



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2567



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโน้ตเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ได้เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความวิจัยที่มีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ และด้านการวิจัย

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดพิงศ์ มากมาย คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.จิระภา ขำพิสุทธิ์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ

รองศาสตราจารย์ สฤณี	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทะ	บุตรน้อย	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา	เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนะ	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ยอดวิญญูวงศ์		มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณี	เลิศแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชั้นแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา	ชมิตท์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมมรด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ์	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

อาจารย์ ดร.เพชรดา	บริหาร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประวิทย์	ห่านใต้	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ
ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มีนาคม
ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม-กันยายน
ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม-ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้น 1
888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน (แนวเก่า) ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอมือง จังหวัดตาก 63000
โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 5

พิมพ์ที่ บริษัท พีค การพิมพ์ จำกัด เลขที่ 24/9 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอมืองปทุมธานี
จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 0-297-9571-6

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับ นักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่อง ทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต (Phuket Sandbox) ทศสยุ เดชะโชติ.....	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ปรีชา พุกจีน, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ.....	13
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเครียด และอาการปวดทางระบบโครงร่างและ กล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ ของนิสิตระดับปริญญาตรี จัดริน จากนั้น, ขวัญจิรา อังสุจारी, กัญญาวิรุ์ อัครผล, เกวรินทร์ ฝักวงคทอง, เกศศิริ มณีชูเกตุ.....	28
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย อัศวิน ลิ้มฤกษ์ลารีก.....	42
ผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาน จังหวัดกำแพงเพชร ฤทธิชัย ทิตะพันธ์.....	50

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี สุรีย์มาศ คำพุฒิ.....	72
ประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จรรย์ ชันศิริ.....	89
ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน พิชญ์สินี จุมพิศ.....	116
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสุตินรีเวช ในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อัสนีพร อริยวัฒนวงศ์.....	129
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยหอในชาย โรงพยาบาลดอยสะเก็ด สิริ ตาสนธิ.....	141
ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาหารต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัด เชียงราย กนกพิชญ์ ก้างยาง.....	154

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้บริการซ้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พิสัยพร รัตน์.....	165
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของ มารดาขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จุฑาภรณ์ บริบูรณ์.....	174
ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย หทัยรัตน์ ยาวิชัย, พลากร มูลไฉ, กรรณิกา กาวิวงศ์ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ.....	187
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการ รักษาของผู้ป่วยโรคปอดหอบหืดในโรงพยาบาลสุโขทัย ทัศนีย์ แสงเงิน.....	204



การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต (Phuket Sandbox)

ทัสสุ เดชะโชติ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า ท่าอากาศยานภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 173 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ระบบสุขภาพ แบบ Six Building blocks ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.969 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ระบบสุขภาพ Six building blocks มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต (Phuket Sandbox) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.567$, $P\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ประกอบด้วย ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ ($P\text{-value} = 0.001$) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ($P\text{-value} = 0.001$) ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ($P\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 39.4 ($R^2 = 0.394$)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ระบบสุขภาพ, บุคลากรด้านหน้า

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา E-mail : tussayu.d@gmail.com



Participation of frontline workers in the implementation of non-quarantine tourists measures in COVID-19 situation at Phuket airport point of entry. (Phuket Sandbox).

Tussayu Dechachote ¹

Abstract

This Cross-sectional research study aimed to study factors effecting to participation of frontline workers in Phuket airport. Study subject were 373 frontline workers in the implementation of non-quarantine tourists measures in COVID-19 situation at Phuket airport point of entry, in 2023 fiscal year. Systematic random sampling was used in this study. Research tool was questionnaires, including 3 parts: 1) characteristic, 2) health service system as six building blocks, part 3 participation of frontline workers. Content validity was performed by 3 experts as well as try out testing reliability was done using Cronbach's coefficient alpha of 0.969. An association analysis using Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise regression analysis. The results showed that health service system as six building blocks were statistically with participation of frontline workers in the implementation of non-quarantine tourist measures in COVID-19 situation at Phuket airport point of entry. ($r = 0.567$, $P\text{-value} < 0.001$). Prediction model analysis revealed that factors statistically effecting to participation of frontline workers in the implementation of non-quarantine tourists measures in COVID-19 situation at Phuket airport point of entry including; leadership governance ($P\text{-value} = 0.001$) financing ($P\text{-value} = 0.001$) access to essential edicines ($P\text{-value} = 0.003$), respectively. All predicting factors accounted for 39.4 ($R^2 = 0.394$).

Keyword: Participation, Six building blocks, Frontline workers

¹ The Office of Disease Prevention and Control 11. Nakhon Si Thammarat.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบผู้ติดเชื้อรายแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2563 (กรมควบคุมโรค, 2564) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563 ส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างหนักต่อระบบเศรษฐกิจภาพรวม (Economic Shock) ประชาชนขาดรายได้และตกงาน เกิดภาวะเงินเฟ้อขึ้น เศรษฐกิจสังคมถดถอยทำให้เกิดความแปลกแยกทางความคิดในสังคม ระหว่างปากท้องกับความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรค ในขณะที่ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ การคัดกรองและติดตามการสัมผัส การค้นหาผู้ป่วยซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาและไม่สามารถดำเนินธุรกิจท่องเที่ยวได้ตามที่คาดหวัง ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศเกิดความเสียหายอย่างหนักต่อระบบเศรษฐกิจภาพรวม (Economic Shock) ของประเทศที่ต้องพึ่งพาการท่องเที่ยว สถานประกอบการเกือบทุกรูปแบบปิดตัวลง ประชาชนขาดรายได้และตกงาน เกิดภาวะเงินเฟ้อขึ้น เศรษฐกิจสังคมถดถอย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563)

ในระยะเวลาเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดภูเก็ตได้รับผลกระทบและความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล รัฐบาล หน่วยงานภาครัฐและเอกชนร่วมกันหาทางออกในการผ่อนคลายมาตรการโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะการสกัดกั้นการนำเข้าโรคจากต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย ในที่สุดรัฐบาลได้มีนโยบายเปิดประเทศเพื่อรับนักท่องเที่ยว เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคมควบคู่ไปกับการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ บนหลักการสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม รวมถึงสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่ จึงเกิดโครงการ “Phuket Sandbox” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศไทย ช่วยอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการให้สามารถกลับมาฟื้นตัวโดยเร็วควบคู่ไปกับการท่องเที่ยวที่ปลอดภัย เพื่อให้การท่องเที่ยวกลับมาเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เติบโตต่อไป (กองกลยุทธ์ศาสตร์และการวางแผนเศรษฐกิจมหภาค, 2563)

โครงการ Phuket Sandbox นี้ มีแนวคิดในการกำหนดขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root causes) พร้อมกับการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของโครงการ Phuket Sandbox ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการ การดำเนินการและการกำกับติดตาม ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมความพร้อมของสถานประกอบการให้ได้รับมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 4 การเตรียมความพร้อมด้านควบคุม

โรคติดต่อระหว่างประเทศในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักร ขั้นตอนที่ 5 การเตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ขั้นตอนที่ 6 การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน การดำเนินการขับเคลื่อนงาน “โครงการ Phuket Sandbox” ภายใต้การได้รับมติเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดภูเก็ต ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดภูเก็ต คณะกรรมการและคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจังหวัดภูเก็ตโดยมีผู้ว่าราชการเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander: IC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 จังหวัดภูเก็ต สำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานภูเก็ต ท่าอากาศยานภูเก็ต บมจ. ทอท. ภาครัฐและเอกชน สมาคมการท่องเที่ยว สมาคมธุรกิจ โรงแรม ชมรมต่างๆ กลุ่มอาชีพบริษัทห้างร้าน สถานประกอบการ ภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมา เกิดการการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมปรับปรุงพัฒนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการ ตั้งแต่ก่อนเดินทาง-เดินทางมาถึง-ระหว่างพัก และก่อนเดินทางออกจากภูเก็ต ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว เพื่อลดขั้นตอน ระยะเวลาการรอคอย สร้างความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและสร้างบริการที่แตกต่าง (Phuket Tourist Association, 2563)

จากข้อมูลและสถานการณ์การดำเนินงานที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019) ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนแนวทางการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตรายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบ Six building blocks ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต หรือไม่

3.2 ระบบสุขภาพแบบ Six building blocks มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต หรือไม่

3.3. ปัจจัย (คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรด่านหน้า ระบบสุขภาพแบบ Six building blocks) มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน ลักษณะงานที่หน้าที่ที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานช่วง Phuket Sandbox การได้รับการอบรม 2) ระบบสุขภาพ 6 Building block ได้แก่ การนำและการอภิบาลระบบ กำลังคนด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2007) ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมแก้ไข (Cohen, J.M. & Uphoff, N, 1997)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research study) ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

2) ระบบสุขภาพ Six building blocks ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคลากรด่านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบและการมีส่วนร่วมแก้ไข ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566-มกราคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต จำนวน 540 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ บุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือ Phuket Sandbox ระหว่างปี 2562-2565 เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 173 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อบุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยาน จังหวัดภูเก็ต โดยการเทียบสัดส่วนจำนวนบุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศแต่ละแผนก แล้วทำการสุ่มเลือกรายชื่อแบบมีระบบ โดยนำรายชื่อของบุคลากรแต่ละแผนก มาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่มเพื่อสุ่มเลือกรายชื่อจนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน ลักษณะงานที่หน้าที่ที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานช่วง Phuket Sandbox การได้รับการอบรม

ส่วนที่ 2 ระบบสุขภาพ (Six Building blocks) ประกอบด้วย การนำและการอภิบาลระบบ กำลังคนด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W. (1977) แบ่งคะแนนความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบ และการมีส่วนร่วม
แก้ไข ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปาน
กลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W. (1977) แบ่งคะแนนความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ
คือ ระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00) หลังจากนั้น
นำไปทดลองใช้กับบุคลากรด้านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานเชียงใหม่ และท่าอากาศยานส
มุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.969 เมื่อพิจารณา
จำแนกรายด้าน ได้แก่ ระบบสุขภาพ (Six Building blocks) เท่ากับ 0.966 การมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.925

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
ใบรับรองเลขที่ PKPH 031/66

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient และการวิเคราะห์
ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อย
กว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

บุคลากรด่านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.07%) มี
อายุระหว่าง 30 - 50 ปี (60.12%) ($\bar{X}$ = 39.30, S.D.=9.871, Max=67, Min=20) มีสถานภาพโสด (59.54%)
รองลงมาก็คือสถานภาพสมรส คู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (38.73%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (75.14%)
รองลงมาก็คือระดับปริญญาโท (19.08%) ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน (69.94%) และตำแหน่งหัวหน้างาน
(30.06%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-50,000 บาท (69.94%) ($\bar{X}$ =36, 350.46 ,S.D.= 21,130.397,
Max = 200,000, Min = 12,000) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ณ ท่าอากาศยานภูเก็ต น้อยกว่า 5 ปี (50.87%)

และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป (19.08%) ($\bar{X}$ = 8.80, S.D. = 2.334, Max = 10, Min = 1) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการได้รับการอบรมการดำเนินงาน Phuket Sandbox (61.85%) ตามลำดับ

ระบบสุขภาพ Six building blocks ประกอบด้วย กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการ ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (64.74%) ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.643) การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า ประกอบด้วย ด้านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม ด้านการตรวจสอบและการมีส่วนร่วมแก้ไข ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (64.16%) ($\bar{X}$ = 43.90, S.D. = 0.756) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลระดับระบบสุขภาพ Six building blocks ของบุคลากรด้านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต (n = 173)

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระบบสุขภาพ Six building blocks	112	64.74	61	35.26	-	-	3.96	0.643
1. กำลังคนด้านสุขภาพ	115	66.50	57	32.95	1	0.58	4.00	0.715
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	117	67.63	55	31.79	1	0.58	3.97	0.670
3. ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์	125	72.25	47	27.17	1	0.58	4.01	0.745
4. ระบบบริการ	121	69.94	51	29.48	1	0.58	4.11	0.688
5. ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ	120	69.36	51	29.48	2	1.16	3.98	0.709
6. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	100	57.80	56	32.37	17	9.83	3.67	0.868
การมีส่วนร่วม	111	64.16	56	32.37	6	3.47	3.90	0.756
1. ด้านการวางแผน	107	61.85	48	27.75	18	10.40	3.78	0.916
2. การดำเนินกิจกรรม	146	84.39	22	12.72	5	2.89	4.26	0.721
3. ด้านการตรวจสอบ	103	59.54	48	27.75	22	12.72	3.67	0.983

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4. การมีส่วนร่วมแก้ไข	109	63.01	54	31.21	10	5.78	3.88	0.881

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระบบสุขภาพ Six building blocks มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต (Phuket Sandbox) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.567$, $P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระบบสุขภาพ Six building blocks ที่มีความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ	การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า ท่าอากาศยานภูเก็ต		
	สัมประสิทธิ์		
	สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ระบบสุขภาพ Six building blocks	0.567	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. กำลังคนด้านสุขภาพ	0.403	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	0.308	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์	0.489	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. ระบบบริการ	0.466	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ	0.540	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	0.524	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

ระบบสุขภาพ Six building blocks ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ประกอบด้วย ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ (P-value = 0.001) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (P-value = 0.001) ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (P-value = 0.003) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรนี้ สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ได้ถูกต้องร้อยละ 39.4 ($R^2 = 0.394$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างระบบสุขภาพ Six building blocks ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต

การมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ	0.311	0.088	0.275	3.536	0.001
2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	0.217	0.063	0.262	3.464	0.001
3. ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์	0.265	0.087	0.221	3.048	0.003
Constant	0.513	0.219	-	2.339	0.020
ค่าคงที่ = 0.513, F = 36.584, P-value<0.001, R = 0.627, $R^2 = 0.394$					

อภิปรายผล

ท่าอากาศยานภูเก็ต จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่นาร่องของประเทศไทย ในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เรียกว่า ภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ (Phuket Sandbox) ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 29 มิถุนายน 2564 การดำเนินงานเปิดรับนักท่องเที่ยวโดยไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ใช้กลวิธีผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดภูเก็ตคือ การร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและร่วมปรับปรุงพัฒนาด้านต่างๆ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า บุคลากรด้านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ด้านการวางแผน

การดำเนินกิจกรรม ด้านการตรวจสอบและการมีส่วนร่วมแก้ไข โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.756) พบว่าการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.721) เนื่องจากบุคลากรด้านหน้าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 มีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานมากที่สุด (จริยมาลาศรี, 2566)

ระบบสุขภาพ Six building blocks มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าระบบสุขภาพ Six building blocks เป็นการสร้างระบบในการสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพ การสร้างระบบสาธารณสุขหรือการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล กำลังคนด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2007) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ วนิตา สมภูงาน และคณะ (2565) พบว่า ประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น โดยการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ 3 ด้านคือ 1) ด้านการนำและการอภิบาล (ร้อยละ 91) 2) ด้านระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 87.80) 3) ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 82.60) โอกาสในการพัฒนา 3 ด้านคือ 1) ด้านระบบบริการ (ร้อยละ 65) 2) ด้านกลไกการคลังด้านสุขภาพ (ร้อยละ 64.80) 3) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (ร้อยละ 63.80) ตามลำดับ การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัว ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 39.4 ($R^2 = 0.394$) ประกอบด้วย ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ ($P\text{-value} = 0.001$) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ($P\text{-value} = 0.001$) ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ($P\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ

ภาวะผู้นำและอภิบาลระบบ (Leadership and governance) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) เนื่องจากการดำเนินงาน Phuket Sandbox เป็นแผนการฟื้นฟูการท่องเที่ยวของประเทศไทยและถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของรัฐบาลไทยโดยการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.2564 การดำเนินงานเปิดรับนักท่องเที่ยวโดยไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ใช้กลวิธีผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดภูเก็ต คือการร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมปรับปรุงพัฒนาด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การดำเนินการ และการกำกับติดตาม 2) การแพทย์และสาธารณสุข 3) สถานประกอบการที่ได้รับมาตรฐาน 4) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักร 5) ห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด 19 และ 6) สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบบริการตั้งแต่อ่อนเดินทาง-เดินทางมาถึง-ระหว่างพักและก่อนเดินทางออกจากภูเก็ต โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย สร้างความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและสร้างบริการที่แตกต่าง

ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) เป็นการจัดให้มีงบประมาณเพียงพอในการสนับสนุนให้บุคลากรด้านหน้าได้ปฏิบัติงานในช่วงที่มีมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นกลไกการบริหารจัดการ งบประมาณ/การเงินการคลัง (Financing mechanism) ในสถานการณ์ที่ฉุกเฉินเพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเชื่อมั่นในการป้องกันควบคุมโรคควบคู่กับเศรษฐกิจที่สามารถขับเคลื่อนเดินหน้าต่อไป และนำไปสู่การดำเนินงานเปิดรับนักท่องเที่ยวโดยไม่กักตัวสู่ราชอาณาจักร ณ ท่าอากาศยานนานาชาติต่างๆ (World Health Organization, 2007)

ด้านยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.003$) เนื่องจากที่ผ่านสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ถือว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง สร้างความวิตกกังวลและความกลัวให้กับประชาชนและนักท่องเที่ยว ในการดำเนินการตามมาตรการเปิดรับนักท่องเที่ยวแบบไม่กักตัวในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต จะต้องมีการสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาที่ท่าอากาศยานภูเก็ต ในด้านการสนับสนุนด้านยา เวชภัณฑ์

และวัคซีน เพื่อให้นักท่องเที่ยวเกิดความมั่นใจในมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ของท่าอากาศยานภูเก็ต และเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในจังหวัดภูเก็ตว่า นักท่องเที่ยวที่เดินทางมาที่ท่าอากาศยานภูเก็ต จะได้รับการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมและระบบสุขภาพ Six building blocks มีค่าคะแนนในระดับสูง ซึ่งสามารถช่วยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านหน้า ดังนั้นผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุข ท่าอากาศยานภูเก็ตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำเสนอผลการศึกษาวิจัยต่อคณะทำงานโรคติดต่อประจำจังหวัดภูเก็ตหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องในรูปแบบเดียวกันนี้เนื่องจากการดำเนินงาน ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 น่าจะเป็นต้นแบบที่ดีที่ช่องทางเข้าออกประเทศต่างๆ หรือการจัดการกับภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรหลายภาคส่วน เพื่อนำไปเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการภาวะวิกฤตอันมีเหตุให้ระบบสุขภาพเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคมในภาวะวิกฤตของเมืองหรือประเทศ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ในสถานการณ์แบบเดียวกันหรือศึกษาผลกระทบจากกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่มีผลต่อการใช้วงจรบริหารงานคุณภาพ (P D C A) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.
- กองกฤษฎีศาสตร์และการวางแผนเศรษฐกิจมหภาค. (2563). สรุปผลการประชุมหารือแนวทางการฟื้นฟูเศรษฐกิจในภาคการท่องเที่ยวของจังหวัดภูเก็ต. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://resolution.soc.go.th/>
- จรัญ มาลาศรี. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 30(1): 165-178.



- วนิดา สมภูงาน, มะลิ สุปัตติ. (2565). ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(1) : 142-155.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566].
เข้าถึงได้จาก : <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8433>
- Best John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1997). Instruction leadership Proficiencies of elementary.
- Cronbach L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16 (3): 297-334.
- Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.
- Phuket Tourist Association. (2563). PHUKET SANDBOX. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566].
เข้าถึงได้จาก : <http://www.phuket-sandbox.com/>
- World Health Organization. (2007). Everybody' s Business: Strengthening Health Systems to improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action.



Received: 2 Feb 2024; Revised: 16 Feb 2024

Accepted: 23 Feb 2024

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี

ปรีชา พุกจีน¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ทดลองแบบกลุ่มเดียวมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำนวน 30 ราย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ 2) การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 3) การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี 5) การกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติและการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 7) การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงวก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.010$, < 0.001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรค, ไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควน อำเภอบะนัง จังหวัดปัตตานี,

E-mail: pu250905@gmail.com

● คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com, *ผู้วิจัยร่วม





Effectiveness of the Behavior Modification Program to Preventing and Controlling Denque Hemorrhagic Fever Among Village Health Volunteer, Pattani Province.

Preecha Pukjeen¹, Amornsak Pourn²

Abstract

This quasi experimental for one group research aimed to study the effectiveness of the behavior modification program to preventing and controlling Denque Hemorrhagic Fever among Village Health Volunteer, Pattani Province. Population in this study consisted of Village Health Volunteer, Pattani Province and sample size was 30 Village Health Volunteer, Pattani Province. This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1. This program composed of 7 activities including; 1) knowledge and health perception increasing. 2) health data and health service accessibility 3) increased the self-esteem as media literacy skill 4) good environmental 5) social support and self-management skill 6) set the campaign for preventing and controlling Denque Hemorrhagic Fever, respectively and assessment with in 4 months. The instrument used for data collection by questionnaires and data analyzed to test research hypothesis by Independent t-test. The result showed that after the experimental, the health literacy and preventing and controlling Denque Hemorrhagic Fever among Village Health Volunteer, Pattani Province had mean score increased with significantly ($P\text{-value} < 0.010$, < 0.001 , respectively).

Keywords: Preventing and Controlling, Denque Hemorrhagic Fever, Village Health Volunteer

¹Khaun Tambon Health Promoting Hospital, Panarae District, Pattani Province,

E-mail: pu250905@gmail.com

²Faculty of Public Health, Naresuan University, *Corresponding author

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและ พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศเขตร้อนและกึ่งร้อน สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อจากไวรัสเดงกี (Dengue Virus) โดยมีุงลายเป็นพาหะสำคัญในการนำโรค (World Health Organization, 1998) ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกตั้งแต่พ.ศ.2492 และมีการระบาดขึ้นครั้งแรกที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2501 (Hammon WM., et al., 1960) ปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ในทุกจังหวัด แม้กระทั่งในหมู่บ้าน ชนบทของประเทศไทย ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวนผู้ป่วย 21,057, 27,650, และ 11,842 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 31.73, 41.87, และ 17.90 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้ที่เสียชีวิต 14, 17, และ 17 ราย (อัตราตาย เท่ากับ 0.03, 0.01, และ 0.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดปัตตานี ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 336, 161 และ 171 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 46.31, 22.20, และ 23.44 ราย ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2566)

สำหรับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของจังหวัดปัตตานีที่ผ่านมา ได้มีการสนับสนุน ด้านวิชาการดำเนินโครงการพิชิตยุงลายป้องกันโรคไข้เลือดออก กิจกรรมรณรงค์และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายในชุมชน การจัดเตรียมจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมาใช้ โดยการดำเนินการช่วงก่อนการระบาดของโรค เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในพื้นที่เพื่อช่วยในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลง ของสังคมและสถานการณ์สุขภาพในจังหวัดปัตตานี พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนไม่มีความพร้อมและยัง ประสบปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงานของ อสม. การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงจะอยู่ในช่วงเวลา สั้นๆ และประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. จะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่ง หลังจากนั้นจะลดลงไปเรื่อย ๆ มีปัญหา การปฏิบัติงานโดยชาวบ้านไม่ให้ความเชื่อถือ และ อสม. ก็ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดรูปแบบ ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนไม่มีประสิทธิภาพและพบผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ส่วนใหญ่ที่มีการ ดำเนินงานเป็นบางครั้ง ได้แก่ กิจกรรมดำเนินงานตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน

การจัดกิจกรรมรณรงค์การจัดลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อพบปัญหาได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที และมีการตรวจสอบลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนที่รับผิดชอบประจำทุกสัปดาห์ (เกียรติศักดิ์ โคช่วย, 2553)

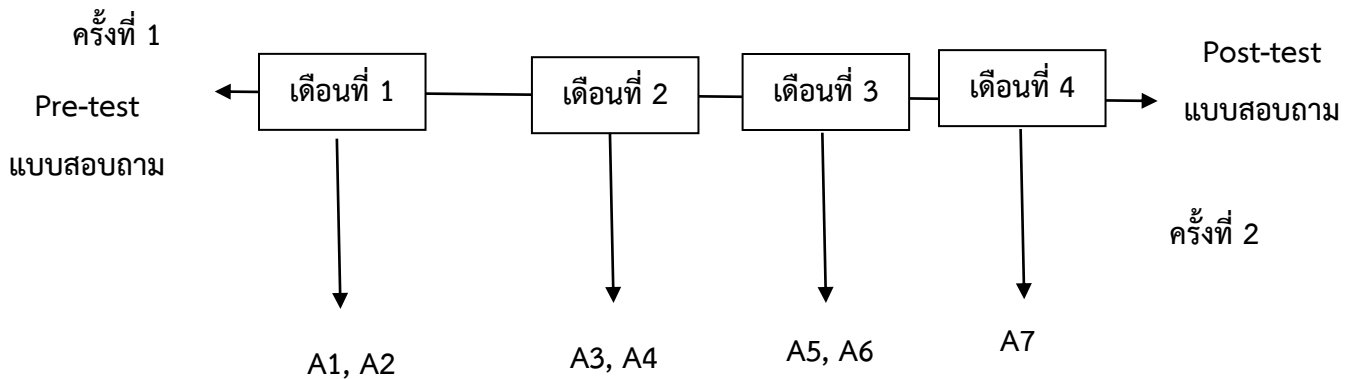
จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (81.40%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย ตามลำดับ (ปรีชา พุกจิ้น และคณะ, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำผลการวิจัยมา พัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี เพื่อทดลองใช้และศึกษาประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี เป็นการประยุกต์ใช้ตัวแปรจากงานวิจัยที่ผ่านมา (ปรีชา พุกจิ้น และคณะ, 2564) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย ตามลำดับ โดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566-มกราคม พ.ศ.2567



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 สิ่งแวดล้อมที่ดี บ้านสะอาด และครอบครัวมีความสุข

A5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติและการจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย

A6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการร่วมแรง ร่วมใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

A7 หมายถึง กิจกรรมที่ 7 การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2566-มกราคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ปีงบประมาณ 2566 และปฏิบัติงานในฐานะ อสม. อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 215 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ที่รายชื่ออยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตจังหวัดปัตตานี และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างจะการใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก ทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำนวน 215 คน โดยนำรายชื่อ อสม. มาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยโดยเริ่มจากการอธิบายวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 7 กิจกรรม แล้วผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ

กิจกรรมที่ 4 สิ่งแวดล้อมที่ดี บ้านสะอาด และครอบครัวมีความสุข

กิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย

กิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โยการร่วมแรง ร่วมใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิจกรรมที่ 7 การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพและด้านเคมี ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามการปฏิบัติดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้สถิติ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly) และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีและโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN No.036/66 รับรองวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือประชาชนกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับหรือ

ปฏิเษการให้ควมร่วมมือดังกล่าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมดเพื่อนำไปเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมต่อไป

ผลการศีกษาวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.010$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกการจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำแนกรายด้านเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.95	0.315	3.59	0.379	15.15	58	<0.001	0.499-0.765
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.34	0.310	4.09	0.271	10.007	58	<0.001	0.602-0.904
- ความรู้ความเข้าใจการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.70	1.725	3.133	1.382	10.983	58	<0.001	3.625-5.241
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.62	0.357	4.16	0.469	5.011	58	<0.001	0.324-0.755

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
- การจัดการตนเองให้มีความ ให้มีความปลอดภัย	3.46	0.364	4.14	0.531	6.004	58	<0.001	0.471-0.942
- การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.75	0.293	4.13	0.423	4.114	58	<0.001	0.198-0.574
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ ถูกต้องในการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก	3.21	0.395	4.17	0.629	7.124	58	<0.001	0.695-0.938

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ภายหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี มีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.010) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำแนกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.21	0.293	4.10	0.526	3.091	58	<0.001	0.670-0.910
- ด้านกายภาพ	3.14	0.312	4.33	0.568	10.041	58	<0.001	0.498-0.942
- ด้านชีวภาพ	3.36	0.497	3.91	0.777	3.229	58	0.002	0.206-0.881
- ด้านเคมี	3.23	0.463	3.84	0.702	3.958	58	<0.001	0.300-0.915

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี ผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย

ด้านกายภาพ ได้แก่ ท่านดูแลและรักษาบริเวณบ้านมีระเบียบอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้แหล่งเพาะพันธุ์ของพาหนะนำโรคใช้เสียดอก (P-value<0.010) ด้านชีวภาพ ได้แก่ ท่านสำรวจลูกกลุ่น้ำยุงลายในบ้านท่านและชุมชนท่านร่วมกับเจ้าของบ้านทุกสัปดาห์ (P-value=0.010) ด้านเคมี ได้แก่ ท่านให้ความร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในการฉีดพ่นหมอกควันเมื่อเกิดการระบาดของโรคใช้เสียดอกในหมู่บ้าน (P-value<0.010) ตามลำดับ ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การป้องกันและควบคุมโรคใช้เสียดอกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี จำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ข้อคำถามการป้องกันและควบคุมโรคใช้เสียดอก	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p-value
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านกายภาพ						
1. ท่านดูแลและรักษาบริเวณบ้าน มีระเบียบอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้แหล่งเพาะพันธุ์ของพาหนะนำโรคใช้เสียดอก	2.97	0.890	4.50	0.682	7.489	<0.001
2. ท่านขัดล้างผิวภาชนะเก็บน้ำที่ไม่มีฝาปิดเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.77	0.935	4.37	0.718	7.431	<0.001
3. ท่านเปลี่ยนน้ำและล้างทำความสะอาด แจกันดอกไม้/แจกันพุ่มต่าง ทุกสัปดาห์	2.90	0.845	4.30	0.794	6.612	<0.001
ด้านชีวภาพ						
1. ท่านสำรวจลูกกลุ่น้ำยุงลายในบ้านท่านและชุมชนท่านร่วมกับเจ้าของบ้านทุกสัปดาห์	3.37	0.928	4.17	0.747	3.679	0.001
2. ท่านปล่อยปลาหางนกยูงในภาชนะขังน้ำที่ไม่ได้เปลี่ยนน้ำบ่อย เช่น บ่อซีเมนต์ โอ่งน้ำใช้	3.20	0.997	3.53	1.279	1.126	0.045
3. ท่านหมั่นดูแลเปลี่ยนถ่ายน้ำ ปิดภาชนะน้ำกินน้ำใช้ ปล่อยปลาหางนกยูงและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเป็นประจำ	3.53	1.279	4.03	0.999	1.963	0.265

ข้อความคำถามการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	p-value
		โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ			
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านเคมี							
1.	ท่านให้ความร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ในการฉีดพ่นหมอกควันเมื่อเกิด การระบาดของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	2.87	1.074	4.10	1.029	4.541	<0.001
2.	ท่านใส่ทรายอะเบทลงในภาชนะที่มีน้ำขัง	3.77	1.040	4.23	0.858	1.896	0.063
3.	ท่านใส่ทรายอะเบทในจานรองขาตู้ ภาชนะกัก เก็บน้ำใช้ทุก 3 เดือน	3.17	0.950	3.57	1.654	1.148	0.255

การอภิปรายผลและสรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข โดยทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน, 2546) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี (กรมควบคุมโรค, 2562) ผลการทดลองพบว่า 1) ด้านกายภาพที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ได้แก่ อสม. ดูแลและรักษาบริเวณบ้านให้มีระเบียบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ของพาหะนำโรคไข้เลือดออก ($P\text{-value}<0.001$) และมีการเปลี่ยนน้ำและล้างทำความสะอาดแจกันดอกไม้/แจกันพุ่มต่างทุกสัปดาห์ ($P\text{-value}<0.001$) และขัดล้างผิวภาชนะเก็บน้ำที่ไม่มีฝาปิดเป็นประจำทุกสัปดาห์ ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี บ้านสะอาดและครอบครัวมีความสุข ผนวกกับการดำเนินกิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติและการจัดการตนเองให้มีความให้มีความปลอดภัยโดยการสนับสนุนให้ อสม. เกิดพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ 2) ด้านชีวภาพที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ได้แก่ อสม. สำนวญลูกกลิ้งน้ำยุงลายในบ้านและชุมชนร่วมกับเจ้าของบ้านทุกสัปดาห์ ($P\text{-value}=0.001$) และมีการปล่อยปลาหางนกยูงในภาชนะขังน้ำที่ไม่ได้เปลี่ยนน้ำบ่อย เช่น บ่อซีเมนต์ โถงน้ำใช้ ($P\text{-value}=0.045$) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการร่วมแรงร่วมใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 3) ด้านเคมีที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ได้แก่ อสม. ให้ความร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในการฉีดพ่นหมอกควันเมื่อเกิดการระบาดของ

โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ($P\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่ 7 การรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออกผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุคนธ์ เมืองช้าง และคณะ (2566) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สฤณีเดช เจริญไชย และคณะ (2563) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.03$) เพราะผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความกระตือรือร้นที่จะทำพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ใหม่ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น ($t = 9.515$, $P\text{-value} < 0.001$) เนื่องการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี เป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการดำเนินกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ กิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) กล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและ

ชุมชนได้ ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ภาวณิมนตรี และคณะ (2563) พบว่า แกนนำครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีุงเป็นพาหะของแกนนำครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ด้านทักษะการเข้าใจ มีความสามารถจดจำใจความสำคัญ วิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากการอ่าน ฟัง การตีความ สามารถสรุปข้อมูลการจัดสภาพบ้านเรือนให้ปลอดจากแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้หลากหลายช่องทาง มีการติดต่อสื่อสารเป็นระยะๆ โดยเฉพาะในช่วงฤดูกาลการระบาดของโรค ฤดูฝนมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคที่มีุงลายเป็นพาหะ ไม่ให้เกิดผู้ป่วยและการเสียชีวิตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถพิจารณาถ่วงถ่วง ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี สามารถทำให้ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยตัวของอสม. ทำให้การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพสามารถนำโปรแกรมฯ ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ อสม. และประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (1998). Fact Sheet and Features: Dengue and dengue hemorrhagic fever. Retrieved January 25, 2024, from <http://www.who.int/emc-documents/surveillance/does/whodisease.html/dengue/tabdfasia.htm>.
- Hammon WM., Rudnik A., Sather GE.. (1960). Viruses associated with epidemic hemorrhagic fever of the Philippines and Thailand. Science. 131(11), 3.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ครุสภาลาดพร้าว.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2566). รายงานประจำปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา.
- เกียรติศักดิ์ โคช่วย. (2553). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปรีชา พุกจัน, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี. Proceeding book ประชุมวิชาการระดับชาติ “นอร์ท เทิร์นวิจัย” ครั้งที่ 8 วันที่ 29 พฤษภาคม 2565. วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก.
- Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.
- กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค. (2562). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออกเฉียบพลัน ปี 2558. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ยุคนธ์ เมืองช้าง, จรุงลักษณ์ ป้องเจริญ, จารุวรรณ สอนองญาติ, ศิริธิดา ศรีพิทักษ์, อุษณียาภรณ์ จันท. (2566). ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารพยาบาลศาสตร์; 10(2): 20-34.
- สฤชดีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, มาสรีน ศุกลักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอมะนัง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(3): 517-527.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

ภาวิณี มนตรี, เดชา สุคนธ์, ยุทธนา กลิ่นจันทร์, อุดมลักษณ์ ทองหล่อ, อภิวรรณ เหลืองเทียมทอง. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มียุ่งายเป็นพาหะของแกนนำครัวเรือน ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค.



