อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Influence of Holistic Health Status, Health Care Burdens, and Care Barriers on Health Care Potential Among Village Health Volunteers Responsibility of Cerebrovascular Disease

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์* ทัศนีย์ ภู่สำอางค์ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงค์***วนลดา ทองใบ******

Sunthara Liangchawengwong* Thassanee Poosumang Siriluck Kawsriwong*** Wanalada Thongbai******

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 350 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ตรวจสอบค่าความตรงได้ 0.92, 0.97, 0.97, 0.92 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.92, 0.91, 0.89, 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

Received: September 10, 2019 Revised: November 1, 2019 Accepted: December 27, 2019

* Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, E-mail: satharun@gmail.com

* Corresponding Author, Assistant professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, E-mail: satharun@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: poosumang@yahoo.com

** Assistant professor, Faculty of Nursing, Thammasart University, E-mail: poosumang@yahoo.com

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: ksiriluck789@hotmail.com

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasart University, E-mail: ksiriluck789@hotmail.com

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: swanalada@gmail.com

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasart University, E-mail: swanalada@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.71 อายุเฉลี่ย 60.81 ปี (SD = 8.76) ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และมีปัจจัยเสี่ยงสุขภาพสูง ร้อยละ 96.0 ภาวะสุขภาพองค์รวมระดับปานกลาง (Mean = 1.32, SD = 0.49) ศักยภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.02, SD = 0.42) ภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 0.78, SD = 0.58) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 0.84, SD = 0.62) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขคือ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ภาระการดูแล ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพองค์รวม โดยสามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 12.8 ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะนำไปใช้พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมได้ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ศักยภาพการดูแลตรวจสอบโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This descriptive-predictive research aimed to study the factors that can predict the health care potential of the Village Health Volunteers (VHV) dimension. The sample group was 350 VHVs who work in Rangsit Municipality in Thanyaburi District of Pathum Thani province. Samples were selected according to purposive sampling. The research instruments composed a four-set questionnaire for VHVs. Test of content validity properties CVI = 0.92, 0.97, 0.97, 0.92 and the reliability was tested using Alpha Cronbach's coefficient, α = 0.92, 0.91, 0.89, 0.93. Data was analyzed by using descriptive statistics, Pearson's Product moment correlation, and stepwise multiple regression statistics.

The results show that most VHVs were female 87.71%, with a mean age of 60.81 (SD = 8.76). Most of them were low-and middle-income positions and had high health risk of 96%. For the VHVs health status (Mean = 1.32, SD = 0.49), and health care potential (Mean = 1.02, SD = 0.42) were at a moderate level, burden of care (Mean = 0.78, SD = 0.58), and barrier of care at a low level (Mean = 0.84, SD = 0.62). For the influential predictive factors on VHVs' health care potential was barrier of care, burden of care, education level, and holistic health status which can predict by the percentage of 12.8. The results of this research have provided data which can be used for concreating in planning development for the VHVs in further.

Keywords: holistic health care status, health care burdens, barriers of care, health care potential, cerebrovascular disease, village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่สมอง ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองถูกขัดขวางและขาดเลือดไปเลี้ยงจนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างเฉียบพลัน และมีอาการแสดงคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงหรือเป็นสาเหตุการตายโดยไม่ปรากฏสาเหตุอื่น[1] หรือมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (brain attack)[2] ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญกับประชากรโลกประมาณ 80 ล้านคน และทำให้เกิดคนพิการถาวรทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน[3] จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของคนไทยประมาณ 690 คนต่อแสนประชากร ทำให้ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 150,000 คน[4] เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดขาดเลือด (ischemic stroke) มากที่สุด ร้อยละ 87.66 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 31.1 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 48.7 คน ในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า[4,5] โดยอัตราเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติในปีพ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 2,585 คนต่อแสนประชากร ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20,632 ล้านบาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประมาณ 12,691 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง[5]

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มีความรุนแรงและผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความพิการ จากสถิติพบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 15-40 ปี เกิดภาวะพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง 33-47 คนต่อแสนประชากรและเกิดภาระการดูแลนับตั้งแต่ภายหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้อัตราการตาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 9 ภายใน 1 สัปดาห์ และร้อยละ 20 ภายในระยะเวลา 30 วัน[5] ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคจะมีความพิการและต้องการการดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันระบบการดูแลผู้ป่วยระยะฉุกเฉินดีขึ้นทำให้อัตราตายในระยะวิกฤตลดลง แต่พบว่าอัตราตายระยะหลังเกิดโรคหรือเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านมีอัตราตายสูงขึ้น[6,7]

