



วารสารวิจัย
การพยาบาลและสุขภาพ
Journal of Nursing and Health Research

J
N
H
R



E-ISSN: 2773-9341

Journal online

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564
Volume 22 issue 2 May-August, 2021



วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ

Journal of Nursing and Health Research

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2564

Volume 22 (2) May-Aug, 2021

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย (original article) บทความปริทัศน์ (review article) นวัตกรรม (innovation) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในสาขาการพยาบาลและสุขภาพ

ที่ปรึกษา	ศ.ดร.วิภาดา คุณาวิฑิตกุล ดร.ธานี กล่อมใจ	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา
บรรณาธิการ	ดร.พิมพ์มล วงศ์ไชยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา
รองบรรณาธิการ	ดร.กฤตพัทธ์ ฝักฝ ดร.ตลนภา ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อ.วาสนา กันคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ รศ.ดร.สุรพล นธการกิจกุล รศ.ดร.เดชา ทำดี ผศ.ดร.สมบัติ สกฤตพรรณ ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ ตั้งภักดี ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก ดร.นุสรา ประเสริฐศรี ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์ ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย ดร.ปรีศินี ศรีกัน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยพะเยา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา (เกษียณราชการ) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา
URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy>

กำหนดการออกวารสาร

ฝ่ายจัดการ ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม
อ.ฐิติพร เรือนกุล นางสาววินิตดา เพ็งเสงี่ยม และ นายเอกชัย หมั่นชาติย์

วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ฉบับนี้เป็นเล่มปีที่ 22 ฉบับที่ 2 ตีพิมพ์ บทความทั้งหมด 12บทความ เป็นบทความวิจัย 10 บทความและบทความ วิชาการจำนวน 2 บทความ ในจำนวนนี้ เป็นวิจัยและบทความที่ศึกษา เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ที่ส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มคน และทุกภาค ส่วนของประเทศในขณะนี้ มีจำนวน 3 บทความ เป็นการศึกษาในพยาบาลชุมชน พระสงฆ์ และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ซึ่งนับว่าเป็นความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อ สถานการณ์ของประเทศในปัจจุบัน ผลการศึกษาบทบาทของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส มีผลการศึกษาที่น่าสนใจ นั่นคือ พยาบาลพยาบาลชุมชนมีบทบาทในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส ระดับมาก แสดงว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในภาวะวิกฤตทางสุขภาพของประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการคัดกรองผู้ติดเชื้อ และด้านการสนับสนุนมาตรการ อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ การที่พยาบาลชุมชนซึ่งอยู่ใกล้ชิด ประชาชนทำให้ทำบทบาทในการป้องกันได้ดี และมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นจะช่วยเหลือประเทศชาติได้เป็นอย่างมาก ในส่วนการศึกษาในพระสงฆ์ที่เป็นเจ้าอาวาส ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติกิจการสงฆ์มีความสัมพันธ์กับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในสถานการณ์โรคระบาด ดังนั้นบุคลากรสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ แก่เจ้าอาวาส พระสงฆ์ เพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติกิจการสงฆ์ต่อไปได้โดยมีสุขภาพจิตที่ดี มีความกังวลลดลง และ ปลอดภัยจากโรคโควิด 19

นอกจากนี้เป็นที่น่ายินดีที่ว่า บทความที่น่าสนใจมีความหลากหลาย ทั้งในมิติของกลุ่มประชากรที่ศึกษาซึ่งมี ทั้งในกลุ่มวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และสตรี และความหลากหลายในมิติของรูปแบบการศึกษาที่มีทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และการวิจัยแบบผสมผสาน รวมทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทั้งในคลินิก และในชุมชน รวมทั้งการศึกษาในสถานศึกษาโดยผู้วิจัยในบทบาทของอาจารย์พยาบาล

กองบรรณาธิการจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์ จากวารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ และ ขอขอบพระคุณผู้เขียน และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่มีส่วนในการพัฒนาความรู้ และคุณภาพของบทความ เพื่อให้ผู้อ่านได้ประโยชน์จากการนำความรู้และข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติ หรือการวิจัยต่อไป และการนำเอาไปใช้ ต่อไป และขอเชิญชวนท่านที่สนใจ เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในวารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งตีพิมพ์ 3 ฉบับ ต่อปี ทุกๆ 4 เดือน

พิมพ์พิมล วงศ์ไชยา RN, PhD.

บรรณาธิการ

สารบัญ Content	หน้า page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบโครงงาน: การจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น Experiences of nursing students in project-based learning: creating video media on health promotion of children and adolescents บุษกร ยอดทราย เสน่ห์ ขุนแก้ว อลิษา ขุนแก้ว อรอนงค์ ธรรมจินดา Bootsakorn Yotsai Saneh Khunkaew Alisa Khunkaew On-Anong Thammajinda	1-14
ปัจจัยพระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย Multi-level factors affecting the readiness for being active aging among the pre-aging population จิตเจียรไน สุชัยรัตน์ อังสนา บุญธรรม ทศนีย์ รวีวรกุล ณัฐนารี เอมยงค์ Jitjearanai Suchairat Angsana Boonthum Tassanee Rawiworrakul Natnaree Aimyong	15-27
การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้ง และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย The development of learning innovation for cyber bullying prevention and cyber bullying victimization among Thai Youth วีระชัย เชื้อนแก้ว นฤพร พงษ์คุณากร วินัย รอบคอบ Weerachai Kuankaew Naruephorn Phongkhunakorn Winai Robkob	28-40
การประเมินระดับความตึงเครียดและผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังของผู้ประกอบอาชีพ บริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารในเขตกรุงเทพมหานคร Noise level assessment and impacts of noise exposure among workers working in Bangkok bus terminal จักรกฤษ เสลา มงคล รัชชะ อนุ สุราช Chakkrit Sela Mongkol Ratcha Anu Surach	41-52
ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพ ของหญิงวัยหมดประจำเดือน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด* Effects of a behavior development program on food consumption behaviors and health status of menopausal women at Pho Chai District, Roi Et Province* ยุรันท์ ระดาศักดิ์ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล ดวงกมล ปิ่นเฉลียว Yuran Radasak Warinee lemsawasdikul Duangkamol Pinchaleaw	53-68
ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด The effects of using nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage within 2-hours after delivery สุทิพร พรหมจันทร์ นื่องขวัญ สมุทรจักร จรรยา แก้วใจบุญ Sutiporn Promjan Nongkhuan Samoodjak Junya Kaewjiboon	69-81

