให้บริการผู้ที่เสี่ยงหรือติดเชื้อ ยุบรวมบางแผนกที่สามารถรวมได้ ระดมบุคลากรสาธารณสุขภายในจังหวัด หรือภายในเขตที่ผู้ติดเชื้อยังไม่สูงนักมาช่วยงานในช่วงแรก รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุนมาช่วยงานส่วนสนับสนุนบริการ ดังค่ากล่าวต่อไปนี้

“รพ.เรามีห้องแยก negative modified ห้องเดียว ตอนช่วงเดลต้าและก็ปิดห้องคลอด เอาพยาบาล หัวหน้าพยาบาลของ IC ทำงานร่วมกัน ให้พยาบาลห้องคลอดไปอยู่เวรรับคนไข้โควิดที่ตึกพิเศษ” (สหวิชาชีพ ป06)

“อันดับแรกมีการลดงานที่ไม่จำเป็นลง เช่น พอเราลดงาน OR ก็เอาบุคลากรและพยาบาล OR รวมถึงตึกบริการสังคมที่เราปิดไป เอาไปโรงพยาบาลสนาม รวมถึง back office ทันตกรรม หรือกายภาพบำบัด ส่งน้องออกไปช่วย รพ.สนาม และไปช่วยที่ตึกที่ฉีดวัคซีน” (สหวิชาชีพ ป01)

“คนไข้เยอะขึ้น ต้องระดมคน ประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของโรงพยาบาล ให้ไปดูคนไข้โควิด แต่พอตอนช่วงคนไข้ในระลอกที่ 4 กลับกัน เจ้าหน้าที่ 60 เปอร์เซ็นต์ ต้องไปดูคนไข้โควิด เพราะเราจะมีโรงพยาบาลสนามด้วย เปิด cohort ward เพิ่มด้วย และช่วงท้ายๆ จะมี Home isolation ด้วย เจ้าหน้าที่ในการดูแลปฐมภูมิก็ยังคงต้องไปดูคนไข้ Home isolation ดังนั้นแน่นอนว่ากำลังของบุคลากรจะต้องมีความ tight มากในการจัดเวร” (ผู้บริหาร ป03)



2.2 พัฒนาศมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ มีการพัฒนาศมรรถนะและทักษะกำลังคนด้านต่าง ๆ ทั้งการให้บริการ และการสนับสนุนบริการ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“...ฝึกสอนเจ้าหน้าที่.. กระตุ้นความรู้เรื่อง infection control เราฝึกตั้งแต่เราให้ความรู้ทางการแพทย์ ทางด้านการพยาบาล เราก็กฝึกรวมในเรื่องของการใส่ชุด การปฏิบัติตัวการทำงานจะต้องทำอะไร” (ผู้บริหาร ป03)
“ตอนนี้มีการปรับเปลี่ยน โดยการให้ไปอบรม เช่น การใช้ทักษะพิเศษ การใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ และใช้สารสนเทศ มีการเพิ่มระดับสมรรถนะ” (ผู้ทรง 08)

2.3 บำรุงขวัญกำลังใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการชดเชยภาระงานและความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยการทำประกันชีวิตให้แก่เจ้าหน้าที่ ให้ค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย มีสวัสดิการด้านอาหาร ที่พัก และการเสริมแรงด้วยการชมเชย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อีกเรื่องหนึ่งของบุคลากรก็คือ เรื่องขวัญกำลังใจต้องพร้อม แล้วไม่ตระหนกตกใจ ดูแลคนไข้ก็กลัวกัน อย่างนี้นะ เราก็มาสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อที่จะให้เจ้าหน้าที่เตรียมพร้อมทำหน้าที่ เพิ่มการทำประกันชีวิตและค่าเสี่ยงภัย” (ผู้บริหาร ป03)

“เรื่องค่าตอบแทน เราให้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นเป็นเต็มเวลา ตอนหลังให้เพิ่ม เป็น 2 เท่า ยังไม่รวมค่าเสี่ยงภัยอีก” (ผู้บริหาร ป06)

3 ระบบข้อมูลข่าวสาร (information) ประกอบไปด้วยระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน และระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ดังนี้