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยปัจจุบัน เป็นแนวคิดสุขภาพใหม่ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ให้การดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเน้นให้ประชาชนรับผิดชอบการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งเมื่อไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยร่วมกับคนในชุมชนร่วมกันดูแลอย่างเต็มศักยภาพมีครอบครัวดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยย่อยที่สุดในภาคส่วนชุมชนตามแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคจะมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่อาจมีอาการกำเริบได้ใหม่ การติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงมีความสำคัญ ดังนั้นศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นกุญแจความสำเร็จที่

สำคัญของเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก[7]

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีแนวคิดเร่งพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ 1.04 ล้านคนทั่วประเทศ ให้ยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มการฝึกอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพหรือเป็น อสม.แบบ 4.0 พัฒนาศักยภาพและบทบาทไปสู่การเป็นหมอประจำบ้านได้[8,9] และยกระดับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่สูงขึ้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวในแต่ละพื้นที่ ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของอาสาสมัครสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพหรือศักยภาพฐานเดิมของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น[10,11] นอกจากนี้ตัวแปรภาวะสุขภาพองค์รวม ซึ่งบ่งชี้สมรรถนะด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยได้ ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ต่องานในการดูแลผู้ป่วยว่ามีมากหรือหนัก การรับรู้ภาระทางจิตใจว่าเป็นการดูแลที่ยุ่งยากหรือทำให้หมดกำลังใจในการช่วยดูแลได้ ซึ่งเป็นปัญหาภายในบุคคลของอาสาสมัคร หรือปัญหาอุปสรรคจากภายนอก ได้แก่ การเดินทางไม่สะดวก การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ ย่อมส่งผลต่อศักยภาพในการดูแล การพัฒนาอาสาสมัครให้เป็นหน่วยปฐมภูมิหรือพัฒนาเป็นหมอชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะพิการ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นับเป็นกลุ่มผู้ป่วยมีมวลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทวีคูณโดยเฉพาะในชุมชนเมือง ทั้งนี้พบว่ายังไม่มีแนวทางการตั้งรับหรือแนวทางเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน[7,8,12]

ภาระการดูแลของทีมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีปัญหาซับซ้อนและยากลำบากในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องการความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและเครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขนับเป็นผู้มีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ทั้งการดูแลในระยะที่มีอาการไม่ซับซ้อนและรุนแรง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งต้องการการเตรียมความพร้อมหรือพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในประเด็นนี้ ทำให้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนและเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข[13,14]

การวิจัยนี้ศึกษาในเขตเทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี จากรายงานสถิติพบว่าเป็นจังหวัดที่มีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างสูงโดยปีพ.ศ. 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยอัตรา 327 คนต่อแสนประชากร เป็นเพศชายต่อเพศหญิงอัตรา 368 ต่อ 289 คนต่อแสนประชากร โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2557[8,9] ชุมชนนครรังสิตมีลักษณะของชุมชนเมืองที่มีการเติบโตทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม ทำให้มีการขยายตัวเป็นสังคมเมืองเต็มตัวแทนที่สังคมเกษตรดั้งเดิมที่เคยมีมา ดังนั้นชุมชนนี้จึงเป็นตัวแทนที่ดีของการ

ศึกษาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขในบริบทของสังคมเมืองที่กำลังขยายตัวได้เป็นอย่างดี จากการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่พบว่าข้อมูลด้านศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศเป็นแบบกว้าง ๆ มีการฝึกอบรมด้านความรู้ ทักษะการดูแลที่เกี่ยวข้องทั้งตรงและโดยอ้อม แต่ส่วนใหญ่ไม่มีความจำเพาะเจาะจง และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลในชุมชนให้ต่อเนื่องเป็นรูปธรรม[10,11,12] จากที่กล่าวมาโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนและความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ 1 ปีแรก การดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจงย่อมทำให้เกิดความผิดพลาดหรือหลุมพราง (pitfall) จากการดูแลนั้นได้และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสียผลประโยชน์จากเวลาที่ผ่านไปอย่างไร้ประโยชน์ หรือทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะพิการถาวรของผู้ป่วยเนื่องจากการดูแลไม่เหมาะสม