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จากการเรียนออนไลน์ ของนิสิตระดับปริญญาตรี

จัดริน จากนั้น¹, ขวัญจิรา อังสุจารี², กัญญาวิรี อัครผล³,
เกวรินทร์ พักวงศ์ทอง⁴ และเกศศิริ มณีชูเกตุ⁵

บทนำ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ ความเครียดกับ อาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ ของนิสิตระดับ ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร เก็บข้อมูลจากนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 245 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า นิสิตมีความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือน ใน สัดส่วนที่สูง 3 ลำดับแรกในส่วนของร่างกาย ได้แก่ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 68.9 หลังส่วนบน ร้อยละ 64.0 และไหล่ ข้างขวา ร้อยละ 62.2 ตามลำดับ นิสิตมีการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและ กล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อาการปวดบริเวณ คอ ($r_s = 0.392$) หลังส่วนล่าง ($r_s = 0.331$) ข้อมือ/มือข้างขวา ($r_s = 0.287$) หลังส่วนบน ($r_s = 0.276$) ไหล่ข้างซ้าย ($r_s = 0.233$) ข้อมือ/มือข้างซ้าย ($r_s = 0.206$) ข้อเท้า/เท้าข้างซ้าย ($r_s = 0.167$) สะโพก/ต้นขาข้างขวา ($r_s = 0.181$) เข่าข้างซ้าย ($r_s = 0.167$) ข้อเท้า/เท้าข้างขวา ($r_s = 0.149$) ไหล่ข้างขวา ($r_s = 0.142$) เข่าข้างขวา ($r_s = 0.138$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเครียดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้น ควรวางแผนจัดการ การเรียนการสอนออนไลน์โดยมุ่งเน้นการลดอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และขจัดความเครียดทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การรับรู้ความเครียด การเรียนออนไลน์ อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

¹ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁴ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

⁵ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



The association between perceived stress and musculoskeletal pain among undergraduate students, Naresuan University

Jattarin Chaknan¹, Khwanjira Angsujaree², Kanyawee Akaraphon³,
kewarin fakwongkhathong⁴, Ketsiri Maneechuket⁵

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to study The association between perceived stress and musculoskeletal pain from online learning of undergraduate students Naresuan University Collect information from 245 undergraduate students of Naresuan University. Research tools include questionnaires, collecting data between February and April B.E. Prof. 2022 Analyze data using descriptive statistics and spearman rank correlation (Spearman rank correlation) determines statistical significance of 0.05.

The results of the study found that Students have a prevalence of musculoskeletal disorders in the first 3 high proportion of the body, including the lower back, 68.9 percent, upper back, 64.0 percent and right shoulder, 62.2%, respectively. Students have the most perception of stress from online learning at a moderate level of 51.5 percent and from studying. And from studying The association between perceived stress and musculoskeletal pain from online learning of undergraduate students Naresuan University, Phitsanulok Province, it was found that neck pain ($rs = 0.392$), Lower back ($rs = 0.331$), wrist/right hand ($rs = 0.287$), upper back ($rs = 0.276$), left shoulder ($rs = 0.233$), wrist/left hand ($rs = 0.206$), ankle/left foot ($rs = 0.167$), right hip/thigh ($rs = 0.181$), left knee ($rs = 0.167$), right ankle/foot ($rs = 0.149$), right shoulder ($rs = 0.142$), right knee ($rs = 0.138$) has a positive relationship with stress perception at a statistically significant level 0.05. Therefore, online teaching should be planned by focusing on reducing musculoskeletal pain and eliminating both physical and mental stress of Naresuan University students to enhance the quality of life in the future.

Keywords: perceived stress, online learning, musculoskeletal disorders

บทนำ

¹ Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

² Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

³ Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

⁴ Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

⁵ Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

มหาวิทยาลัยนเรศวรได้ประกาศแนวทางการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ภาคเรียนที่ 1/2564 ให้จัดการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ และแบบผสมผสาน (ประกาศแนวทางการจัดการเรียนการสอนในภาคเรียนที่ 1/2564 มหาวิทยาลัยนเรศวรฉบับที่ 14/2564) ดังนั้นนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็นการสอนผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาพบกัน สามารถสอนได้ทุกที่ ทุกเวลาข้อความ รูปภาพ เสียง วิดีโอและมัลติมีเดียอื่นๆ ผู้เรียนทุกคนในชั้นเรียนและผู้สอนสามารถติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ (Evidence of higher education, 2018) ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเครียด ที่ส่งผลต่อสุขภาพแบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ อาการไม่สบายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยส่วนต่างๆ ตามร่างกายความผิดปกติของหัวใจและระบบต่างๆ ของร่างกายรวมถึงการเสื่อมสมรรถภาพ ทางเพศ เนื่องจากเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะปล่อยฮอร์โมนความเครียดอันเกิดจากฮอร์โมน 2 ตัว คือ คอร์ติซอล (Cortisol) และแอดรีนาลีน (Adrenaline) คอร์ติซอล หรือ ฮอร์โมนแห่งความเครียด คือ ฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจากต่อมหมวกไต เป็นฮอร์โมนซึ่งจำเป็นต่อระบบการใช้พลังงานของร่างกาย ลดการอักเสบ รักษาระดับความดันโลหิต รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดแต่เมื่อใดที่ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลในปริมาณที่มากเกินไปผลร้ายมากมายต่อร่างกายและอารมณ์ ตามมา นอนไม่หลับ เพราะคอร์ติซอลจะหลั่งมากในช่วงเวลาเช้า เพื่อให้เราตื่นตัวเตรียมพร้อมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของวัน และจะค่อย ๆ ลดปริมาณลงในเวลากลางคืนเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน ความเครียดจะทำให้คอร์ติซอลหลั่งมากในเวลากลางคืน แทนที่เราจะรู้สึกผ่อนคลายเตรียมตัวหลับ ร่างกายกลับตื่นตัว ทำให้นอนไม่หลับ การอดนอนนอนน้อยก็ส่งผลต่อเนื้อให้เราไม่สดชื่นในวันต่อไป และมีอาการปวดหัว ปวดหลัง ร่างกายตอบสนองความเครียดด้วยการทำให้กล้ามเนื้อตึง เป็นที่มาของอาการปวดหลัง ปวดหัว นอกจากความปวดเมื่อยคอร์ติซอลยังทำให้เรามีความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดต่าง ๆ อีกด้วย ด้านที่สองคือ ด้านสุขภาพจิต ผลต่อสุขภาพจิตนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือโรคประสาทบางชนิด (nhealth, 2018)

จากข้อมูลที่รวบรวมสถิติที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ประชากรเพศหญิงร้อยละ 96.1 ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 35.0 ปี ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในช่วงเวลา 12 เดือน ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ ร้อยละ 65.0 สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างเกี่ยวข้องกับการทำงานร้อยละ 72.8 ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างต่อชีวิตประจำวันอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 88.6 แต่ต้องลางานเพราะอาการปวดสูงถึงร้อยละ 11.3 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ โรคประจำตัว อาชีพ การทำงานท่าทางไม่เหมาะสมตลอดเวลา การยกของหนัก ความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับรุนแรง

(Chaloem Rath, 2020) จากประกาศของมหาวิทยาลัยนเรศวรทำให้การศึกษาในมหาวิทยาลัยถูกปรับให้เป็นรูปแบบใหม่เป็นรูปแบบออนไลน์ ดังนั้นนิสิตจึงต้องเรียนอยู่ที่บ้านหรือหอพักเป็นระยะเวลานานๆในทุกๆวัน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเครียด ที่ส่งผลต่ออาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อาการแสดงต่างๆ ได้แก่ อาการปวด บวมชา อ่อนแรง ที่เกิดขึ้นกับระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ กระตุก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เส้นประสาท เนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ ของ ที่มีสาเหตุ มาจากการเรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์โรคระบาด

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร
- 2.เพื่อศึกษาความชุกของอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ในรอบ 12 เดือน ของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนเรศวร
- 3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ความเครียดกับอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขโครงการ: P2-0042/2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร ชั้นปีที่1-4 ประจำปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งหมด 24,623 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรี จำนวนนิสิตในสาขาที่สนใจชั้นปีการศึกษาที่ 1-4 ของปีการศึกษาที่ 2565 คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบจำนวนประชากร

จากสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด (24,623)

$Z_{\alpha/2}^2$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนประชากรที่สนใจ ($p = 0.90$)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (คิดเป็น 5% ของ 0.90) มีค่าเท่ากับ 0.045

α = Type I error มีค่าเท่ากับ 0.05

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้ตัวอย่างเท่ากับ 170 คน ผู้วิจัยจึงปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 30% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะเท่ากับ 245 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรแบบ (Stratified random sampling) โดยใช้กลุ่มการศึกษาเป็นเกณฑ์ คือ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ขั้นที่ 2 แบ่งประชากรแบบ (Cluster sampling) ได้ผลดังนี้ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คือ คณะวิทยาศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ คือ คณะสหเวชศาสตร์ และกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คือ คณะศึกษาศาสตร์ จากนั้นนำข้อมูลจำนวนนิสิตแต่ละคณะ แต่ละชั้นปีมาคำนวณสัดส่วนต่อกลุ่มตัวอย่าง และขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทาง Google form ให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ นิสิตตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ คณะที่ศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ชั้นปีการศึกษาและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์โดยแบ่งเป็นส่วนต่างๆตามร่างกาย 9 ส่วน ได้แก่ คอ ไหล่ ข้อศอก ข้อมือ/มือ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา เข่า และข้อเท้า/เท้า โดยประเมินในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปกติ/ ไม่มีอาการ = 0 มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์พักแล้วหาย = 1 มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์พักแล้วไม่หาย = 2 มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์พักแล้วไม่หายไม่สามารถเรียนออนไลน์ = 3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเครียดโดยการประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ การเรียนออนไลน์โดยมีคำถาม 14 ข้อ จาก PSS 14 Item ของ Cohen Laboratory มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเกิดความรู้สึกอย่างนั้นเลย ความรู้สึกอย่างนั้นเกิดขึ้นบางครั้งความรู้สึกอย่างนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ความรู้สึกอย่างนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน โดยที่เกณฑ์การให้คะแนนระดับการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์

โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนน 0-14 หมายถึง การรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 15-28 หมายถึง การรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 29-42 หมายถึง การรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ อยู่ในระดับสูง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทาง Google form หลังจากได้รับการรับรองจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะวิจัยได้ประสานงานติดต่อขออนุญาตทำการวิจัยใน 3 คณะ เพื่อดำเนินการแจกแจงแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Spearman rank correlation ในการหาความสัมพันธ์การรับรู้ความเครียด

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.4) อายุเฉลี่ย 20.73 ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุดอยู่ในช่วง 18.51 – 22.99 (ร้อยละ 47.3) คณะที่ศึกษา ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ร้อยละ 33.5) คณะศึกษาศาสตร์ (ร้อยละ 33.5) และคณะสหเวชศาสตร์ (ร้อยละ 33.1) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้น ปีที่ 3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.8)

ความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือน จากการเรียนออนไลน์ พิจารณาตามส่วนต่างๆของร่างกาย 9 ส่วน พบว่า ความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือน ในสัดส่วนที่สูง 3 ลำดับแรกในส่วนของร่างกาย ได้แก่ หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 68.9) หลังส่วนบน (ร้อยละ 64) และไหล่ข้างขวา (ร้อยละ 62.2) ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติตามส่วนต่างๆของร่างกาย 9 ส่วน ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์ พักแล้วหาย ได้แก่ หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 50.6) ไหล่ข้างขวา (ร้อยละ 50.2) หลังส่วนบน (ร้อยละ 48.3) คอ (ร้อยละ 47.3) ไหล่ข้างซ้าย (ร้อยละ 41.3) ข้อมือ/มือข้างขวา (ร้อยละ 32.5) สะโพก/ต้นขาข้างซ้าย (ร้อยละ 28.1) ข้อมือ/มือข้างซ้าย (ร้อยละ 27.0) สะโพก/ต้นขาข้างขวา (ร้อยละ 26.9)

เข้าข้างขวา (ร้อยละ 24.8) ข้อเท้า/เท้าข้างซ้าย (ร้อยละ 23.1) เข้าข้างซ้าย (ร้อยละ 22.6) ข้อเท้า/เท้าข้างขวา (ร้อยละ 22.3) ข้อศอกข้างซ้าย (ร้อยละ 21.5) ข้อศอกข้างขวา (ร้อยละ 19.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือน (n = 245)

ส่วนของร่างกาย	ปกติ	ผิดปกติ	ระดับความรุนแรงของความผิดปกติ		
			มีอาการในช่วง เวลาเรียน ออนไลน์ พักแล้ว หาย	มีอาการในช่วง เวลาเรียน ออนไลน์ พักแล้วไม่หาย	มีอาการในช่วงเวลา เรียนออนไลน์ พัก แล้วไม่หาย ไม่ สามารถเรียน ออนไลน์
คอ (n = 241)	92 (38.2)	149 (61.8)	114 (47.3)	29 (12.0)	6 (2.5)
ไหล่ ข้างขวา (n = 241)	92 (37.9)	149 (62.2)	122 (50.2)	23 (9.5)	6 (2.5)
ไหล่ ข้างซ้าย (n = 241)	114 (47.1)	128 (52.9)	100 (41.3)	23 (9.5)	5 (2.1)
ข้อศอก ข้างขวา (n = 241)	180 (74.4)	62 (25.6)	46 (19.0)	13 (5.4)	3 (1.2)
ข้อศอก ข้างซ้าย (n = 241)	180 (74.4)	62 (25.6)	52 (21.5)	7 (2.9)	3 (1.2)
ข้อมือ/มือ ข้างขวา (n = 241)	144 (60.0)	96 (40.1)	78 (32.5)	15 (6.3)	3 (1.3)
ข้อมือ/มือ ข้างซ้าย (n = 241)	159 (66.0)	82 (34.1)	65 (27.0)	12 (5.0)	5 (2.1)
หลังส่วนบน (n = 241)	87 (36.0)	155 (64)	117 (48.3)	33 (13.6)	5 (2.1)
หลังส่วนล่าง (n = 241)	76 (31)	169 (68.9)	124 (50.6)	39 (15.9)	6 (2.4)
สะโพก/ต้นขา ข้างขวา (n = 242)	164 (67.8)	78 (32.2)	65 (26.9)	10 (4.1)	3 (1.2)
สะโพก/ต้นขา ข้างซ้าย (n = 242)	160 (66.1)	82 (33.8)	68 (28.1)	11 (4.5)	3 (1.2)

ส่วนของร่างกาย	ปกติ	ผิดปกติ	ระดับความรุนแรงของความผิดปกติ		
			มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์ พักแล้วหาย	มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์ พักแล้วไม่หาย	มีอาการในช่วงเวลาเรียนออนไลน์ พักแล้วไม่หาย ไม่สามารถเรียนออนไลน์
เข้า ข้างขวา (n = 242)	166 (68.6)	76 (31.4)	60 (24.8)	13 (5.4)	3 (1.2)
เข้า ข้างซ้าย (n = 243)	171 (70.4)	72 (29.6)	55 (22.6)	14 (5.8)	3 (1.2)
ข้อเท้า/เท้า ข้างขวา (n = 242)	174 (71.9)	68 (28.1)	54 (22.3)	12 (5.0)	2 (0.8)
ข้อเท้า/เท้า ข้างซ้าย (n = 242)	175 (72.3)	67 (27.7)	56 (23.1)	9 (3.7)	2 (0.8)

การศึกษาระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 15.10 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 8.20 เมื่อนำค่าทั้งสองมาจัดกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.5) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.2) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 4.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ (n = 245)

ระดับความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0 - 14 คะแนน) (n = 233)	103 (44.2)
ระดับปานกลาง (15 - 28 คะแนน) (n = 233)	120 (51.5)
ระดับสูง (29 - 42 คะแนน) (n = 233)	10 (4.3)
$\bar{X} = 15.10$, $SD = 8.20$, $min = 0.00$, $max = 42.00$	

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ของนิสิตระดับปริญญาตรี พบว่า อาการปวดบริเวณ คอ ($rs = 0.392$) หลังส่วนล่าง ($rs = 0.331$) ข้อมือ/มือข้างขวา ($rs = 0.287$) หลังส่วนบน ($rs = 0.276$)

ไหล่ข้างซ้าย ($rs=0.233$) ข้อมือ/มือข้างซ้าย ($rs=0.206$) ข้อเท้า/เท้าข้างซ้าย ($rs=0.167$) สะโพก/ต้นขาข้างขวา ($rs=0.181$) เข่าข้างซ้าย ($rs=0.167$) ข้อเท้า/เท้าข้างขวา ($rs=0.149$) ไหล่ข้างขวา ($rs=0.142$) เข่าข้างขวา ($rs=0.138$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเครียดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแต่ละส่วนของร่างกาย (n = 245)

ส่วนของร่างกาย	ระดับการรับรู้ความเครียด	
	r_s	p-value
คอ	0.392	< 0.001*
ไหล่ ข้างขวา	0.142	0.031*
ไหล่ ข้างซ้าย	0.233	< 0.001*
ข้อศอก ข้างขวา	0.104	0.115
ข้อศอก ข้างซ้าย	0.081	0.223
ข้อมือ/มือ ข้างขวา	0.287	< 0.001*
ข้อมือ/มือ ข้างซ้าย	0.206	0.002*
หลังส่วนบน	0.276	< 0.001*
หลังส่วนล่าง	0.331	< 0.001*
สะโพก/ต้นขา ข้างขวา	0.181	0.006*
สะโพก/ต้นขา ข้างซ้าย	0.128	0.053
เข่า ข้างขวา	0.138	0.035*
เข่า ข้างซ้าย	0.167	0.011*
ข้อเท้า/เท้า ข้างขวา	0.149	0.024*
ข้อเท้า/เท้า ข้างซ้าย	0.183	0.005*

r_s = spearman coefficient, * p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการรับรู้ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร มีระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง (15 - 28 คะแนน) ร้อยละ 51.5 ซึ่งไม่สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ญัฐพิชชา คุณสันติพงษ์และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดใน นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยในเขตภาคตะวันออก พบว่า นักศึกษามี ความเครียดในระดับรุนแรง เครียดระดับสูง เครียดระดับปานกลาง และเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 68.66, 20.66, 10 และ 0.66 ตามลำดับ มีสัดส่วนที่เครียดในระดับรุนแรงมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 69.68 สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Byrne et al. (2021) ที่พบว่า การเรียนในรูปแบบออนไลน์ในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากการเปลี่ยนรูปแบบของการสอบ มีกฎระเบียบที่เพิ่มมากขึ้น ความไม่พร้อมของโปรแกรม อุปกรณ์ และสถานที่

จากการศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือน จากการเรียน ออนไลน์ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ในสัดส่วนที่สูง 3 ลำดับแรกในส่วนของร่างกาย ได้แก่ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 68.9 หลังส่วนบน ร้อยละ 64 และไหล่ข้างขวา ร้อยละ 62.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพานันท์ ตุ่นสังข์และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์แห่งหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีพบว่า ความชุกของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือนที่สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ อาการปวด บริเวณหลังส่วนล่าง อาการปวดบริเวณไหล่ และอาการปวดบริเวณ หลังส่วนบน โดยมีความชุกเท่ากับร้อยละ 30.7 ร้อยละ 25.1 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จากการเรียนออนไลน์ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ของนิสิตระดับปริญญาตรีพบว่า อาการปวด บริเวณ คอ หลังส่วนล่าง ข้อมือ/มือข้างขวา หลังส่วนบน ไหล่ข้างซ้าย ข้อมือ/มือข้างซ้ายข้อเท้า/เท้าข้างซ้าย สะโพก/ต้นขาข้างขวา เข่าข้างซ้าย ข้อเท้า/เท้าข้างขวา ไหล่ข้างขวา เข่าข้างขวา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริญญา เลิศสินไทย และคณะได้ศึกษาการสำรวจความชุกของอาการ ปวดคอและความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดคอกับกลุ่มอาการ ทางตาจากจอภาพคอมพิวเตอร์ในนักศึกษาคณะสห เวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่านักศึกษาคณะสหเวชศาสตร์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ปวดคอ ไหล่ หลัง ซึ่งความแตกต่างของลักษณะวิชาชีพในการฝึกปฏิบัติงาน อาจมีผลต่ออาการปวดคอของอาสาสมัคร ทั้งนี้ เนื่องจาก อาการปวดคอและบ่า อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุปัจจัยในนักศึกษามหาวิทยาลัย ทั้งความเครียดจาก การแข่งขันในการเรียน ปัญหาของการเรียนในเนื้อหาที่ยากลักษณะท่าทางตามหลักกายศาสตร์ในการนั่งอ่าน หนังสือ รวมถึงอาจเกิดจากการใช้คอมพิวเตอร์-มือถือ นาน (มากกว่า 3-4 ชั่วโมง/วัน) ในการช่วยการเรียนรู้ของ นักศึกษาขณะเรียนหรือฝึกปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการนำการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรีอยู่ใน ระดับปานกลางและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ คอ หลังส่วนล่าง ข้อมือ/มือข้างขวา หลังส่วนบน ไหล่ซ้าย ข้อมือ/มือข้าง ข้อเท้า/เท้าข้างซ้าย มีข้อเสนอแนะดังนี้ จากผลการวิจัยพบว่านิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรีมีระดับความเครียดจากการเรียน ออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับปานกลางแล้วแต่อาการปวดทางโครงร่างและ กล้ามเนื้อนั้นมีความรุนแรงขึ้นดังนั้นควรทำให้ระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำและมีอาการปวดทางโครงร่างและ กล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางแผนจัดการเรียนการสอนออนไลน์โดยมุ่งเน้นการ ลดอาการปวดทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ และ จัดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของนิสิตมหาวิทยาลัย นเรศวร จะทำให้นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ระดับปริญญาตรีมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ในคณะอื่น ที่มีลักษณะและบริบทสภาพที่แตกต่างกัน เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาเปรียบเทียบ และใช้ในการวางแผนจัดการเรียนการสอนออนไลน์
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและอาการปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการเรียนออนไลน์ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ เช่น การสัมภาษณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้ งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Chadapha Prasertsong, Jarinwan Sanghiranrattana, Ponchana Kladkaew. (2021). Factors related to online learning stress from the COVID-19 situation of nursing students. institutional journal

- Somdet Chaopraya Psychiatry Year 2021 Year 15 No.1 (in thai) Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). Stress Level free encyclopedia. Search 28 September 2021, from <https://www.dmh.go.th>
- Srichand Pornjirasil. (2011). Stress and stress remedies. Date 28 September 2021, from <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th>
- Kornwipha Kanyala. (2021). Study stress of graduate students. course of study Master's degree, special program, Srinakharinwirot University. Thesis M.Ed. (Higher Education) Srinakharinwirot University (in thai)
- Naraporn Trongdee et al. (2021). Aches and risk factors for pain during teaching and learning Work online from the homes of students and staff. Faculty of Public Health Center Lampang. Lampang. Thammasat University, Lampang Center. (in thai)
- Kriengkrai Boonprapha, Jutharat Chi No. (2019). Causes of skeletal and muscular pain-Journal. Public Health Lanna. Retrieved October 24, 2021, from 2019 - he02.tci-thaijo.org.
- MA Mayai, P Loatong. (2020). Definition of skeletal and muscular pain. Technology, University. Mahasarakham. Retrieved October 24, 2021, from 2020 - li01.tci-thaijo.org.
- warangkhan.kl. (2015). Muscle pain. Retrieved October 25, 2021, from <https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/articletype/muscle-pain>
- Manoch Ritinyo, Amornsakmayai, Pornnee Laothong. (2020). Factors affecting skeletal disorders and muscles from work of the silk weaving profession Chaiyaphum Province. Search on October 24 2021, from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/scimsujournal/issue/view/17208>
- Attaphon Kaewnuan, Banpot Lohapoontrakul, Klangduean Pochana. (2017). Prevalence of Disorders. Musculoskeletal system related to work in various occupations, 12(2). Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/71404/84315>
- Karuna, Chantum. (2015). Prevalence and Factors Affecting Skeletal and Musculoskeletal Disorders from Use. Computer work in personnel, Rajabhat Rajabhat University. 3rd printing. Chaiyaphum Rajabhat University. Journal of Nursing and Health (in thai)



- Naraporn Trongdee, et al. (2021). aches and pain risk factors during teaching and learning Online form from the homes of students and staff Faculty of Public Health Thammasat University, Lampang Center. First printing. Thai Ergonomics Journal (in thai)
- Kamonchanok Kaewthong. (2020). Process of Management of Online E-learning Instruction. Retrieved 21. September 2021, from <https://sites.google.com/site/kamonchanok561031350/krabwnkarcadkar-reiyn-karsxn-e-learning-baeb-xxnlin>
- Suwinan Thawipiriyachinda. (2015). Dangerous working postures and prevalence of systemic disorders. muscle and skeletal related to work in Narathiwat Rajanagarindra Hospital workers. Prince of Songkla University (in thai)
- Chalermrath is available in full. (2020). Study on the prevalence and factors associated with low back pain of Nursing personnel in Nakhon Pathom Hospital. Journal of Medicine District 4-5, 39 (4). (in thai)
- Ergonomics in Thailand. (2014). Risk Assessment by RULA Method. Retrieved February 1st. 2022, from <https://www.thai-ergonomic-assessment.blogspot.com/2014/07/rula.html>
- Kanyaporn Songsang. (2003). Thai PSS 14-Item. currently of Mahidol University, School of Nursing
- Juliana Chioda Ribeiro Dias a , Wanderson Roberto Silvaa , João Marocob , Juliana Alvares Duarte Bonini Campos. (2015). Perceived Stress Scale Applied to College Students: Validation Study. Psychology, Community & Health
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company
- Sheldon Cohen, Tom Kamarck and Robin Mermelstein . (2021). A Global Measure of Perceived Stress. American Sociological Association
- Eskin, M., & Parr, D. (1996). Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress. Stockholm, Sweden: Department of Psychology, Stockholm University
- Jensen, C., Finsen L., Sagaard K., & Christensen. H. (2000). Musculoskeletal symptoms and duration of computer and mouse. International Journal of Industrial Ergonomics, 30 (4-5), 265-275

- Lesage, F. X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 178-184
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287-3298
- Barrington, W.E., Ceballos, R.M., Bishop, S.K., McGregor, B.A., & Beresford, S.A.A. (2012). Perceived stress, behavior, and body mass index among adults participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005-2007. *Preventing Chronic Disease*, 9, Article 120001
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685-1687



ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

อัศวิน ลิ้มฤกษ์ล่ำรัก¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชน จำนวน 410 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วสติการผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.2 มีอายุเฉลี่ย 70.26 ± 9.31 ปี มีส่วสติการผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.1 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.2 มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.418$) ส่วสติการด้านสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.307$) ส่วสติการด้านความมั่นคงในชีวิต ($p < 0.001$, $\beta = 0.170$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($p < 0.001$, $\beta = 0.103$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 83.0 การศึกษานี้ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับพื้นที่

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ส่วสติการ, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์

E-mail : assawinlim25@gmail.com



Factors Influencing to Quality of Life for Elderly in Khaokawrisomboon Sub-district , Thung Saliam District, Sukhothai Province.

As-sawin Limrerklamruke¹

Abstract

A cross-sectional descriptive research to study factors affecting the quality of life of the elderly in the Khao Kaew Sri Somboon sub-district ,Thung Saliam District Sukhothai Province, the sample consisted of 410 people, using a stratified sampling method. The research instrument was a questionnaire. Confidence in the Elderly Welfare Questionnaire social support and quality of life of the elderly. Cronbach's alpha coefficient was used. The confidence values were 0.78, 0.88, and 0.90, respectively. Statistics used in data analysis included number, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and Stepwise multiple linear regression analysis.

The results of the study found that the majority of the sample were female, 60.2 percent, with an average age of 70.26 ± 9.31 years. 34.1% had a moderate level of welfare for the elderly, 43.2% had a high level of social support, and 52.7% had a moderate level of quality of life for the elderly. Factors that significantly affect the quality of life of the elderly Statistically, it is the support of material labor. Budget and services ($p < 0.001$, $\beta = 0.418$), social welfare ($p < 0.001$, $\beta = 0.307$), life security welfare ($p < 0.001$, $\beta = 0.170$), emotional support ($p < 0.001$, $\beta = 0.103$) They can predict the quality of life of the 83.0%. This study should be used as basic information for organizing programs to develop the quality of life of the elderly to be appropriate for the area.

Keyword : Quality of life, Elderly ,Welfare, Social support

¹ Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Khaokawrisomboon Sub-district Health Promoting Hospital

E-mail : assawinlim25@gmail.com

บทนำ

ในสังคมโลกปัจจุบัน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “สังคมผู้สูงอายุ” ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (UN. Development of Economic and Social Affairs, 1960) ในปี 2565 สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยได้เพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในปี 2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ของสังคมไทยถือได้ว่าเป็นระดับขนาดใหญ่ที่ส่งผลให้เกิดการเตรียมความพร้อมกันอย่างถ้วนหน้า ทั้งในระดับวง ล้อขนาดใหญ่ คือ ด้านกฎหมาย นโยบายและแผน การจัดสวัสดิการสังคมต่าง ๆ และแม้แต่การศึกษาวิจัยทางด้านผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางอันจะนำไปสู่การผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายเพื่อประชาชนในสังคมต่อไป ระดับวงล้อขนาดกลาง คือ ระดับสังคมและชุมชนที่กำลังได้รับการกระจายอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาสู่องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นเพื่อการจัดสรรงบประมาณและการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นกันเอง เพราะไม่มีใครที่จะเข้าใจปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุได้ดีเท่าๆกับคนในชุมชนเดียวกันเอง ทั้งนี้ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนที่สุด ระดับวงล้อขนาดเล็ก คือ การปรับมุมมองใน ตัวเองของผู้สูงอายุและในสังคม การเปลี่ยนจากอคติที่เกิดขึ้นกับความสูงอายุน่าจะต้องอยู่ ในฐานะของผู้พึ่งพิงตลอดเวลาสู่การเปลี่ยนมุมมองเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อการพัฒนาตนเองและสังคมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อการก้าวเดินบนเส้นทางของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ได้อย่างมีคุณภาพ (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) จึงได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลและเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับประเทศ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ มีสุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี ครอบครัวมีความสุขมีความอบอุ่น มีสังคมที่เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต ได้รับ สวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งในมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี 2566 จังหวัดสุโขทัย มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 134,087 คน เป็นร้อยละ 23.05 (ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร) ซึ่งเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living - ADL) ปี 2566 จำนวน 89,501 คน พบว่า

เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.6 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.9 และเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.5 (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย, 2566) รวมกับอายุที่สูงยิ่งก็เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีแนวโน้มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ อาจส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 8 ด้าน เป็นร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 90.8 รองลงมาคือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.2 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.1 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ 85.1 ซึ่งจังหวัดสุโขทัย ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดีโดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้สามารถดูแลรักษาตนเองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น และป้องกันการพิการหรือทุพพลภาพได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านแผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุรายบุคคล จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงสม่ำเสมอเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาศักยภาพตนเอง ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุ จำนวน 10,088 คน โดยเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.4 ติดบ้าน ร้อยละ 3.9 และติดเตียง ร้อยละ 0.8 ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่จึงเป็นส่วนสำคัญ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีความหลากหลายทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ ซึ่งตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีผู้สูงอายุจำนวน 2,168 คน มีสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23.13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์, 2566) ผู้วิจัยคาดว่า การศึกษารังนี้จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อีกทั้งจะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดนโยบายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีผู้ดูแล โรคประจำตัว สวัสดิการผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ งบประมาณและบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้สูงอายุตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 2,168 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

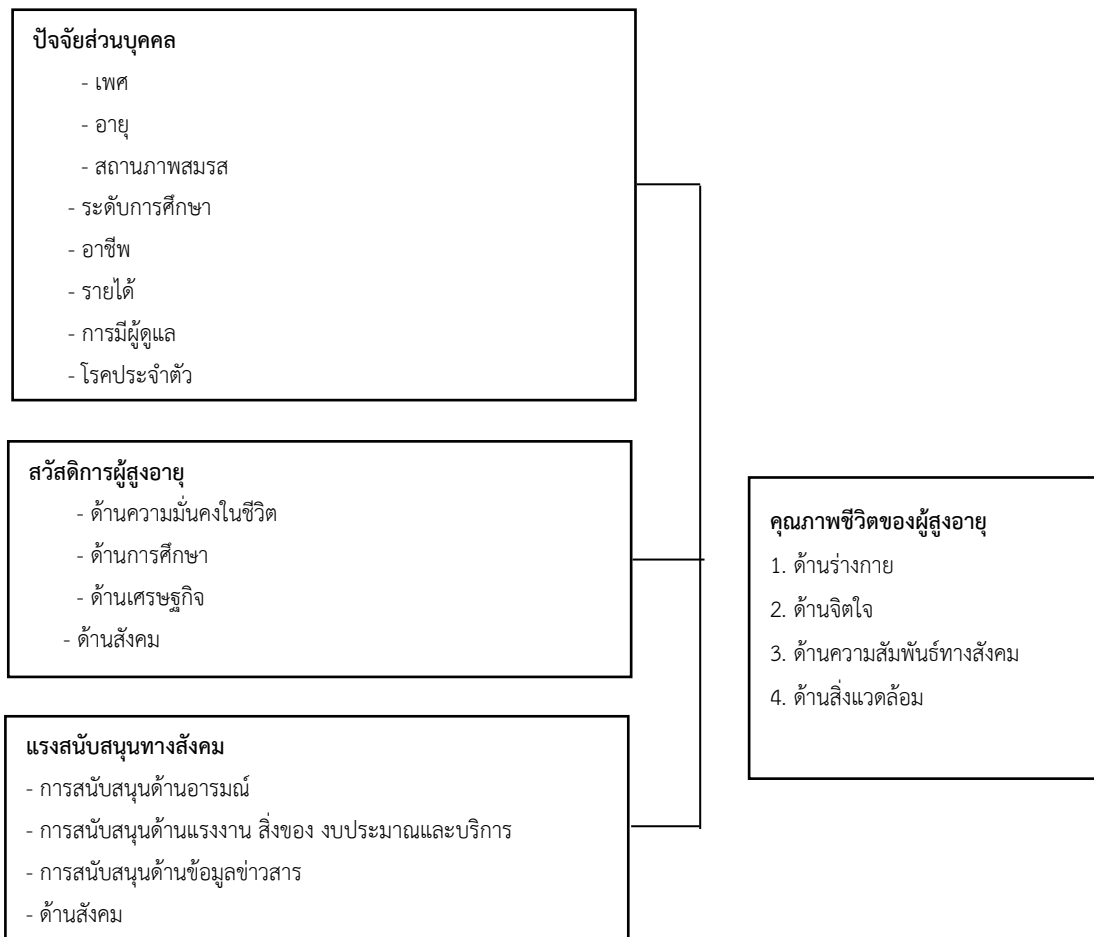
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 2,168 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอยางเสด็จ จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกโดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (2,168 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอยางเสด็จศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 4.03 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 (นัสมล บุตรวิเศษและอุปภิษฐา อินทรสาด, 2564)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เท่ากับ 0.086

Alpha (α) = 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{2,168 \times (0.86^2) (1.96^2)}{[(0.086^2) (2,168 - 1)] + [(0.86^2)(1.96^2)]} \\ n &= 369 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 369 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 369/1-0.1 \\ &= 410 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 410 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอกู่เสียม จังหวัดสุโขทัย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

2. การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อประชาชนในพื้นที่ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอกู่เสียม จังหวัดสุโขทัย จนครบทุกรายหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 410 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอกู่เสียม จังหวัดสุโขทัย
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการศึกษา
2. ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน
3. ชื่ออยู่แต่ตัวไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอกู่เสียม จังหวัดสุโขทัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีผู้ดูแล และเป็นโรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ด้านความมั่นคงในชีวิต 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านสังคม จำนวน 17 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (68 คะแนนขึ้นไป)
การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (51-67 คะแนน)
การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 51 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตามทฤษฎีของ Schaffer, M.A. (2004) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ งบประมาณและบริการ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 13 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (52 คะแนนขึ้นไป)
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (39-51 คะแนน)
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 39 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994) ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

คุณภาพชีวิตระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (80 คะแนนขึ้นไป)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (60-79 คะแนน)
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง

30 คน ในผู้สูงอายุ ตำบลกลางดง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสวัสดิการผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และนำหนังสือเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

3) ผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

4) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เวลาประมาณ 30 นาที โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน 2566 – เดือนตุลาคม 2566

5) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีผู้ดูแล และโรคประจำตัว โดยใช้สถิติจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2) วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ สวัสดิการผู้สูงอายุ ด้านความมั่นคงในชีวิต ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ งบประมาณและบริการ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และนำผลรวมรายด้านของแต่ละตัวแปรมาจัดกลุ่มแสดงค่าเป็นจำนวนและร้อยละ

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 61/2023 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No.55/2023 รับรองเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2567 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตชุมชน การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างในวันที่เริ่มเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้สนใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.2 มีอายุเฉลี่ย 70.26 ± 9.31 ปี อายุสูงสุด 93 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 49.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.7 จบระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 7.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.2 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.6 มีรายได้เฉลี่ย $3,361.22 \pm 5,273.85$ บาทต่อเดือน รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.5 มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 66.6 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.7 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 86.8

ส่วนที่ 2 สวัสดิการผู้สูงอายุ

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสวัสดิการผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 410)

สวัสดิการผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการผู้สูงอายุระดับสูง (68 คะแนนขึ้นไป)	138	33.7
สวัสดิการผู้สูงอายุระดับปานกลาง(51-67 คะแนน)	140	34.1
สวัสดิการผู้สูงอายุระดับต่ำ (ต่ำกว่า 51 คะแนน)	132	32.2

(Mean = 58.44 S.D. = 15.89, Median = 68.0, Min = 17.0, Max = 83.0)

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อสวัสดิการผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.7 มีสวัสดิการผู้สูงอายุเฉลี่ย 58.44 ± 15.89 คะแนน (คะแนนเต็ม 85) ต่ำสุด 17 คะแนน สูงสุด 83 คะแนน

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 410)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	177	43.2
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	139	33.9
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)	94	22.9

(Mean = 48.20 S.D. = 10.07, Median = 49.5, Min = 13.0, Max = 65.0)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.9 มีแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 48.20 ± 10.07 คะแนน (คะแนนเต็ม 65) ต่ำสุด 13 คะแนน สูงสุด 65 คะแนน

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 410)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับสูง (80 คะแนนขึ้นไป)	151	36.8
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับปานกลาง (60-79 คะแนน)	216	52.7
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับต่ำ (ต่ำกว่า 60 คะแนน)	43	10.5

(Mean = 75.25 S.D. = 13.18, Median = 76.0, Min = 20.0, Max = 100.0)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 36.8 มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเฉลี่ย 75.25 ± 13.18 คะแนน (คะแนนเต็ม 100) ต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย (N = 410)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและ				
บริการ	1.275	0.418	9.893	<0.001
สวัสดิการด้านสังคม	1.028	0.307	7.528	<0.001
สวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิต	0.613	0.170	4.032	<0.001
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.563	0.103	3.612	<0.001

Constant (a) = 18.523 R Square = 0.830 Adjusted R Square = 0.829 F = 495.882 P = <0.05

จากตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.418$) สวัสดิการด้านสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.307$) สวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิต ($p < 0.001$, $\beta = 0.170$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($p < 0.001$, $\beta = 0.103$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 83.0 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = $18.523 + (1.275) \text{ การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการ} + (1.028) \text{ สวัสดิการด้านสังคม} + (0.613) \text{ สวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิต} + (0.563) \text{ การสนับสนุนด้านอารมณ์}$

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย

ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยมมีวัฒนธรรมสังคมเป็นแบบชนบท อยู่อย่างพอเพียงทำให้มีลักษณะความเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของนัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีฎฐา อินทรสาด (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของฤทธิชัย ชาแสน (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อการสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1.275 หน่วย อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ งบประมาณและบริการเป็นแรงสนับสนุนที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงมี เช่น การสร้างแรงงาน อาชีพ การได้รับสิ่งของที่เป็น เปี้ยผู้สูงอายุ และการบริการที่จำเป็น เช่น การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้ไม่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแล การได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจึงจำเป็นต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของฤทธิชัย ชาแสน (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า การสนับสนุนด้านแรงงานสิ่งของ งบประมาณและบริการ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สวัสดิการด้านสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสวัสดิการด้านสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1.028 หน่วย ทั้งนี้สวัสดิการด้านสังคมมีความครอบคลุมถึงการจัดกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ เช่น ทางเดิน ห้องสุขา ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้น ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของฤทธิชัย ชาแสน (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับงานวิจัยของนัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีฎฐา อินทรสาด (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเต็มดวง วงศา (2564) ศึกษาเรื่องการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดปัตตานี พบว่า การจัดสวัสดิการทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิต มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.613 หน่วย ทั้งนี้สวัสดิการ

ด้านความมั่นคงในชีวิต มีความครอบคลุมการดูแลสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้าส่องสว่าง ความสะอาด การสนับสนุนการซ่อมแซมบ้านพักให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของฤทธิชัย ชาแสน (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า สวัสดิการด้านความมั่นคงในชีวิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อการสนับสนุนด้านอารมณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.563 หน่วย ทั้งนี้การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การยกย่อง ยอมรับนับถือจากเพื่อนญาติและลูกหลาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ใกล้ชิดความผูกพันจากลูกหลาน การได้รับการเยี่ยมเยียนจากคนในชุมชนและภาครัฐอยู่เสมอ ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของฤทธิชัย ชาแสน (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยคุณภาพชีวิตที่ไม่มีผลต่อของผู้สูงอายุ ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีผู้ดูแล โรคประจำตัว สวัสดิการด้านการศึกษา สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาวิจัยในระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในบริบทของพื้นที่เชิงลึกมากขึ้น
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมในประเด็นการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมและการส่งเสริมให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสามหลัง ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ของตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย นายนิสิต ยิ้มมนรินทร์ สาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณกลุ่มผู้สูงอายุตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากผลงานวิชาการฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ และผู้ที่สนใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์. (2566). รายงานประจำปี 2566. อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกึ่งวิชาการ. นนทบุรี: บุตรวิเศษ และอุปริภูษา อินทรสาด. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
- ฤทธิชัย ชาแสน. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคมจังหวัดสกลนคร. สกลนคร: วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และแนวโน้มในอนาคต. นนทบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). รายงานประจำปี 2566. สุโขทัย.
- Bloom. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain*. New York: McKay.
- Daniel. (1995). *The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability*. Atlantic City: N.J.
- Schaffer. (2004). *Social support*. In Peterson, Bredow T. S. (Ed.). *Middle range theories, Application to nursing research*. Philadelphia:: Lippincott: Williams& Wilkins.
- UN. Development of Economic and Social Affair. (1960). *Community Development and Related Service*. . New York: United Nation Repblication.
- WHOQOL Group. (1994). *The development of the world health organization quality of life assessment instrument*. New York: Springer-verleg.



ผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ฤทธิชัย ทิตะพันธ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและเปรียบเทียบระดับผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความกังวลต่อการระบาดของโรค COVID-19 ($\bar{x} = 0.72$) คือคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อโรค COVID-19, ด้านความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้หลังมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ($\bar{x} = 1.67$) คือรู้สึกว่าการจัดการกับเรื่องต่างๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวันไม่ได้ และด้านผลกระทบในบุคลากรต่อมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐ ($\bar{x} = 1.33$) คือการดูแลบุคคลในครอบครัว เช่น มีผู้สูงอายุและเด็ก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการศึกษาผลกระทบด้านอื่นๆ ในบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงาน จัดฝึกอบรมให้มีความรู้ การวางแผนด้านอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล เพื่อเตรียมความพร้อมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในครั้งถัดไป

คำสำคัญ: ผลกระทบ, การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; โควิด-19, บุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร



Impacts among Health Personnels during Pandemic of Coronavirus Disease 2019 at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province.

Rittichai Thithaphan¹

Abstract

This study aims to investigate and compare the degree of effect that Sai Ngam Hospital staff experienced while working during the 2019 coronavirus epidemic. Kamphaeng Phet Province. Pick a certain sample group. A sample of 78 individuals completed a questionnaire. With the use of descriptive statistics, data were examined. The results found that: the sample group had a moderate level in all aspects of Impacts. When each aspect was considered, it was COVID-19 related anxiety ($\bar{x} = 0.72$); I believe that a probability of contracting COVID-19, feelings or perceptions after the COVID-19 outbreak ($\bar{x} = 1.67$); I feel incapable of handling daily issues. and Impact on personnel on government initiatives to restrict the spread of COVID-19 disease ($\bar{x}=1.33$) ; taking care of family members, including young ones and the old.

Suggestions from this research: It is important to investigate further effects. in healthcare professionals must keep an eye out for health risks that might interfere with operations. Plan instruction to acquire knowledge. Making plans for personal protective equipment must get ready for the next outbreak scenario.

Keywords: Impacts, Pandemic of Coronavirus disease 2019; COVID-19, Health Personnel Sai Ngam Hospital

¹Primary and Holistic Services Group Sai Ngam Hospital Kamphaeng Phet Province

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) มีการระบาดเมื่อปลายปี 2562 เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจไปทั่วโลก ในเดือนมกราคม 2563 เกิดการระบาดครั้งใหญ่ (Pandemic) ติดเชื้ออย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 สถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 พบผู้ติดเชื้อถึง 1.98 ล้านคน และเสียชีวิตอีก 0.126 ล้านคน (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทยปี 2564 มีการระบาดในลักษณะเป็นกลุ่มก้อน และเป็นวงกว้าง พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศ อยู่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 75.8, สมุทรสาคร ร้อยละ 14.8 และจังหวัดอื่นๆ ร้อยละ 9.3 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สาโรจน์ นาคจุ, 2564) อย่างไรก็ตามกลุ่มอาชีพที่พบการติดเชื้อได้ง่ายและมีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต้องปฏิบัติงานอย่างหนัก ส่งผลทั้งด้านการศึกษา เรียนรู้ ต่อยอดเพื่อหาแนวทางป้องกันการระบาด เน้นการปฏิบัติงานติดตามงาน การป้องกันและควบคุมการระบาด การรักษาผู้ป่วย และในระยะยาวที่กลายเป็นโรคประจำถิ่น ยังคงต้องเพิ่มนโยบาย มาตรการดูแลผู้ป่วยต่อไป เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการดูแล และเป็นภาระงานเพิ่มมากขึ้น (ยง ภู่วรรณ, 2563)

ในปัจจุบันจังหวัดกำแพงเพชร ยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องจนมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง และประชาชนสามารถออกมาทำงาน ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ จากการรายงานล่าสุดวันที่ 24 มิถุนายน 2565 มีผู้ป่วยสะสมจำนวนทั้งหมด 26,076 คน และผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 250 คน โดยอำเภอไทรงาม มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 907 คน เสียชีวิต 5 คน ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดเชื้อจากการทำงานส่งผลกระทบต่อการทำงาน การใช้ชีวิต รวมไปถึงขาดรายได้ในบางส่วน อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อความรู้สึก ทำให้เกิดความเครียด และสร้างความกังวลให้ตนเองและคนรอบข้างได้ ดังนั้น ทางผู้วิจัยจึงต้องการคัดกรองความวิตกกังวลระหว่างการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาทางสุขภาพด้านจิตใจในการทำงาน ตลอดจนส่งต่อผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

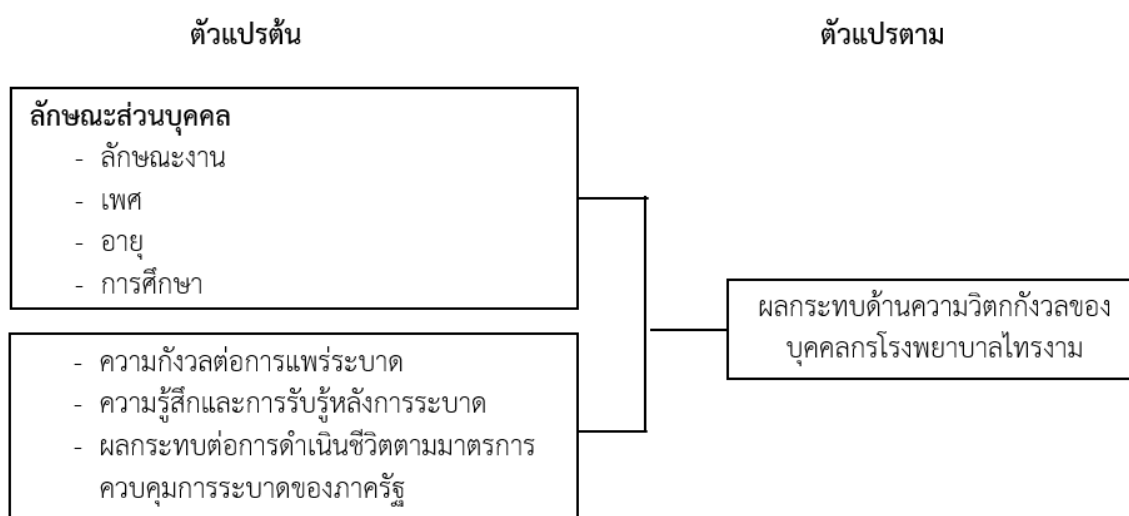
เพื่อศึกษาผลกระทบความวิตกกังวลของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาผลกระทบที่เกิดจากความวิตกกังวลระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรในโรงพยาบาลไทรงาม ตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม ปี 2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าผลกระทบที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงามในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงวิเคราะห์ตามข้อมูลส่วนบุคคล และผลกระทบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ด้านความรู้สึกหรือการรับรู้หลังมีการระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามมาตรการควบคุมการระบาดโรค COVID-19 ของภาครัฐ โดยนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ตามหนังสือคำสั่ง 3/2563 ที่ปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนเวรในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งหมด 78 คน ใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. บุคลากรโรงพยาบาลไทรงามที่ปฏิบัติงานผลัดเปลี่ยนเวรในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามคำสั่งที่ 3/2563 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
2. ปฏิบัติงานในจุดคัดกรอง จุดซักประวัติ ให้บริการออกเชิงรุก จุดรับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วย และจุดอื่นๆ ตามคำสั่งที่มีการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ
3. อายุ 20 ปีขึ้นไป
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ได้สัมผัสผู้ติดเชื้อ
2. ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. ลาออก ย้าย ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ลักษณะงาน อายุ เพศ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองการรับรู้ความกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ตัวเลือก คือ ไม่กังวล ได้ 0 คะแนน, กังวลบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และกังวลมาก ให้ 2 คะแนน การแปลผลระดับความวิตกกังวล จัดคะแนนในภาพรวมเป็น 3 ระดับ (เต็มศักดิ์ สุวิบูลย์, 2552) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 0.66 มีความกังวลน้อยหรือไม่มีเลย, ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33 มีความกังวลปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 มีความกังวลมาก

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นหลังมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 10 ข้อ 5 ตัวเลือก ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกน้อยมาก รู้สึกบางครั้ง รู้สึกค่อนข้างบ่อยและรู้สึกบ่อยมาก ใช้เกณฑ์การแปลผลจัดคะแนนในภาพรวมเป็น 3 ระดับ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 1.33 มีความรู้สึกหรือการรับรู้ต่ำ, ค่าเฉลี่ย 1.34-2.67 มีความรู้สึกหรือการรับรู้ปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.68-4.00 มีความรู้สึกหรือการรับรู้มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐกำหนด จำนวน 8 ข้อ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย ให้ 0 คะแนน, น้อย ให้ 1 คะแนน, ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และมาก ให้ 3 คะแนน การแปลผลจัดคะแนนในภาพรวมเป็น 3 ระดับ (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 1.00 ได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.01-2.00 ได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 ได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตมาก

แบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานของสภากาชาด (ทัศนาศุทธิ, 2563) และได้นำไปใช้ในการศึกษาของคุณนิตยา จรัสแสง (2564) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.861 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรงาม เพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลจากบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน เพื่อศึกษาความวิตกกังวลในระหว่างการปฏิบัติงานช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้กับกลุ่มตัวอย่าง
4. เก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน ร้อยละ 100 แล้วนำกลับมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ การแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลคัดกรองความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรค COVID-19, ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และความรู้สึกระหว่างปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุดแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. แยกระดับความวิตกกังวล ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้วนี้ จำนวนทั้งหมด 78 คน อัตราการตอบกลับร้อยละ 100 ได้ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงามที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบริการสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ ที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ 83.3 มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 41.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 69.2

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม พบว่า ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 0.72$, $SD. = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความกังวลที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก คือ ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อโรค COVID - 19 มากเพียงใด ($\bar{x} = 1.21$, $SD.= 0.58$) รองลงมาท่านคิดว่าโรค COVID-19 ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน ($\bar{x} = 1.04$, $SD.= 0.52$) และท่านรู้สึกกังวลไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปข้างนอก ($\bar{x} = 0.68$, $SD.= 0.52$) ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่มีความวิตกกังวลน้อยคือ ท่านนอนไม่หลับหรือมีปัญหาการนอนเพราะคิดถึงโรค COVID-19 ($\bar{x} = 0.15$, $SD.= 0.36$) และท่านรู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดโรค COVID - 19 เช่น กักตุนอาหารหรือน้ำกากอนามัย ($\bar{x} = 0.53$, $SD. = 0.52$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ข้อมูล (n=78)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านรู้สึกกังวลไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปข้างนอก	0.68	0.52	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดโรค COVID-19 เช่น กักตุนอาหาร หรือน้ำกากอนามัย	0.53	0.52	น้อย
3. ท่านนอนไม่หลับหรือมีปัญหาการนอนเพราะคิดถึงโรค COVID-19	0.15	0.36	น้อย

ข้อมูล (n=78)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
4. ท่านคิดว่าโรค COVID-19 ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน	1.04	0.52	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่า ตนเองมีโอกาสติดเชื้อโรค COVID-19 มากเพียงใด	1.21	0.58	ปานกลาง
ระดับความวิตกกังวลโดยรวม	0.72	0.50	ปานกลาง

การวิเคราะห์ระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม หลังมีการแพร่ระบาดของโรค COVID - 19 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.67$, $SD = 0.96$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ปานกลาง 3 อันดับแรกคือ รู้สึกว่าจัดการกับเรื่องต่างๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวันไม่ได้ ($\bar{x} = 2.54$, $SD = 1.05$) รองลงมา รู้สึกควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ($\bar{x} = 2.46$, $SD = 1.00$) และรู้สึกว่าไม่มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตตัวเองได้ ($\bar{x} = 2.24$, $SD = 1.13$) ตามลำดับ ส่วนระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ 3 อันดับ คือ รู้สึกว่ามันเกิดปัญหาหนัก ๆ หลายอย่างในชีวิตพร้อมๆ กันจนไม่สามารถจัดการได้ ($\bar{x} = 1.01$, $SD = 0.91$) รองลงมา รู้สึกว่าปรับตัวไม่ได้เลยกับกิจกรรมต่างๆ อย่างในชีวิตที่เปลี่ยนไป ($\bar{x} = 1.03$, $SD = 1.00$) และรู้สึกโมโหเพราะบางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตมันเกินกว่าที่ตนเองจะควบคุมได้ ($\bar{x} = 1.24$, $SD = 0.95$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกหรือการรับรู้ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม หลังมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ข้อมูล (n=78)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. รู้สึกหงุดหงิดเพราะเหตุการณ์ของโรค COVID-19 เกิดขึ้นแบบไม่คาดฝัน	1.88	0.95	ปานกลาง
2. รู้สึกว่าจัดการเรื่องจำเป็นในชีวิตไม่ได้	0.85	0.80	น้อย
3. รู้สึกกังวล วิตก และเครียด	1.19	0.82	ปานกลาง
4. รู้สึกว่าไม่มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตตัวเองได้	2.24	1.13	ปานกลาง
5. รู้สึกว่าชีวิตไม่เป็นไปอย่างที่ฉันต้องการ	2.23	0.96	ปานกลาง
6. รู้สึกว่าปรับตัวไม่ได้เลยกับกิจกรรมต่างๆ อย่างในชีวิตที่เปลี่ยนไป	1.03	1.00	น้อย
7. รู้สึกว่าจัดการกับเรื่องต่างๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวันไม่ได้	2.54	1.05	ปานกลาง
8. รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้	2.46	1.00	ปานกลาง
9. รู้สึกโมโหเพราะบางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตมันเกินกว่าที่ตนเองจะควบคุมได้	1.24	0.95	น้อย
10. รู้สึกว่ามันเกิดปัญหาหนักๆ หลายอย่างในชีวิตพร้อมกันจนไม่สามารถจัดการได้	1.01	0.91	น้อย
ระดับความรู้สึกหรือการรับรู้โดยรวม	1.67	0.96	ปานกลาง

การวิเคราะห์ระดับผลกระทบในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ต่อมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐ พบว่า ส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อมาตรการของภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.33$, $SD = 0.67$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีระดับผลกระทบมาก คือ การดูแลบุคคลในครอบครัว เช่น มีผู้สูงอายุและเด็ก เป็นต้น ($\bar{x} = 2.04$, $SD = 0.86$) ส่วนผลกระทบระดับปานกลาง 3 อันดับแรก ได้แก่ การซื้อข้าวของเครื่องใช้ และการไปจ่ายตลาด ($\bar{x} = 1.85$, $SD = 0.79$) รองลงมาคือการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ($\bar{x} = 1.78$, $SD = 0.75$) และการดูแลตนเอง เช่น การตัดผม การออกกำลังกาย เป็นต้น ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 0.73$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลกระทบในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ต่อมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐ

เรื่อง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การดูแลตนเอง เช่น การตัดผม การออกกำลังกาย เป็นต้น	1.73	0.73	ปานกลาง
2. การดูแลบุคคลในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก เป็นต้น	2.04	0.86	มาก
3. การทำความสะอาดบ้าน ล้างจาน ซักผ้า เป็นต้น	1.62	1.00	ปานกลาง
4. การซ่อมแซมบ้าน/สิ่งของ	1.31	0.76	ปานกลาง
5. การซื้อข้าวของเครื่องใช้ การไปจ่ายตลาด	1.85	0.79	ปานกลาง
6. การจัดการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจ่ายค่าไฟฟ้า ค่าอินเทอร์เน็ต เป็นต้น	1.37	0.96	ปานกลาง
7. การเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ	1.78	0.75	ปานกลาง
8. การเข้ารับบริการทางการแพทย์เจ็บป่วย	1.62	0.85	ปานกลาง
ระดับผลกระทบของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงามโดยรวม	1.33	0.67	ปานกลาง

อภิปรายผล

การวิจัยผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 78 คน อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม เป็นกลุ่มวิชาชีพให้บริการผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ตามคำสั่งที่ 3/2563 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)ระดับอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ปฏิบัติงานในจุดคัดกรอง ซักประวัติ ตรวจรักษา พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ให้บริการตรวจคัดกรองเชิงรุก สอบสวนโรค ควบคุมและป้องกันโรค มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 41.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 69.2 จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้ผลการศึกษาทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เดือน มกราคม 2563 – ตุลาคม 2565 ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวลในกลุ่มบุคลากรต่อการระบาดของโรค COVID-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 0.72$, $SD. = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อโรค COVID-19 ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน เมื่อต้องออกไปข้างนอกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา นกษา สิงห์วีรธรรม และคณะ (2564) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคและการจัดการด้านสุขภาพอนามัยนอกสถานพยาบาลพบว่า กลุ่มเสี่ยงต้องมีการใช้มาตรการที่เคร่งครัด ในการปรับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันตนเอง ช่วยลดการแพร่กระจายโรคระหว่างคนสู่คน ด้วยการล้างมือ ปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม รับประทานอาหารที่ปรุงสุก หลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการแสดง ในส่วนเรื่องที่มีผลกระทบน้อยคือ มีการกักตุนอาหาร หรือหน้ากากอนามัยไว้ล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และคณะ (2564) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมีการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การซื้ออาหารมากินที่บ้าน การใช้สบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวล และเครียด ในการรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น กระทบกับการประกอบอาชีพที่มีรายได้ลดลง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหรือการรับรู้ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม หลังมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกหรือการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.67$, $SD. = 0.96$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า รู้สึกว่าจัดการกับเรื่องต่างๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวัน ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจในการไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศรีนภา (2564) ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีภาวะเครียดในการทำงาน ให้บริการผู้ที่ติดเชื้อ เจ็บป่วย อาการหนักจำนวนมากประกอบกับการทำงานที่เสี่ยงต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงานและองค์กร ส่วนของความรู้สึกหรือการรับรู้ในระดับน้อย คือ รู้สึกโมโหที่บางอย่างเกิดขึ้นเกินกว่าตนเองจะควบคุมได้ ต้องปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมต่างๆ ที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคันทุช เนาะแก้ว (2560) ศึกษาความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยพบว่า ประสบการณ์การรับรู้ การคาดหวังในการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน มีบทบาทสำคัญที่ต้องเผชิญ

กับความเครียด จึงต้องอาศัยการสนับสนุนและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม บรรเทาความเจ็บป่วย ภาวะโรค และเพื่อให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดน้อยลง

กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ต่อมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐกำหนด พบว่า ส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อมาตรการของภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.33$, $SD.=0.67$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีผลกระทบมาก คือการดูแลบุคคลในครอบครัว เช่น มีผู้สูงอายุ หรือเด็ก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาฏ รักษ์ และคณะ (2564) ศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของประชาชนไทย หลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก พบว่า ประชาชนมีความเครียดและมีภาวะเหนื่อย ท้อแท้ โดยเฉพาะด้านการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 มากกว่ากลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้การออกไปสถานที่ต่างๆ ไปจ่ายตลาด ซื้อข้างของเครื่องใช้ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การไปตัดผม ไปออกกำลังกาย ก็ได้รับผลกระทบต่อมาตรการควบคุมของภาครัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ของประชาชน และการศึกษาของ ชลวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2564) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อภาวะเครียด ที่กลัวว่าตนเองจะติดเชื้อ และวิตกกังวลในการป้องกันตนเอง หากทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับรูปแบบวิถีใหม่ (New Normal) ได้อย่างปกติ จะช่วยลดผลกระทบในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้น้อยลงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลกระทบระหว่างการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไทรงาม ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทราบถึงปัญหาความวิตกกังวล ความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ และผลกระทบจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของภาครัฐกำหนด โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้

ก่อนเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับเฝ้าระวังปัญหาโรคระบาดในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง เป็นต้น ร่วมเป็นคณะกรรมการด้านต่างๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการประกาศภาวะฉุกเฉิน แต่งตั้งทีมเพื่อปฏิบัติงานภายในอำเภอได้อย่างรวดเร็ว โดยคำสั่งของนายอำเภอ และส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการสนับสนุนทั้ง กำลังคน เงินทุน และสิ่งของที่จำเป็น

หลังจากมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ทุกหน่วยงานสามารถกลับมาทำหน้าที่ของตนเองได้ แต่ยังคงมีคำสั่งในการทบทวนแผน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดในครั้งถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรงาม ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- ชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงการแพร่ระบาดโรค COVID-19. *เชียงใหม่เวชสาร : Chiang rai Medical Journal*, 13(2), 153-165.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จัหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิระเกียรติ ประสานธนกุล, ธนิยะ วงศ์วาร และมุกิตา พนาสถิตย์. (2564). พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก : เขตสุขภาพที่ 1-2 ภาคเหนือ ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(2), 1-13.
- เดมศักดิ์ สุขวิบูลย์. ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเมินมาตรฐานค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>.

- ทัศนาศุ บุญทอง. แบบสำรวจความวิตกกังวล ความเครียด ผลกระทบและการรับรู้ระหว่างกาปฏิบัติงานใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19. *สภาการพยาบาล*, [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17
มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://docs.google.com/forms/d/>.
- นงค์นุช เนาะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108.
- นภชา สิงห์วีรธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์สุข และ
นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข. (2564). พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคและการจัดการด้านสุขภาพอนามัยใน
การกักตัวที่ศูนย์กาฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกสถานพยาบาล
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนากิเชก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), S14-
S23.
- นิตยา จรัสแสง, ธารินี เพชรรัตน์, จงกล พลตรี, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, แพรว โคตรอุณิ, วิจิตรา พิมพ์พะนิตย์, สุ
นทราพร วันสุพงศ์, สุภาพ อิมอ้วน, นิตยา รัตนโชติมณี และสุดอนอม กมลเลิศ. (2564). ความเครียด ความ
วิตกกังวล ของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานพื้นที่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(2), 154-161.
- นุชนาฏ รักษี, กนกพร ดอนเจดีย์, นันทนัช สงศิริ, วินันดา ดีสวัสดิ์, สาลินี จันทรเจริญ และอารี อยู่ภู. (2564).
การศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของประชาชนไทยภายหลังสถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรก. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 17(1), 94-108.
- ยง ภู่วรรณ. ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้
จาก : <https://learningcovid.ku.ac.th/course/?c=7&l=1>.
- สาโรจน์ นาคจุ. (2564). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ
ประชาชนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์*, 7(3), 151-160.



การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี

สุริย์มาศ คำพูด¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี ตามกรอบของ CIPP Model และผลสำเร็จของการพัฒนาตามหลัก UCCARE แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือการศึกษาเชิงประเมินผล ด้วยแบบสอบถาม ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 201 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การประมวลเนื้อหาและจัดหมวดหมู่ และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่มถอบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 3 อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ด้านบริบท: $\bar{x} = 3.96$; ด้านปัจจัยนำเข้า: $\bar{x} = 3.68$; ด้านกระบวนการ: $\bar{x} = 3.84$ และด้านผลผลิต: $\bar{x} = 3.92$) ผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางยกเว้นด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออยู่ในระดับสูง (ภาพรวม: $\bar{x} = 3.57$; การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ: $\bar{x} = 3.72$; ผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: $\bar{x} = 3.57$; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน: $\bar{x} = 3.55$; การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเอง: $\bar{x} = 3.48$; การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร: $\bar{x} = 3.57$; การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น: $\bar{x} = 3.57$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทรัพยากร ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรสร้างกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พชอ./พชต.) แบบมีส่วนร่วมและพัฒนาต่อยอดกระบวนการดำเนินงานในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ตามหลัก UCCARE

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผลการดำเนินงาน, ระบบสุขภาพอำเภอ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี



A study of the results of operations to develop the quality of life at the district level (P.C.O.), Ratchaburi Province

Sureemas Kamput¹

Abstract

This mixed-methods research aims to evaluate the performance of the district health system in Ratchaburi Province according to the CIPP Model framework and the success of development according to UCCARE principles. The study is divided into 2 phases: an evaluation study; with questionnaire, the population used in the research consisted of 201 people from the District Quality of Life Development Committee (CPC). Data were analyzed using descriptive statistics, content processing and categorization and a qualitative study using group discussions to extract lessons learned from success factors, select pa purposive sample of 3 districts and analyze the data using content analysis. The results found that: Evaluation of the performance of the district health system Ratchaburi Province, according to the CIPP format has a high average score in all aspects (context: $\bar{x} = 3.96$; Input: $\bar{x} = 3.68$; Process: $\bar{x} = 3.84$ and Product: $\bar{x} = 3.92$). Achievement results according to the UCCARE guidelines, overall and in each aspect, were mostly at a moderate level, except for Unity District Health Team at a high level (overall: $\bar{x} = 3.57$; Unity District Health Team: $\bar{x} = 3.72$; Customer focus: $\bar{x} = 3.57$; Community participation: $\bar{x} = 3.55$; Appreciation and Quality: $\bar{x} = 3.48$; Resource sharing and human: $\bar{x} = 3.57$; Essential care: $\bar{x} = 3.57$). The key to success is participation, resource support in operation. Suggestions from this research: A mechanism should be created to develop the quality of life at the district/sub – district level (CPC/PC) in a participatory manner and further develop the operating process in driving health issues (ODOP) according to UCCARE principles.