3.1 ระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมระบบข้อมูลข่าวสารเดิมที่ใช้อยู่ เช่น HOSxP, SSB และขยายเครือข่ายการลงบันทึกข้อมูลไปยังโรงพยาบาลสนาม โดยการจัดหาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพิ่มเติมอย่างเพียงพอสำหรับรองรับการดำเนินการที่มีจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ต้องการความรวดเร็วทันเวลาเพื่อให้การควบคุมโรค และการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ตั้งคำกล่าวต่อไปนี้

“ฐานข้อมูลก็มีระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลที่มีอยู่ เพียงแต่ว่าการรายงาน lab ก็ต้องเร่ง process ทุกอย่างก็ต้องเร็ว เพราะว่าคนไข้เยอะมาก คนไข้นอกวันหนึ่งเป็นพันคน เกือบ 2,000 คน เพิ่มขึ้นมาจากปกติ” (ผู้บริหาร ป09)

“การ key ข้อมูลเข้าในระบบ SSB ของโรงพยาบาล ของเราใช้ SSB อยู่ พยาบาลที่รับผิดชอบส่วนของ caring ตรงนี้ดูแลในเรื่องการ key ข้อมูลเข้าระบบ พอไปใช้ที่โรงพยาบาลสนาม พยาบาลจากต่างจังหวัดที่มาช่วยงานส่วนใหญ่ใช้ HOSxP ก็คือจะต้องมาเรียนรู้ในเรื่องของการ key ข้อมูลเข้าในระบบ SSB นะ ต้องเรียนรู้ใหม่” (สหวิชาชีพ ป08)

3.2 ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน เป็นการรายงานข้อมูลเรื่อง การสอบสวนโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การควบคุมโรค การเฝ้าระวัง และทรัพยากร ไปยังกรมต่าง ๆ ที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบ DDC -COVID, Co-Lab, Co-Ward เป็นต้น ดังคำกล่าวนี้

“คือใช้ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงฯ อย่างเช่นข้อมูล lab อย่างนี้ก็ต้อง key เข้า co-lab เรื่องทรัพยากร key เข้า co-ward เรื่องของคนไข้ก็ต้อง key เรียกเก็บเงินอะไรอย่างนี้” (ผู้บริหาร ป03)

“Co-ward ข้อมูลภาพเตียงทั้งหมด การเห็นข้อมูลทำให้การบริหารจัดการง่ายขึ้น แต่ให้เฉพาะคนที่มสิทธิ ดู โรงพยาบาลเราจะใช้วิธีนำข้อมูลเป็น Visual มาเข้าที่ประชุม ไม่ได้เอา Dashboard มาโชว์ จะเป็นการรายงานจากผู้รับผิดชอบว่าตอนนี้สถานการณ์เตียงเป็นอย่างไร การบริหารจัดการที่เราควรจะต้องทำเป็นอย่างไร” (สหวิชาชีพ กทม02)



3.3 ระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ ดังคำกล่าวนี้

“เรื่องของคนไข้ก็ต้อง key เรียกเก็บเงินอะไรอย่างนี้ จากระบบของ สปสช คือ จะต้อง key ข้อมูลให้ทันด้วย” (ผู้บริหาร ป03)

“ค่าใช้จ่ายของโควิด ก็ใช้ HIS (Hospital information system) key ในโปรแกรม e-Claim ของสปสช ก็แล้วแต่ว่าผู้ป่วยใช้สิทธิอะไร ก็ key ให้ตรงตามสิทธิ” (สหวิชาชีพ ป02)