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจุบันจัดอยู่ในบทบาทเชิงรุกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ข้อมูลความรู้ ทักษะและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้และทักษะการดูแลเพียงพอหรือยังไม่มั่นใจในการดูแล การดูแลช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นไปตามความเชื่อและประสบการณ์ที่เคยพบเห็นมาหรือเคยทำมา อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดระบุว่ายังมีความต้องการการอบรมที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเรื่องที่รู้สึกไม่เข้าใจและเป็นปัญหามากที่สุดคือความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง[10,15] และอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่เพียงพอและไม่มั่นใจในการดูแล[16] ทำให้ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชน รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล และมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลเนื่องจากไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ[12] นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคลิกภาพ อาชีพ และการมีผู้อบรมในชุมชน เป็นปัจจัยที่พบว่ามีผลต่อศักยภาพการทำงานของอาสาสมัครในแต่ละชุมชน

จากปัญหาที่กล่าวมา การเร่งพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่เปรียบเสมือนผู้ดูแลรองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ข้อมูลที่ได้จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่จำเป็นที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่อาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

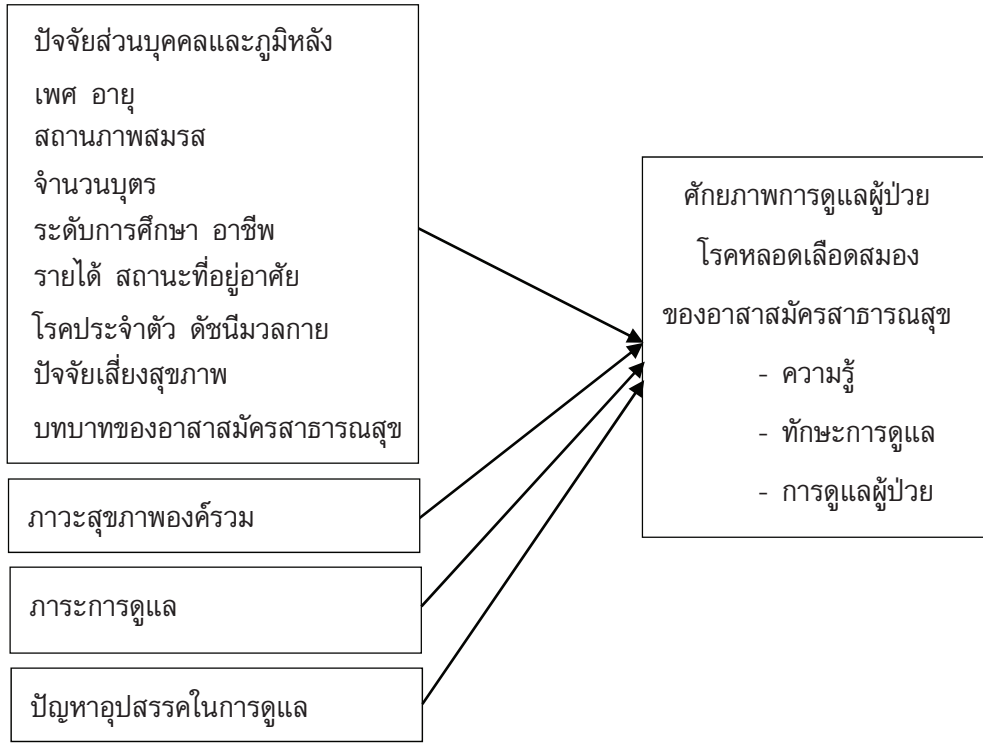
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ขององค์การอนามัยโลกในการอธิบาย[13] ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะก่อให้เกิดภาวะพิการเนื่องจากการ

เสียหน้าที่ของสมองที่เกิดจากการขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมอง พยาธิสภาพที่สำคัญ คือ ภาวะอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต ความคิดความจำบกพร่อง การสื่อสารบกพร่อง[1,16] ลักษณะโรคเกิดขึ้นอย่างถาวรและเกิดการกำเริบซ้ำได้ มีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยมีความซับซ้อน และมีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานสนับสนุนปฐมภูมิที่ใกล้ชิดที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลัก[13] คือ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 2) การสนับสนุนการตัดสินใจ 3) การออกแบบระบบการให้บริการ 4) ระบบข้อมูลทางคลินิก 5) หน่วยงานบริการสุขภาพ และ 6) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน

แนวคิดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการบูรณาการองค์ประกอบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพครอบคลุมด้านนโยบาย ทรัพยากรในชุมชน สถานบริการสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยมีตัวเชื่อมในระดับปฐมภูมิระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้แนวคิดด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์สัมพันธ์กับตัวชี้วัดสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (millennium development goals: MDG) ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ดี ขึ้นกับความรู้และทักษะการปฏิบัติ[10,11] แรงสนับสนุนทางสังคมหรือทรัพยากรในชุมชน[11] ภาวะสุขภาพ[12] ภาระการดูแล แรงจูงใจในการทำงานและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในบริบทของหน่วยปฐมภูมิ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย จำนวนบุตร โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อศึกษาขนาดอิทธิพลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะและการดูแลผู้ป่วย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานบริการสุขภาพซึ่งจะทำให้ต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรูปแบบและมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นต้องศึกษาองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นตัวขับเคลื่อนศักยภาพทั้งภายในและภายนอกของอาสาสมัครสาธารณสุข



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล และศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข

2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ต่อศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล มีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรต้นต่อศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครรังสิตและทำงานเป็นระยะเวลานาน 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีประมาณค่าประชากรตามสูตรของ Thorndike[17] คือ $n \geq 10k+50$ โดย n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา คำนวณกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำได้ 190 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง (active worker) ของเขตเทศบาลนครรังสิตทั้งหมดจำนวน 350 คน ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (inclusive criteria)

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลนครรังสิตที่มีที่พักอาศัยถาวรในชุมชน

2) ไม่มีประวัติหรือภาวะพร่องปัญญา เช่น สมองเสื่อม ปัญหาทางจิตใจ

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusive criteria)

1) มีปัญหาสุขภาพเฉียบพลันหรือรุนแรง

2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานะที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเป็นต้น

2. แบบสอบถามศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 21 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ คะแนนรวม 0-21 คะแนน 2) ทักษะการดูแล 12 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-3 คะแนน 0 คือ ทำไม่ได้เลย คะแนน 1 คือ ทำได้เบื้องต้น คะแนน 2 คือทำได้ค่อนข้างคล่อง คะแนน 3 ทำได้อย่างชำนาญ คะแนนรวม 0-36 3) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับช่วงคะแนน 0-4 ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลยเท่ากับ 0 คะแนน 1 คือ ปฏิบัติบางครั้งหรือปานกลาง คะแนน 2 คือปฏิบัติบ่อยมาก คะแนน 3 คือ ปฏิบัติบ่อยเป็นประจำ คะแนนรวม 0-105 เทียบคะแนนเต็ม 4.00 และแบ่งเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คะแนน 0-1.00 หมายถึง ศักยภาพการดูแลระดับต่ำ 1.01-2.00 หมายถึง ศักยภาพการดูแลระดับปานกลาง 2.01-3.00 หมายถึง ศักยภาพการดูแลระดับดี และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ศักยภาพการดูแลระดับดีมาก

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมของอาสาสมัครสาธารณสุข (holistic-health status of VHVs) เป็นแบบสอบถามผลลัพธ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 8 ด้านคือ การแสดงออกทางจิตอารมณ์ (psychological expression) 12 ข้อ การเปลี่ยนแปลงของชีวิตและครอบครัว (change in self and family) 7 ข้อ อาการทางสรีระ (physical symptoms) 10 ข้อ ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม

(social and family connectedness) 3 ข้อ ความเชื่อในโชคชะตา (fatalism) 3 ข้อ ศาสนาและความเชื่อ (religion and faith) 3 ข้อ การสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง (self-inquiry) 4 ข้อและการปรับตัว (coping style) 3 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Chan, Wong, Yeung, and Sum[18] จำนวน 45 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน 0-180 คะแนน เทียบคะแนนเต็ม 4.00 และแบ่งเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คะแนน 0-1.00 หมายถึง ภาวะสุขภาพองค์รวมระดับต่ำ 1.01-2.00 หมายถึง ภาวะสุขภาพองค์รวมระดับปานกลาง 2.01-3.00 หมายถึง ภาวะสุขภาพองค์รวมระดับดี และคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ภาวะสุขภาพองค์รวมระดับดีมาก

4. แบบสอบถามภาระการดูแล เป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งเชิงปรนัยและอัตนัย สามารถวัดได้จากแบบประเมิน Burden of Care of Stroke Survivors in South Korea ของ Choi-Kwon และคณะ[19] ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 0-4 คะแนนรวม 0-120 เทียบคะแนนเต็ม 4.00 แบ่งเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ 0-1.00 หมายถึง ภาระการดูแลระดับน้อย 1.01-2.00 หมายถึง ภาระการดูแลระดับปานกลาง 2.01-3.00 หมายถึง ภาระการดูแลระดับมาก คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ภาระการดูแลระดับมากที่สุด

5. แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแล แบ่งเป็นด้านปัจจัยส่วนบุคคล 7 ข้อ ด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม 5 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศน์ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 0-4 ช่วงคะแนน 0-64 แบ่งเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ 0-1.00 หมายถึง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลระดับน้อย 1.01-2.00 หมายถึง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลระดับปานกลาง 2.01-3.00 หมายถึง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลระดับมาก คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ APN ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 1 ท่าน โดยผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปและตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และ KR-20 ยอมรับที่ค่า 0.80 ขึ้นไป[17,19]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคน ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ 116/2560 รหัสใบรับรอง COA No. 118 ลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างจาก

นายกเทศมนตรีเทศบาลนครรังสิต ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่เทศบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการและต้องการออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ ไม่มีการบังคับ และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติตามสายบังคับบัญชาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาลนครรังสิต เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดสอบเครื่องมือการวิจัยและขอเก็บข้อมูล และประสานเจ้าหน้าที่เทศบาลที่ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลรับผิดชอบในชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สอบถามความสมัครใจและให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากปัญหาสายตาหรือการเขียน ผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์แทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.71 มีอายุเฉลี่ย 60.81 ปี (SD = 8.78) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.57 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 85.13 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทหรือรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 47.10 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือนมากที่สุด ร้อยละ 32.0 และมีบ้านของตนเอง ร้อยละ 76.28

ภาวะสุขภาพทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.57 โรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ 1 อย่างขึ้นไปร้อยละ 96.0 โดยยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.0 ด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ระบุไม่ได้ดูแล (มีผู้ป่วยในชุมชนที่รับผิดชอบ) ร้อยละ 70.60 รองลงมาคือไปดูแลบ้างเดือนละครั้ง ร้อยละ 17.14 กิจกรรมในการดูแลมากที่สุดคือ พูดคุยเป็นเพื่อน ร้อยละ 64.44 ไปสอบถามอาการทั่ว ๆ ไป ร้อยละ 56.10 และตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 52.12 โดยอาสาสมัครมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.14 และไม่มั่นใจเลย ร้อยละ 26.57 โดยร้อยละ 86.57 ระบุว่าต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่ม

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล และศักยภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพองค์รวมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.32, SD = 0.49) ภาวะสุขภาพองค์รวมรายด้านที่ต่ำที่สุดคือ ด้านการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและครอบครัว (Mean = 0.87, SD = 0.75) รองลงมาคืออาการทางสรีระ (Mean = 0.98, SD = 0.68) ดังตารางที่ 1

ผลวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยศักยภาพการดูแลโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 1.02, SD = 0.42) โดยศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำที่สุด (Mean = 0.70, SD = 0.18) ภาระการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 0.78, SD = 0.58, Mean = 0.84, SD = 0.62) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์อิทธิพลทำนายของตัวแปรต้นต่อศักยภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังด้วยสถิติ Pearson Chi-square พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการดูแล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงปริมาณ ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล และปัญหาอุปสรรคการดูแลด้วยสถิติ Pearson's correlational statistics พบว่ามีความสัมพันธ์ ($r = .263$, $p < .01$, $r = .132$, $p < .05$, $r = -.174$, $p < .01$) ตามลำดับ และไม่มีคู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ($r \geq 0.75$) ขึ้นไป นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์และการตรวจสอบด้วยกราฟการกระจายของ

ตารางที่ 1 คะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของภาวะสุขภาพองค์รวมของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมและรายด้าน (n = 350)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (SD)	การแปลผล
ภาวะสุขภาพรายด้าน			
1. การแสดงออกทางจิตอารมณ์	0-4	1.40 (0.51)	ปานกลาง
2. การเปลี่ยนแปลงของชีวิตและครอบครัว	0-28	0.87 (0.75)	ต่ำ
3. อาการทางสรีระ	0-40	0.98 (0.68)	ต่ำ
4. ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม	0-12	2.64 (0.83)	ดี
5. ความเชื่อในโชคชะตา	0-12	1.22 (0.89)	ปานกลาง
6. ความศรัทธาศาสนาและความเชื่อ	0-12	1.85 (0.96)	ปานกลาง
7. การสืบค้นข้อมูล	0-16	2.25 (0.77)	ดี
8. การปรับตัว	0-12	1.45 (0.89)	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพองค์รวม	**0-80**	**1.32 (0.49)**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของศักยภาพการดูแล ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 350)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (SD)	การแปลผล
ศักยภาพการดูแลรายด้าน			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0-21	0.70 (0.18)	ต่ำ
2. ทักษะการดูแล	0-36	1.08 (0.60)	ปานกลาง
3. การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย	0-48	1.51 (1.00)	ปานกลาง
ศักยภาพการดูแลโดยรวม	0-105	1.02 (0.42)	ปานกลาง
ภาระการดูแล	0-120	0.78 (0.58)	ต่ำ
ปัญหาอุปสรรคในการดูแลรายด้าน			
1. ปัจจัยด้านบุคคล	0-28	0.96 (0.77)	ต่ำ
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	0-20	0.96 (0.82)	ต่ำ
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศน์	0-16	0.47 (0.65)	ต่ำ
ปัญหาอุปสรรคในการดูแลโดยรวม	0-64	0.84 (0.62)	ต่ำ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 350)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	b	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	.787	.083		9.526	.000
ปัญหาอุปสรรคในการดูแล	-.253	.043	-.373	-5.840	.000
ภาระการดูแล	.199	.045	.271	4.468	.000
ระดับการศึกษา	.047	.019	.123	2.419	.016
ภาวะสุขภาพองค์รวม	.114	.051	.133	2.234	.026