Keywords: Quality of life development, performance, district health system

¹ Expert professional nurse Head of Health Insurance Group Ratchaburi Provincial Public Health Office

บทนำ

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความมั่นคงของประเทศ รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่ แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society) (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย, 2560) ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นระดับที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง ซึ่งได้มีการลงนามความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย (2563) เกี่ยวกับผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอได้ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ 3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ 4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ 5) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย เป็นต้น

จังหวัดราชบุรี ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพและการสาธารณสุขโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1 อำเภอ จากทั้งหมด 10 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ต่อมาในปีพ.ศ. 2560 ดำเนินการเพิ่มอีก 2 อำเภอ และในปีพ.ศ. 2561 ทุกอำเภอได้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับอำเภอและภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้กรอบการพัฒนา UCCARE แต่ยังมีจุดอ่อนที่พบได้ เช่น 1) ประชาชนบางกลุ่มยังขาดการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพ

2) การสื่อสารนโยบายและความเข้าใจของคณะกรรมการเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ 3) ประเด็นปัญหาของพื้นที่ (ODOP) ส่วนใหญ่ยังเน้นในเรื่องของสุขภาพ 4) เจ้าภาพหลักในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่อยู่ที่ฝ่ายสาธารณสุข 5) ถึงแม้จะมีนายอำเภอเป็นประธาน พขอ. แต่การขับเคลื่อนเป็นหน้าที่ของฝ่ายเลขานุ (สาธารณสุขอำเภอ แต่ส่วนใหญ่จะมอบให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ) จึงเป็นการเพิ่มภาระงาน และทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษางานวิชาการฉบับนี้ขึ้นเพื่อหาแนวทางพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ใน จังหวัดราชบุรีและเกิดผลดีต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

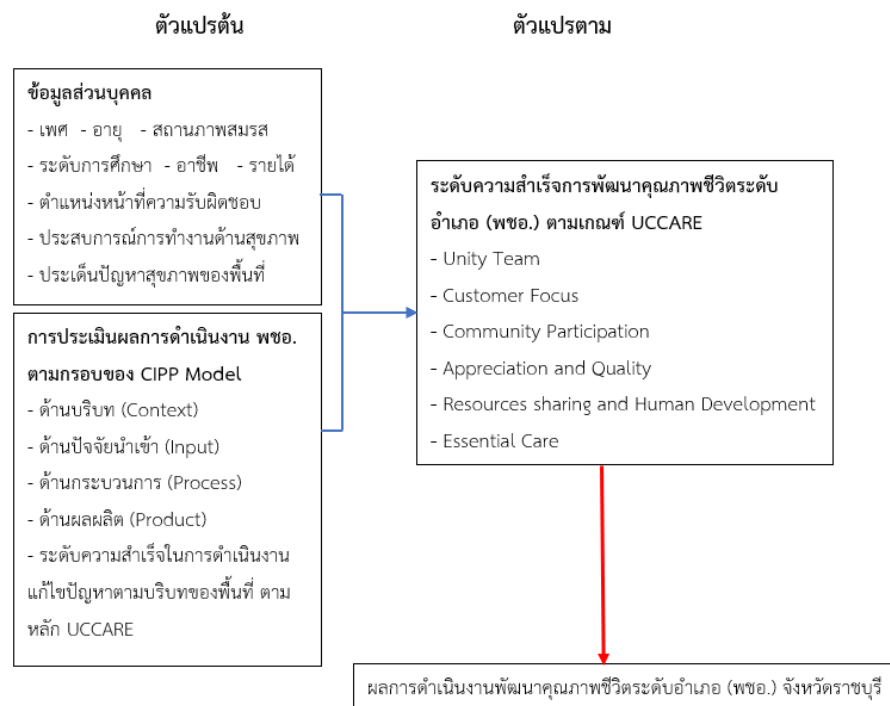
1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก CIPP Model ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี มีผลการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก CIPP Model (ด้านบริบท, ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, ด้านผลผลิต) อยู่ในระดับปานกลาง
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดราชบุรี มีผลสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ในระดับปานกลาง
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการทรัพยากรร่วมกันโดยการนำของนายอำเภอที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนตามบริบทของพื้นที่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยกรอบการประเมิน CIPP Model สามารถนำผลการประเมินหรือประเด็นปัญหาอุปสรรคมาใช้ในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการบริหารจัดการและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโดยนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินการร่วมกัน วางกรอบการดำเนินงานระบบสุขภาพโดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) คือมีการศึกษาเชิงประเมินผล (Evaluative Research) โดยประเมินผลแบบสรุปรวม (summative evaluation) แบบเก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังดำเนินการด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของ สตีฟเฟิลบีมเป็นกรอบในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย

1) ด้านบริบท (Context) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) 3) ด้านกระบวนการ (Process) 4) ด้านผลผลิต (Product) และการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการประชุมถอดบทเรียนโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ. 2566 ทั้ง 10 อำเภอ จำนวน 201 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative Research)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกโดยเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก (Inclusion/exclusion criteria) และแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ปีพ.ศ.2566 ทั้ง 10 อำเภอ จำนวน 201 คน

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้วิจัยทำการถอดบทเรียนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภोजอมบึง อำเภอบางแพ และอำเภอสวนผึ้ง ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative Research) เป็นแบบสอบถาม ได้แก่

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2) แบบประเมินตามกรอบของ CIPP Model 4 ด้าน

1.2.1) บริบท (Context) ได้แก่ นโยบาย การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนทรัพยากร

1.2.2) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และทรัพยากร

1.2.3) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

1.2.4) ผลผลิต (Product) ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพประชาชน บุคลากรและหน่วยบริการได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานและสอดคล้องกับประเด็น ODOP การแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และผลลัพธ์ที่ได้ “ประชาชนมีคุณภาพชีวิต” ดีขึ้น ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนแบบประมาณค่า (rating scale)

5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best (1970 อ้างโนโพธิ์ศรี แก้วศรีงาม, 2564) แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือคะแนน 3.67–5.00 เป็นระดับสูง คะแนน 2.34–3.66 เป็นระดับปานกลาง คะแนน 1.00–2.33 เป็นระดับต่ำ

1.3) แบบประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานระบบสุขภาพจังหวัดราชบุรี ตามหลัก UCCARE (5 ระดับ) ใน 6 ด้าน ได้แก่ Unity Team, Customer Focus Community, Participation Appreciation and Quality, Resources sharing and Human Development, Essential Care เกณฑ์การแปลผลและอธิบายระดับตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจัดคะแนนภาพรวมและการแบ่งระดับโดยวิธีอิงกลุ่ม เช่นเดียวกับ 1.2)

1.4) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาจัดหมวดหมู่ของคำตอบในตอนสุดท้าย

นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับข้อคำถามที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.74, 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ชี้แจงโครงร่างงานวิจัยแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคลตามรายละเอียดของทุกหัวข้อคำถามในแบบสอบถาม

3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยแต่ละอำเภอนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามให้ครบตามจำนวน

5) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติดังนี้

1.1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด (MAXIMUM) และค่าต่ำสุด (MINIMUM) เพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินผลตามกรอบของ CIPP MODEL 4 ด้าน ได้แก่ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต รวมทั้งระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE

1.2) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะใช้การประมวลเนื้อหาและจัดหมวดหมู่

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การจัดเวทีเสวนาโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลสำเร็จตามหลัก UCCARE (6 ด้าน 5 ระดับ) เพื่อการถอดบทเรียนแนวคิด รูปแบบ และแนวทางการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยในขั้นตอนนี้ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียนเพื่อให้ได้ต้นแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดราชบุรี โดยเชี่ยวชาญชุดเดิมช่วยตรวจสอบและปรับให้มีความเหมาะสม กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ในระหว่างวันที่ 1-31 ตุลาคม 2566 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมบึง ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแพ และห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เริ่มการประชุมเวลา 13.00 น. ถึงเวลา 16.00 น. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.7) มีอายุเฉลี่ย 50.71 ปี สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.6) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.7) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 69.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 37,153.91 บาท/เดือน ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบปัจจุบันเป็นตัวแทนภาคเอกชน (ร้อยละ 45.8) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 46.3, เฉลี่ย 14.05 ปี) ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (ODOP) 3 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร ผู้สูงอายุ และขยะ (ร้อยละ 21.1, 18.9 และ 16.2 ตามลำดับ)

ผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP Model พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ด้านบริบท: $\bar{x} = 3.96$, SD. = 0.166; ด้านปัจจัยนำเข้า: $\bar{x} = 3.68$, SD. = 0.103; ด้านกระบวนการ: $\bar{x} = 3.84$, SD. = 0.134 และด้านผลผลิต:

$\bar{x} = 3.92$, $SD. = 0.094$) ส่วนผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภออยู่ในระดับสูง ดังนี้ ภาพรวม (UCCARE: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.309$) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team: $\bar{x} = 3.72$, $SD. = 0.350$) ผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customer focus: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.368$) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Community participation: $\bar{x} = 3.55$, $SD. = 0.312$) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality: $\bar{x} = 3.48$, $SD. = 0.243$) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.362$) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care: $\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.344$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลการประเมินการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ตามรูปแบบของ CIPP Model และผลสำเร็จตามแนวทาง UCCARE ภาพรวมและรายด้าน

ปัจจัย (n = 201)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านบริบท (C : Context)	3.96	0.166	สูง
ด้านปัจจัยนำเข้า (I : Input)	3.68	0.103	สูง
ด้านปัจจัยกระบวนการ (P : Process)	3.84	0.134	สูง
ด้านปัจจัยผลผลิต (P : Product)	3.92	0.094	สูง
UCCARE	3.57	0.309	ปานกลาง
- U: Unity District Health Team	3.72	0.350	สูง
- C: Customer focus	3.57	0.368	ปานกลาง
- C: Community participation	3.55	0.312	ปานกลาง
- A: Appreciation and Quality	3.48	0.243	ปานกลาง
- R: Resource sharing and human	3.57	0.362	ปานกลาง
- E: Essential care	3.57	0.344	ปานกลาง

ปัญหา-อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความเข้มแข็งเป็นการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน แต่การดำเนินงานระดับตำบล (พชต.) ยังไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มากขึ้น และสนับสนุน เงิน คน ของ และ ความรู้ลงสู่พื้นที่ตามความต้องการของประชาชน เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองโดยส่วนราชการเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ ในการดำเนินงานให้ประชาชนสุขภาพดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประเด็น ปัญหา-อุปสรรค และปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

ประเด็น	ปัญหา-อุปสรรค	แนวทาง/ปัจจัยสำเร็จ
U: Unity District Health Team	1. คณะกรรมการฯ มาจากหลายภาคส่วน 2. การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง 3. เจ้าภาพหลักยังเป็นของสาธารณสุข 4. ประชาชนขาดรายได้ (ไม่เพียงพอ) ทำให้ขาดความร่วมมือ	1. มีการกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนชัดเจน 2. การทำงานของพชอ. แก้ปัญหาได้รวดเร็วและยั่งยืน 3. มีการจัดตั้งคณะกรรมการลงสู่ระดับตำบล (พชต.) 4. แนวทางการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน ซึ่งทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จได้ดีกว่ารูปแบบเดิม ๆ
Cu: (Cus tomer focus)	1. ชุมชนมีปัญหาหลากหลายและไม่แน่นอน 2. ผู้รับบริการขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ 3. ขาดช่องทางการสื่อสาร/การรับรู้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน	1. ร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นในหมู่บ้าน 2. มีการกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน 3. ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับ พชอ. ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ
Co: (Com munity partici pation)	1. ชุมชนขาดการรับรู้ประเด็นสุขภาพ: OTOP ของชุมชนเอง/ให้ความสำคัญกับปัญหาปากท้อง 2. ภาครัฐเครือข่ายแยกส่วนทำงานตามภาระหน้าที่ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน 3. การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการนำ	1. แจ้งให้ทราบว่าทุกปัญหาเป็นปัญหาของทุก ๆ คน ไม่ว่าจะเป็นประชาชน ผู้นำ หรือหน่วยงาน 2. ให้ความสำคัญกับชุมชนโดยให้ชุมชนหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง 3. ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น
A: (Appre ciation and Quality)	1. นโยบายมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2. ปัญหา/ความต้องการของประชาชนขาดการวิเคราะห์เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา 3. กระบวนการขึ้นชมการทำงานจนเกิดคุณค่า ยังไม่ชัดเจน/ไม่ลงถึงผู้ปฏิบัติ	1. ยึดประชาชน/ปัญหาของประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2. ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและกำหนดมาตรการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3. การสร้างความสำคัญของ พชต. ที่เข้มแข็งขึ้น

ประเด็น	ปัญหา-อุปสรรค	แนวทาง/ปัจจัยสำเร็จ
R: (Resource sharing and human)	1. งบประมาณในการดำเนินงาน “พชอ.” น้อย 2. ขาดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน 3. การมีส่วนร่วมในพื้นที่ เงิน ไม่เพียงพอในการ จัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ใช้ได้จำนวนที่ จำกัด 4. มีการสนับสนุนดี แต่ยังขาดคนในการ ทำงาน	1. มีแนวทางการสนับสนุนทรัพยากรชัดเจน 2. สร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนมากขึ้น 3. มีการใช้บุคลากรที่มีองค์ความรู้ร่วมกัน เพื่อให้งานออกมาในแนวทางเดียวกัน 4. ทีมที่มีองค์ความรู้ที่เป็นผลชัดเจนเพิ่มขึ้น
E: (Essential care)	1. ประชาชนไม่ทราบการให้บริการสุขภาพที่ จำเป็นตามบริบท (Essential Care) 2. ความต่อเนื่องในการดำเนินการให้บริการ สุขภาพเชิงรุกในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว 3. ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และ กำหนดประเด็นสุขภาพ (ODOP/OTOP)	1. มีการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคี เครือข่ายในพื้นที่ 3. เจ้าหน้าที่และ อสม. ร่วมกันดูแลสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น

อภิปรายผล

ผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี ในภาพรวมตามรูปแบบของ CIPP พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า อาชีพรับราชการ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 10 ปี (เฉลี่ย 14.05 ปี) จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอดังคำกล่าวในการสนทนากลุ่ม (focus group) ที่ว่า “ชุมชนมีปัญหาหลากหลายไม่แน่นอน ชุมชนขาดการรับรู้ประเด็นสุขภาพ: OTOP ภาคีเครือข่ายแยกส่วนทำงานตามภาระหน้าที่ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน และการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการนำ” ซึ่งทำให้ผลการประเมินตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงษ์วิเศษ (2561) ที่ทำการศึกษาการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดำเนิน

โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านผลผลิต ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า ตามลำดับ และการศึกษาของสุขสันต์ สันทา (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่า คะแนนระดับความเหมาะสมรวมรายด้านตามหลัก CIPP Model ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีความเหมาะสมระดับสูง ร้อยละ 69.95, 58.74, 93.72 และ 67.71 ตามลำดับ แต่พบบางการศึกษาที่มีความแตกต่าง เช่น การศึกษาของไพโรจน์ แสงจง (2561) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ผลการประเมินตามกรอบ CIPP ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต คะแนนการประเมินอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพ ตามหลัก UCCARE ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภาพรวมจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.309$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความเหมาะสมด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity District Health Team) อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.72$, $SD. = 0.350$) ด้านผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (C: Customer focus) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.368$) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (C: Community participation) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, $SD. = 0.312$) ด้านการทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (A: Appreciation and Quality) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$, $SD. = 0.243$) ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (R: Resource sharing and human) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.362$) และด้านการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E: Essential care) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.57$, $SD. = 0.344$) ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่มพบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาจากหลายภาคส่วนซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพมานานกว่า 10 ปี จึงทำให้มีความเหมาะสมด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity District Health Team) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธเนศ ภัทรวินกุล (2560) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่าอำเภอมีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ โดยกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางน่าจะมีผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ขาดช่องทางการสื่อสาร/การรับรู้ปัญหา

หรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ปัญหา/ความต้องการของประชาชนขาดการวิเคราะห์เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนา และการมีส่วนร่วมในพื้นที่ เงิน ไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ใช้ได้จำนวนที่จำกัด โดยเฉพาะการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ (พชต.) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าผลการประเมิน UCCARE อยู่ในระดับสูง เช่น การศึกษาของปัญญา พลศักดิ์ (2564) ศึกษาการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE พบว่าประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็นผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และการศึกษาของสุสันต์ สันทา (2563) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าผลการประเมินระดับการพัฒนาตามแนวทาง UCCARE โดยรวมทุกด้านมีคะแนนการพัฒนาในระดับสูง ร้อยละ 93.27

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดราชบุรี โดยจำแนกตามหลัก UCCARE มีดังนี้ U: มีการกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน และมีการขยายการทำงานของคณะกรรมการในระดับตำบล (พชต.) ซึ่งการทำงานของ พชอ./พชต. ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน เนื่องจากมีแนวทางการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จได้ดีกว่ารูปแบบเดิม ๆ Cu: มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับ พชอ. ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ ให้ตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนอย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น Co: การให้ความสำคัญและแจ้งให้ทราบว่าทุกปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นปัญหาของทุก ๆ คน และให้ชุมชนค้นหาปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มมากขึ้น A: การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดประชาชนหรือปัญหาของประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและเป็นการสร้าง พชต. ที่เข้มแข็งขึ้น R: มีแนวทางในการสนับสนุนและใช้ทรัพยากร “คน เงิน ของ” ร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมในระดับชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ทีม พชต. มีองค์ความรู้เพื่อให้เกิดผลที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น E: มีการบูรณาการบริการสุขภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสร้างความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มากขึ้นในการแสดงความคิดเห็น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับ 1) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ (ไพโรจน์ แสงจง, 2561; วัฒนา สว่างศรี, 2560 และศิวารณ์ เงินราง, 2562) พบว่าหลังการพัฒนาระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีสมรรถนะหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอแตกต่างจากก่อนการพัฒนา (p -value = 0.0001) 2) การมี

ส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ธเนศ ภัทรวินกุล, 2560; ภัทรพงศ์ ชูเศษ, 2564 และสมยศ ศรีจารนัย, 2561) พบว่า ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบ สุขภาพของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมให้ครบทุกขั้นตอนโดยเฉพาะการร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็มและร่วม ประเมินผล 3) การบูรณาการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรร่วมกัน (ปัญญา พลศักดิ์, 2564; ภัทรพงศ์ ชูเศษ, 2564 และอดุลย์ บำรุง, 2562) พบว่าควรส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ สร้างทีมแกนนำ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน 4) การคืนข้อมูล ปัญหาของ ชุมชน และการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย (กิริติ เวียงนาค, 2563; ปัญญา พลศักดิ์, 2564; วีระ ทองอุ่น, สมโภช รติโอหาร, วราภรณ์ จันทรวง, 2560; สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, 2564; สมคิด แทวกระโทก, 2560 และอรรธรณ นาคคำ, ไพบุลย์ ดาวสดใส, 2560) พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุม ทบทวนประเด็นพัฒนา คืนข้อมูล กำหนดให้มีแนวทางยึดเอาปัญหาหรือความต้องการด้านบริการสุขภาพของ ชุมชนเป็นหลักและจัดบริการให้มีความหลากหลาย มีระบบบริการเชิงรุกเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของคนใน พื้นที่ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ควรบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กับงาน พัฒนาท้องถิ่น/ท้องที่ และกำหนดเป็นนโยบายหลักที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการสื่อสาร มีการรับรู้และเกิดการยอมรับซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันของภาค ส่วนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่/ชุมชนทุกระดับ รวมทั้งส่งต่อผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร: ควรสร้างกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พขอ./พขต.) และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใน ชุมชนตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ: ควรเลือกพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) ที่ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (ร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และร่วมประเมินผล) โดยยึดปัญหา/ความต้องการของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน

และควรส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ สร้างทีมแกนนำ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน

1.4 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ: ควรมีการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ภาพรวมจังหวัดและจำแนกรายอำเภอ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน (กำหนดเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงาน กิจกรรมที่จะปฏิบัติ ระยะเวลาที่ชัดเจน) และนำผลการปฏิบัติมาวิเคราะห์ให้เห็นการเปลี่ยนแปลง เปรียบเทียบความแตกต่าง และคืนข้อมูลให้ประชาชนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นแรงผลักดันในการพัฒนาต่อยอดกระบวนการในระยะต่อไป รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ของชุมชนจากประสบการณ์จริงซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของภาคีเครือข่ายในมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ ตามกรอบของ CIPP Model

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามบทบาทของคณะกรรมการฯ

2.3 ควรทำการศึกษาผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบล (พขอ./พขต.) ในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพ (ODOP) ตามหลัก UCCARE

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรีที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ๆ ท่าน ที่มีส่วนทำให้ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

กිරิระติ เวียงนาค. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 1(1):49-55.

ณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ. (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาล

ตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม; 8(3):17-25.

- ธนศ ภัทรวิรินกุล. (2560). ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ (District Health System) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน; 13(1):3–11.
- ปัญญา พลศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน; 3(2):40–53.
- โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอ คลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 11(2):1–26.
- ไพโรจน์ แสงจง, ศักดิ์ชัย ปรีชาวีรกุล, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และเพ็ญ สุขมาก. (2561). การประเมินผล การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. Proceeding: การประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ครั้งที่ 4: 21 มิถุนายน 2561; นครศรีธรรมราช.
- ภัทรพงศ์ ชูเศษ. (2564). การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). กลุ่มพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนัก อนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ดีวิถีไทย. (2563). บทเรียน พชอ. การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี.
- วัฒนา สว่างศรี. (2560). การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2565 เข้าถึงจาก <http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=243>
- วีระ ทองอุ่น, สมโภช รติโอฬาร, วรางคณา จันทรงค์. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานกองทุน โรงพยาบาล 3 บาท ตามความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัด อุบลราชธานี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; วันที่ 10 มีนาคม 2560 ณ อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิวาภรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2(2):108–116.
- สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงศ์. (2564). การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 30(1):115–128.

- สุขสันต์ สันทา. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ; 2(3):39-52.
- สมคิด แทวกระโทก. (2560). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารชุมชนวิจัย; 11(1):158-170.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์) วิชาสังคมจิตวิทยา วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2560). แนวทางการดำเนินงานบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จังหวัดราชบุรี. (2565). รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด ปี 2565. ราชบุรี.
- อดุลย์ บำรุง. (2562). ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 1(1):87-101.
- อรรธรณ นาคคำ, ไพบุลย์ ดาวสดใส. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานของระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน; 13(2):67-79.



ประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

จรัญ ชันศิริ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบการวิจัยแบบ nonequivalent two groups pretest – posttest design กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ได้จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบแบ่งชั้น จำนวน 64 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับคู่ได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้การทดลองคือ โปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired Simple t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติด้วยสถิติ Independent Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ด้วยสถิติ one-way repeated-measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่า

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์



1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดีวก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามบริบทของตนเอง

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ , โปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

the effectiveness of self-Monitoring blood glucose program of diabetic patients
who uncontrol blood glucose levels, Banplung Health Promoting Hospital,
Banphot Phisai District, Nakhon Sawan Province.

Jaran Khunsiri¹

Abstract

This research aim to study the the effectiveness of self-Monitoring blood glucose program of diabetic patients who uncontrol blood glucose levels, which affected their knowledge about diabetes. perceived health beliefs about diabetes include perceived susceptibility of complications from diabetes. Perceived severity of diabetes complications. perceived benefits and barriers of Self-management behavior to control blood glucose levels, Self-efficacy, Self-management behavior to control blood glucose levels and Hemoglobin A1C. This study is experimental research in format of Quasi-Experimental research that nonequivalent two groups pretest – posttest design. The sample group done by random selection research compose of 64 patients in type 2 diabetes patients who cannot control their blood glucose levels registered as patients of Banplung Health Promoting Hospital, Banphot Phisai District, Nakhon Sawan Province. The sample group is divided by stratified random sampling into 1) 32 patients random experiment and 2) 32 patients random assignment by matching subject. The tool for testing is the self-Monitoring blood glucose program of diabetic and tools for collecting data are testing and questionnaire forms. The analysis done by frequency, quantity, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis of differences within the experimental and control groups was performed using Paired Simple t-test. The differences between the experimental and control groups were analyzed using Independent Simple t-test. Comparative analysis within the experimental group before the experiment, posttest and follow-up by one-way repeated-measures ANOVA

The research found that

1. After experiment, the experimental group obtain knowledge about diabetes and health perception of diabetes as well as self-efficacy, self-management behavior to control blood glucose levels and Hemoglobin A1C better than before the experiment and better than control group by the significant statistic level at .05

¹ Public health academic expert Ban Phalang Subdistrict Health Promoting Hospital Banphot Phisai District Nakhon Sawan Province

2. After experiment, the experimental group obtain knowledge about diabetes and health perception of diabetes as well as self-efficacy self-management behavior to control blood glucose levels and Hemoglobin A1C better than before the experiment and better than the follow-up by the significant statistic level at .05

3. Suggestions: The self-monitoring of blood glucose levels should be applied to the care of diabetic patients in order to behavior modification to control blood glucose levels according to their own context.

Keyword : Effectiveness, diabetic patients who uncontrol blood glucose levels, The self-Monitoring blood glucose program, Self-management behavior to control blood glucose levels

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลินเพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ ชนิดของโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันร่างกายทำลายเซลล์สร้างอินซูลินในตับอ่อน ทำให้เกิดภาวะขาดอินซูลิน 2) เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากภาวะลดลงของการสร้างอินซูลินร่วมกับภาวะดื้ออินซูลิน และมักเป็นเกิดจากพันธุกรรมเป็น ส่วนใหญ่ 3) เบาหวานชนิดพิเศษ ซึ่งสาเหตุของโรคเบาหวานชนิดนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน หรือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ผิดปกติของอินซูลินโดยกำเนิด และ 4) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเบาหวานชนิดนี้เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์และหายไปได้หลังคลอดบุตรแล้ว แต่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต (อณัญญา ลา ลุน, 2564)

สถานการณ์ในปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที องค์การอนามัยโลกยังได้ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 1 คนในทุกๆ 5 วินาที และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (วรรณิ นิธิยานันท์, 2565) สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการ

รักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคและยังพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน และพบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษา เฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคาม สุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย สูญเสียอวัยวะและสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จึงทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และรัฐบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 42,385 พันล้านบาทต่อปี และในอนาคตคาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ถ้ายังไม่มีมาตรการแก้ไขอย่างจริงจัง (ธีรภาพ เสถาทอง, 2563)

สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 34,338, 35,489 และ 37,795 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราชุกของโรคเท่ากับร้อยละ 7.95, 8.11 และ 8.48 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลึง พบว่าในปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 172, 178, 191, 194 และ 200 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราชุกของโรคเท่ากับร้อยละ 6.35, 6.69, 7.58, 7.79 และ 8.12 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ตั้งแต่ปี 2562 -2566 คิดเป็นร้อยละ 44.19, 46.07, 49.74, 46.91, 44.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ถ้าไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เช่น โรคตา จอประสาทตาเสื่อม และต่อกระจุกจากเบาหวาน โรคไตเสื่อม ไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน เป็นต้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ซึ่งมีรายงานการวิจัยที่พบว่าการรักษาโดยการใช้อาหารร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าการใช้ยาสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ ร้อยละ 0.40-2.00 ภายใน 12-24 สัปดาห์ ในขณะที่การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ร้อยละ 1.00-2.00 ภายใน 12-24 สัปดาห์และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ร้อยละ 0.80 ภายใน 12-24 สัปดาห์ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กรภัทร มยุรสาครา, 2565)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลังใช้แนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตโดยเน้นการควบคุมอาหารและเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยมีการใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องจัดทำโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเป้าหมายสำคัญ คือ การควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการป้องกันอันตรายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อาจได้รับการรักษาแบบใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งแนวทางการดูแลในปัจจุบันมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ร่วมกับการแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ การมาตรวจรักษาตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องกระทำด้วยตนเองโดยอาศัยกระบวนการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง (กฤตกร หมั่นสระเกษ, 2563)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นแนวคิดสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการที่เน้นขั้นตอนในการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายร่วมกันใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การอภิปรายปัญหาและอุปสรรคและการวางแผนการติดตาม (Five A's model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003)

การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring blood glucose: SMBG) มีบทบาทสำคัญต่อการประเมินความสำเร็จของการรักษาและดูแลตนเองได้อย่างรวดเร็วและ ทันเวลา ตลอดจนสามารถนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุน วางแผนในการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ตรงกับปัญหา ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมก็ลดลงด้วย เพราะการตรวจติดตามน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เป็นกุญแจที่สำคัญของการจัดการตนเองอันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องจะทำให้การรักษาไปสู่เป้าหมายได้ นำไปสู่ความสำเร็จของการคุมระดับน้ำตาล

ได้โดยอาศัยกลวิธีสร้างการเรียนรู้จากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างมีระบบทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในภาวะ สุขภาพของตนเองโรคของตนเองเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไรและนำผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ติดตามได้มาเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ประกอบการรักษา

โปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A's model of self-management support) (Glasgow et al., 2003) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – Efficacy) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมโดยประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเองและฝึกทักษะการจัดการตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทายยา ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการจัดการตนเอง และติดตามผลการจัดการตนเองจนเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย มีดังนี้

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของ

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring BloodGlucose : SMBG) โดยประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A's model of self-management support) (Glasgow et al., 2003) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy) และแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- Assess การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง
- Advise การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง
- Agree การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง
- Assist การวางแผนการจัดการตนเอง
- Arrange การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองและการแก้ไข

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
3. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
5. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
6. การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
7. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลึง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ nonequivalent two groups pretest – posttest design มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลึง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 170 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลึง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 64 คน โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power เวอร์ชัน 3.1.9.2 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, 2565) โดยกำหนด effect size เท่ากับ 0.92 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดโดยใช้หมู่บ้านเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันของคุณลักษณะทางประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยวิธีการจับคู่ (Matching subject) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันของคุณลักษณะทางประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นสำคัญ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบ และแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 (KunderRichardson) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ใช้การวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index, I- CVI) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale, S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.89 - 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดทุกข้อคำถาม และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับพบว่า มีค่า

เท่ากับ 0.98 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เช่นกัน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยใช้วิธีกลุ่มรู้จัก (Known-Group Method) พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach' s Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองสำหรับกลุ่มทดลอง ได้แก่ โปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาล ในเลือดด้วยตนเอง โดยประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A's model of self-management support) (Glasgow et al., 2003) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – Efficacy) เป็นโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยจัดกิจกรรมรวม 5 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้โดยประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง (Assess) 2) การให้ข้อมูลและฝึกการจัดการตนเอง (Advise) 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง (Agree) 4) การวางแผนการจัดการตนเอง (Assist) และ 5) การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (evaluation behavior) ในส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการกิจกรรมการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Simple t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test – Independent และวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ one-way repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยแสดงดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด ร้อยละ 37.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 50.00 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 46.55 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 78.13 ดัชนีมวลกาย 25 – 30 มากที่สุด ร้อยละ 40.63 มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคประจำตัว มากกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.75 และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 81.26 การรักษาที่ได้รับรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 46.88

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.13 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด ร้อยละ 40.62 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 56.25 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 81.25 ดัชนีมวลกาย 25 – 30 มากที่สุด ร้อยละ 46.87 มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.63 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.75 และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 75.00 การรักษาที่ได้รับรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 50.00

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.48 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.46 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.40 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.48 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.40 และเมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	11.62	1.43					
			5.63	0.05	23.781	31	0.01*
หลังการทดลอง	17.25	1.48					
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (กลุ่มควบคุม)							
ก่อนการทดลอง	11.15	1.46					
			3.50	-0.06	12.325	31	0.01*
หลังการทดลอง	14.65	1.40					
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	17.25	1.48					
			2.60	0.08	7.187	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	14.65	1.40					

* P-value < .05

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าหลังการ

ทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.24 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.18 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.24 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.86	0.35					
			0.56	-0.04	6.347	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.42	0.31					
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	4.4	0.31					
			0.63	-0.03	7.608	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	3.80	0.4					
3. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.86	0.33					
			0.61	-0.12	8.073	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.47	0.21					
4.. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (หลังการทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	4.47	0.21					
			0.48	0.01	8.746	62	0.01*
หลังการทดลอง	3.99	0.22					
5. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.59	0.18					
			0.60	0.08	10.131	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.19	0.26					
6. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	4.19	0.26					

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
			1.03	-0.05	8.772	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	3.61	0.21					
7. ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.45	0.51					
			0.99	-0.15	9.463	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.44	0.36					
8. ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	4.44	0.36					
กลุ่มควบคุม	3.56	0.51	0.88	0.15	7.894	62	0.01*
9. ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.25	0.35					
			0.95	-0.11	12.814	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.20	0.24					
10. ด้านการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	4.20	0.24					
			0.85	0.12	10.238	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	3.35	0.36					

* P-value < .05

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.52 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.34 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.49 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.29 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด เท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.25 และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 3.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.34 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	3.47	0.52					
			1.03	-0.18	8.834	31	0.01*
หลังการทดลอง	4.50	0.34					
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กลุ่มควบคุม)							
ก่อนการทดลอง	3.53	0.49					
			0.26	-0.20	2.372	31	0.02*
หลังการทดลอง	3.79	0.29					

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	4.19	0.25					
			0.91	0.09	11.987	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	3.28	0.34					

* P-value < .05

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.00 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.19 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.25 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เท่ากับ 6.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เท่ากับ 8.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=32)

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$ ของ ความต่าง	S.D ของ ความต่าง	t	df	P
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (กลุ่มทดลอง)							
ก่อนการทดลอง	8.73	1.00					
			1.58	-0.34	16.131	31	0.01*
หลังการทดลอง	6.79	0.66					
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (กลุ่มควบคุม)							
ก่อนการทดลอง	8.85	1.19					
			0.02	0.06	0.185	31	0.85
หลังการทดลอง	8.87	1.25					
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (หลังการทดลอง)							
กลุ่มทดลอง	6.79	0.66					
			-2.08	-0.59	-8.312	62	0.01*
กลุ่มควบคุม	8.87	1.25					

* P-value < .05

8. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับและน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.43 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.48 ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 17.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.66 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.30 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.21 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.20 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.18 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.26 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.51 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.36 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.35 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.24 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.25 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.52 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.34 ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผล เมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.00 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.66 และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมพบว่าระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนการทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองก่อนทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA) (n=32)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	663.938	2	331.969	395.334	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	52.063	62	0.840		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	6.211	2	3.105	39.277	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	4.902	62	0.079		
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	7.722	2	3.864	65.532	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3.663	62	0.059		

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	7.275	2	3.637	97.590	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	2.311	62	0.037		
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	20.026	2	10.013	84.851	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	7.316	62	0.118		
การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	18.262	2	9.131	154.755	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	3.658	62	0.059		
พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	94.744	2	48.372	249.875	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	12.002	62	0.194		
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	94.744	2	48.372	249.875	0.01*
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	12.002	62	0.194		

* P-value < .05

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลั่ง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งสามารถวิจารณ์ผลการศึกษิตตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมและเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring Blood Glucose : SMBG) โดย

ประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A's model of self-management support) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยวิธีการบรรยายประกอบภาพนิ่ง (power Point) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในประเด็นสาเหตุของการเกิดโรค อาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจความรู้ เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอนวิธีตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring Blood Glucose : SMBG) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น จากการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการใช้ยา ให้เหมาะสมกับภาวะหรือค่าน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลานั้นๆ โดยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล ร่วมกับแพทย์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาพร นกุลกิจ (2561) ที่ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการจัดกระบวนการกลุ่มใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย ภาวะรวมสูงขึ้นโดยมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของโชติกา สัตนาโค (2564) ที่ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้

อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้จัดกิจกรรมการบรรยายเกี่ยวกับโรคเบาหวานในประเด็นสาเหตุของการเกิดโรค อาการและการแสดงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และมีการใช้ตัวแบบด้านลบ เพื่อให้รับรู้ถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแก่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการบรรยายประกอบภาพนิ่ง (power point) ตลอดจนให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวีดิทัศน์คลิปวิดีโอภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพื่อสร้างการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และให้กลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมเสี่ยงตามความเป็นจริงของตนเอง เพื่อค้นหาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนเองบกพร่อง โดยใช้ข้อมูลจากตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมาร่วมวิเคราะห์ และนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ส่วนขาดไปดำเนินการตั้งเป้าหมายในการจัดการพฤติกรรมตนเองเป็นรายบุคคลโดยเน้นให้กลุ่มทดลองทำการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ โดยแพทย์ที่รักษาสามารถใช้ข้อมูลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมาใช้ในการปรับยารักษาเบาหวานให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงและฝึกวิธีการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก มีการเสริมแรงตนเอง ตลอดจนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิชกานต์ เต็มราม (2565) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการประเมินตามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดสูงที่เป็นจริงของตนเอง เพื่อค้นหาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนเองบกพร่อง โดยใช้ข้อมูลจากตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมาร่วมวิเคราะห์ และนำไปตั้งเป้าหมายในการจัดการพฤติกรรมตนเองเป็นรายบุคคล โดยเน้นการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ ซึ่งกลุ่มทดลองแต่ละรายก็จะมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไป จะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการวางแผนในการส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ตลอดจนสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนดและช่วยติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ตลอดจนยังได้รับการฝึกทักษะการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring Blood Glucose : SMBG) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ฝึกวิธีการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และใช้ผลจากการบันทึกเพื่อตรวจสอบผลการพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง แนะนำกลุ่มทดลองเสริมแรงตนเอง โดยการตั้งรางวัลให้กับตัวเองเพื่อเป็นรางวัลหากจัดการตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่หากไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ผู้วิจัยจะแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาถึงจุดด้อยหรือข้อบกพร่องของตนเอง และค้นหาแนวทางที่จะช่วยพัฒนาตนเองเพื่อให้พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น โดยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสอบถามตลอดจนแนะนำครอบครัว ได้แก่ สามีหรือผู้ดูแลในการสนับสนุนอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมตามสมมุติฐานการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา ลาลุน (2565) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ตอระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมโดยรวมมีระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง มากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองระยะติดตามผลดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนวิธีตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring Blood Glucose : SMBG) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยใช้ข้อมูลจากตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลร่วมกับแพทย์และสหวิชาชีพเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยคำนึงถึงอายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคเบาหวานที่เป็นอยู่ มีการประเมินตนเองเพื่อค้นหาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนเอง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาให้เหมาะสมกับภาวะหรือค่าน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลานั้นๆ มีการประเมินตนเองเพื่อค้นหาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตนเอง ตลอดจนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง โดยใช้ตัวแบบด้านบวกบอกเล่าถึงประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวาน อาการของโรค การรักษาที่เคยได้รับ โดยให้ความสำคัญเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พร้อมทั้งสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะเป็นการปรับทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองที่ปฏิบัติกับเป้าหมายและเป้าหมายที่กำหนดไว้พร้อมทั้งจดบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ติดตามปัญหาอุปสรรคของกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่มเพื่อหาทางแก้ไข และให้คำแนะนำที่ตรงความต้องการเพิ่มเติม ตลอดจนกระตุ้นเตือนเป็นกำลังใจแก่กลุ่มทดลอง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าหลังการทดลองและดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร ดีพลาง (2565) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและทักษะการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงโดยพบว่าหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการบันทึกผลพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยมีผู้ดูแล) สามารถใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกผลได้ถูกต้องร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

- 1.ควรนำโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ไปประยุกต์ในบริบทของพื้นที่คล้ายคลึงกันกับพื้นที่วิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้กระบวนการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self - Monitoring Blood Glucose : SMBG) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทราบระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองและสามารถวางแผนในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรจัดทำคู่มือบันทึกพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคู่มือบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดมาใช้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดการพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายที่แพทย์และผู้ป่วยกำหนดร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือนซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนั้นควรขยายระยะเวลาโครงการวิจัยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนหรือมากกว่านั้น

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลั่ง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ได้รับเอกสารรับรองการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หมายเลขรับรอง NSWPHOEC – 041/66 วันที่ให้การรับรอง วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 – 28 พฤศจิกายน 2567

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ช่วยทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณนายไพศาล เขียวถาวร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอบรรพตพิสัย ที่ได้อำนวยความสะดวกงานการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- กฤตกร หมั่นสระเกษ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 25(2), 87-103.
- กรภัทร มยุรสาคา. (2565). การควบคุมโรคเบาหวานด้วยโภชนาการรายบุคคล. *วารสารเบาหวาน*. 54(2), 12-24.
- จตุพร ดีพลางม. (2565). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและทักษะการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*. 3(1), 217-228.
- โชติกา สัตนาโค. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 10(4), 32-47.
- ณิกานต์ เต็มราม. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*. 11(1), 66-80.
- ธีรภาพ เสาทอง. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 32(2), 19-32.
- นิพัฏฐพนธ์ สนิทเหลือ. (2565). การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ* 11(2), 496-507.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2565). การช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการดูแลรักษา : อดีต ปัจจุบัน อนาคต. *วารสารเบาหวาน*. 54(1), 4-14.
- สุดาพร นุกุลกิจ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการจัดกระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 21(1), 77-86.
- อณัญญา ลาลุน. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*. 11(1), 66-80.



Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, (2003). A Implementing practical.
interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission
Journal on Quality and Safety*. 11(3), 563-574



Received: 26 Feb 2024; Revised: 9 Mar 2024

Accepted: 16 Mar 2024

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน

พิชญ์สินี จมพิศ¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research: Two group pretest – posttest design) วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันติสุข อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic), Paired t-test และIndependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence interval ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) และกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนทดลอง ($p < .001$) สรุป : โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ : ความพร้อม, การดูแลของญาติ, ผู้ป่วยสูงอายุ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันติสุข น่าน e-mail: psn.angel7@gmail.com



Effects of Preparation to Care for relatives of Elderly Program before Returning at Santisuk hospital Nan Province

Phitsini Chumphet¹

Abstract

Objective: 1) To compare the results of the preparation program for the care of relatives of elderly patients. between the experimental group and control group Before and after joining the program 2) To compare the results of the preparation program for the care of relatives of elderly patients. within the experimental group and control group Before and after joining the program Research design: quasi-experimental research (Two group pretest –posttest design) Method and Material: The experimental group is relatives who brought patients for treatment at Santisuk Hospital. Santisuk District, Nan Province, both male and female who acts as a caretaker when the patient returns home, there is 60 people that meet the criteria, divided into an experimental group and a control group, 30 people per group. Data is collected using a questionnaire. Data is analyzed using Descriptive statistics, Paired t-test and independent t-test. Confidence interval is set as 95%. Results: After the experiment, the experimental group's mean of preparation for care of relatives of elderly patients was statistically significantly higher than the control group ($p<.001$). Experimental group after mean of preparation for care of relatives of elderly patients was statistically significantly higher than before ($p<.001$). Conclusion: The preparation program for care of relatives of elderly patients has resulted in preparation of relatives for the care for elderly patients.

Keywords: preparedness, care of relatives, Elderly patients

¹Expert professional nurse Santisuk Hospital Nan e-mail: psn.angel7@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวน 1,016 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสหประชาชาติคาดว่าจะอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คน และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 143 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 305 ล้านคนในปี 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2565) พบว่าในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยหลักในการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวลดลง เนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นปัจจัยทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวน้อยลงถึงระดับที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมักจะเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์และจิตใจได้ง่าย เนื่องจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความเหนื่อยหน่ายในการดูแล รวมถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

การนำการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมาใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพเน้นการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือการส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ญาติจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกสอนญาติของผู้ป่วยให้มีความรู้ ความสามารถ มีความพร้อมที่จะสามารถดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการแนะนำให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง (จิรภา เพียรพนัสสัถ, 2560)

โดยประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเรม มีการแบ่งเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด เป็นกระบวนการที่พยาบาลออกแบบแผนชีวิตและกระทำแทนทุกอย่างเพื่อชดเชยการดำเนินชีวิตรายด้านของผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งความผาสุก ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องดูแลในระบบนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง พิการ เด็กทารก ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องมีผู้พิทักษ์ปกป้องสิทธิ 2) ระบบทดแทนบางส่วน พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการ

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 2001)

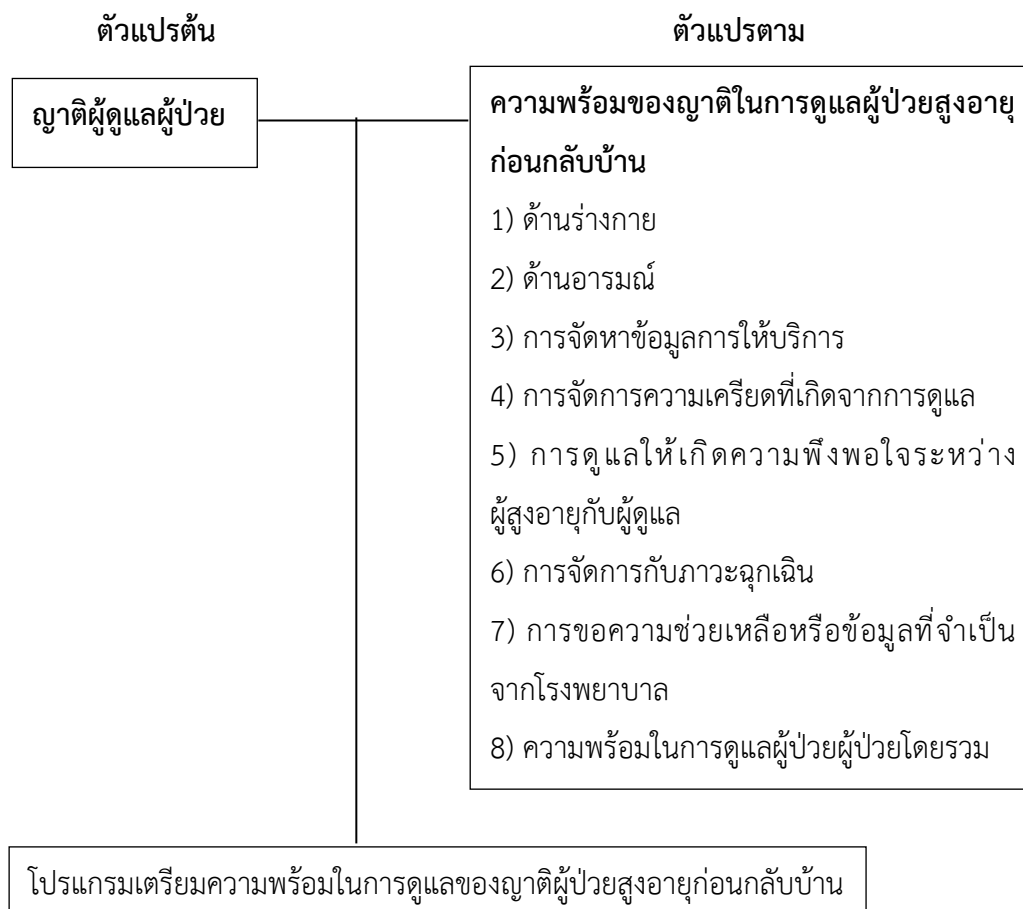
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน โดยการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเรม เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน พร้อมความเข้าใจของญาติผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ จากนั้นนำมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันติสุข อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสันติสุข อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จำนวน 60 คน และเมื่อได้ครบได้มีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก เพื่อแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง และมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย
2. อายุ 18 – 60 ปี

3. ดูแลผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจและมีการลงนามอย่างเป็นลาย

ลักษณะอักษร

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. ญาติขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน) รายได้ของผู้ดูแล (ต่อเดือน) ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความพร้อมในการดูแล สร้างโดย Archbold & Stewart (1990) ในประเทศไทย Wirojratana (2002) ได้แปลและดัดแปลง ประเมินความพร้อมในการดูแลของญาติ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การจัดหาข้อมูลการให้บริการ 4) การจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแล 5) การดูแลให้เกิดความพึงพอใจระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล 6) การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 7) การขอความช่วยเหลือหรือข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโดยรวม แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.82 (Wirojratana, 2002)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำไปพร้อมกัน แต่ป้องกันการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้แยกวันที่จะเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และก่อนกลับบ้าน เข้าประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ความรู้ พร้อมทั้งมอบคู่มือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

2. กลุ่มทดลอง ประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และแจกคู่มือ มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งพูดคุย ให้คำแนะนำ และก่อนกลับบ้าน เข้าประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รหัส NAN REC 67 - 04 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยการใช้รหัสที่ตั้งขึ้น การเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 30)		กลุ่มทดลอง (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
- ชาย	20	66.7	10	33.3
- หญิง	10	33.3	20	66.7
2. อายุ (ปี)				
- 35 - 40	7	23.3	4	13.4
- 41 - 50	8	26.7	13	43.3
- 51 - 60	15	50.0	13	43.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความถี่และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 30)		กลุ่มทดลอง (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	15	50.0	9	30.0
- มัธยมศึกษาหรือ ปวช.	10	33.3	13	43.3
- อนุปริญญาหรือ ปวส.	3	10.0	3	10.0
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	6.7	5	16.7
4. อาชีพ				
- ทำไร่ ทำนา ทำสวน	23	76.7	17	56.6
- ค้าขาย	1	3.3	3	10.0
- รับราชการ	1	3.3	2	6.7
- อื่นๆ	5	16.7	8	26.7
5. สถานภาพสมรส				
- โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	20.0	7	23.3
- สมรส	24	80.0	23	76.7
6. รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)				
- ต่ำกว่า 15,000 บาท	25	83.3	23	76.7
- มากกว่า 15,001 บาท	5	16.7	5	23.3
7. รายได้ของผู้ดูแล (ต่อเดือน)				
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	21	70.0	20	66.7
- 5,001 บาทขึ้นไป	9	30.0	10	33.3
8. ความเพียงพอของรายได้				
- เพียงพอ มีเหลือเก็บ	4	13.3	4	13.3
- เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	12	40.0	15	50.0
- ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	14	46.7	11	36.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความถี่และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n= 30)		กลุ่มทดลอง (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
- บุตร/หลาน	20	66.6	16	53.3
-ญาติ/พี่น้อง	5	16.7	5	16.7
-สามี/ภรรยา	5	16.7	9	30.0
10. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)				
- 6 – 12	23	76.6	10	33.3
- 13 - 18	2	6.7	7	23.3
- 19 - 24	5	16.7	13	53.4
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)				
- 1 - 3	14	46.7	17	56.6
- 4 - 6	15	50.0	11	36.7
- 7 คนขึ้นไป	1	3.3	2	6.7
12. จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระ				
- ไม่มี	10	33.3	17	56.7
- มี	20	67.7	13	43.3

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี และ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 43.3 อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ ทำนา ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 56.6 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 76.7 รายได้ของผู้ดูแล ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการ

ดูแล 19 – 24 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 53.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 – 3 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 56.7

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 อาชีพส่วนใหญ่ทำไร่ ทำนา ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 76.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รายได้ของผู้ดูแล ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ความเพียงพอของรายได้ ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 66.6 ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแล 6 – 12 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 76.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระส่วนใหญ่มี คิดเป็นร้อยละ 67.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความพร้อมในการดูแล

ระดับความพร้อมในการดูแล	กลุ่มควบคุม (n= 30)		กลุ่มทดลอง (n= 30)	
	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
ระดับน้อย	15 (50.0)	12 (40.0)	3 (10.0)	2 (6.7)
ระดับปานกลาง	12 (40.0)	12 (40.0)	20 (66.7)	6 (20.0)
ระดับมาก	2 (6.7)	3 (10.0)	7 (23.3)	17 (56.6)
ระดับมากที่สุด	1 (3.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	5 (16.7)

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 50.0 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.6 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพร้อมในการดูแล	n	Mean	SD	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง					
- กลุ่มควบคุม	30	1.73	0.64	-0.51 – 0.21	0.41
- กลุ่มทดลอง	30	1.88	0.76		
หลังทดลอง					
- กลุ่มควบคุม	30	2.03	0.50	-1.05 – -0.43	< 0.001
- กลุ่มทดลอง	30	2.78	0.68		

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม ($p=0.41$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุม ($p<0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านก่อนมากกว่ากลุ่มควบคุมระหว่าง 0.43 – 1.05 คะแนน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน ภายในกลุ่มทดลอง

ความพร้อมในการดูแล	n	Mean	SD	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
- ก่อนทดลอง	30	1.88	0.76	-1.12 – -0.67	<.001
- หลังทดลอง	30	2.78	0.68		

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติ

ผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านมากกว่าก่อนทดลอง ระหว่าง 0.67 – 1.12 คะแนน

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องมาจากญาติผู้ป่วยได้รับความรู้ พร้อมทั้งวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีความเข้าใจในการดูแล และมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับนัยนัปร จันทริมา และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบ การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชสูงกว่าก่อนได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำข้อมูลวิจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ นำไปปรับและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและสถานที่อื่น เพื่อสามารถสรุปผลการวิจัยและอ้างอิงสู่กลุ่มตัวอย่างอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐประศาสน์สุนทรวิภาต. (2560). ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจ. เข้าถึงจาก <https://mapol.soc.ku.ac.th/wp-content/uploads/2017/09/12.pdf>
- นัยนัปร จันทริมา, ทศพร คำผลศิริ และเดชา ทำดี. (2561). ผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการ เตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 45(2), 51- 63.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561.นครปฐม:บริษัทพรินเทอรี่ จำกัด.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). สุขภาวะทางเพศในผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 10(2), 1-13.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375–384.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. New York: Mc.Graw - Hill Book
- Wirojratana V. (2002). *Development of the Thai family care inventory [dissertation]*. Portland, OR: Oregon Health and Science University.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูตินรีเวช ในห้องพักรักษาตัว โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

อสนีพร อริยวัฒน์วงศ์¹

บทนำ

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูตินรีเวชที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูตินรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 75 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแคว์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.70 ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดประเภทเปิดหน้าท้อง ร้อยละ 92.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.00 เป็นผู้ป่วยอยู่ใน Class II ร้อยละ 58.70 ระยะเวลาการรับความรู้สึกน้อยกว่า 100 นาที ร้อยละ 50.70 และระยะเวลาในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 100-200 นาที ร้อยละ 89.34 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 50.70 และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหนาวสั่น ร้อยละ 53.30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ระดับ ASA class ระยะเวลาการรับความรู้สึก และระยะเวลาในห้องผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูตินรีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, การผ่าตัดทางสูตินรีเวช, ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: saichonnate129192@gmail.com โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



Factors related to complications from postoperative general anesthesia among obstetrics and gynecology patients in recovery room at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Aussaneeporn Ariyawuttanawong¹

Abstract

This study was cross-sectional descriptive study. The aim was to study the incidence and relationship to complications among obstetrics and gynecology patients with general. The 75 sample were obstetrics and gynecology patients with general anesthesia in surgery. Data were collected by questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics and analyze the relationship using the Chi square test.

The results founded that the sample were 41-50 years old, 38.70%, most of whom had open abdominal surgery in 92.00%, congenital disease in 58.70%. There were Class II in 50.70%, and duration anesthesia less than 100 minutes in 89.34% and duration of operating room between 100-200 minutes. Factors related to complications after receiving general anesthesia include ASA class, duration of anesthesia and duration of operating room. There were associated with complications after receiving general anesthesia in the significance level of 0.05.

Keywords: General anesthesia, Obstetrics and Gynecology, Operating Complications

¹ Registered Nurse, Professional Level E-mail: saichonnateee129192@gmail.com Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital

บทนำ

ปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าการผ่าตัดเป็นทั้งการรักษาและการวินิจฉัยเพื่อตรวจค้นสิ่งผิดปกติต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เห็นได้จากรายงานขององค์การอนามัยโรคได้ประมาณการณ์ว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยถึง 63 ล้านคนที่ได้รับการผ่าตัดอันเนื่องมาจากการได้รับบาดเจ็บ ประมาณ 10 ล้านคนได้รับการผ่าตัดเนื่องจากการตั้งครรภ์และมีภาวะแทรกซ้อน และมากกว่า 31 ล้านคนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) เมื่อเสร็จการผ่าตัดและสิ้นสุดการให้ยาสลบจะตื่นรู้สึกตัว แต่อาจยังมีอาการง่วงนอนจึงต้องนอนพักและรับการดูแลต่อจากพยาบาลในห้องพักฟื้นจนกว่าจะสามารถลุกนั่งและเดินได้เองโดยไม่มีอาการมึนงงหรือคลื่นไส้อาเจียน (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งระยะแรก (Immediate phase) ซึ่งหมายถึงตั้งแต่ก่อนย้ายจากห้องผ่าตัดจนกระทั่งไปสังเกตอาการต่อในห้องพักฟื้น และ ภาวะแทรกซ้อนระยะกลาง (Intermediate phase) ซึ่งหมายถึงตั้งแต่ย้ายออกจากห้องพักฟื้นและตลอด ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงถึงแก่ชีวิตได้ (Rosen, 2015) แม้จะพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีจำนวนมาก แต่เกือบครึ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้ ในต่างประเทศมีการสำรวจอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวางแผนป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในบริบทที่แตกต่างกันทำให้พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกันได้ ขณะเดียวกันอยู่ในระยะพักฟื้นที่หอพักฟื้น ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ ภาวะตื่นตัวช้า อุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่น และสายตาและการมองเห็นผิดปกติ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

โรคทางนรีเวชเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานสตรีซึ่ง ได้แก่ มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ปากมดลูก และช่องคลอด โดยผู้ป่วยมักมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอาการร่วมกัน คือ ปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง ปวดประจำเดือนมากผิดปกติ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ คลำพบก้อนในอุ้งเชิงกราน ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ประจำเดือนมาผิดปกติ เช่น มามากหรือน้อยเกินไป ประจำเดือนขาดหายโดยไม่ได้ตั้งครรภ์ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2562)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการให้บริการครบทุกมิติตั้งแต่ปฐมภูมิ จนถึงตติยภูมิ ซึ่งการบริการทางวิสัญญีถือเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยให้การผ่าตัดได้อย่างราบรื่นและปลอดภัย ซึ่งจาก ปีพ.ศ. 2565 พบว่า มีการผ่าตัดโรคทางสูตินรีเวช จำนวน 1,500 ราย

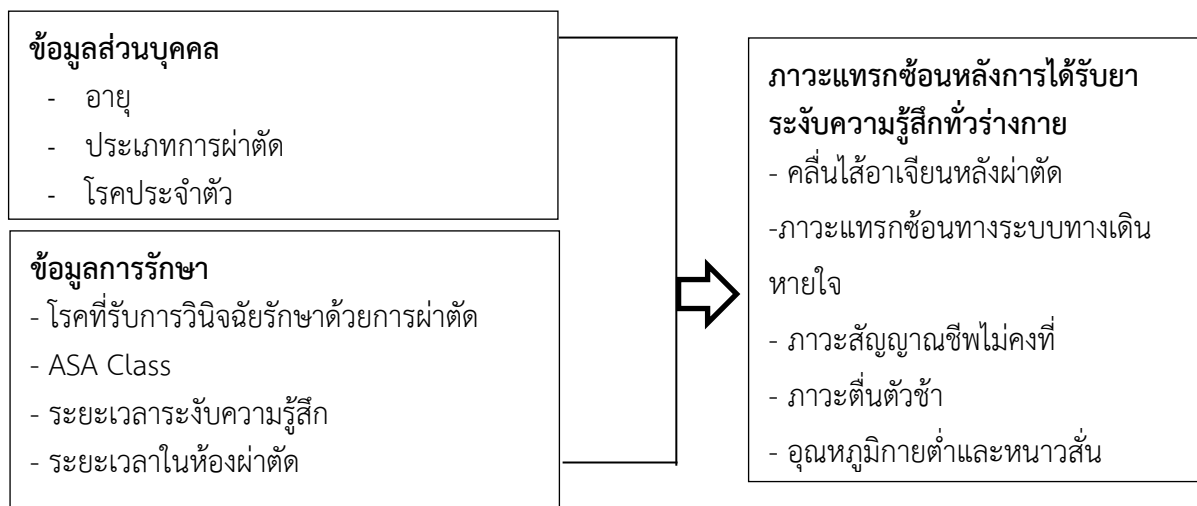
(โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2566) โดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้ จากความสำคัญดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสุตินรีเวช เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อนำไปสู่การระบุปัจจัยเสี่ยง และวางแผนป้องกันเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินการให้บริการทางสุตินรีเวชได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสุตินรีเวช หลังการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
- 2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการรักษาต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสุตินรีเวชที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช หนังสือรับรองเลขที่ B002/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูตินรีเวชที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 1,500 ราย (โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนด

- ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 10
- ระดับความเชื่อมั่น 90 %
- สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.05$)

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 65 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15% โดยสรุปมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 75 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยสูตินรีเวชที่ผ่าตัดคลอด และผ่าตัดมดลูกและรังไข่
- 2) ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนการผ่าตัด
- 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
- 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามจากการสร้างขึ้นเอง จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ประเภทการผ่าตัด โรคประจำตัว ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย โรคที่ได้รับการวินิจฉัย ASA Class ระยะเวลาการรับความรู้สึก ระยะเวลาในห้องผ่าตัด ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ประกอบด้วย 1) คลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัด (Postoperative nausea-vomiting ; PONV) 2) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) 3) ภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ (hemodynamic unstable) 4) ภาวะตื่นตัวช้า (delayed awakening) 5) อุณหภูมิร่างกายต่ำและหนาวสั่น (Hypothermia and shivering) ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามรายชื่อโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษา นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's exact test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.70 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 30-40 ปี 41-50 ปี น้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.30, 21.30, 6.70 และ 4.00 ตามลำดับ มีการผ่าตัดประเภทเปิดหน้าท้อง ร้อยละ 92.00 และผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 8.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.00 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.00

2. ข้อมูลการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเนื้องอกมดลูก (Myoma Uteri) ร้อยละ 50.70 การประเมินผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ American association of Anesthesiologist (ASA class) อยู่ใน Class II ร้อยละ 58.70 ระยะเวลาการระงับความรู้สึกน้อยกว่า 100 นาที ร้อยละ 50.70 และระยะเวลาในห้องผ่าตัด อยู่ในช่วง 100-200 นาที ร้อยละ 89.34

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของประวัติการรักษา (n=75)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคที่ได้รับการวินิจฉัย		
Endometriosis	12	16.00
Myoma Uteri	38	50.70
Ovarian Tumor	16	21.30
Adenomyosis	6	8.00
CA Cervix	3	4.00
2. ASA Class		
Class I	21	28.00
Class II	44	58.70
Class III	10	13.30
3. ระยะเวลาการรับความรู้สึก		
น้อยกว่า 100 นาที	38	50.70
100 นาที ขึ้นไป	37	49.30
4. ระยะเวลาในห้องผ่าตัด		
น้อยกว่า 100 นาที	4	5.33
100-200 นาที	67	89.34
201 นาทีขึ้นไป	4	5.33

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 50.70 เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หนาวสั่น ร้อยละ 53.30 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพไม่คงที่ และภาวะการตื่นตัวช้า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (n=75)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. คลื่นไส้ อาเจียน		
มี	38	50.70
ไม่มี	37	49.30
2. ภาวะพร่องออกซิเจน		
มี	0	0.00
ไม่มี	75	100.00
3. สัญญาณชีพไม่คงที่		
มี	0	0.00
ไม่มี	75	100.00
4. การตื่นช้ากว่าปกติ		
มี	0	0.00
ไม่มี	75	100.00
5. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หนาวสั่น		
มี	40	53.30
ไม่มี	35	46.70

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสุตินรีเวช

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ระดับ ASA class ระยะเวลาการรับความรู้สึก และระยะเวลาในห้องผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสุตินรีเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี

ข้อมูล	จำนวน	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		X^2	P-value
		ไม่มี	มี		
1. อายุ					
≤ 30 ปี	5	1	4	34.51	0.14
31-40 ปี	22	9	13		
41-50 ปี	29	8	21		
51-60 ปี	16	8	8		
61 ปีขึ้นไป	3	0	3		
2. ประเภทการผ่าตัด					
ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	69	23	46	0.67	0.41
ผ่าตัดแบบส่องกล้อง	6	3	3		
3. โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	39	12	27	0.54	0.47
มีโรคประจำตัว	36	14	22		
4. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาด้วยการผ่าตัด					
Endometriosis	12	4	8	1.74	0.78
Myoma Uteri	38	14	24		
Ovarian Tumor	16	6	10		
Adenomyosis	6	2	4		
CA Cervix	3	0	3		
5. ASA class					
Class I	21	6	15	2.05	0.02*
Class II	44	18	26		
Class III	10	2	8		
6. ระยะเวลาการงับความรู้สึก					
น้อยกว่า 150 นาที	38	15	23	0.76	0.00*
150 นาที ขึ้นไป	37	11	26		
7. ระยะเวลาในท้องผ่าตัด					
น้อยกว่า 100 นาที	4	1	3	0.58	0.01*
100-200 นาที	67	23	44		
201 นาทีขึ้นไป	4	2	2		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดผู้ป่วยทางสูตินรีเวช พบว่า พบได้มากในกลุ่มอายุ 31-40 สอดคล้องกับวิริยา ศิลา (2560) ที่จะพบผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอนงค์ สายสุด (2561) ที่พบอุบัติการณ์ได้มากในผู้ป่วยผ่าตัดทางสูตินรีเวชที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคเนื้องอกมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา ศิลา (2560) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยด้วยเนื้องอกมดลูก ในขณะที่ ASA class จะมีอุบัติการณ์มากใน Class II สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพร ปฏิวงศ์ไพศาล (2562) ที่พบอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย Class II ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หนาวสั่น สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ ผลอิน และคณะ (2564) ที่ภาวะหนาวสั่น ร้อยละ 45.91 และภาวะคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 27.27 การเกิดภาวะหนาวสั่นทำให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมาก เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สมร ปัญญาสวัสดิ์, 2559; Bindu, Bindra, & Rath, 2017) การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ใช้ระยะเวลาอยู่ในห้องพักฟื้น และระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล (ดร.ชกร วิไลรัตน์ และปฐมพร ปิ่นอ่อน, 2560)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ ASA class ระยะเวลาการรับความรู้สึก และระยะเวลาในห้องผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของของศรีัญญา จุฬาริ (2560) ที่พบว่าสภาวะด้านร่างกายหรือ ASA class และระยะเวลาการรับความรู้สึกมีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้นต่อระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ สายสุด (2561) ที่พบว่า ระยะเวลาในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ปัจจัยด้านผู้ป่วยส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ประเมินผู้ป่วยในรายที่จำเป็นหรือในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (Wirat Wasinwong, 2012)

บทสรุป

อุบัติการณ์ที่พบได้มากที่สุดของภาวะแทรกซ้อน คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายผู้ป่วยสูตินรีเวช ได้แก่ ASA class ระยะเวลาการรับความรู้สึก และระยะเวลาในห้องผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ น้ำหนักตัว ปริมาณสารน้ำของผู้ป่วย อีกทั้งตัวแปรที่อาจเกิดขึ้นได้เพิ่มเติม คือ การมีออกซิเจนในเลือดต่ำ
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะหนาวสั่น และ คลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาาระงับอาการคลื่นไส้ และการให้ผ้าห่ม หรือดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะปกติได้ไวขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bindu, B., Bindra, A., & Rath, G. (2017). Temperature management under general anesthesia: Compulsion or option. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 33(3), 306-316.
- Rosen, J.E. (2015). *Postoperative care*. In Doherty, G.M. (eds). *CURRENT Diagnosis & Treatment: Surgery*, 14th eds. New York: McGraw-Hill.
- Wirat Wasinwong. *Clinical Anesthesia. : Obstetric Anesthesia*. Songkhla: Faculty of Medicine Prince of Songkla University; 2012.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2563). *Anesthesia and perioperative care (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ. พีแอลพีอิง จำกัด
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561).PostAnes_OP. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2566 เข้าถึงได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/anest/sites/default/files/public/pdf/PostAnes_OP_Leaflet-Back.pdf
- ดร.ชกร วิไลรัตน์, และปฐมพร ปิ่นอ่อน. (2560). อุบัติการณ์ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย. *วารสารวิทย์ญีสาร*, 43(2), 116-124.
- ประไพ ผลอิน กฤษณา วันขวัญ น้าอ้อย ภักดีวงศ์ อัมมาณัฐ วังโสม อูชา วงษ์อนันต์ (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. ปี ที่3 ฉบับที่1 (มกราคม-เมษายน 2564), 32-47
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, (2562). โรคยอดฮิตของผู้หญิง รักษาถูกจุดได้ด้วยหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2566.เข้าถึงได้จาก <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/march-2019/woman-robotic-surgery>

- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2566). เวชระเบียนผู้ป่วยทางสูตินรีเวช ปี 2566. นครศรีธรรมราช
- วิริยา ศิลา (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลัง ผ่าตัดและอาการท้องอืด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ศรัณญา จุฬาริ (2560). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- สมร ปัญญาสวัสดิ์. (2559). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 3(1), 10-16
- อนงค์ สายสุด (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายวารสาร ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ปี 2561. หน้า 71-80
- อรรถพร ปฏิวังศ์ไพศาล (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2562. หน้า 176-18



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยหอในชาย โรงพยาบาลดอยสะเก็ด

สิริ ตาสนธิ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในชาย จำนวน 45 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแคว์

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 82.20 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยให้นอนรักษา มากที่สุด คือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 31.20 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.90 สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระได้ ร้อยละ 37.80 ระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.5 mg/dl ร้อยละ 84.45 นอนรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า 10 วัน ร้อยละ 66.70 ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดนอยู่ในระดับ เสี่ยงมาก ร้อยละ 44.40 ระดับของแผลกดทับ ระดับ 2 ร้อยละ 66.70 บริเวณที่เกิดแผลกดทับ สะโพก ร้อยละ 51.10 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ระดับอัลบูมิน และ ระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย ที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แผลกดทับ, การเกิดแผลกดทับ, ผู้ป่วยหอในชาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลดอยสะเก็ด E-mail: siree081@gmail.com



Factors affecting the incidence of pressure injury of male in patients department, Doisaket Hospital

Siree Tasonthi ¹

Abstract

This study was cross-sectional descriptive study. The aim was to study the factor association with pressure injury among patients admitted in hospital. The 45 samples were patients admitted in the male inpatient department. Data were collected by questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics including number, frequency, and percentage, and analyze the relationship using the Pearson Chi square

The results showed that most of sample were old aged more than 60 years old in 82.20%. There had the diagnosis for treatment with pneumonia in 31.20% and no underlying disease in 68.90%. There was able to control urination and defecation in 37.80%, albumin level lower than 3.5 mg/dl, 84.45 %. Moreover, there admitted less than 10 days in 66.70 % and the Braden's assessment was high risk level in 44.40%. The pressure injury was level 2 in 66.70 % and the area of pressure injury expression was found at hip in 51.1%. Factors effecting to pressure injury found that the control of urination and defecation, albumin level, and the Braden's pressure injury assessment were associated with the occurrence of pressure injury in patients admitted to the hospital in statistically significant at the 0.05

Keywords: Pressure Injury, Cause Of Pressure Injury, Male In Patients Department

¹ Expert professional nurse Nursing work group Doi Saket Hospital E-mail: siree081@gmail.com

บทนำ

การเกิดแผลกดทับพบได้บ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาทและโรคระบบเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคเดิมของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกร่างกาย เช่น แรงกด แรงเสียดสี แรงเสียดทาน ความเปียกชื้น และการรักษาที่ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การเกิดแผลกดทับจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง ความทุกข์ทรมาน การรักษาที่ยืดยาวมากขึ้น ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Graves, Birrell, & Whitby, 2005) ในบางรายพบว่าการติดเชื้อ (Spilsbury K, et al 2016) และการป้องกันเชื้อโรคลดลง เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต (Barker AL et al, 2015) ผู้ป่วยอาการหนักที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเกิดขึ้นบ่อยได้แก่แผลกดทับ (Thaipradit S, 2014) ซึ่งเกิดจากการตายของเซลล์ และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเนื่องจากแรงกดทับ การเสียดสี และการดึงรั้งโดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์อื่นๆ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกดและระยะเวลาของการถูกกดทับหรือเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงเสียดทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเสียดสี ระดับความชื้นบริเวณผิวหนังภาวะโภชนาการระบบไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อภาวะโรคร่วม และสภาพของเนื้อเยื่อ (Suttipong C, & Sinduh S., 2011)

การเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาล (Nursing Division, 2018) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนักของประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน แต่พบมีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปีและนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 8.8-12.1 (VanGilder C, Amlung S, Harrison P, et al., 2009)

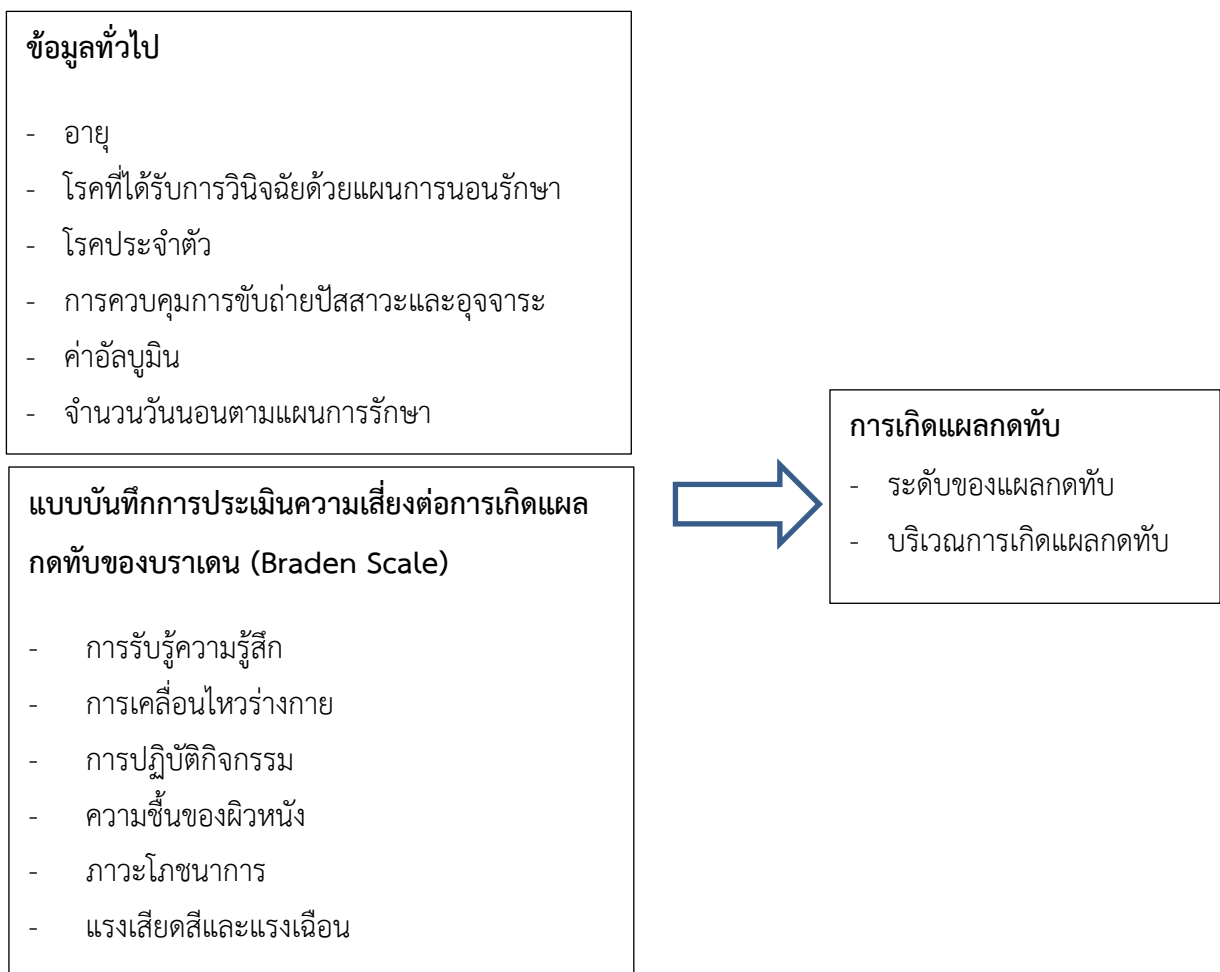
จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า โรงพยาบาลดอยสะเก็ด มีจำนวนผู้ป่วยแผลกดทับจำนวน 16, 10, และ 10 ราย ตามลำดับ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดำเนินการจัดการกับแผลกดทับเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แล้วยังสะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาล การพัฒนาและความตระหนักของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมาทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอันจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลดอยสะเก็ด
2. เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ นำสู่การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับขณะรับรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ CM 31/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยที่มาารับรักษาด้วยแผนการนอนรักษาในโรงพยาบาลดอยสะเก็ดจำนวนประมาณ 110 ราย (โรงพยาบาลดอยสะเก็ด, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนด

- ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 10
- ระดับความเชื่อมั่น 90 %
- สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.05$)

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 43 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5% โดยสรุปมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 45 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการนอนรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 วัน
- 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 3) สัญชาติไทย
- 4) สื่อสาร อ่าน พุดและเขียน ภาษาไทยได้
- 5) ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักไม่ครบ ๔๘ ชั่วโมง
- 2) ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษายังสถานบริการอื่น
- 3) เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก
- 4) เกิดแผลกดทับก่อนเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย
- 5) ผู้ป่วยที่นอนรักษาด้วยภาวะติดสุราเรื้อรัง
- 6) ผู้ป่วยติดเตียงหรือภาวะพึ่งพิงก่อนการนอนรักษาที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยแผนการนอนรักษา โรคประจำตัว การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ค่าอัลบูมิน และจำนวนวันนอนตามแผนการรักษา แบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมความขึ้นของผิวหนัง ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสี และแรงเฉือน

โดยให้เกณฑ์คะแนน 1 (แย่มาก) ถึง 4 (ดีมาก) ในแต่ละด้าน ยกเว้นแรงเสียดสีและแรงเฉือนให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 6 ถึง 23 คะแนน โดยระดับคะแนนที่ต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ระดับคะแนนที่ใช้ในการทำนายแผลกดทับคือ 16 แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุ (มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) ระดับการทำนายการเกิดแผลกดทับ คือ 18

แบ่งระดับของความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ

เสี่ยงมาก (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12)

เสี่ยงปานกลาง (คะแนน 13-14)

เสี่ยงต่ำ (คะแนน 15-16 ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือคะแนน 15-18 ในผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี)

ส่วนที่ 3 การเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย

- ระดับของแผลกดทับ ระดับ 1-5

- บริเวณการเกิดแผลกดทับ แบบเลือกบริเวณที่เกิดการกดทับ ได้แก่ บริเวณกระดูกก้นกบ

สันเท้า สะโพก เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อความรายชื่อ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหอในชาย โดยใช้สถิติ Chi-Square และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย โรคประจำตัว การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ค่าอัลบูมิน และจำนวนวันนอน ได้ผล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=45)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
3. อายุ		
น้อยกว่า 50 ปี	2	4.40
50-60 ปี	6	13.30
61 ปี ขึ้นไป	37	82.20
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.73 ปี อายุน้อยสุด 46 ปี มากสุด 91 ปี, S.D. 8.10		
4. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยให้นอนรักษา		
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	9	20.00
ปอดอักเสบ	14	31.20
ไทรอยด์	2	4.40
ความดันโลหิตสูง	5	11.10
เบาหวาน	2	4.40
อัมพฤกษ์ อัมพาต	8	17.80
จิตเวช	3	6.70
เซลล์เนื้อติดเชื้อ	1	2.20
วัณโรค	1	2.20
3. โรคประจำตัว		
มี	14	31.10
ไม่มี	31	68.90
4. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ		
ได้	17	37.80
ไม่ได้	28	62.20

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
5. ค่าอัลบูมิน		
ต่ำกว่า 3.5 mg/dl	38	84.45
3.5 mg/dl ขึ้นไป	7	15.55
ค่าอัลบูมินเฉลี่ย 2.87 mg/dl, น้อยสุด 1.90 mg/dl มากสุด 4.20 mg/dl S.D.0.43		
6. จำนวนวันนอน		
น้อยกว่า 10 วัน	30	66.70
10-20 วัน	8	17.80
21 วัน ขึ้นไป	7	15.50
จำนวนวันนอนเฉลี่ย 12.04 วัน วันนอนน้อยสุด 3 วัน มากสุด 61 วัน S.D. 13.00		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 82.20 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยให้นอนรักษา มากที่สุด คือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 31.20 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.90 สามารถควบคุมการถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระได้ ร้อยละ 37.80 ระดับค่าอัลบูมินต่ำกว่า 3.5 mg/dl ร้อยละ 84.45 มีจำนวนวันนอนน้อยกว่า 10 วัน ร้อยละ 66.70

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน 6 ด้าน สามารถแบ่งระดับได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (n=45)

ระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงมาก (คะแนนการ ≤ 12 คะแนน)	20	44.40
เสี่ยงปานกลาง (คะแนนการ 13-14 คะแนน)	17	37.80
เสี่ยงต่ำ (คะแนนการ 15-18 คะแนน)	8	17.80

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับมาก ซึ่งมีคะแนนการประเมินไม่เกิน 12 คะแนน ร้อยละ 44.40 รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงปานกลาง มีคะแนนการประเมินระหว่าง 13-14 คะแนน และความเสี่ยงต่ำ มีคะแนนการประเมินระหว่าง 15-18 คะแนน ร้อยละ 37.80 และ 17.80 ตามลำดับ

3. การเกิดแผลกดทับ

ในการประเมินการเกิดแผลกดทับ ตามเกณฑ์ National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging 2016 แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (Stage 1) ระดับ 2 (Stage 2) ระดับ 3 (Stage 3) ระดับ 4 (Stage 4) และระดับ 5 ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable) ได้ผล ดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการเกิดแผลกดทับ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับของแผลกดทับที่เกิดขึ้น		
ระดับ 2	30	66.70
ระดับ 3	14	31.10
ระดับ 4	1	2.20
บริเวณที่เกิดแผลกดทับ		
ก้นกบ	22	48.90
สะโพก	23	51.10

ตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเกิดแผลกดทับ 3 ระดับ จากทั้งหมด 5 ระดับ โดยในระดับ 2 คือ แผลกดทับที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อบางส่วน เป็นแผลตื้นๆ เห็นชั้นผิวหนังเป็นสีชมพู ไม่มีเนื้อตายปกคลุม ในระดับ 3 คือ แผลกดทับที่มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด เห็นชั้นไขมันแต่ยังไม่เห็นชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก ส่วนในระดับ 4 คือ แผลกดทับที่สูญเสียหนังทั้งหมด เห็นกระดูก กล้ามเนื้อ และอาจมีหนองร่วมด้วย (Nurse Soulciety, 2024) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของแผลกดทับอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 66.70 รองลงมา ได้แก่ ระดับ 3 และ 4 ร้อยละ 31.10 และ 2.20 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาบริเวณที่เกิดแผลกดทับ พบว่า สะโพกมีการเกิดแผลกดทับมากที่สุด ร้อยละ 51.10 และเกิดแผลกดทับที่ก้นกบ ร้อยละ 48.90

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับนั้นผู้วิจัยใช้ปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเสี่ยงของการประเมินการเกิดแผลกดทับราแดน ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหอในชาย

ข้อมูล	จำนวน	ระดับการเกิดแผลกดทับ			X^2	P-value
		2	3	4		
1. อายุ					2.19	0.71
น้อยกว่า 50 ปี	2	2	0	0		
50-60 ปี	6	5	1	0		
61 ปี ขึ้นไป	37	23	13	1		
2. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยให้นอนรักษา					22.75	0.12
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	9	8	1	0		
ปอดอักเสบ	14	10	4	0		
ไทรอยด์	2	1	1	0		
ความดันโลหิตสูง	5	3	2	0		
เบาหวาน	2	2	0	0		
อัมพฤกษ์ อัมพาต	8	4	4	0		
จิตเวช	3	0	2	1		
เซลล์เนื้อติดเชื้อ	1	1	0	0		
วัณโรค	1	1	0	0		
3. โรคประจำตัว					2.69	0.26
มี	14	22	9	0		
ไม่มี	31	8	5	1		
4. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ					9.14	0.01*
ได้	17	15	1	1		
ไม่ได้	28	15	13	0		
5. ค่าอัลบูมิน					11.26	0.03*

ข้อมูล	จำนวน	ระดับการเกิดแผลกดทับ			X^2	P-value
		2	3	4		
ต่ำกว่า 3.5 mg/dl	38	30	7	1		
3.5 mg/dl ขึ้นไป	7	3	4	0		
6. จำนวนวันนอน					4.04	0.40
น้อยกว่า 10 วัน	30	20	9	1		
10-20 วัน	8	7	1	0		
21 วัน ขึ้นไป	7	3	4	0		
7. ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับบราเดน					8.90	0.04*
เสี่ยงมากเสี่ยง	20	10	10	0		
ปานกลาง	17	12	4	1		
เสี่ยงต่ำ	18	8	0	0		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ค่าอัลบูมิน และระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับบราเดน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณ บุตระทุมพันธ์ และวาสนา พาวิน (2563) ที่พบว่าเกิดแผลกดทับมากในผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่า มี 3 ปัจจัย ได้แก่ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ค่าอัลบูมิน ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับบราเดน สอดคล้องกับวไลพร ปักเคราะห์ และคณะ (2565) ที่พบว่าระดับอัลบูมินและการควบคุมปัสสาวะและอุจจาระ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ และขัดแย้งต่อการศึกษาของอรรณ บุตระทุมพันธ์ และวาสนา พาวิน (2563) ที่พบว่า ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ คือระยะเวลาที่นอนรักษา ส่วนคะแนนการประเมินบราเดนและระดับอัลบูมินไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า 3.3 g/dL จะส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดลดลง (Serra R. et al, 2014) ทำให้น้ำถูกขับออกนอกหลอดเลือดมากขึ้นและถูกดูดกลับเข้าสู่

หลอดเลือดน้อยลง เกิดภาวะน้ำสะสมใน interstitial compartment และเกิดอาการบวมน้ำ (edema) และหลอดเลือดถูกกดเบียด ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับจึงเป็นสาเหตุให้เกิดแผลกดทับตามมา นอกจากนี้ขัดแย้งต่อวไลพร ปักเคราะห์ และคณะ (2565) ที่พบว่าระดับคะแนนความเสี่ยงของบราเดน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลความเสี่ยงบราเดนในการเกิดแผลกดทับได้ให้คะแนนเมื่อแรกรับเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักซึ่งในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนได้

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อุนหภูมิกาย การมีผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับได้ เช่น การให้ช่วยพลิกหรือตะแคงตัว
2. ควรทำการศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการลดการเกิดแผลกดทับขณะรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Barker AL, KamarJ, Tyndall, TJ, WhiteL, Hutchinsona, Klopfer N, et al. Implementation of pressureulcer prevention best practice recommendationsin acute care: An observational study. *IntWoundJ* 2015;10:313-20.
- Graves, N., Birrell, F., & Whitby, M. (2005). Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infection control and hospital epidemiology*, 26(3), 293–297.
<https://doi.org/10.1086/502542>
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3) : 607 – 610
- Nurse Soulciety (2024) การประเมินแผลกดทับ. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567 เข้าถึงได้จาก
<https://nursesoulciety.com/2023/03/24/pressure-ulcer/>
- Nursing Division. 2018. *Indicators and Quality of nursing care*. Ministry of Public Health. Retrieved on 5 May, 2023. Accessed from: <http://www.nursing.go.th/> page_id=2489

- Serra R, Caroleo S, Buffone G, Lugarà M, Molinari V, Tropea F, et al. Low serum albumin level as an independent risk factor for the onset of pressure ulcers in intensive care unit patients. *Int Wound J*.2014;11(5):550-3.
- Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital in patient perspectives. *J AdvNurs* 2016;57(5):494-504.
- Suttipong C, Sinduh S. 2011.Factors Predicting Development of Pressure Ulcer in non-Diabetic Elderly Stroke Patients. *Journal of Nursing Science* 2011; 29(2): 113-123.
- Thaipradit S. 2014.Impact of a skin humidity control programm on skin integrity and pressure ulcer in elderly patients with pressure ulcers risks. *Thai journal of nursing Cousil* 2014; 29(1): 43-54.
- VanGilder C, Amlung S, Harrison P, et al. (2009) Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage* 2009; 55: 39-45.
- วไลพร ปักเคระกา นิสากร วิบูลชัย วุฒิชัย สมกิจ สุขัญญญา เดชศิริ และคณะ (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2565. หน้า 140-153
- อรรธรณ บุตรทุมพันธ์และวาสนา พาวิน (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง: การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal* ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ประจาเดือนมกราคม-มิถุนายน 2563. หน้า 140-148



ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

กนกพิชญ์ ก้างยาง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัด ความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบ เอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired-t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯสามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะได้

คำสำคัญ : บาดเจ็บที่ศีรษะ, ความวิตกกังวล, การดูแลแบบเอื้ออาทร

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยหลวง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย kanokpich.poohrada1977@gmail.com



The Effect of Using a Generosity Program on Anxiety among Head Injury Patients' Family Members, Emergency and Forensic Department, Doiluang Hospital, Chiangrai Province

Kanokpich Kangyang¹

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to study compare of anxiety in head injury patient's family between before and after undergoing Swanson's caring program. The samples was 35 families or relatives of mild head injuries patient who was treatment at emergency and forensic accident department, Doi Luang Hospital, Chiang Rai Province. This study was purposive sampling. Data were collected by using a questionnaire, that consist of patient personal information, personal of respondents information, The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the tools used in the experiment include Swanson's caring program for anxiety of head injury patient's family. The statistics used were frequency, percentage, means, standard deviation, and hypothesis test with Paired t-test.

The results found that after receiving Swanson's caring program, head injury patient's family had decreased anxiety when compared with before, statistically significant at the 0.01 level. Swanson's caring program can be used as a guideline for nursing and reducing anxiety for head injury patient's family.

Keywords : Head injury, Anxiety, Swanson's caring program

¹Expert professional nurse Doi Luang Hospital, Doi Luang District, Chiang Rai Province kanokpich.poohrada1977@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีความอันตรายต่อหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับการบาดเจ็บที่สมองเป็น 1 ใน 10 สาเหตุหลักที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตและพิการ (Demlie et al., 2023) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน การหกล้ม หรือการตกจากที่สูง โดยสาเหตุเหล่านี้มักมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกที่ทำให้ประชาชนไทยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (Lowe et al., 2020) การบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่พบในผู้ชายที่มีอายุ 31 - 45 ปี โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์ และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิต ได้แก่ มีอายุมากกว่า 60 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน การนำส่ง EMS และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค, 2566) ในปี 2560 -2564 จังหวัดเชียงรายเป็น 1 ใน 3 จังหวัดของประเทศไทยที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากสถิติการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง พบว่า ในปี 2563 - 2565 การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็น 1 ใน 5 สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลดอยหลวง, 2566)

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและเกิดความพิการได้ ซึ่งสามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกเวลา (Torregrossa et al., 2023) การบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อไปยังระบบเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องขาดรายได้เนื่องจากตกงาน (Yue et al., 2023) เป็นผลทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อตนเองและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่าหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง สภาวะทางอารมณ์มีความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Kureshi et al, 2023)

การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเป็นผลให้ครอบครัวเสียสมดุล สมาชิกในครอบครัวเกิดความตึงเครียด รวมไปถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ความรู้สึกไม่สบายใจจากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความท้อแท้สิ้นหวัง หดกำลังใจ ซึมเศร้า หรือมองโลกในแง่ร้ายตลอดจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต จนไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Kureshi et al, 2023) ความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเกิดในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของครอบครัว (บุญรัตน์ ปัญศิริ และปชาณัฐ นันไทยทวีกุล, 2564) เป็นผลทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว

และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศของผู้ดูแล (PR: 0.65, CI: -0.82; -0.04) การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว (PR: 1.51, CI: 0.017; 0.805) และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม (PR: 1.61, CI: 0.116; 0.830) (Iwata & Tadaka, 2023) การดูแลสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อช่วยบรรเทาภาวะความวิตกกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการใส่ใจบุคคลทำให้บุคคลมีคุณค่า เป็นวิธีการปกป้องคุ้มครองรวมไปถึงการส่งเสริมให้กำลังใจด้วยความมุ่งมั่นและมีความรับผิดชอบต่อบุคคล โดยตระหนักถึงคุณค่าความเชื่อและค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความเชื่อ การรู้จักผู้ป่วย การอยู่กับผู้ป่วย การช่วยเหลือบุคคล และการสนับสนุนความสามารถของบุคคล (Swanson, 1999)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในหอผู้ป่วยและพบได้น้อยในการศึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินรวมทั้งการศึกษาดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้เป็นวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยไม่ได้ลดในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการพยาบาลและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

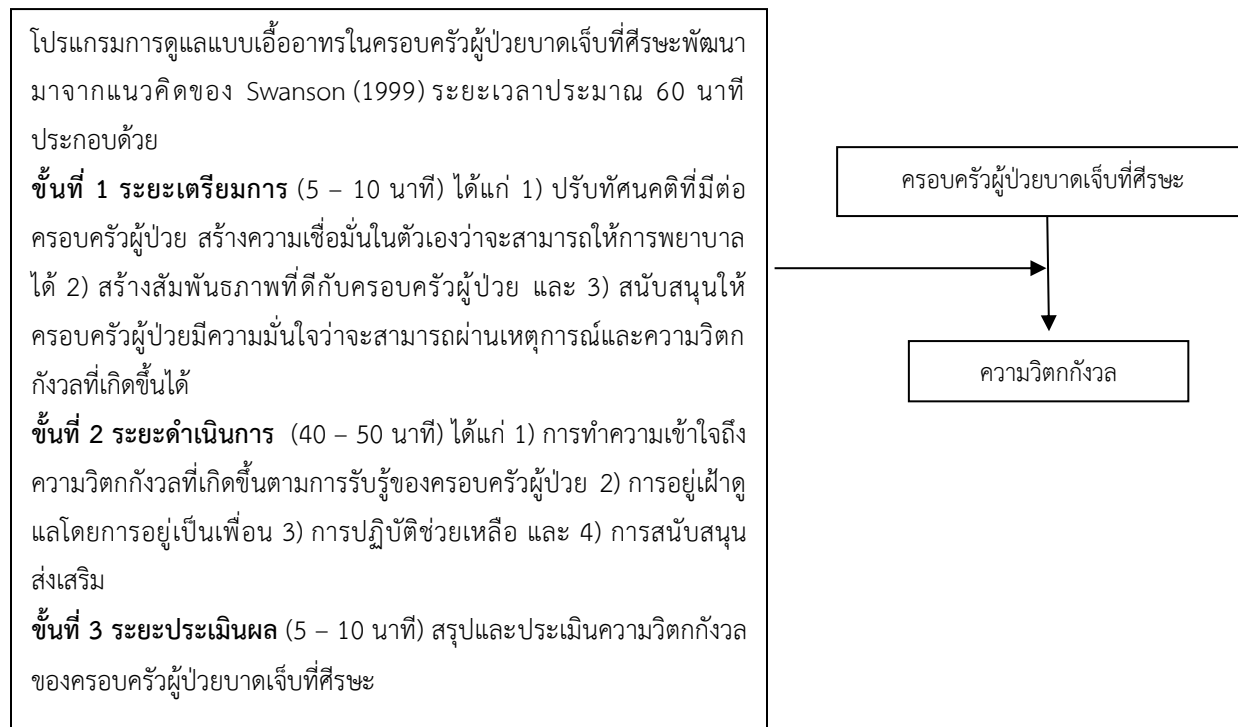
เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

สมมติฐาน

ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของสวอนสันเป็นแบบแผนการให้บริการพยาบาลที่ได้จัดทำเป็นคู่มืออธิบายขั้นตอนการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลรวมไปถึงคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล โดยการปฏิบัติงานการดูแลเอื้ออาทรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ได้รับการดูแลในภาวะสมดุลแบบองค์รวม ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล 5 ด้าน ตามทฤษฎีของสวอนสัน (Swanson, 1990) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความเชื่อความศรัทธา การทำความเข้าใจ การเฝ้าดูแล การปฏิบัติช่วยเหลือและการสนับสนุนส่งเสริม โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง
การทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวหรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 ผู้วิจัยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.8 และค่า effect size 0.46 (หยาดพิรุณ กุณโฮง, นรลักขณ์ เอื้อกิจ. 2564) ทำการคำนวณจากสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1989) สำหรับแบบทดสอบนี้จะเป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยประเมินความรู้สึก ณ ปัจจุบัน และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยได้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (1999) คู่มืออธิบายขั้นตอนการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลรวมไปถึงคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล

- ระยะเตรียมการ (5 – 10 นาที) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก่อนทำการทดลองผู้วิจัยจะดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจ ประเมินความพร้อม และสร้างบรรยากาศเตรียมความพร้อมก่อนทดลอง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์

และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยในระยะนี้เป็นการดำเนินการตามแนวคิดการคงไว้ซึ่งความเชื่อ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) ปรับทัศนคติของผู้วิจัยที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในตัวเองว่าจะสามารถให้การพยาบาล รวมทั้งทำความเข้าใจในตนเอง รวมถึงรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วย
- 3) สนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

- ระยะดำเนินการทดลอง (40 – 50 นาที) ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาล ผู้วิจัยให้การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้

- 1) การทำความเข้าใจถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย
- 2) การอยู่เฝ้าดูแล โดยการอยู่เป็นเพื่อน ยอมรับ ทำความเข้าใจ และการแสดงความเอาใจใส่ เต็มใจพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือตลอดเวลา รวมถึงจัดการทางด้านอารมณ์ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลสิทธิการรักษา ช่วยดูแลความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ แจ้างแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องการหรือร้องขอ

- 4) การสนับสนุนส่งเสริม เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย

- ระยะประเมินผล (5 – 10 นาที) เป็นการสรุปและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลและคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวลเพื่อใช้ในการทบทวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยใช้สถิติ Paired t- test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 222/2566 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 38.24 ปี (S.D = 19.54) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 37.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.43 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 37.14 เป็นผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือน ร้อยละ 68.57 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 97.14 มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 14.88 คะแนน (S.D = 0.44) ใช้ระยะเวลาเข้ารับการรักษเฉลี่ย 77.80 นาที (S.D = 47.83) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 62.86

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 51.43 มีอายุเฉลี่ย 41.44 ปี (S.D = 14.82) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เป็นคู่สมรสหรือบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 22.86 มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 42.86 ซึ่งมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 62.86 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2.88 คน (S.D = 1.23) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อ การทำความเข้าใจ การอยู่เฝ้าดูแล การปฏิบัติช่วยเหลือ และการสนับสนุนส่งเสริม อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล (n = 35)

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
การคงไว้ซึ่งความเชื่อ	3.90	0.46	มาก
การทำความเข้าใจ	3.99	0.45	มาก
การอยู่เฝ้าดูแล	3.99	0.47	มาก
การปฏิบัติช่วยเหลือ	4.06	0.41	มาก
การสนับสนุนส่งเสริม	4.06	0.41	มาก
รวม	3.98	0.39	มาก

ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (n = 35)

ความวิตกกังวล	$\bar{x}$	S.D	df	t	p-value	95%CI
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	46.92	4.10	34	13.92	<0.01**	14.16 – 19.13
หลังการดำเนินกิจกรรม	30.28	5.52				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ทำให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงสภาพปัญหาของอาการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเพราะมีพยาบาลคอยอยู่เป็นเพื่อนทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา จึงเป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งช่วยในการลดความตึงเครียดลงได้ (บุญรัตน์ ปัญศิริ และ ปาณัญญ์ นันไทยทวีกุล, 2564)

การได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามกรอบแนวคิดของสแกนสัน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลทำให้มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญาภา พิชะยะ และคณะ (2566) ที่ได้ศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ภัทรวดี บุตรคุณ และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในครอบครัวผู้ป่วยเป็นกระบวนการของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรวมไปถึงการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและสามารถลดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปใช้ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง ตลอดจนจัดทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนและง่ายต่อการใช้งาน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 8(2), 278-285.
- โรงพยาบาลดอยหลวง. (2566). ข้อมูลผู้มารับบริการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง ปี 2562 – 2565.
- บุญรัตน์ ปัญศิริ และ ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 28(2), 36-47.
- พิชญาภา พิชะยะ, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ สาคร พรพจน์ธนาศ. (2566). ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 33(3), 39-51.

- ภัทรารัตน์ บุตรคุณ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และ วินัส ลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลเฝ้าอาหารต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเฝ้าอาหารจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 1-13.
- ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จังหวัดเสี่ยงการบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ข้อมูลปี 2560 - 2564). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://dip.ddc.moph.go.th/new/plugin/article/view/40/จังหวัดเสี่ยงการบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน> (ข้อมูลปี 2560 - 2564).
- หยาดพิรุณ กุณโสง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารเกื้อการุณย์*. 28(1),20-32.
- Demile T.A., Alemu M.T., Messelu M.A., Wagnew F., & Mekonen E.G. (2023). Incidence and predictors of mortality among traumatic brain injury patients admitted to Amhara region Comprehensive Specialized Hospitals, northwest Ethiopia, 2022. *BMC Emergency Medicine*, 23(1),1-11.
- Iwata Y., & Tadaka E. (2023). Factors contributing to life-change adaptation in family caregivers of community-dwelling individuals with acquired brain injury. *Healthcare*, 11(1),1-12.
- Kureshi N., Clarke D.B., & Feng C. (2023). Association between traumatic brain injury and mental health care utilization: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Injury Epidemiology*, 10(1),1-8.
- Lowe C.T., Kelly M., Seubsman S., & Sleigh A. (2020). Predictors and burden of injury mortality in the Thai cohort study 2005–2015. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 1-9.
- Spielberger C.D. (1989). State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2 nd ed). Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- Swanson K.M. (1999). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: J Nurse Scholar*, 25(4),352-357.
- Torregrossa W., Torrisi M., Luca R.D., Casella C., Rifici C., Bonanno M., & Calabrò R.S. (2023). Neuropsychological assessment in patients with traumatic brain injury: A comprehensive review with clinical recommendations. *Biomedicines*, 11(1),1-17.

Yue J.K., Krishnan N., Andrews J.P., Semonche A.M., Deng H., Aabedi A.A., Wang A.S., Caldwell D.J., Park C., Hirschhorn M., Ghoussaini K.T., Oh T., & Sun P.P. (2023). Update on pediatric mild traumatic brain injury in rural and underserved regions: a global perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 1-20.



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

พิลัยพร รัตน์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่รับบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ และทัศนคติด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.10 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.80 จบชั้นระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 38.50 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 56.90 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 66.20 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.30 ทัศนคติต่อการรับบริการนอกรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.00 การรับบริการซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 40.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การรับบริการซ้ำ, ภาวะแทรกซ้อนของปอดอุดกั้นเรื้อรัง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: Pilaipornwaan@gmail.com



Knowledge, attitude and repeat service behavior among Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients in Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Pilaiporn rattana¹

Abstract

This study was cross-sectional descriptive study. The aim was to study the knowledge level Attitudes and behavior of repeat service and study factors related to the behavior of repeat services among Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients. The 65 sample were patients receiving outpatient services with COPD. The data collected using questionnaires. The data analyzed was applied descriptive statistics for personal information, knowledge, and attitudes levels. The relationship using the square statistic and Fisher exact test

The results founded that the majority of the sample were male in 63.10%. There were over 65 years of age in 50.80%, primary education degree in 38.50%, there had a monthly income less than 10,000 baht in 56.90% and congenital diseases in 66.20%. The level of knowledge about COPD patient was high in 92.30%. For the attitudes about hospital admissions was at a good level in 60.00% and repeat services for COPD patients were 40.00%.The factors associated with COPD re-admission include education level, monthly income and knowledge was significantly at the 0.05

Keywords: COPD patients, Repeat admissions, COPD complications

¹ Expert professional nurse Sichon Hospital Nakhon Si Thammarat Province E-mail: Pilaipornwaan@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบบ่อยเกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆของประชากรโลกโดยมีพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ สาเหตุหลักที่สำคัญ คือควันบุหรี่ ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจึงลดลง (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 2004) หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือ ป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการติดเชื้อซ้ำ คงสภาพร่างกายให้ดีที่สุดถ้ามีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ (Simon ST., et al, 2017)

จากสถิติองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2000 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน หรือมีอัตราการตายร้อยละ 4.8 (กัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ, 2564) ส่วนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าอัตราการตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 10 ของอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยกำหนดอัตราเป้าหมายการตายลงร้อยละ 25 จากเดิมภายใต้หลักการความร่วมมือของทุกภาคภาคส่วน ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจและชุมชน (WHO Regional Office South-East Asia, 2013) ประเทศไทยพบว่า ประชากรประมาณ 4 ล้านคน หรือร้อยละ 5 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิต 33.5 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2554 ประเทศไทยต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 17,500 ล้านบาท (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2555) และ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 152,319, 159,398 และ 169,009 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2563)

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคได้ระยะหนึ่งและโรคดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อยๆ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น เรียกว่าโรคกำเริบ การกำเริบของโรคส่วนหนึ่งจะเกิดจากการที่มีสมรรถภาพปอดที่ต่ำ เพราะพบว่าโดยภาพรวมแล้วกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดต่ำจะมีการกำเริบของโรคบ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดที่สูงกว่า (Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al, 2010) แต่ก็มีปัจจัยอื่นมาร่วมด้วยที่ทำให้เกิดโรคกำเริบ การกำเริบของโรคจะทำให้การดำเนินโรคเป็นมากขึ้น เพราะการกำเริบแต่ละครั้งสมรรถภาพปอดมักจะไม่สามารถกลับมามากเท่ากับก่อนโรคกำเริบ (Seemungal T, et al, 2000) เป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การลดอาการในปัจจุบันและป้องกันความเสี่ยงของโรคที่จะเกิดในอนาคตซึ่งสิ่งสำคัญคือการป้องกันการกำเริบของโรค เพื่อลดความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2015; Smith MC, Wrobel J, 2014)

การกำเริบของโรคทำให้ต้องมีการรับบริการซ้ำส่งผลต่อการใช้จ่ายทั้งครอบครัวและทางโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เนื่องจากต้องมียอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งนี้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลสิชล มีจำนวนผู้ป่วยนอนรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2564-2566) จำนวน 257, 437 และ 398 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสิชล, 2566) และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า มีการกลับมารับบริการซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิผลในการรักษายังขาดการสอบถามถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องในการเข้ารับบริการซ้ำในโรงพยาบาล

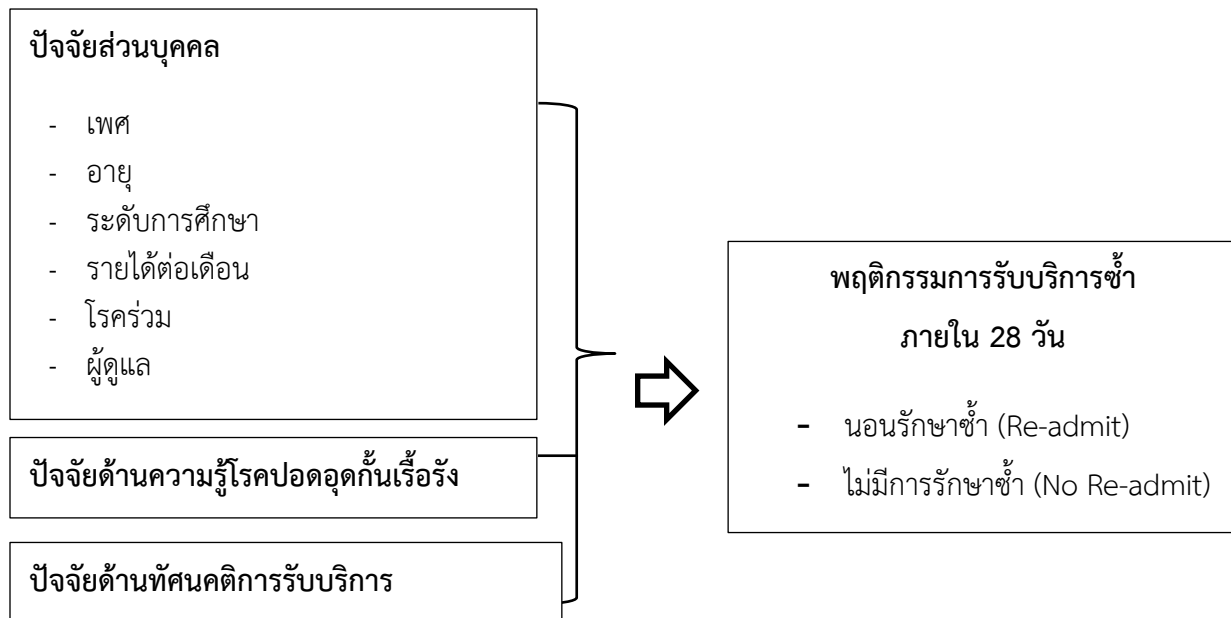
จากความสำคัญดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการของโรงพยาบาลสิชล อีกทั้งลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้พบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการรับบริการซ้ำของผู้ป่วย โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาของ จินดารัตน์ และคณะ (2561) ซึ่งได้กรอบการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study) โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช หนังสือรับรองเลขที่ NSTPH 6/2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิชล จำนวน 398 ราย (โรงพยาบาลสิชล, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (%) (X^2) เท่ากับ 90 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน (e) เท่ากับ 10 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (P) เท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 ราย เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างจำนวน 10% จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 65 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- 3) มารับบริการนอนรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสิทธิช ไม่ต่ำกว่า 2 วันนอน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 3) ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น
- 4) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแลระยะสุดท้าย
- 5) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคร่วม ผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ถูกผิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านทัศนคติต่อการรับบริการนอนรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะคำถามแบบมาตราวัดระดับ 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับบริการรักษาซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน มากที่สุด เท่ากับ 10 คะแนน จากนั้นนำมาแบ่งระดับการรับรู้ 3 ระดับ คือ ระดับการรับรู้สูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

คะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้สูง

คะแนน 5-7 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง

คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ระดับการรับรู้ต่ำ

2. แบบสอบถามปัจจัยด้านทัศนคติต่อการบริการนอกรักษาในโรงพยาบาล แบบมาตรวัดระดับ 5 ระดับ (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
เฉยๆ	3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนทัศนคติ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน จากนั้นนำไปคิดคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมาย โดยใช้สูตรการหาอัตราภาคั่น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราภาคั่น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5-1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนน 3.67-5.00 คะแนน	หมายถึง ทัศนคติดี
คะแนน 2.34-3.66 คะแนน	หมายถึง ทัศนคติปานกลาง
คะแนน 1.00-2.33 คะแนน	หมายถึง ทัศนคติต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามรายชื่อโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติอนุมานโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.10 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.80 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 38.50 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 56.90 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 66.20 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 66.20

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=65)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0.4 คะแนน)	0 (0.00)
ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน)	5 (7.70)
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	60 (92.30)

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของการตอบคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเกณฑ์คะแนน 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.30 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.70 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำ

3. ระดับทัศนคติต่อการรับบริการนอกรักษาในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการตอบคำถามแบบมาตรวัดระดับ 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ในกลุ่มตัวอย่าง ได้ผล ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อการรับบริการนอกรักษาในโรงพยาบาล (n=65)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)
ทัศนคติต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	0 (0.00)
ทัศนคติปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	26 (40.00)
ทัศนคติดี (3.67-5.00 คะแนน)	39 (60.00)

จากตารางที่ 2 เมื่อแบ่งระดับของทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการรับบริการนอกรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.00 รองลงมามีทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 40.00

4. พฤติกรรมการรับบริการซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีการนอนรักษาซ้ำ จำนวน 39 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 60.00 มีการนอนรักษาซ้ำ จำนวน 26 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 40.00

5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำเสนอได้ 2 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	การนอนรักษาซ้ำ		X^2	P-value
		No Re-admit	Re-admit		
เพศ					
ชาย	41	27	14	1.58	0.15
หญิง	24	12	12		
อายุ					
≤ 35 ปี	1	1	0	6.89	0.14
36-45 ปี	5	1	4		
46-55 ปี	7	6	1		
56-65 ปี	19	13	6		
66 ปีขึ้นไป	33	18	15		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	16	6	10	9.85	0.04*
ประถมศึกษา	25	13	12		
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	6	2		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	6	1		
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	8	1		

ข้อมูล	จำนวน	การนอนรักษาซ้ำ		X ²	P-value
		No Re-admit	Re-admit		
รายได้ต่อเดือน					
น้อยกว่า 10,000 บาท	37	17	20	7.44	0.04*
10001-15000 บาท	15	11	4		
15001-20000 บาท	7	6	1		
20001 บาทขึ้นไป	6	5	1		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	22	14	8	0.18	0.79
มีโรคประจำตัว	43	25	18		
ผู้ดูแล					
ไม่มีผู้ดูแล	15	9	6	11.6	0.64
มีผู้ดูแล	50	30	20	5	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 จากจำนวนปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 6 ปัจจัย พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 4 ความรู้และทัศนคติต่อการนอนรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูล	จำนวน	การนอนรักษาซ้ำ		X ²	P-value
		No Re-admit	Re-admit		
1. ความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
ความรู้ระดับปานกลาง	5	4	1	0.90	0.03*
ความรู้ระดับสูง	60	35	25		
2. ทัศนคติการนอนรักษาในโรงพยาบาล					
ทัศนคติปานกลาง	26	18	8	1.53	0.14
ทัศนคติดี	39	21	18		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาไข้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยด้านทัศนคติการนอนรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาไข้ในโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับสูง ได้แก่ การรักษา และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดโรค และทัศนคติต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนรักษาไข้ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และระดับความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ความรู้มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง และสินีนุช หลวงพิทักษ์ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง และสอดคล้องกับ Giang, Kangchai, & Sumngern (2016) ที่พบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุเมื่อเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่มีความขัดแย้งกับการศึกษาของสาธิต สุทธิวิจิตร (2566) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการจัดการดูแลตนเอง คือ อายุของผู้ป่วยและการรับรู้สมรรถนะของตน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ อาจทำให้สมรรถนะในการดูแลตนเองลดลง ตลอดจนสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดการดำเนินโรคที่แย่งได้นำไปสู่การรักษาไข้ได้ การแนะนำการดูแลแก่ญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการหลังการจำหน่ายกลับบ้านจะสามารถลดอาการแทรกซ้อนและการรับรักษาไข้ในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างการดูแลร่วมกันของเจ้าหน้าที่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและติดตามอาการแทรกซ้อนหลังการจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่พึงประสงค์กักการจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านได้
2. การศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อความต้องการนอนรักษาไข้ของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (2004) Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 3rd.ed. Illinois: Human Kinetics
- Giang, Kangchai, & Sumngern (2016) actors related to self-management behaviors of elderly patients with copd in hai phong, Vietnam. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Vol. 32 No. 2 May - August 2016. Pp81-93
- Gobal initiative for chronic obstructive lung disease. (2015).Pocket guideline for diagnosis management and prevention. USA: GOLDCOPD; Access on 7 November 2023 Retrieved from [http:// www.goldcopd.it/ materiale /2015/ GOLD_ Pocket_2015](http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Pocket_2015)
- Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. (2010) Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2010;363:1128-38.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT, 30(3), 607–610
- Seemungal T, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Weszicha JA. (2000).Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:1608-13
- Simon ST, Altfelder N, Alt-Epping B, Bausewein C, Weingärtner V, Voltz R,et al. (2017) Characteristics of Patients with Breath lessness.Pneumologie 2017;71(1):40-47
- World Health Organization Regional Office South-East Asia. (2013). Regional Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013–2020).Regional Committee.Sixty-sixth Session, New Delhi, India 10–13 September 2013.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร ศศิธร กระจายกลาง เพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. หน้า 327-342
- พวงเพชร ใจคำ (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูง เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รุจี จินดารัตน์ วันดี จันทา อัจฉรา แก้วเมฆ สุนิยาเจ๊ะกอ (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2566 เข้าถึงได้จาก

<https://www.sph.go.th/images/cqi/4.pdf>

โรงพยาบาลสิชล (2566). เวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิชล. นครศรีธรรมราช
สถาบันโรคทรวงอกกรมการแพทย์. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). (2563). สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566.
เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>

สาธิต สุทธิวิวัฒน์ (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.
มหาวิทยาลัยนเรศวร

สินีนุช หลวงพิทักษ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุมาลี เกียรติบุญศรี. (2555). ปอดอุดกั้นตายเฉงที่ 3 หลัง โลกสัถบุหรีไรรผล. 2555.การศึกษา/สาธารณสุข:
(คอลัมน์4).หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์.



ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดา ขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลิซล

จุฑาภรณ์ บริบูรณ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมมารดาในการดูแลเด็กป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ข้อมูลเด็กป่วยและระดับความเครียดของมารดาด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ และมารดาเด็กป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

คำสำคัญ : โปรแกรมการมีส่วนร่วม, การดูแลเด็กป่วย, ความเครียดของมารดา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลิซล จังหวัดนครราชสีมา E-mail: jutaporn4011@gmail.com



Effectiveness of mother's participation program in child caring during admission on stress among mother in Sichon Hospital

Jutaporn Boriboon¹

Abstract

This study was two groups pretest-posttest quasi study design. The aim was to study the effectiveness of mother's participation program in child caring during admission. The sample group was divided into 2 groups; there were 30 samples in the control group and 30 samples in the experimental group. The control group received normal nursing care in the pediatric ward. In the experimental group, they received a mother's participation program in child caring during admission. The tools used in this study included a program for mothers' participation in child caring during admission and a questionnaire. For the data analyzed include descriptive statistics to determine the general information of mother and child, and the mother's stress level. The analyze relationships using paired t-test and independent t-test. The results founded that the experimental group that received a mother's participation program in child caring during admission had lower stress than before the experiment in statistically significantly at p-value <0.05 and there had lower stress after the experiment than control group that received as usual nursing care in statistically significant at p-value < 0.05

Keywords: Participating program, Child caring, Mother stress

¹ Expert professional nurse Sichon Hospital Nakhon Si Thammarat Province E-mail: jutaporn4011@gmail.com

บทนำ

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความเจ็บป่วย วิกฤตและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากถึง เกือบ 10 ล้านคน (นลินี, เปรมฤดี, ขวัญชัย, สามาร, และชัยยศ, 2553) เพื่อให้ได้มาซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้มีความคาดหวังสูงต่อการ บริการและมีการเรียกร้องปกป้องสิทธิของตนเองในการรับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การแสดงความ เจ็บปวด ของเด็กป่วยที่ได้รับเหตุการณ์ที่รุกรานร่างกาย ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจาก กลัวเด็กป่วยจะเสียชีวิต ทำให้บิดามารดาไม่สบายใจ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง เบื่ออาหาร เป็นต้น (Aldridge, 2005) และหากพบว่าบิดามารดามีความวิตกกังวลในระดับสูงหรือรุนแรงจะทำให้ ทักษะในการสื่อสาร กระบวนการเรียนรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาของบิดามารดาลดลง และ ยังทำให้การปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กป่วยลดลงอีกด้วย การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด ตลอดจนส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดา ในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอ อภิบาลผู้ป่วยเด็กมีหลายวิธี เช่น การให้ข้อมูลแบบรูปธรรมผ่านวีดิทัศน์ สามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดา ในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (Aksornsri,etal., 2012)

การใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยสามารถลดระดับความเครียดของมารดา ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้ (Isarachot, 2014) โดยพบว่าบิดามารดาต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ป่วยในระดับมาก แต่ในทางปฏิบัตินั้น การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดาด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาลจะได้น้อย ด้านการตัดสินใจทำได้ปานกลาง (Kapan, 2009) อย่างไรก็ตามแม้ว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยทำได้ปานกลาง น้อย หรือในบางรายอาจไม่มีเลย แต่ในความเป็น จจริงบิดา มารดายังต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก คือ การ มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการ รักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้บิดามารดาเข้ามาอยู่กับเด็กป่วยขณะทำหัตถการ พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา ขณะเด็กป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก กุมารเวชกรรมได้

จากสถิติการให้บริการหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566) พบว่า มี ผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 2,840 4,026 และ 4,484 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสิชล, 2566) โดยในกลุ่มวัยเด็กเป็นวัยที่มีความสำคัญในการดูแลเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ มารดาจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็กเมื่อป่วย จากการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มารดาที่ดูแลเด็ก

ป่วยนั้นขาดความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเองในการดูแลขณะเด็กป่วย จากความสำคัญดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจต่อการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสึล เพื่อให้ทราบต่อประสิทธิผลการมีส่วนร่วมของการดูแลและศึกษาความเครียดในจากการดูแลเด็กป่วยเมื่อรับรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อันจะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกันแบบมีส่วนร่วมเพื่อจะลดความเครียดของมารดาผู้ดูแลอีกทั้งทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยให้สามารถรับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผลอันจะส่งผลต่อระดับความเครียดของมารดาอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อน-หลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของระดับความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้แนวปฏิบัติของโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการพยาบาลแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดาในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp,1995) และแนวคิดความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วยวิกฤตของคาร์เตอร์และไมล์ส (Carter & Miles, 1989) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสาเหตุความเครียดมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทมารดา 2) ด้านลักษณะพฤติกรรม และอารมณ์ของบุตร 3) ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ 4) ด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล 5) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาบุตร ได้กรอบการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล
 - 1.1 การรับทราบข้อมูล อุปกรณ์การแพทย์ อาการและอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับจากพยาบาล
 - 1.2 การซักถามข้อมูล อุปกรณ์การแพทย์ อาการและอาการเปลี่ยนแปลง การรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับจากพยาบาล
 - 1.3 การบอกเล่า การเจ็บป่วยของบุตร ระหว่างมารดาและพยาบาล
2. ด้านการมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวัน
 - 2.1 การทำความสะอาดร่างกาย
 - 2.2 การเปลี่ยนเสื้อผ้า
 - 2.3 การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย
3. ด้านการมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล
 - 3.1 การอยู่กับเด็กป่วย ขณะเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาล
 - 3.2 การช่วยเหลือในกิจกรรมทางการพยาบาล



ความเครียดของมารดา

1. ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทมารดา
2. ด้านลักษณะ พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร
3. ด้านกิจกรรมการรักษา
4. ด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล
5. ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในรักษาบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วกก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หนังสือรับรองเลขที่ NSTPH 171/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาเด็กป่วยที่ดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิชล จำนวน 4,484 ราย (โรงพยาบาลสิชล, 2566)

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การกำหนดค่าจากการศึกษาที่ผ่านมาของนิตยา อิศโรติ(2557) ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ดูแลเด็กป่วยขณะรับรักษาไว้ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิชล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน กำหนดค่า Effect size 0.8, Alpha 0.05, Power 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อป้องกันระหว่างการออกจากการศึกษาและความสมบูรณ์ของข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง 15% หรือ 8 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) เป็นมารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นมารดาของเด็กป่วยที่มีแผนการรักษาไม่น้อยกว่า 4 วัน
- 3) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้
- 4) มีคะแนนความเครียดก่อนการทดลองระดับปานกลางขึ้นไป
- 5) ยินยอมให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- 1) มารดาผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไม่รู้สีกตัว
- 2) มารดาของผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางคลินิกแทรกซ้อนรุนแรงต้องส่งต่อหรือย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติ
- 3) มารดาเด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมทดลอง
- 4) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีแบบเครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือรวบรวมข้อมูลวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ 1 กุมารเวช โรงพยาบาลสิชล รายละเอียด ดังนี้

แผนการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย เป็นแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้วิจัยและมารดาเด็กป่วย ประกอบด้วย การแนะนำตัว การเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินความเครียดของมารดา กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งจะดำเนินการตามเวลาเยี่ยมที่หอผู้ป่วยกำหนด

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ตอบแบบสอบถามในวันที่ 1 ของโปรแกรม โดยทำการพูดถึงอาการของผู้ป่วย และแผนการรักษาที่แพทย์ได้วางแผนไว้ แจ้งถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลเด็กป่วย วันที่ 1-4 เปิดโอกาสให้มารดาสอบถามถึงอาการเจ็บป่วย และให้สามารถเข้าช่วยเหลือหรือดูแลเด็กป่วยหลังจากนั้นก็ให้การพยาบาลตามปกติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และในวันที่ 4 ของโปรแกรมจึงให้ตอบแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง วันที่ 1 ของโปรแกรมผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ตอบแบบสอบถาม ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติการมีส่วนร่วมดูแลบุตรตามแผนการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยและคู่มือการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยและมารดาปฏิบัติการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การรับทราบและการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับเด็กป่วย อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับ และการที่มารดาได้บอกเล่าแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของบุตร วันที่ 2 ของโปรแกรมมารดาปฏิบัติการมีส่วนร่วม ด้านกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย ด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การอยู่กับเด็กป่วย คอยสัมผัส พูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจขณะเด็กป่วย ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้กลัว หรือเจ็บปวด ขณะเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการฉีดยาทางสายน้ำเกลือ และขณะเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการวัดสัญญาณชีพ ซึ่งประกอบด้วย การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การนับชีพจร การนับอัตราการหายใจ และการช่วยเหลือเด็กป่วยในกิจกรรมอย่างง่ายภายใต้ขอบเขตความสามารถของมารดา การจัดทำและพลิกตะแคงตัว ส่วนในวันที่ 3 ของโปรแกรมมารดาปฏิบัติเช่นเดียวกับวันที่ 2 และผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามซ้ำในวันที่ 4 ของโปรแกรม

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 3 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา ประกอบด้วย อายุ ลักษณะครอบครัว ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความเครียด ประสิทธิภาพการดูแลเด็กป่วยขณะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และสิทธิการรักษา จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดมารดาเด็กป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (นิตยา อิศรโชติ, 2557) จำนวน 5 ด้าน คำถามทั้งหมด 35 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทมารดา จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านลักษณะ พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านกิจกรรมการรักษา จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในรักษาบุตร จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เริ่มจาก 1-5 คือ เครียดน้อยที่สุด เครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด ตามลำดับ

การแปลความค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของ Best (1997) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50	หมายถึง	ความเครียดอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50	หมายถึง	ความเครียดอยู่ในระดับน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50	หมายถึง	ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50	หมายถึง	ความเครียดอยู่ในระดับมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00	หมายถึง	ความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามรายชื่อโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีคู่ (paired t -test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t - test)

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ร้อยละ 50.00 มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 56.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 86.67 จบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.00 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 43.33 ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยขณะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ร้อยละ 66.67 และการรับรู้ภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตรระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ร้อยละ 36.67 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.67 อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 86.67 จบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.33 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 40.00 ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยขณะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วย ร้อยละ 80.00 และการรับรู้ภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตรระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และสิทธิการรักษา ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของเด็กป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)
1. อายุเด็กป่วยที่รับไว้รักษา		
ต่ำกว่า 5 ปี	19 (63.33)	17 (56.67)
5-10 ปี	8 (26.67)	6 (20.00)
11 ปี ขึ้นไป	3 (10.00)	7 (23.33)
2. เพศ		
ชาย	13 (43.33)	18 (60.00)
หญิง	17 (56.67)	12 (40.00)
3. การวินิจฉัยโรค		
ระบบทางเดินหายใจ	20 (66.67)	18 (60.00)
ระบบกระเพาะอาหาร	3 (10.00)	9 (30.00)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	5 (16.67)	0 (0.00)
ระบบประสาท	2 (6.67)	3 (10.00)
4. สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	28 (93.34)	30 (100.00)
จ่ายตรง	1 (3.33)	0 (0.00)
เงินสด	1 (3.33)	0 (0.00)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีบุตรที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.33 เพศหญิง ร้อยละ 56.67 การวินิจฉัยโรคด้วยระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 66.67 มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 93.34 ในขณะที่กลุ่มทดลอง มีบุตรที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.67 เพศชาย ร้อยละ 60.00 การวินิจฉัยโรคด้วยระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 60.00 มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 100

3. ความเครียดของมารดาเด็กป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3.1 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ก่อนและหลังการดำเนินการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยฯ ในมารดาในกลุ่มทดลอง ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดของมารดาเด็กป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลอง

ความเครียดรายด้านของการดูแลเด็กป่วย	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทมารดา	3.31	0.48	ปานกลาง	1.95	0.64	น้อย	6.75	0.00*
ด้านลักษณะ พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร	4.03	0.48	มาก	2.50	0.73	น้อย	7.08	0.00*
ด้านกิจกรรมการรักษา	3.95	0.40	มาก	2.49	0.75	น้อย	6.52	0.00*
ด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล	3.23	0.37	ปานกลาง	1.81	0.65	น้อย	8.72	0.00*
ด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของ	4.25	0.40	มาก	2.67	0.63	ปานกลาง	7.15	0.00*
ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์								
เฉลี่ยรวม	3.75	0.43	มาก	2.28	0.68	น้อย	7.24	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาเด็กป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ทั้ง 5 ด้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน หลังการทดลองพบว่า ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทมารดา ด้านลักษณะ พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร ด้านกิจกรรมการรักษา และด้านพฤติกรรมและการสื่อสารของพยาบาล มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย มีเพียงด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดรายด้านภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ระดับความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม	3.73	0.54	3.43	0.56	-1.28	0.20
กลุ่มทดลอง	3.75	0.43	2.28	0.68	7.24	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความเครียดของมารดาเด็กป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองมารดาเด็กป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย มีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า มารดาเด็กป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารดาเด็กป่วย

ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า การใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย สามารถช่วยลดความเครียดของมารดาที่มีบุตรป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา อิศรโชติ และคณะ (2557) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยมีความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 42.88, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของวันเพ็ญสุทธิศักดิ์สุนท และคณะ (2565) ที่พบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M=2.37, SD=0.32$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M=3.27, SD=0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.66, p<.05$) นอกจากนี้ การให้มารดาได้รับทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ตลอดจนการให้สามารถช่วยเหลือดูแลเด็กในหอผู้ป่วยจะทำให้มารดาหรือผู้ดูแลคลายความกังวลถึงอันตรายแก่ผู้ป่วยเด็กได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ควรทบทวนแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีส่วนร่วมกับมารดาหรือผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ ตลอดจนการสร้างความร่วมมือแก่พยาบาลในการจัดทำแนวปฏิบัติให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยต่อไป
2. การส่งเสริมการให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเด็กแก่มารดาหรือผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ และให้ข้อมูลเป็นระยะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกหรือการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้มารดาหรือผู้ดูแลเข้าใจและลดความกังวลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- Aksornsri, A., Thampanichawat, W., & Wichiencharoen, K. (2012). Effects of concrete objective information on parental anxiety and parental participation in care for children in pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Science*, 30(2), 80- 89.
- Aldridge, M.D. (2005). Decreased parental stress in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Best, J.W. (1997). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey : Prentice Hall Inc.
- Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). Parental Stressors Scale: Pediatric intensive care unit. *Maternal Child Nursing Journal*, 18, 182-198.

- Isarachot, N. (2014). *The Effect of a Maternal Participation in Child Care Program on Maternal Stressor at a Pediatric Intensive Care Unit*. Master thesis. Prince of Songkla University.
- Kapan, K. (2009). *Parent, participation in Care for Children in intensive care unit and Factors Associate*. Master thesis Chiang Mai University.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA, USA.
- นลินี จงวิริยะพันธุ์, เปรมฤดี ภูมิถาวร, ขวัญชัย ไพโรจน์สกุล, สามารถ ภคภษมา และชัยยศ คงคติธรรม.(2553). *Ambulatory pediatrics* เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิตยา อิศรโชติ, มยุรี นภาพรรณสกุล และบุษกร พันธเมธาฤทธิ. (2557). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- โรงพยาบาลสิชล.(2566). *เวชระเบียนการให้บริการหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. นครศรีธรรมราช
- วันเพ็ญ สุทธิศักดิ์สุนทร นิภาภรณ์ ชื่นอร่ามพรทิพา ศุภราศรี. *ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤต*. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1: มกราคม - มิถุนายน 2565. หน้า 1-17



ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย

หทัยรัตน์ ยาวิชัย¹, พลากร มูลไว², กรรณิกา กาวิวงศ์³, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁴

บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและการทำงานด้านเชิงลบต่อบุคคลและองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรของโรงพยาบาลเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดการและป้องกันการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางในบุคลากรโรงพยาบาลเชียงราย จำนวน 148 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ และแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 16.9 ภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.2 ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.2 ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 79.7 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ความรู้สึกต่อภาระงาน (มากเกินไป) ($OR_{adj}=4.79$; 95%CI=1.16–19.89) ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน (น้อย) ($OR_{adj}=6.46$; 95%CI=1.66–25.19) ความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านมีกำลังใจ (ต่ำกว่าปกติ) ($OR_{adj}=1.84$; 95%CI=1.44–39.67) ดังนั้น บุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะหมดไฟ การสร้างเสริมความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจและการสนับสนุนจากผู้บริหารเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ, บุคลากร

¹ โรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย, E-mail: kaerx37@gmail.com

² กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย

³ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย

⁴ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com.



Burnout among personnel of Chiangsaen hospital, Chiangrai province

Hatairat Yawichai¹, Palakorn Moonwai², Kannika Kaweewong³, Amornsak Poum⁴

Abstract

Burnout syndrome is defined as an alteration in mental state from chronic workplace stress that affects the physical, mental, and behavior of the worker resulting in a negative impact on the individual and organization. This study aimed to investigate the prevalence and associated factors of burnout syndrome among personnel of Chiangsaen Hospital, Chiangrai Province, for strategic plans developing and preventive measures for burnout syndrome among hospital's personnel. This Cross-sectional analytic study was conducted among 148 Chiangsaen hospital's personnel using a general information questionnaire, a resilience questionnaire, and a burnout questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, and relationships between association factors were examined using multiple logistic regression analysis. The prevalence rate of high levels of burnout syndrome was 16.9 percent. Low levels of emotional exhaustion and depersonalization were 66.2 and 64.2 percent while personal accomplishment was high level, accounting for 79.7 percent. The association factors of the high level of burnout syndrome were perceived work overload ($OR_{adj}=4.79$; 95%CI=1.16-19.89), low support from the organization ($OR_{adj}=6.46$; 95%CI=1.66-25.19) and low resilience in encouragement ($OR_{adj}=1.84$; 95%CI=1.44-39.67). Personnel in Chiangsaen Hospital need monitoring for burnout syndrome. Creating activities that enhance resilience, improving work-life balance, and supporting from organization to prevent mental health problems.

Keywords: Burnout syndrome, Resilience, Personnel

¹Chiangsaen Hospital, Chiangrai Province, E-mail: kaerx37@gmail.com

²Psychiatry and Addiction Subdivision, Chiangsaen Hospital, Chiangrai Province.

³Psychiatry and Addiction Subdivision, Chiangsaen Hospital, Chiangrai Province.

⁴Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

บทนำ

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout syndrome) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากการสะสมความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลักประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงานหรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้าน และมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกตั้งใจให้ประสบความสำเร็จ 3) รู้สึกเหินห่างจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือผู้รับบริการ รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน (Maslach, et al., 1981; World Health Organization, 2019) ภาวะหมดไฟพบมากในกลุ่มอาชีพบริการสาธารณะ งานเสี่ยงอันตราย งานที่ต้องใช้การตัดสินใจที่แม่นยำ งานมีความรับผิดชอบสูง บุคลากรด้านการแพทย์ มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน เป็นอาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเร่งด่วนและวิกฤตชีวิตคน และความคาดหวังจากผู้รับบริการ ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะหมดไฟได้ ภาวะหมดไฟก่อให้เกิดความอ่อนล้าทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีความเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ในด้านจิตใจทำให้เกิด อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกเศร้า มองโลกในแง่ร้าย เบื่อหน่าย หากไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลต่อการทำงาน เช่น ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และมีความคิดลาออกจากงานส่งผลกระทบต่อให้แก่องค์กรในด้านสูญเสียบุคลากร ในขณะที่ปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียด สามารถเผชิญกับปัญหา ภาวะวิกฤตของชีวิต เข้าใจชีวิต พร้อมที่จะฟื้นตัวรับมือกับผลกระทบ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เรียกว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เกิดได้จากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระหนี้สิน ด้านจิตใจ เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา และความเข้มแข็งอดทน ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ เช่น ตำแหน่งงาน ปริมาณงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน ความพึงพอใจต่องาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การสนับสนุนทางสังคมทั้งหัวหน้างาน ผู้ร่วมงาน จากองค์กร นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานยังสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ การมีกำลังใจ และการจัดการกับปัญหา (กษามาส วิชัยดิษฐ และคณะ, 2565; Walton, 1973)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytic Research Study) เก็บข้อมูลในเดือน สิงหาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรขนาดเล็ก (Estimating a finite population proportion) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ อัญชลี เลิศมิ่งมงคล (2565) ได้ศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียวกรณีประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน $N = 232$ คน สัดส่วนของการมีภาวะหมดไฟ $p = 0.196$ ยอมรับความผิดพลาด (error) ได้ $d = 0.0392$ และกำหนดค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (alpha error) ไว้ที่ 0.05 ต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดอย่างน้อย 148 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยไม่อ้างอิงความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenient sampling) เกณฑ์ในการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน ปฏิบัติงานไม่น้อย กว่า 1 ปี และผู้ตอบแบบสอบถามยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออก จากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดตอบคำถามกลางคัน แบบสอบถามที่ใช้เป็น แบบสอบถามแบบออนไลน์ทาง google forms เข้าถึงด้วย QR code ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลเชียงแสน รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวน เวรนอกเวลาราชการ ความรู้สึกต่อภาระงาน การมีเวลาส่วนตัว ความเพียงพอต่อการนอนหลับโดยเฉลี่ย ระดับ ความพึงพอใจในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การได้รับผลตอบแทนเทียบกับภาระงาน ความรู้สึก ผู้บริหารสนับสนุน และความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2563) เป็นแบบประเมินศักยภาพ resilience quotient (RQ) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ สำหรับผู้ใหญ่ ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.92 และค่าCronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ สอบถามถึง ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริง ถึง จริงมาก เกณฑ์แบ่งออกเป็นรายด้าน ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คะแนนน้อยกว่า 27 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 27-34 หมายถึง ปกติ คะแนนมากกว่า 34 หมายถึง สูงกว่าปกติ ด้านมีกำลังใจ คะแนนน้อยกว่า 14 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 14-19 หมายถึง ปกติ คะแนนมากกว่า 19 หมายถึง สูงกว่าปกติ และด้านการจัดการกับปัญหา คะแนนน้อยกว่า 13 หมายถึง ต่ำกว่าปกติ ช่วงคะแนน 13-18 หมายถึง ปกติ คะแนน มากกว่า 18 หมายถึง สูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (นันทวดี วรสุวิธ, 2563) สร้างขึ้น โดยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 แบ่งการวัดออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น และความสำเร็จส่วนบุคคล แบบสอบถามเป็นแบบสมมาตร ส่วนที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงมีความรู้สึกเช่นนั้น ทุกๆ วัน ประกอบด้วยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ โดยแบ่งระดับภาวะหมดไฟในแต่ละด้าน ดังนี้ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ คือ 0-16 คะแนน ระดับปานกลางคือ 17-26 คะแนน และระดับสูง คือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ คือ 0-6 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 7-12 คะแนน และระดับสูง คือ ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วน ความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ คือ ตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ 32-38 คะแนน และระดับสูง คือ 0-31 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟระดับสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

สถิติวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วงและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล หาความสัมพันธ์

หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ

การศึกษาผ่านการพิจารณาการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ 94/2566 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 113 คน ร้อยละ 76.4 อายุเฉลี่ย 39.13 ปี (SD = 9.64) อยู่ในกลุ่ม 30 – 44 ปี ร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 50.6 การศึกษาจบชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 66.2 อยู่ในตำแหน่งพนักงานทั่วไป ร้อยละ 54.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.7 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 34.5 มีจำนวนวันทำงานนอกเวลาน้อยกว่า 4 วันต่อเดือน ร้อยละ 36.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเชียงราย แสมอยู่ระหว่าง 3 – 20 ปี ร้อยละ 57.4 ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาลระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 ความเพียงพอต่อการนอนหลับ ร้อยละ 67.6 ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว ร้อยละ 67.6 ระดับความพอใจในการทำงาน ระดับปานกลาง ร้อยละ 78.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานดี ร้อยละ 81.8 การได้รับผลตอบแทนเทียบกับภาระงานที่เหมาะสม ร้อยละ 52.0 ความรู้สึกว่าผู้บริหารสนับสนุนได้เหมาะสม ร้อยละ 68.2 ความยืดหยุ่นทางจิตใจรวมทุกด้านอยู่ในระดับปกติหรือสูงกว่าเกณฑ์ รวมร้อยละ 77.7 แยกเป็นรายด้าน ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ อยู่ในระดับปกติหรือสูงกว่าเกณฑ์ รวมร้อยละ 67.6 ด้านมีกำลังใจ อยู่ในระดับปกติหรือสูงกว่าเกณฑ์ รวมร้อยละ 81.8 ด้านการจัดการกับปัญหา อยู่ในระดับปกติหรือสูงกว่าเกณฑ์ รวมร้อยละ 73 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
	ชาย	35(23.6)
	หญิง	113(76.4)
อายุ (ปี)		
	< 30	28(18.9)
	30 - 44	70 (47.3)
	45 - 60	50(33.8)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
Mean = 39.13, S.D.=9.639, Min =23, Max =59	
สถานภาพ	
โสด	64(43.2)
แต่งงาน	75(50.6)
หม้าย/หย่า/แยก	9(6.0)
โรคประจำตัว	
มี	38(25.7)
ไม่มี	110(74.3)
รายได้ (บาท)	
< 15,000	51(34.5)
15,000 – 30,000	49(33.1)
> 30,000	48(32.4)
Mean=28,231.95, S.D.=19294.35, Min=7,900 Max =120,000	
การศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39(26.4)
ปริญญาตรี	98(66.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	11 (7.4)
อาชีพ	
แพทย์/ทันตะฯ/ เภสัชกร	15(10.1)
พยาบาล/เทคนิคการแพทย์/	52(35.1)
นักรังสีวิทยา/แพทย์แผนไทย/	
แพทย์แผนจีน/นักกายภาพ	
พนักงานทั่วไป	81(54.7)
ระยะเวลาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ (ปี)	
< 3 ปี	36(24.3)
3 - 20 ปี	85(57.4)
> 20 ปี	27(18.2)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
Mean = 11.18, S.D.=9.35, Min =1, Max =43	
ความรู้สึกรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล	
ปานกลาง	96(64.9)
มากเกินไป	52(35.1)
จำนวนวันทำงานนอกเวลาต่อเดือน	
< 4 วัน	54(36.5)
4 – 6 วัน	35(23.6)
7 – 10 วัน	24(16.2)
> 10 วัน	35(23.6)
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	48(32.4)
ปกติ	74(50.0)
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	26(17.6)
ด้านมีกำลังใจ	
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	27(18.2)
ปกติ	99(66.9)
ความเพียงพอต่อการนอนหลับโดยเฉลี่ย	
เพียงพอ	100(67.6)
ไม่เพียงพอ	48(32.4)
ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว	
เพียงพอ	100(67.6)
ไม่เพียงพอ	48(32.4)
ระดับความพอใจในการทำงาน	
ปานกลาง	116(78.4)
น้อย	32(21.6)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	
เฉยๆ	27(18.2)
ดี	121(81.8)
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	22(14.9)
ด้านการจัดการกับปัญหา	
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	40(27.0)
ปกติ	98(66.2)
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	10(6.8)
การได้รับผลตอบแทนเทียบกับภาระงาน	
เหมาะสม	77(52.0)
ไม่เหมาะสม	71(48.0)
ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน	
เหมาะสม	101(68.2)
น้อย	47(31.8)

ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานทั้ง 3 ด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 98 คน ร้อยละ 66.2 ด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 95 คน ร้อยละ 64.2 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูง จำนวน 118 คน ร้อยละ 79.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับภาวะหมดไฟ (n=148)

ภาวะหมดไฟในการทำงานในแต่ละด้าน	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	98	66.2	21	14.2	29	0.24	15.79	11.47
การลดความเป็นบุคคล	95	64.2	26	17.6	27	0.24	6.35	5.77
ความสำเร็จส่วนบุคคล	26	17.6	4	2.7	118	0.24	17.59	13.61

ความชุกของผู้มีภาวะหมดไฟ พบว่า ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูง แต่จะมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ มีจำนวน 25 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 16.90 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกเมื่อแบ่งตามระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย(n = 148)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง	25	16.90
มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ-ปานกลาง	123	83.10

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล (มากเกินไป) ($OR_{adj}=4.79$; 95% CI 1.16-19.89), ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน (น้อย) ($OR_{adj} =6.46$; 95% CI 1.66-25.19) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ ด้านมีกำลังใจ (ต่ำกว่าปกติ) ($OR_{adj} =7.53$; 95%CI=1.44- 39.37) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ทดสอบด้วย multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน		OR _{adj}	95% CI	p-value
	จำนวน	ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ)			
ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการทำงาน					
สถานภาพ					
โสด	64	15 (23.4)	1	-	-
แต่งงาน	75	7 (9.3)	1.08	0.26-4.44	0.918
หม้าย/หย่า	9	3 (33.3)	6.30	0.51-77.92	0.151
การศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	39	2(5.1)	1	-	-