อย่างไรก็ตามในส่วนของภาคเอกชนอยากให้มีการสื่อสารในเรื่องของการจ่ายเงินให้เข้าใจตรงกัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“สิ่งที่ผมทักก็คือเวลาประกาศเป็นโรคอุบัติใหม่แล้วจำเป็นต้องใช้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินก็ช่วยให้กองทุนหรือมีbodyซักตัวมาเคลียร์ในการทำ financing ด้วย...ก็เป็ndrama มาช่วงหนึ่ง ซึ่งมันสะท้อนได้ถึงมันสะท้อนถึงระบบว่าท่านไม่ได้เตรียมตัว integrate กันให้ชัดเจนมันเป็นภาวะของประเทศ อันนี้จุดอ่อนมาก ๆ เลยนะ ทั้ง ๆ ที่เรารับผิดชอบจ่ายเงินมโหฬารแต่การเตรียมตัวไม่ดี ... ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในช่วงหน้าก็ขอชัดเจน เพราะท่านเข้ามาถามใคร ๆ ไม่มีคำตอบนะ แล้วก็ต่างคนต่างเล่น... ส่วนอีกด้านหนึ่งเวลาทำงานไปแล้วสื่อสารกันทั่วประเทศไม่มีความชัดเจนในระบบ รพ.เอกชนทั่วประเทศมีมากกว่า 400 โรง ถ้าประกาศเป็นมาตรการที่ให้ระบบรัฐและเอกชนมาช่วยดูแลในยุคของเดลต้าอัตราการตายมันสูง เต็มมันต้องเตรียมตัวล่วงหน้าบางจังหวัดก็ทำตามกรอบของส่วนใหญ่บางจังหวัดก็จะไปดิ้นดิ้นที่ท้องถิ่นเนื่องจากว่าคณะกรรมการโรคติดต่อฉุกเฉินประจำจังหวัดเขาก็แปลความจากส่วนกลางไม่ตรงกัน” (ผู้บริหาร เอกชน05)

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicine) ปรับการบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนแบบเร่งด่วน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการ ดังนี้

4.1 บริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบเร่งด่วน อาทิเช่น ยา Favipiravir วัคซีน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เราก็เป็นcenterในการบริหารจัดการยาโควิดของเขต พอมีคนไข้ทั้งเขตเยอะ การบริหารจัดการยามันก็จะมีความ tight ในช่วงที่ tight นะ เราจะให้ยาไปก่อน 2 วันนะแทนที่จะให้ 5 วัน แล้วค่อยจ่ายเพิ่มทีหลังจนครบ” ผู้บริหาร ป03, “การผลิต การจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ คือว่า เราได้มาน้อย เราก็บริหาร ก็อาจจะมียืมกันบ้าง เขตของเราตอนนี้มีน้ำใจช่วยกัน ก็มีการยืมกันบ้าง เป็นสิ่งที่เราบริหารจัดการ ก็ช่วยลดปัญหาหลาย ๆ ที่ได้ด้วย” ผู้บริหาร ป03 และ “ในเรื่องของยา เราจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายยา Favipiravir ของเขต ซึ่งมีสาธารณสุขนิเทศเป็นประธาน เราจะออกแบบฟอร์ม design การขอใช้ยา ช่องทางการติดต่อก็สามารถผ่านช่วงวิกฤตตอนนั้นไปได้ ต้องใช้หลาย ๆ วิธีการเพื่อให้ยาพอใช้ บางทีดี ๆ ดื่น ๆ เข้ามาตามยากัน ก็ต้องทำทุกอย่างให้คนไข้ได้ใช้ยา” (สหวิชาชีพ ป08)

4.2 ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ทดแทนผลิตภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีแนวทางการป้องกันและการรักษาโรคอุบัติใหม่ ยังไม่ผลิตอุปกรณ์ชนิดที่ต้องการมาก่อน มีการดัดแปลงและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีขึ้นทดแทน อาทิเช่น เสื้อกันฝน PPE กล้องพลาสติกป้องกันการติดเชื้อ AI ผู้ช่วยการตรวจรักษา แอปพลิเคชันสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้



“เรื่อง PPE อุปกรณ์ป้องกัน ตอนนั้นค่อนข้างขาดเยอะ มีเสื่อกันฝนก็ต้องใช้” (สหวิชาชีพ ป04)

“เราจะมินวัตกรรมคือคิดค้นขึ้นมา เพื่อให้เราปลอดภัย พวกกล่องพลาสติกต่าง ๆ ที่ครอบศีรษะ คนใช้เวลาจะใส่ tube เวลาเรา swab” สหวิชาชีพ ป04 และ “ช่วยกันหาวิธีเอาเครื่องมือมาใช้ เช่น จะทำอย่างไร จะลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากคนไข้ จึงคิดวิธีทำเครื่องฟุ้งหัวใจ ที่หมอในห้องสามารถได้ยิน” ผู้บริหาร กทม02 และ “พอคนไข้เยอะขึ้นเราก็เริ่มมินวัตกรรมเพิ่มขึ้น มี Application QQ เพื่อจองตรวจ PCR แล้วเริ่มเรื่องการฟุ้งผล lab เราก็มี Application ในการให้คนไข้สามารถฟุ้งผล lab ผ่านทาง Line ได้” (ผู้บริหาร กทม04)