$R = .358$, $R^2 = .128$, $F = 12.63$, $p < .001$

ข้อมูลตัวแปรศักยภาพการดูแล และภาวะสุขภาพองค์รวมพบว่ามีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)

ผลการวิเคราะห์ค่า R และ R Square ของแต่ละขั้นตอนพร้อมทั้งค่าผิดพลาดของการคาดประมาณด้วยสมการ (standard error of the estimate) แสดงความสามารถของตัวแปรในแต่ละขั้นตอนพบว่ารูปแบบที่ 4 มีค่าผิดพลาดของการคาดประมาณต่ำที่สุด และได้มีค่าอิทธิพลทำนายร้อยละ 12.8 ค่ายกกำลังสองของสมการถดถอยเปรียบเทียบกับค่ายกกำลังของส่วนที่เหลือ ค่า $F = 12.63$, $p < .001$ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลทำนายศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขสูงที่สุดคือ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ($\beta = -.253$, $p < .001$) ภาระการดูแล ($\beta = .199$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\beta = .047$, $p < .05$) และภาวะสุขภาพองค์รวม ($\beta = .114$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.71 สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงหรือมากกว่าเพศชายประมาณ 2.3 เท่า[20,21] โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครรังสิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (Mean 60.81, SD 8.76) โดยมีช่วงอายุ 56-65 ปีมากที่สุดซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างจากการวิจัยอื่น ๆ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[20,21] ทั้งนี้ปัจจัยด้านเพศและอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากลักษณะงานการดูแลสุขภาพและงานอนามัยครอบครัว พบว่า เพศหญิงปฏิบัติงานได้ดีกว่าเพศชายเพราะเพศหญิงกระทำบทบาทนี้ในครอบครัวเป็นทุนเดิม โดยที่เพศชายจะเป็นกำลังหลักของการทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มากกว่า ดังนั้นการทำหน้าที่ของอาสาสมัครเพศหญิงจึงสอดคล้องกับชีวิตและความเป็นอยู่มากกว่าเพศชาย ในด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีอาชีพและฐานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (low income)[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด[22] ที่พบว่าระดับการศึกษาในระบบน้อยเป็นปัญหาอุปสรรคในการอ่าน การเขียน และการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเฉพาะความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นเรื่องยาก มีผลทำให้ศักยภาพด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับต่ำ รวมทั้งความรู้ที่น้อยย่อมมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อลด-เลิกปัจจัยเสี่ยงสุขภาพไม่ดีพอ ทำให้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีปัจจัยเสี่ยง ทั้งเรื่องการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย รวมทั้งระดับความรู้ต่ำ ก็มีผลต่อการประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานหรือรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ฐานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำที่ไม่สามารถเกื้อหนุนให้การทำงานมีแหล่งประโยชน์ รวมทั้งทำให้การคิด การตัดสินใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ[23]

2. สมมติฐานการวิจัยปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลมีอิทธิพลทำนาย

ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขคือ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ภาระการดูแล ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพองค์รวม โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 12.8 การที่ตัวแปรมีอิทธิพลทำนายได้แต่อยู่ในระดับร่วมกันทำนายได้ต่ำ เนื่องจาก ภาวะสุขภาพองค์รวมของอาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจมีผลต่อศักยภาพการดูแลน้อย นอกจากนี้ลักษณะการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในปัจจุบันมีลักษณะการทำงานที่เสร็จสิ้นในระยะเวลาสั้น ๆ[10] นอกจากนี้การรับรู้ภาระในการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำและยังไม่มีการจัดการที่เป็นรูปแบบชัดเจน[11,12,21,23] และยังไม่มีการติดตามประเมินผล ยังอยู่ในลักษณะที่ไม่มีการจัดตั้งเพื่อดำเนินการ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขบางคนมีผู้ป่วยในชุมชนแต่ไม่มีการดูแลที่ชัดเจนโดยเฉพาะงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องทำงานต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งภาวะสุขภาพองค์รวมน่าจะมีผลกระทบได้ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีนโยบายร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้งานของอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังอยู่ในลักษณะเสมือนไม่มีการดำเนินการ อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขก็มีการสำรวจผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องทำกายภาพบำบัดและมีการบันทึกรายชื่อไว้จำนวนหนึ่งเพื่อให้การฟื้นฟูทำกายภาพให้ผู้ป่วยซึ่งจะทำร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข แต่ก็ไม่ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำกายภาพจำนวนมาก[24] ซึ่งการไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับปัญหาอุปสรรคและภาระในการดูแล หรือในทางกลับกันการมีภาระในการดูแลมากอาจเนื่องมาจากศักยภาพในการดูแลต่ำคือมีความรู้ มีทักษะ และการดูแลไม่เพียงพอทำให้รู้สึกว่างานดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนักทั้งทางกายและทางใจ[25] ระดับการศึกษาของอาสาสมัครเป็นตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งซึ่งต้องให้ความสำคัญเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพการดูแลให้อาสาสมัครจะต้องคำนึงถึงระดับการศึกษาพื้นเดิมด้วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือมีการศึกษาในระบบค่อนข้างน้อย ทำให้เมื่อพัฒนาด้วยการให้ความรู้และทักษะที่เกิดสมรรถนะทางการศึกษาย่อมทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรียนรู้ได้ไม่ดี เนื่องจากเมื่อต้องเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นเรื่องยากและซับซ้อน ระดับการศึกษาเดิมจึงเป็นอุปสรรคได้ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขอีกตัวแปรหนึ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ภาวะสุขภาพองค์รวม อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะสุขภาพองค์รวมดี ย่อมสามารถปฏิบัติงานได้มากและมีประสิทธิภาพ และรวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสุขภาพองค์รวมดีย่อมจะสามารถพัฒนาด้านศักยภาพในด้านการเรียนรู้ที่ดี ผลการศึกษาทำให้ทราบข้อมูลที่น่าจะเป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งโดยแนวทางปฏิบัติคือ การพัฒนาสุขภาพอาสาสมัครให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี จะนำไปสู่การนำความรู้

และการปฏิบัติไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้[26,27]

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ำ ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่ำ ซึ่งก็เป็นข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลเบื้องต้นที่พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบอยู่อย่างเป็นรูปธรรมหรือมีการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วย (organizing the care) ทำให้ไม่มีแผนการดูแล (care pathway) การดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการไปตรวจเยี่ยมพูดคุย ให้กำลังใจ หรือการวัดความดันโลหิต โดยการดูแลเป็นการไปดูแลที่ไม่ได้มีแผนหรือประเมินผลที่ชัดเจน[23] กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ภาระในการดูแลและปัญหาอุปสรรคของการดูแลอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ[11,23,27]