ปัจจัย	จำนวน	จำนวน ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ)	OR _{adj}	95% CI	p-value
ปริญญาตรี	98	21(21.4)	9.02	0.56-145.77	0.121
สูงกว่าปริญญาตรี	11	2(18.2)	6.88	0.14-333.36	0.330
ความรู้สึกต่อการะงานในโรงพยาบาล					
ปานกลาง	96	6(6.2)	1	-	-
มากเกินไป	52	19(36.5)	4.79	1.16-19.89	0.031
จำนวนวันทำงานนอกเวลาต่อเดือน					
< 4 วัน	54	6(11.1)	1	-	-
4 – 6 วัน	35	3(8.6)	0.35	0.03-4.33	0.411
7 – 10 วัน	24	6(25.0)	1.48	0.18-12.16	0.718
> 10 วัน	35	10(28.6)	0.93	0.12-7.26	0.944
ความเพียงพอต่อการนอนหลับ					
เพียงพอ	100	9(9.0)	1	-	-
ไม่เพียงพอ	48	16(33.3)	2.79	0.29-26.46	0.372
ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว					
เพียงพอ	100	8(8.0)	1	-	-
ไม่เพียงพอ	48	17(35.4)	2.39	0.29-19.64	0.418
ระดับความพอใจในการทำงาน					
ปานกลาง	116	13(11.2)	1	-	-
น้อย	32	12(37.5)	0.52	0.12-2.27	0.383
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน					
เฉย ๆ	27	16(59.3)	0.85	-	-
ดี	121	9(7.4)	1	0.17-4.28	0.843
ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน					
เหมาะสม	101	6(5.9)	1	-	-

ปัจจัย	จำนวน	จำนวน	OR _{adj}	95% CI	p-value
		ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ)			
น้อย	47	19(40.4)	6.46	1.66-25.19	0.007
ความยืดหยุ่นทางจิตใจแบ่งเป็นรายด้าน					
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์					
ปกติและสูงกว่าปกติ	100	11(11.0)	1	-	-
ต่ำกว่าปกติ	48	14(29.2)	1.04	0.16-6.85	0.971
ด้านมีกำลังใจ					
ปกติและสูงกว่าปกติ	121	13(10.7)	1	-	-
ต่ำกว่าปกติ	27	12(44.4)	7.53	1.44-39.37	0.017
ด้านการจัดการกับปัญหา					
ปกติและสูงกว่าปกติ	108	11(10.2)	1	-	-
ต่ำกว่าปกติ	40	14(35.0)	1.84	0.30-11.45	0.513

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง ได้แก่ ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล (มากเกินไป) (OR_{adj}=16.37; 95%CI=1.94-137.91) ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน (น้อย) (OR_{adj}=6.12; 95%CI=1.10-33.92) และความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจ (ต่ำกว่าปกติ) (OR_{adj}=11.40; 95%CI=1.08-119.97) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลระดับสูง ได้แก่ อายุ 30-44 ปี (OR_{adj}=127.77; 95%CI=3.62-4519.94) อายุ 45-60 ปี (OR_{adj}=85.61; 95%CI=1.39-5256.69) ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล (มากเกินไป) (OR_{adj}=11.41; 95%CI=1.07-121.23) ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน (น้อย) (OR_{adj}=8.34; 95%CI= 1.32-52.66) และความยืดหยุ่นทางจิตใจด้านกำลังใจ(ต่ำกว่าปกติ) (OR_{adj}=60.79; 95%CI=3.00-1230.41) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ ได้แก่ อายุ 30-44 ปี (OR_{adj}=65.87; 95%CI=2.59-1678.35) อายุ 45-60 ปี (OR_{adj}=83.35; 95%CI=1.66-4189.85) ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล (มากเกินไป) (OR_{adj}=27.46; 95%CI=1.88-402.13) และความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน(น้อย)(OR_{adj}=11.02; 95%CI=1.82-66.68) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานในแต่ละด้าน ทดสอบด้วย multiple logistic regression

ปัจจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์(สูง)			การลดความเป็นบุคคล (สูง)			ความสำเร็จส่วนบุคคล(ต่ำ)		
	OR _{adj}	95% CI	p-value	OR _{adj}	95% CI	p-value	OR _{adj}	95% CI	p-value
อายุ									
< 30 ปี	1			1			1		
30-44 ปี	3.48	0.23-51.99	0.37	127.77	3.62-4519.94	0.01	65.87	2.59-1678.35	0.011
45 ปีขึ้นไป	4.48	0.08-236.22	0.46	85.61	1.39-5256.69	0.03	83.35	1.66-4189.85	0.027
ความรู้สึกต่อภาระงาน									
ในโรงพยาบาล									
ปานกลาง	1			1			1		
มากเกินไป	16.37	1.94-137.91	0.010	11.41	1.07-121.23	0.043	27.46	1.88-402.13	0.016
ความรู้สึกผู้บริหาร									
สนับสนุน									
เหมาะสม	1			1			1		
น้อย	6.12	1.10-33.92	0.038	8.34	1.32-52.66	0.024	11.02	1.82-66.68	0.009
ความยืดหยุ่นทางใจ									
ด้านความมั่นคงทาง									
อารมณ์									
ปกติและสูงกว่าปกติ	1			1			1		
ต่ำกว่าปกติ	0.91	0.08-10.96	0.943	0.58	0.04-7.95	0.684	1.49	0.14-15.79	0.740
ด้านมีกำลังใจ									
ปกติและสูงกว่าปกติ	1			1			1		
ต่ำกว่าปกติ	11.40	1.08-19.97	0.043	60.79	3.00-1230.41	0.007	10.00	0.66-151.45	0.097
ด้านการจัดการกับ									
ปัญหา									
ปกติและสูงกว่าปกติ	1			1			1		
ต่ำกว่าปกติ	2.19	0.20-24.32	0.523	1.98	0.16-24.61	0.595	4.73	0.35-64.13	0.243

การอภิปรายผลและสรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรโรงพยาบาลเชียงแสน พบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 16.9 และเมื่อจำแนกระดับภาวะหมดไฟในการทำงานทั้ง 3 ด้านพบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.2 ด้านการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.2 และด้านความสำเร็จ ส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิชราภรณ์ สິณัตพัฒนะสุข และคณะ (2565) ที่พบว่าระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เช่นกันร้อยละ 40.72 ด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.58 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 39.37 ต่างจากการศึกษาของ นครินทร์ ชุนงาม (2563) ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูงร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูงร้อยละ 100 ส่วนในการศึกษาของต่างประเทศเอธิโอเปีย (Anbesaw, et al., 2023) พบว่าความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มประเทศ เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี ญี่ปุ่น จีน มาลาวี รายงานอัตราของภาวะหมดไฟตั้งแต่ ร้อยละ 20 ถึง 83 อีกทั้งการศึกษาของ Lisa S. Rotenstein, et al. (2016) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษา 182 ฉบับ ที่เกี่ยวข้องจำนวน 109,628 คนใน 45 ประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี 1991 ถึง 2018 โดยรวมแล้ว 85.7% (156/182) ของการศึกษาใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟ ของ Maslach Burnout Inventory (MBI) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกภาวะหมดไฟในอาชีพแพทย์ ตั้งแต่ 0%-85% อย่างไรก็ตาม ความชุกอาจมีความแตกต่างกันไป เนื่องจากคำจำกัดความที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยและค่าจุดตัดการวินิจฉัย แต่ละเครื่องมือ (Lindblom, et al., 2006) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression พบว่า ความรู้สึกต่อภาระงานในโรงพยาบาล (มากเกินไป) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของ บุคลากร 4.79 เท่า (Adj.OR=4.79; 95%CI=1.16-19.89) ซึ่งสอดคล้อง Igor Portoghesi, et al. (2014) พบว่า ภาวะหมดไฟมีความสัมพันธ์ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ F popa et al. (2010) ที่พบว่าภาระการดูแลคนไข้จำนวนมากและจำนวนบุคลากรที่จำกัด นำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจรวมถึงกะการทำงานที่ยาวนาน การทำงานให้เสร็จสิ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้ จากการศึกษา Lisa S Meredith et al. (2022) ที่รวบรวม systematic review ด้านภาระงาน 56 เรื่อง ส่วนใหญ่พบว่าภาระงานเป็นตัวพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ อาทิ ชั่วโมงการทำงาน ที่มากขึ้น ปริมาณผู้ป่วยนอกที่สูงขึ้นและเปอร์เซ็นต์ของเวลาในการปฏิบัติงานทางคลินิกที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงที่จะหมดไฟในการทำงานที่สูงขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตามภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปฏิกิริยาเชิงลบที่

สะสมต่อแรงกดดันจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความไม่เหมาะสมระหว่างบุคคลากรกับงานที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานเป็นเวลานานได้¹ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้สึกผู้บริหารสนับสนุน (น้อย) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร 6.46 เท่า (Adj.OR=6.46; 95%CI=1.66-25.19) สอดคล้องกับการศึกษา Lisa S Meredith et al. (2022) ที่รวบรวม systematic review พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำเชื่อมโยงกับความภาวะหมดไฟในการทำงานที่สูงขึ้น เป็นไปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจกับบุคลากร ที่เป็นการสนับสนุนหรือวิธีการต่างๆที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถเพิ่มมากขึ้น การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้นำ จะทำให้บุคลากร กล้าคิด กล้าทำ มั่นใจในการทำงานได้ ซึ่งอย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ถามเหตุผลเชิงลึก และสิ่งที่ต้องการจากผู้นาองค์กร จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจ ด้านมีกำลังใจ (ต่ำกว่าปกติ) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร 7.53 เท่า (Adj.OR=7.53; 95%CI=1.44-39.37) สอดคล้องกับ Johan Holmberg et al. (2020) พบว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทำงานที่มากขึ้น เป็นไปได้ว่าความยืดหยุ่นเป็นความสามารถในการทำงานได้ดีในที่ที่มีความทุกข์ ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีบทบาทสำคัญในสุขภาพจิต (Sturgeon et al., 2013) แม้จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดก็สามารถรับมือได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรมีการคัดกรองภาวะหมดไฟในงานเป็นประจำทุกปี มีการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลปัญหาภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กขามาส วิชัยดิษฐ, อารยา ประเสริฐชัย, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์. (2565). ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 30(3): 211-21.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี [RQ: resilience quotient]. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี:บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- นครินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 28(4): 348-59.

- นันทาวดี วรวิสุต. (2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 [Development model of enhancing psychological immunity for operation burnout of public health officials, 7th health region]. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2): 603-13.
- พัชรภรณ์ สิ้นตพัฒนะสุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของ บุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31(1): 154-63.
- อัญชลี เลิศมิ่งมงคล. (2565). ภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anbesaw T, Zenebe Y, Abebe M, Tegafaw T. (2023). Burnout Syndrome and Associated Factors Among Health Care Professionals Working in Dessie Comprehensive Specialized Hospital, Dessie, Ethiopia. SAGE Open. Oct 1; 13(4): 21582440231215147.
- Holmberg J, Kemani MK, Holmström L, Öst LG, Wicksell RK. (2020). Psychological Flexibility and Its Relationship to Distress and Work Engagement Among Intensive Care Medical Staff. Front Psychol. Nov 4 ;11: 603986.
- Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. Int J Behav Med. 13(1): 51-9.
- Maslach C, Jackson SE. (1981). The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 2(2): 99-113.
- Meredith LS, Bouskill K, Chang J, Larkin J, Motala A, Hempel S. (2022). Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. BMJ Open. Aug 25; 12(8) : e054243.
- Popa F, Arafat R, Purcărea V, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. (2010). Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a stage 2 nationwide study and analysis. J Med Life. Nov 15; 3(4): 449-53.

- Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. (2014). Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control. *Saf Health Work*. Sep; 5(3): 152–7.
- Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. Dec 6; 316(21): 2214–36.
- Sturgeon JA, Zautra AJ. (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Curr Pain Headache Rep*. Mar; 17(3): 317.
- Walton RE. (1973). Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*. 15: 11-21.
- World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: international Classification of Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2023 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/



ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย

ทัศนีย์ แสงเงิน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย การศึกษาขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 7 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด พบว่า เพศชายร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 66.57 ปี (S.D.=25.38) ร้อยละ 42.90 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.10 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วยการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ป่วยวัณโรคปอดและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าโปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม 1) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย 2) กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย 3) กิจกรรมการเพิ่มทักษะ 4) กิจกรรมการกำหนดปัญหาร่วมกัน 5) กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน 6) กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน 7) กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ 8) กิจกรรมการประเมินผล และ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.5-1 ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 24 คน พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้และการปฏิบัติตามแผนการรักษาส่งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาล, ตั้งเป้าหมายร่วมกัน, การปฏิบัติตามแผนการรักษา, ผู้ป่วยวัณโรคปอด, หอบผู้ป่วยใน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย



The effectiveness of mutual goal setting nursing program for compliance with tuberculosis treatment plan among pulmonary tuberculosis patients, inpatients department Sukhothai hospital

Tassanee Sangngern¹

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of mutual goal setting nursing program for compliance with tuberculosis treatment plan among pulmonary tuberculosis patients inpatients department Sukhothai hospital. The study was conducted in 3 phases. The first phase aimed to assess compliance with tuberculosis treatment plan among pulmonary tuberculosis patients. The samples were 7 tuberculosis patients recruited by purposive sampling. Collecting data by questionnaire and analysis by frequency, percentage mean, standard deviation, maximum, minimum. The result showed that male (57.10%) average age 66.57 years old (S.D.=25.38) the samples had a lower level of knowledge (42.90%) and lower level of compliance with tuberculosis treatment plan (74.10%). The second phase was to construct mutual goal setting nursing program which consisted of the study on needs suggested by pulmonary tuberculosis patients and the content validity which was approved by experts. The resulting program consisted of 8 steps: (1) Goal-oriented interaction (2) Assessment (3) Having decision making skill (4) Joint problem formulation (5) The choice of practice (6) Planning/Setting goal (7) Implementing and (8) Evaluation. And content validity (IOC) was between 0.5-1. The third phase was to evaluate of mutual goal setting nursing program for compliance with tuberculosis treatment plan; and it was found that there was a significant increasing the average score of knowledge and compliance with tuberculosis treatment plan after the intervention ($p<0.001$).

Keyword: nursing program, mutual goal setting, treatment plan, pulmonary tuberculosis patients, inpatients department

¹ Registe Expert professional nurse Nursing work group Sukhothai Hospital

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการป่วย การตายในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (จตุพร พันธะเกษม, 2561) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าระหว่างปี ค.ศ. 2002-2020 จะมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ สูงขึ้น 1,000 ล้านคน ซึ่งในจำนวน 150 ล้านคนจะเป็นผู้ป่วยวัณโรค (ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา, 2564) และในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อประชากรแสนคนหรือจำนวน 10.6 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 1.3 ล้านคน และประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection: LTBI) (WHO, 2023)

สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกประมาณทางระบาดวิทยาว่าปี ค.ศ. 2017 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำในประเทศไทย จำนวน 108,000 ราย นอกจากนี้ คนไทยประมาณ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทย มีเชื้อวัณโรคแฝงที่ไม่แพร่กระจาย (กรมควบคุมโรค, 2560) และในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลก ประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำปีละประมาณ 120,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 14,000 รายต่อปี และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (WHO, 2020) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2022 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค 155 ต่อประชากรแสนคนหรือจำนวน 111,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 14,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Drug resistance TB: DR-TB) จำนวน 2,700 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 9,200 ราย (WHO, 2023)

ส่วนในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ และอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค เท่ากับ 85 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2559) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค เท่ากับ 115 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 2562) และจังหวัดสุโขทัยมีอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค ในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 93 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2559) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 2 และพบว่าปี พ.ศ. 2562 จังหวัดสุโขทัยมีอัตราความครอบคลุม การค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคเท่ากับร้อยละ 68.77 จากเป้าหมายร้อยละ 82.5 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 2562)

สำหรับโรงพยาบาลสุโขทัย ได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาวัณโรค ด้วยการบริหารจัดการในรูปแบบ One stop service โดยทีมสหวิชาชีพ มีการลงทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในระบบอย่างครบถ้วนมีระบบการประสานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างหอผู้ป่วยในกับคลินิกวัณโรค (TB clinic) เพื่อให้มีการเริ่มให้ยาโดยตรง (

DOT: Directed observed therapy) ระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลโดยพยาบาลในหอผู้ป่วย และกำกับ การรับประทานยาและให้การปรึกษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 117 , 118 และ 122 ราย ตามลำดับ และพบว่าความสำเร็จของการรักษาปี พ.ศ.2562 – 2564 มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ ร้อยละ 89.25 , 90.09 และ 81.41 ตามลำดับ และข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทั้งโรคหลักและโรคร่วมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2565 มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ 160 , 161 , และ 188 รายตามลำดับ (ศิริลักษณ์ อุภาวนิช และคณะ, 2566)

การรักษาวัณโรคในปัจจุบันให้การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคใช้ระยะเวลา 6-8 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่อง แนวทางการประเมินผลโดยการตรวจเสมหะ จะทำหลังจากสิ้นสุดการรักษาใน ระยะเข้มข้น 2 เดือน เพื่อตรวจสอบถึงความร่วมมือในการรักษาจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและหาก เสมหะในเดือนที่ 2 ยังพบเชื้อให้คำนึงถึงการรับประทานยาวัณโรคไม่สม่ำเสมอ ขนาดยาไม่เหมาะสม หรือสงสัย เชื้อดื้อยา หากผู้ป่วยขาดการรักษาและการรับประทานยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกันถือว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคขาดยา จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาวัณโรคโดยเข้ารับการปรึกษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนที่มี ความสำคัญในการรักษาวัณโรคให้หายขาด ไม่กลายเป็นชนิดดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้คนอื่น ๆ ใน ชุมชนได้ (สำนักวัณโรค, 2561)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา การ รับประทานอาหารอย่างถูกต้องและหรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และคำแนะนำที่ตก ลงร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงการให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่ได้ตกลง ร่วมกันเพื่อให้เกิดผลการรักษาตามเป้าหมาย (Meichenbaum & Turk, 2015) สำหรับความร่วมมือในการรักษา วัณโรคปอดเป็นการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยการใช้จ่ายที่กำหนดไว้ทั้งหมดตลอดระยะเวลาในการ รักษา โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลา 6-9 เดือนและไม่หยุดยาเอง การรับประทาน ยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดต้องใช้ระยะเวลายาวนาน จำนวนยาที่มีปริมาณมากและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน มีผื่นคันตามร่างกาย ตัว ตาเหลือง ปวดตามข้อ (Amuha et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ไม่ ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มาตรวจตามนัด เกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษาและการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความ สม่ำเสมอในการรักษาและการรับประทานยา ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและความสำคัญของการรักษา

รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น (ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในที่ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981) เพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยวัณโรคร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ทำข้อตกลงและปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่งผลให้การรักษาวัณโรคหายขาด ไม่กลายเป็นชนิดดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย 3) เพื่อทดสอบหาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and development) โดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (Combine research หรือ Mixed method) ระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King, 1981) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ดังนี้

1. วิธีดำเนินการ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 1-15 ตุลาคม 2566
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 7 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุโขทัย 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมระหว่าง 0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย/ปฏิบัติมากได้คะแนน 3 คะแนน เห็นด้วย/ปฏิบัติปานกลาง ได้คะแนน 2 คะแนน เห็นด้วย/ปฏิบัติน้อย ได้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ดำเนินการระหว่าง 16-31 ตุลาคม 2566 รายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นด้านความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. สังเคราะห์ความสอดคล้องของความต้องการ และข้อเสนอแนะ 1) วิธีดำเนินการ นำผลการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัยต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาผนวกเข้ากับผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย 2) การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis)

3. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ สำนวนภาษาตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข 2) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา (Index of congruence) และใช้วิธีการสังเคราะห์เนื้อหา ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 3 ทดสอบหาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือนดำเนินการทดลองระหว่าง 1 ธันวาคม 2566-29 กุมภาพันธ์ 2567

1. วิธีดำเนินการ ใช้รูปแบบการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research : one group, pre-test and post-test design)

2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GPowerMac3.1.9.2 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือและคณะ, 2562) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.57 (สมัญญา มุขอาษาและเกษร สำเภาทอง, 2560) $\alpha = 0.05$ power = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยเสียชีวิต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดย

ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (มีคะแนนรวมระหว่าง 6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (มีคะแนนรวมระหว่าง 0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย/ปฏิบัติมากได้คะแนน 3 คะแนน เห็นด้วย/ปฏิบัติปานกลาง ได้คะแนน 2 คะแนน เห็นด้วย/ปฏิบัติน้อย ได้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ผสมกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกรวมทั้งแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย 2) กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย 3) กิจกรรมการเพิ่มทักษะ 4) กิจกรรมการกำหนดปัญหาร่วมกัน 5) กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน 6) กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน 7) กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ 8) กิจกรรมการประเมินผล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดและ Wilcoxon signed rank test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 61/2023 พิทักษ์สิทธิโดยผู้วิจัยปกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า เพศชายร้อยละ 57.10 เพศหญิงร้อยละ 42.90 อายุเฉลี่ย 66.57 ปี (S.D.=25.38) สถานภาพสมรส ร้อยละ 42.90 จบประถมศึกษาร้อยละ 42.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,228.57 บาท (S.D.=7,053.37) ร้อยละ 28.60 สูบบุหรี่ ร้อยละ 85.70 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด พบว่า ร้อยละ 42.90 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.10 มีความรู้ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ร้อยละ 74.10 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ ร้อยละ 28.60 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (n=7)

ความรู้และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคปอด	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด	0	(0.0)	4	(57.10)	3	(42.90)
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	0	(0.0)	5	(28.60)	2	(74.10)

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 2 พบว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การพูดคุย ทักทาย การสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสาร 2) กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด 3) กิจกรรมการเพิ่มทักษะ ได้แก่ การเรียนรู้ปัญหาของผู้ป่วยและกระตุ้นให้เกิดการวางแผน การตั้งเป้าหมายการรักษาวัณโรคปอด 4) กิจกรรมการกำหนดปัญหาร่วมกัน ได้แก่ การร่วมกำหนดเป้าหมายในการรักษาวัณโรคปอด สรุปเป้าหมายร่วมกัน 5) กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ ร่วมกันหาแนวทางเพื่อไปสู่เป้าหมายการรักษาวัณโรคปอดโดยการหาแนวทางการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เหมาะสมในแต่ละราย 6) กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน ได้แก่ สรุปแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้และลงบันทึกข้อตกลงร่วมกัน นัดหมายผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม 7) กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ ได้แก่ ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

การให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาอุปสรรค และ 8) กิจกรรมการประเมินผล ได้แก่ การติดตาม เยี่ยมผู้ป่วย การสะท้อนปัญหาและการวางแผนในอนาคต

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดหอบหืดในโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.5-1 และเสนอแนะให้ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษาขั้นตอนที่ 3

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า เพศชายร้อยละ 62.50 เพศหญิงร้อยละ 37.50 อายุเฉลี่ย 63.50 ปี (S.D.=20.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.20 จบประถมศึกษาร้อยละ 50.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 3,604.16 บาท (S.D.=6,252.61) ร้อยละ 29.20 สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.50 ต่อมอเตอร์ที่มีแอลกอฮอล์

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอด ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 50.00 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.83 ปี (S.D.=1.20) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 41.70 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 มีความรู้ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.66 (S.D.=1.00) ด้านคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ก่อนการทดลองพบว่า ร้อยละ 70.80 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ ร้อยละ 29.20 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.46 ปี (S.D.=0.29) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ร้อยละ 37.50 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.39 (S.D.=0.22) (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ก่อนกับหลังการทดลอง (n=24)

ความรู้และการปฏิบัติตาม แผนการรักษาของผู้ป่วยโรค ปอด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ระดับ			ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอด	0(0)	12(50.00)	12(50.00)	14(58.30)	10(41.70)	0(0)
	$\bar{X}$ = 5.83 S.D.=1.20 Min=4			$\bar{X}$ = 8.66 S.D.=1.00 Min=6		
	Max=8			Max=10		

ความรู้และการปฏิบัติตาม แผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ปอด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	ระดับ			ระดับ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	0(0)	7(29.20)	17(70.80)	15(62.50)	9(37.50)	0(0)
	$\bar{X} = 1.46$ S.D.=0.29 Min=1			$\bar{X} = 2.39$ S.D.=0.22 Min=2		
	Max=2			Max=3		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง (n=24)

	Wilcoxon signed rank test	p-value
คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดก่อนกับหลังการทดลอง	-4.244*	<0.001
คะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาก่อนกับหลังการทดลอง	-4.298*	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 74.10 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคปอดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และวิธีการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพชรพร ครองยุทธและคณะ (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ แต่แตกต่างกับการศึกษาของอภิญญา ต้น

เจริญ (2566) ที่พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 84.00 อยู่ในระดับสูง และ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค ร้อยละ 64.00 อยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 2 พบว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดหอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุโขทัย ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมาย 2) กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย 3) กิจกรรมการเพิ่มทักษะ 4) กิจกรรมการกำหนดปัญหาร่วมกัน 5) กิจกรรมการแสวงหาและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน 1.6) กิจกรรมการวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกัน 7) กิจกรรมการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกไว้ 8) กิจกรรมการประเมินผล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมครอบคลุมการทำความรู้จักกับผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล รวมถึงการทำข้อตกลงและปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่งผลให้การรักษาวัณโรคหายขาด ไม่กลายเป็นชนิดดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิศ มีคลังและคณะ (2566) ที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ทำความรู้จักเป้าหมายของฉันทัน กิจกรรมที่ 2 ก้าวไปสู่เป้าหมาย กิจกรรมที่ 3 มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ และ กิจกรรมที่ 4 การประเมินความสำเร็จ

จากผลการวิจัยขั้นตอนที่ 3 พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ร่วมกับพยาบาลในการกำหนดเป้าหมาย ทำข้อตกลงและปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษาและเกษร สำเภาทอง (2560) ที่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของประดิษฐ์ ปฐวิศรีสุธา (2564) ที่พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านวัณโรคภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannakeeree W., et al, (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ร้อย 42.90 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับต่ำ ดังนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรักษาและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. จากผลการวิจัย ร้อยละ 28.60 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในระดับปานกลาง และร้อยละ 74.10 ในระดับต่ำ ดังนั้น ควรควบคุมกำกับและติดตามการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมดังกล่าว ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อให้การรักษาวัณโรคหายขาด ไม่กลายเป็นชนิดดื้อยาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์มานิช อุ่วฒิพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย พยาบาลวิชาชีพพวโรวรรณ จัยต่าย หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย ที่ให้ความกรุณาและให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยในอายุรกรรมและพยาบาลวิชาชีพศิริลักษณ์ อุปวาณิช ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ แพทย์หญิงอัญญกานต์ เจริญสุขรุ่งเรือง แพทย์อายุร ศาสตร์โรคติดเชื้อ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2559). ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2552-2558.

กรุงเทพฯ : สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2560). การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติในประเทศไทย ปี พ.ศ.2555-2556. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

จตุพร พันธะเกษม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาพารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 5(1) : 496-506.

- ประดิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2) : 301-309.
- พชรพร ครองยุทธ ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ เจษฎา สุรารวรรณ จักรกริช ไชยทองศรีและกษมน นรปติ. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(1) : 15-27.
- ศิริลักษณ์ อุภาณิช เจตรินทร์ สายยิ้ม รัชณี สีตะวัน และชลิตา โพธิ์พิเนตร. (2566). ผลการใช้แอปพลิเคชันการจัดตารางการบริหารยาและการแจ้งเตือนต่อพฤติกรรมรับประทานยาตรงเวลาในผู้ป่วยวัณโรคปอด. สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2566 จาก <http://www.skth.go.th:3000/research/#!/view/abstract/14>.
- สมัญญา มุขอาษาและเกษร สำเภาทอง. (2560). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. J Med Health Sci, 24(1) : 13-27.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2. (2562). สรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 2. พิษณุโลก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2.
- สำนักวัณโรค. (2561). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2561. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิญา ตันเจริญ. (2566). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 8(1) : 259-268.
- อรพิต มีคลัง อรวรรณ หนูแก้วและวีณา คันฉ้อง. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงร่วมกับการใช้ดนตรีต่อความอยากเสพยาของวัยรุ่นชายที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 10(2) : 1-14.
- Amuha, M.G., Kutwabami P., Kitutu, F.E., OdoiAdome, R., Kalyango, J.N. (2009). Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors. African HealthSciences. 9(2) : 8-15.
- Best, John W. (1977). Research in education. (3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall.
- Bloom BS. (1971). Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company.



- King, I. M. (1981). A Theory for Nursing: Systems, Concept, Process. New York: A Wiley Medical Publication.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (2015). Treatment adherence: terminology, incidence and conceptualization. In: Meichenbaum M, Turk DC, editors. Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press. 19-39.
- Suwannakeeree W, Picheansathian W, Lertwatthanawilat W, Unahalekhaka A. (2015). A Medication Adherence Enhancement Program for Persons with Pulmonary Tuberculosis: A Randomized Controlled Trial Study. Pacific Rim Int J Nurs, 19(4) : 311-329.
- World Health Organization. (2020). Global tuberculosis report 2020. Retrieved September, 2, 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.
- World Health Organization. (2023). Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO Press.

แนวทางการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์น ยินดีรับบทความวิจัยและบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้ มีการพิจารณาบทความแบบ double blinded โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน และมีกำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย หมายถึง การนำเสนอผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย
2. บทความวิชาการ หมายถึง งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่นำเสนอ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ไขปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือ วารสาร อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์วิจารณ์ เสนอแนวทางแก้ไข
3. บทวิจารณ์หนังสือ หมายถึง บทความที่วิพากษ์วิจารณ์ เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ บทความ หรือผลงานศิลปะ อาทิ นิทรรศการ ทัศนศิลป์ และการแสดงละครหรือดนตรี โดยใช้หลักวิชาและดุลยพินิจอันเหมาะสม
4. บทความปริทัศน์ หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้าง และทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อพิพาทที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความ ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา
ชื่อผู้เขียน	พิมพ์ชื่อโดยไม่ใช้คำย่อ มีสถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล หมายเลขโทรศัพท์ โดยอ้างอิงเชิงบรรณานุกรมหน้าแรก

บทคัดย่อ	เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ
คำสำคัญ	ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ ใช้ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาอังกฤษมีเฉพาะคำสำคัญ ภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญที่ทำการศึกษา วิจัย ค้นคว้า ของผู้อื่นที่ เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ สมมติฐานและขอบเขตของการวิจัย
เนื้อเรื่อง	กรณีบทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กะทัดรัดและชัดเจน การใช้คำย่อต้องมีคำสมบูรณ์ไว้ในครั้งแรกก่อน
วิธีดำเนินการวิจัย	อธิบายขั้นตอนการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการศึกษาหรือการวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ภาษาที่เข้าใจง่าย
สรุปผลการวิจัย	อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา ไม่ควรซ้ำกับการแสดงผล แต่เป็นการสรุป ประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
อภิปรายผล	อธิบายถึงผลที่ได้รับจากการศึกษาหรือการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ ควรอ้างถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบการอธิบาย
ข้อเสนอแนะ	อธิบายถึงการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ หรือข้อเสนอแนะ ปัญหา ที่พบในการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาค้างต่อไป
เอกสารอ้างอิง	ให้เขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ตามรูปแบบที่ กำหนด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้รูปแบบของ American Psychological Association (APA)

การอ้างอิงในบทความ กรณีที่ผู้เขียนต้องการการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลในเนื้อเรื่องให้ใช้วิธีการอ้างอิง
ในส่วนเนื้อเรื่องแบบนาม-ปี (author-date in-text citation)

การอ้างอิงท้ายบทความ เป็นการรวบรวมรายการเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนบทความได้ใช้อ้างอิงในการเขียนบทความ และจัดเรียงรายการตามลำดับตัวอักษรชื่อผู้แต่ง ตัวอย่างเช่น

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). **ชื่อหนังสือ**. (พิมพ์ครั้งที่). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ, **ชื่อหนังสือ**. (เลขหน้าบทความ).

เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. **ชื่อวารสาร**. ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). **ชื่อวิทยานิพนธ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ), ชื่อสาขาวิชา
สังกัดของสาขาวิชา ชื่อมหาวิทยาลัย.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). **ชื่อเรื่อง**. สืบค้นเมื่อ [วัน เดือน ปี], จาก แหล่งสารสนเทศ. [หรือ URL]

การอ้างอิงในเนื้อหา

รูปแบบการอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. (ผู้แต่ง, ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) ไว้ท้ายข้อความที่อ้างอิง เช่น (ชนะดา วีระพันธ์, 2555, 55-56)

(Peter & Waterman, 1982, pp. 498-499) (Michalska J., 2008, p. 85)

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บเดียวกัน เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

2. ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) กรณีมีการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว ไม่ต้องระบุไว้ในวงเล็บท้าย

ข้อความที่อ้างอิงอีก เช่น ธนกุลต วันดีเมธ (2554, น.90) ได้ศึกษาถึง.....

Robert E. Hegel (1997, p.14) studied.....

กรณีที่ไม่มีปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

3. ปีที่พิมพ์ ผู้แต่ง (เลขหน้า) กรณีมีการระบุปีที่พิมพ์และผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว (ปีที่พิมพ์และผู้แต่งสามารถสลับที่กันได้) ให้ระบุเฉพาะเลขหน้าที่อ้างอิงถึงในวงเล็บเท่านั้นเช่น ในปี 2557 ศุภชัย ยาวะประภาส ได้กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ความสามารถที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการบริหารงานบุคคลของผู้บริหารสถานศึกษา จนทำให้การปฏิบัติงานบริหารงานบุคคลบรรลุผลเหนือกว่าระดับปกติ (น.9)

การส่งต้นฉบับ

1. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษขนาด A4 ทั้งนี้รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง
2. การตั้งค่าน้ำกระดาษ ให้กำหนดขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว
3. แบบตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK โดยกำหนดขนาด ดังนี้

- 3.1 ชื่อบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา กึ่งกลางหน้ากระดาษ
 - 3.2 ชื่อ-สกุลผู้เขียน ทุกท่านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 12 point ตัวหนา ชิดซ้าย
 - 3.3 สถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล หมายเลขโทรศัพท์ ขนาด 12 point อ้างอิงเชิงอรรถ
 - 3.4 บทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ควรสั้นตรงประเด็น และเป็นการสรุปผลงานอย่างรัดกุม ครอบคลุมสาระสำคัญของการวิจัย ความยาวไม่เกิน 400 ตัวอักษร
 - 3.5 คำสำคัญ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดสาระสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล ไม่ควรยาวมากเกินไป และไม่ควรมากเกิน 3-5 คำ
 - 3.6 บทนำ (ความเป็นมา ความสำคัญ และมูลเหตุที่นำไปสู่การวิจัย)
 - 3.7 วัตถุประสงค์ (มูลเหตุของการศึกษาวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับชื่อเรื่องที่ศึกษาวิจัย)
 - 3.8 เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี หรือบทความที่เกี่ยวข้อง หากเป็นงานวิจัยเฉพาะทางควรมีส่วนนี้ เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานให้คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้
 - 3.9 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ควรเสนอรูปแบบและแสดงขั้นตอนอย่างกระชับและชัดเจน
 - 3.10 สรุปผลการวิจัย ควรนำเสนอผลอย่างชัดเจน น่าสนใจ ตรงประเด็น เป็นผลที่ค้นพบ โดยลำดับตามหัวข้อที่ศึกษา
 - 3.11 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อภิปรายสิ่งที่ได้จากการวิจัย การนำไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะต่างๆ
 - 3.12 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ระบุแหล่งอ้างอิงเท่าที่ปรากฏในบทความ
- ผู้นำเสนอผลงานสามารถดูรายละเอียดรูปแบบการจัดทำบทความฉบับเต็ม (Full Paper) ได้ที่ www.northern.ac.th
- หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ 888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
- โทรศัพท์ 0 5551 7488 ต่อ 808 โทรสาร 0 5551 7481 email : Journalsci@northern.ac.th

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2567



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 5

www.northern.co.th