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) งบประมาณที่ใช้ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากบพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

5.1 เงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนใช้การบริหารจัดการเงินงบประมาณแบบเร่งด่วน โดยขึ้นกับสภาพคล่องทางการเงินของแต่ละโรงพยาบาล ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ก็ใช้เงินภาคส่วนของสาธารณสุขเอง มีเงินบุดหนุนบางส่วน และที่สำคัญเลย ภาวะเร่งด่วนก็คงจะเป็นเรื่องของเงินบำรุงเป็นหลัก และน่าจะเป็นครั้งหนึ่งในการบริหารจัดการ ภาพรวมมันจะมีงบกลางหรืองบพัฒนาจังหวัด มีงบของภาคส่วนอื่นเข้ามาช่วยเหลือพอสมควร” สหวิชาชีพ ป01 และ “ภาคเอกชนไม่มีต้องรองบประมาณ ไม่ต้องรออะไรอย่างห้องความดันลบเขาทำได้เลย ไม่คิดว่าจะต้องตั้งงบประมาณส่วนกลางมาเหมือนหน่วยงานของรัฐที่ต้องรองบประมาณ” (ผู้บริหาร เอกชน01)

5.2 เงินจากบพิเศษ กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติบพิเศษ เพื่อช่วยในการบริหารจัดการโดยเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ยาบางตัวที่มีราคาสูง เราก็ใช้งบกลางบพิเศษซื้อมา จัดหามาให้ เพราะไม่ได้อยู่ในบัญชียา ถ้าเป็นที่ยื่นคนไข้ก็ต้องออกเอง แต่เราก็ตั้งบพิเศษ ก็ใช้เงินบพิเศษด้วย กินเงินโรงพยาบาลด้วย” (ผู้บริหาร ป09)

“วิธีซื้อช่วงนั้นใช้วิธีพิเศษ คือซื้อผ่านมูลนิธิ ซึ่งจะลดกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามขั้นตอนปกติไปหมดเลย จะแบบว่าเร็วมากนะ ถือว่าเป็นข้อได้เปรียบ ยืดหยุ่นสูง ถ้าอันไหนจำเป็นต้องออกก่อนคุยได้เลย ของก็จะมาก่อนแล้ว ทำเรื่องตามที่หลัง มันจำเป็นเหมือนว่าซื้อของแข่งกันกันเพื่อให้มีใช้แล้วก็เกิดการแย่งกัน” (สหวิชาชีพ กทม02)

5.3 เงินบริจาค ประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมบริจาคในการสนับสนุนการปฏิบัติงานดังกล่าวต่อไปนี้

“เรื่องของการปรับปรุง ward เราขอใช้เงินบริจาคมาล้านกว่าบาท ก็คือเราจัดงบประมาณเงินบริจาคที่เรา มีอยู่แล้ว และขออนัดกรรมการบริจาคเพื่อใช้เงินตรงนี้ ก็ไม่มีปัญหาอะไร” สหวิชาชีพ ป04 และ “ก็ต้องประเมินว่าขณะนี้เรามีวัสดุอุปกรณ์พร้อมบริการหรือไม่ ถ้าไม่มีก็คิดแผนการรับบริจาคหรือการจัดซื้อด้วยงบด้านอื่น ก็มาเปิดในเรื่องของ item ที่จะรับบริจาค ทางหน่วยเราก็จะเป็นหน่วย request ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาค เช่น การเงินกับมูลนิธิโรงพยาบาล” (สหวิชาชีพ กทม02)

5.4 เงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเบิกจ่ายค่าบริการที่ให้การรักษายาบาลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้มีสภาพคล่องทางการเงิน คำกล่าวต่อไปนี้

“เราไม่ค่อยกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะว่าโควิดให้คำตอบแทนเยอะ เช่น lab covid แล้วเงิน สปสช. ออกทุก 2 สัปดาห์ การเงินไม่ค่อยมีปัญหา ค่าทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโควิดเราได้ เราก็จ่ายได้อยู่แล้ว” ผู้บริหาร ป06 และ