ผลการศึกษาที่ได้สามารถตอบโจทย์แนวทางการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อพัฒนาไปสู่การเป็นหมอประจำบ้านได้ส่วนหนึ่ง อย่างไรก็ตามควรทำการศึกษาให้ชัดเจนอีกครั้งเมื่อมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลหรือเมื่อผ่านการอบรมเป็นหมอประจำบ้านและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงแล้ว ทั้งนี้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเร่งอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้ครูที่ผ่านการอบรมมาพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นหมอประจำบ้าน อาจไม่ครอบคลุมการพัฒนาองค์ประกอบที่เป็นตัวขัดขวางศักยภาพหรือการเน้นเพียงเรื่องความรู้อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนได้และไม่ยั่งยืน ซึ่งปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นกับบริบทด้านปัจจัยภูมิหลังและสิ่งแวดล้อม ภาระการดูแล รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในแต่ละชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องนำมาคิดอย่างเป็นระบบ รวมทั้งอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะขั้นต่ำของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการพัฒนาให้เป็นหมอประจำบ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้เป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากศึกษาสำรวจก่อน (pilot study) มีประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะในชุมชนเทศบาลนครรังสิต อ.ธัญบุรี ให้เป็นโมเดลต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Annual report 2017 [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28]. Available from: http://www.world-stroke.org/about-wso/wso-annual-report
2. Thai Stroke Association. Stroke situation [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 5]. Available from http://thaistrokesociety.org/purpose/%EO%B8%AA%. Accessed December 5 (in Thai)
3. World Stroke Organization. Annual report 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28]. Available from: https://www.world stroke.org/images/Annual__Report__2018__online__fnal COMPRESSED.pdf
4. Ministry of Public Health. Director committee of the national health development planvolume 12. (2016-2020) [Internet]. 2018 [cited 2017 Jul 20]. Available from: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754__1.pdf (in Thai)
5. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Nonthaburi: Prasat Neurological Institute; 2012. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Annual report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 23]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/annual-report-2015.pdf (in Thai)
7. Tiamkao S. Stroke network. Thai Journal of Neurology 2017; 33(1): 57-60. (in Thai)
8. Public Health Organization, Bureau of Non Communicable Disease. Public health statistic A.D. 2014. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease [NCD]; 2014. (in Thai)
9. Organizational Development Section: Division of Non-Communicable Diseases. Community Based Intervention for NCDs Controlling: CBI NCDs. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease [NCD]; 2019. (in Thai)
10. Chuengsatiansup K, Suksuth P. Health volunteers in the context of change: potential and developmental strategies. Journal of Health Systems Research 2007;1(3):268-79. (in Thai)
11. Ruangmee W, Khupantavee N. Health care situation of stroke patients in community of Khao-Ya Sub district, Sribunpot district, Phatthalung Province. ASJ PSU 2016;27(3):64-72. (in Thai)

12. Pechoung N, Priyatruk P, Thongkeang V. The study of continuing care for patients with cere-brovascular disease in primary care unit. Journal of the Royal Thai Army Nurse 2013;14(1):25-34. (in Thai)
13. World Health Organization [WHO]. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Switzerland: WHO publications; 2002.
14. World Stroke Organization. Annual report 2017 [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28]. Available from: http://www.world-stroke.org/about-wso/wso-annual-report.
15. Sangjune S, Yunak R, Tangkawanich T. The effect of village health volunteer's potentiality development program to provide patients palliative. Journal of Nursing and Health Sciences 2015;9(3):68-77. (in Thai)
16. Tachatwat P, Kijterawuthiwong N. Capacity-building for village health volunteer by context-based learning approach [dissertation]. Phitsanulok: Faculty of Public Health, Naresuan University; 2013. (in Thai)
17. Srisachidnaragool B. Development and validation of research instruments: psychometric Properties. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012. (in Thai)
18. Chan CW, Wong FKY, Yeung SM, Sum F. Holistic Health Status Questionnaire: developing a measure from a Hong Kong Chinese population. Health and Quality Life Outcomes 2016;14:1-12. doi: 10.1186/s12955-016-0416-8.
19. Choi-Kwon S, Kim H-S, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1043-8.
20. Tiansawas S. Instrument development for nursing research. Chiang Mai: Siampimnana; 2019. (in Thai)
21. Jukchai P, Khuneepong A, Changkaew W. Factors affecting the performance of village health volunteers (VHVs) of family care teams, Pathum Thani Province. Journal of Public Health Nursing 2018;31(1):17-28. (in Thai)
22. Rueangput P, Jitbantad W. Village health volunteers' knowledge and performance in the care of people with disabilities: a case study of Nakean Community, Muang Nakhon Si Thamarat. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;13:32-43. (in Thai)
23. Chuengsatiansup K, Suksuth P. VHs. in the context of change: potential and strategies. Mohanamai Journal 2017;7(3):7-20. (in Thai)

24. Phaipong S, Pinitsoontorn S. Village health volunteers' knowledge and role in community health planning in Phen Distric, Udon Thani Province. Community Health Development Quarterly, Khon Khan University 2016;4(2):291-305. (in Thai)
25. Potavec E, Chansamart R, Kosolgitiumpron S, Yupart Y. Factors affecting the performance on basic public health of the village public health volunteers in Srichiangmai District, Nongkhai Province. RMUJ 2008;2(3):265-73. (in Thai)
26. Phinyo P, Phinyo K, Limtragool P, Tiamkao S, Worawong C, Chuasuan W, et al. Care improvement for patients with stroke through community participation. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(2):93-111. (in Thai)
27. Chung MHL, Hazmi H, Cheah WL. Role performance of community health volunteers and its association factors in Kuching District, Sarawak. J Environ Publ Health 2017;2017:1-9.