“ส่วนเรื่องเงิน เมื่อทำงานแล้ว ให้เงินเต็มที่เขาไม่ได้ทำเพื่อเงินนะ แต่เขาทำเพื่อประชาชนก่อน แต่ผลลัพธ์เรื่องเงินเป็นผลพลอยได้ เป็นกำลังใจที่ได้อย่างต่อเนื่อง” (ผู้บริหาร กทม04)

6. การนำและการอภิบาลระบบ (leadership/ governance) เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยน mindset ดังนี้



6.1 เป็นแบบอย่างที่ดีในการสู้งานหนัก และ ร่วมลงมือปฏิบัติ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ผอ.ของโรงพยาบาล... (เอ่ยชื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในปริณทล) เป็นคนที่เก่ง แกร่ง สู้งาน ข้อมูลละเอียด รอบคอบ มีสติแล้วก็สามารถนำพาทิศทางได้อย่างที่ไม่ว่าจะไข้หวัดธรรมดาหรือโควิดก็ตามคือทำงานทุกวินาทีไม่ว่าจะเป็นวันหยุด แต่ ผอ. ไม่เคยที่จะหยุด และทำให้เราก็คงต้องเตรียมพร้อมทุกสถานการณ์เพื่อให้ก้าวผ่านไปด้วยกันได้” สหวิชาชีพ ป01 และ “เราต้องทำให้เขาเห็นว่าเราต้องทำ เราก็คงทำงานหนัก ทุกคนต้องทำงานหนัก คนไข้ตายทุกคนก็เห็นว่าตาย ทุกคนก็เห็นคนไข้ไม่มีที่เจาะ swab ไม่มีที่นอน ก็ต้องช่วยกัน อันนี้ผมว่ามันน่าจะเป็นเรื่องหลัก” (ผู้บริหาร ป06)

6.2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...ต้องมีการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว จะต้องร่วมแรงร่วมใจกับทุกภาคส่วนในลักษณะเครือข่าย ทำให้เราสามารถนำพาทิศทางเราไปรอดได้” (ผู้บริหาร ป03)

“พอเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล...(แม่ข่ายใน กทม.) กับโรงพยาบาล (ลูกข่ายใน กทม.) ก็จะเป็นการบริหารจัดการในภาพรวม เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากขึ้น” ผู้บริหาร กทม02

6.3 กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ (initiation) เพื่อนำทีมให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤติ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่ใช่ท่าน ผอ.ท่านเดียวที่มีภาวะผู้นำ ระดับรองผู้อำนวยการ ระดับแพทย์ พยาบาลก็เกิดภาวะผู้นำ กล้าตัดสินใจรับงานที่ใหม่แล้วก็ learning ไป doing ไป ผิดพลาดก็แก้ไขไปทำไป เพื่อผ่านภาวะวิกฤตินี้” (สหวิชาชีพ ป01)

“ผมโอเคกับการที่โควิดมา โอเคกับการที่องค์กรตั้งใหม่ (เอ่ยชื่อโรงพยาบาลลูกข่ายใน กทม.) ก็ได้มา ในจังหวะนี้พอดี ทำให้เราเห็นตัวตนของเรา เห็นภาพจำลองของโรงพยาบาลที่ดีก็น่าจะเป็นช่วง Covid นี้แหละ” (ผู้บริหาร กทม02)

6.4 ปรับเปลี่ยน mindset ช่วยนำองค์กรให้ผ่านภาวะวิกฤติได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เริ่มด้วยผู้นำเขาสามารถมองวิกฤติให้เป็นโอกาสและปรับเปลี่ยน mindset ของคนทั้งองค์กรให้สามารถมุ่งไปทางเดียวกันได้ และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงกัน เปลี่ยนการสื่อสารผ่านออนไลน์ด้วย” สหวิชาชีพ กทม04 และ “ตอนแรกเหมือนทุกคนคิดว่าเป็นเรื่องยากไปหมดเลยตอนนี้ผู้นำสามารถเปลี่ยนให้คิดว่า มันเป็นเรื่องง่าย แล้วก็ได้ทั้งประโยชน์ทั้งประชาชน จริง ๆ แล้วทุกสิ่งอย่างก็ทำให้โรงพยาบาลเราเติบโตไปด้วย อันนี้คือ เปลี่ยน mindset จากที่คิดว่าวิกฤติ แต่ว่าจริง ๆ แล้ว มันเป็นโอกาส” (สหวิชาชีพ กทม04)

สรุปและอภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR,G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) ที่มีวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารจัดการระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁷ สรุปดังต่อไปนี้

1) จัดระบบบริการ (service delivery) การปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 โดยผสมหลักการการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ ที่มีหลักการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพกว่าการบริหารตามปกติ ผู้ปฏิบัติจากหลายหน่วยงานสามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบภายใต้การบัญชาการอย่างเป็นเอกภาพ โดยรับคำสั่งจากหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว⁷ ด้วยการระดมทรัพยากรและสรรพกำลังมาใช้เพื่อหยุดยั้งเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวลาที่ดีที่สุด มีความปลอดภัยกับทุกฝ่าย ซึ่งการดำเนินการ



ในครั้งนี้สามารถประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ที่มีความซับซ้อนขององค์กร เช่น กรุงเทพมหานคร ที่มีหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และโรงเรียนแพทย์ อีกทั้งคณะกรรมการไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคสำคัญในกลไกการอภิบาลระบบในสถานการณ์โควิด-19 คือ การขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคส่วนอื่นในระดับนโยบาย จึงเกิดข้อขัดแย้งในการการบัญชาการเหตุการณ์ และขาดเอกภาพในการบริหารจัดการ และท้าทายอย่างยิ่งในการนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา

บริหารจัดการด้านโครงสร้าง และพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ เป็นการบริหารจัดการระบบบริการที่มีความจำเป็นในขณะที่ยอดการระบาดกำลังแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว สถานที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยหนักที่มีอยู่ไม่เพียงพอจำนวนเตียงปกติที่มีอยู่ไม่อาจรองรับได้ (surge capacity) จำเป็นต้องมีสถานที่และเตียงรองรับเพิ่มขึ้นอย่างเร่งด่วนให้ทันเหตุการณ์ในบางประเทศเช่น ประเทศจีน มีการสร้างอาคารและโรงพยาบาลขึ้นใหม่¹¹ แต่สำหรับประเทศไทยใช้วิธีการปรับปรุงพื้นที่ห้องโถง โรงจอดรถ หอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เดิมเคยให้บริการแก่ผู้ป่วยอื่นที่ไม่ใช่โควิด (non covid) มาเพื่อเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ (covid) เช่นเดียวกับประเทศส่วนใหญ่อีกหลายประเทศที่ใช้ทรัพยากรเดิมที่มีอยู่มารองรับผู้ป่วยสอดคล้องผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา¹² ที่เสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับพื้นที่ ด้วยการปรับห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นห้อง ICU¹³⁻¹⁴ เพิ่มเตียงผู้ป่วยในห้อง ICU เป็น 2 เท่า ย้ายผู้ป่วยปกติไปโรงพยาบาลชั่วคราวที่หอพักของมหาวิทยาลัย และโรงแรม

ปัญหาการเพิ่มขึ้นจำนวนมหาศาลที่ก่อให้เกิดปัญหาเตียงไม่พอนั้น ต่อมาจึงมีการขยายเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเข้ารับการรักษาที่ hospital และโรงพยาบาลสนาม แม้กระนั้นยังมีแนวโน้มว่าไม่เพียงพอในการรองรับได้ทั้งหมด จึงมีการขยายไประบบบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการแบบ community isolation และ home isolation^{13,15} ซึ่งช่วยแก้ปัญหาเตียงไม่พอในระดับตติยภูมิ ไปสู่ระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้แม้จะแก้ปัญหาไปได้ระดับหนึ่ง หากปรับเอกภาพในการบริหารจัดการในเขตกรุงเทพมหานคร จะช่วยให้การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินจากการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) การปรับระบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีความจำเป็นเพื่อรองรับภาระการบริการที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์บางสายงานมีความขาดแคลนอยู่เดิม เมื่อปริมาณผู้ป่วยมากขึ้น การดำเนินการปิดให้บริการงานที่ไม่ฉุกเฉิน รอได้ การยุบรวมบางแผนก ช่วยลดภาระ และระดมบุคลากรเหล่านั้นมาเปิดบริการแก่ผู้ป่วยโควิด รวมทั้งการระดมบุคลากรสายสนับสนุนมาช่วยงานส่วนอื่น เป็นวิธีที่ช่วยแก้ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ได้ในระดับหนึ่งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นกลยุทธ์ในการตอบสนองดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านกำลังคน¹² รวมทั้งการขยายขีดความสามารถของกำลังคน ด้วยการพัฒนาและฝึกอบรม¹⁴ เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพและรองรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย¹⁵

3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (information) ระบบข้อมูลสารสนเทศเดิมไม่รองรับบริการที่เพิ่มขึ้น และไม่เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลสารสนเทศของกระทรวง อีกทั้งระบบข้อมูลสารสนเทศกลางของกระทรวงฯ เป็นการออกแบบขึ้นใหม่ ทั้ง DDC -COVID, Co-Lab, Co-Ward แม้ว่าจะมีระบบ Co-link เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละฐานเข้าด้วยกัน แต่ยังไม่มียระบบที่เชื่อมเข้ากับระบบข้อมูลข่าวสารที่โรงพยาบาลใช้อยู่ ข้อมูลที่กรอกมีความยุ่งยากและซับซ้อน ไม่สามารถใช้เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนดำเนินการได้ ใช้งานยาก ระบบล้า ข้อมูลไม่ถูกต้อง ล่าช้า จึงเป็นการเพิ่มภาระงานการกรอกข้อมูลมากขึ้นจากภาระงานการให้บริการเดิมที่หนัก และใช้เวลานาน นอกจากนี้ ระบบ hardware ยังไม่สามารถรองรับการส่งข้อมูลจำนวนมาก การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเป็นระบบเดียวกัน ให้ง่ายและ



ทันเหตุการณ์ จึงเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการแพร่ระบาดใหญ่ และเป็นโจทย์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมของรัฐบาลดิจิทัลประเทศไทย ที่จะขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย 4.0 ด้วยการนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์ดิจิทัลมาสนับสนุนการปฏิบัติงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสม (Smart operations) ประหยัด และคุ้มค่า¹⁰

4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicine) การบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบเร่งด่วน อาทิเช่น ยา Favipiravir วัคซีน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข การให้การรักษานักผู้ป่วยจำนวนมากอย่างเหมาะสมตามความรุนแรง ช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็นและเกิดความเท่าเทียม ตลอดจนการใช้มี Application QQ เพื่อจองตรวจ PCR มี Application ในการให้คนไข้สามารถฟังผล lab ผ่านทาง Line ได้ เป็น ถือเป็นการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคของ digital health technology อย่างชัดเจน¹⁶

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) งบประมาณที่ใช้ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากงบพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามภาคเอกชนมีปัญหา/ อุปสรรค ด้านการเงินคือ ระบบการเบิกจ่ายเงินไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดในการเบิกจ่าย¹³ การขับเคลื่อนมาตรการต้องใช้งบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน การเบิก-จ่ายงบประมาณภาครัฐต้องดำเนินการตามระเบียบของราชการอย่างเคร่งครัด หากขาดการชี้แจงหรือกำหนดแนวทางที่ชัดเจนอาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเบิก-จ่ายไม่เป็นที่ไปตามระเบียบที่กำหนดและอาจเกิดปัญหาตามมาภายหลังได้

6) การนำและการอภิบาลระบบ (leadership/governance) เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสั่งงานหนักไม่ถอย ร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยน mindset สอดคล้องกับลอเรนซ์ เฮอเบินเยก¹⁷ ได้กล่าวถึง 4 องค์ประกอบสำคัญที่มี อิทธิพลต่อการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติและบรรลุผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงปัจจัยสภาพแวดล้อมทางด้านการจัดการ 2) วัฒนธรรมองค์การ 3) โครงสร้างองค์การและ 4) ภาวะผู้นำองค์การ หากผู้บริหารสามารถบริหารจัดการปัจจัยทั้ง 4 ได้เป็นอย่างดีและสอดคล้องกันทำให้คาดคะเนได้ว่าองค์การสามารถนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้บริหารหรือผู้นำเป็นฟันเฟืองสำคัญที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปทบทวนระบบการให้บริการ การจัดบุคลากรสาธารณสุข การสำรองและการกระจายยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การเงิน รวมทั้งการนำและอภิบาลระบบรวมทั้งเป็นแนวทางให้ทีมสหวิชาชีพนำไปประยุกต์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานในบริบทของหน่วยงานตนเองเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ
2. ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาวะวิกฤติในระดับตติยภูมิโดยใช้ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS)



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จากสถานบริการสุขภาพทุกท่านที่ร่วมกันให้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Leelarasamee A. Interesting about COVID-19: SARS-CoV-2. [internet]. 2020 [cited 15 April 2022]. Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>.(in Thai)
2. Kuzmina A, Wattad S, Khalaila Y, Ottolenghi A, Rosental B, Engel S, Rosenberg E, Taube R.. SARS CoV-2 Delta variant exhibits enhanced infectivity and a minor decrease in neutralization sensitivity to convalescent or post-vaccination sera.iScience 2021;24:1-14. doi.org/10.1016/j.isci.2021.103467
3. BBC Thai. Infected number over thousand per day, warning from Department of Disease Control: If there's no well control, the number will over ten thousand. [internet]. 2021 [cited 27 May 2021]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-56742531>.(in Thai)
4. Health focus. Complication of Covid-19 Vaccine. [internet]. 2021 [cited 27 May 2021]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2021/03/21194>.(in Thai)
5. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.Geneva Switzerland: WHO Document Production Services. 2010.
6. Krippendorff K. Content analysis. an introduction to its methodology (3rd ed). California, CA: Sage Publications. 2013.
7. Prampre P. Development Policy of EOC of Department of Disease Control. Meeting document: The workshop of developing emergency operations center (EOC) and incident command system (ICS). Office of Occupational and Environmental Diseases: Nonthaburi. 2016.(in Thai)
8. Sriratanaban J. et al. The preparedness and responses of the health services system to the COVID-19 crisis in Thailand. Research Center of Health Care Development: Bangkok. 2021.(in Thai)
9. Nelson C, Lurie N, Wasserman J, Zakowski S. Conceptualizing and defining public health emergency preparedness.Am.J.Public Health 2007;97(Suppl 1):S9-S11.doi: 10.2105/AJPH.2007.114496.
10. Digital Government Development Agency (Public Organization). Thailand digital government vision 2021. [internet]. 2020 [cited 22 May 2022].Available from: <https://www.dga.or.th/document-sharing/dg2021/>.(in Thai)
11. Haldane V. et al. Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lesson from 28 countries. Nature Medicine 2021;27; 964-980.
12. Her M. Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea. One Health 10 2020;100137.
13. Abir M, Nelson C, Chan EW, Al-Ibrahim H, Cutter C, Patel KB. Critical care surge response



- strategies for the 2020 COVID-19 outbreak in the United States. Ranta Monica, CA: RAND Corporation, 2020. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA164-1.html.
14. Clavier T, Bruckert V, Abraham P, Capdevila M, James A. The use of post- anaesthesia care units as a supply of ICU beds while maintaining scheduled surgery: A cross-sectional web-based feasibility survey in France. *Journal of Clinical Anesthesia* 2021;71:110244.
 15. Department of medical services, Ministry of Public Health. Service of home isolation. [internet]. 2020 [cited 22 May 2022]. Available from: [\(in Thai\)](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/2565)
 16. Tanipong H. After the COVID-19 Pandemic the healthcare system will never be the same again. *Chonburi Hospital Journal* 2022;47(2):165-70.(in Thai)
 17. Lawrence, G. making strategy work: leading effective execution and change. New York: Wharton School Publishing. 2005.



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าน้ำกระดาษ ให้ตั้งค่าน้ำกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางน้ำกระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางน้ำกระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางน้ำกระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางน้ำกระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ด้วยกท่ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดี่ยว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัย สอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ได้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้อ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิคแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ



การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11-22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้พิมพ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. *Annual report 2006*. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2012. (in Thai).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaivoj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคลีฟฟอร์ด ช่วยชูวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่

<http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style>

5. การส่งต้นฉบับบทความให้ผู้เขียนส่งบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้พิมพ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระเบียบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review



6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับไปให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862
E-mail : sukjai@bnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม
โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635
E-mail : wlg2552@gmail.com
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวใบศรี นวลอินทร์
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
E-mail : n.tnaph@gmail.com