สารบัญ Content	หน้า page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
บทบาทพยาบาลชุมชนในสภาวะการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19) ในพื้นที่จังหวัดพะเยา The role of community nurses during Coronary virus outbreak (Covid 19) in the Phayao province อัมพร ยานะ วรณญาณกรณ โนใจ เอกพันธ์ คำภีระ เฉลิมพล กำใจ Amphorn Yana Varunyakorn Nojai Aekkaphan Khampeera Chalermpon Kajai	82-94
บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ* The roles of community health nurses for health service in disaster situation* ไพรินทร์ ยอดสุบัน บำเพ็ญจิต แสงชาติ ขนิษฐา นันทบุตร Pairin Yodsuban Bumphenchit Sangchart Khanitta nuntaboot	95-110
การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ที่มีโรคความดันโลหิตสูง Development of community potential for stroke risk prevention in elderly with hypertension วิยะดา รัตนสุวรรณ วิไลพร ศรีวิชัย วิญญู แก้วเทพ Wiyada Ratanasuwana Wilaiporn Sriwichai Winyu Kaewtep	111-124
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 Factors related to an implementation of sangha activities among abbots during COVID-19 outbreak situations สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ ธาณี กล่อมใจ พระครูพิศาลสรกิจ Somsri Satjasakulrat Thanee Glomjai Phrakhrui Pisansorakit	125-137
บทความวิชาการ (Academic article)	
โรคติดเชื้อโควิด-19: แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 infectious disease: a guideline for caring of pregnant women during the epidemic ชนิดาภา ขอสุขวรกุล จิรา ขอบคุณ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพักตร์ หาญกล้า Chanidapa Khorsukworakul Jira Khobkhun Soiy Anusorntheerakul Suphaphak Harnklar	138-149
การศึกษาพยาบาลกับคนต่างรุ่นยุคศตวรรษที่ 21 Nursing Education for Different Generations in the 21st Century เปรมฤดี ศรีวิชัย Premrudee Sriwichai	150-159

ปัจจัยพระระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย

จิตเจียรไน สุชัยรัตน์¹ อังสนา บุญธรรม²
ทัศนีย์ รวีวรกุล³ ณัฐนารี เอมยงค์⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับชุมชนกับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 45 -59 ปี) อาศัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 315 คน และศึกษาข้อมูลระดับชุมชนจากผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 24 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบ cluster sampling เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยพระระดับกับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพระดับบุคคล และแบบสอบถามระดับชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพระระดับ ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.7 มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย ได้แก่ ตัวแปรระดับบุคคล คือ เพศหญิง สถานภาพโสด อาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และความรอบรู้ทางสุขภาพ ($p<.05$) สำหรับตัวแปรระดับชุมชน ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ ($p<.05$) และเมื่อวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ และมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้นทำให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพเพิ่มขึ้น ($p<.01$) ดังนั้นในชุมชนจึงควรมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความพร้อมมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : ความพร้อม, ผู้สูงอายุคุณภาพ, ประชากรก่อนสูงวัย, ความรอบรู้ทางสุขภาพ

วันที่รับ: 21 กุมภาพันธ์ 2564 วันที่แก้ไข: 27 พฤษภาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 4 มิถุนายน 2564

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ติดต่อหลัก; E-mail: jjrn.schr.imm@gmail.com

² พร.ด. ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ พร.ด. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ สด. ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Multi-level factors affecting the readiness for being active aging among the pre-aging population

Jitjearanai Suchairat¹ Angsana Boonthum²
Tassanee Rawiworrakul³ Natnaree Aimyong⁴

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the readiness for being active aging among pre-aging people (aged 45-59 years) living in Sapphaya District, Chainat Province. Relationship between personal factor and community factors and readiness for active aging were analyzed. 315 pre-aging people (aged 45-59 years) and 24 community leaders / local government officers were interviewed. The data were collected by the multi-level factors and the readiness for active aging questionnaires for individual level and community level, and analyzed by multivariate analysis techniques. The results showed that 53.7 percent of the samples had readiness for active aging at a moderate level. The factors influencing increasing readiness for active aging for Individual level variables were female, single status, farmer, sufficient income, sufficient income with adequate saving, good family relationship, and good health literacy ($p < .05$). In addition, community level variables was available health promotion activities in the community ($p < .05$). Moreover, the findings revealed that those living in the community with health promotion activities and had higher health literacy, leading to significantly increased of the readiness score ($p < .01$). Therefore, the community should provide activities of which to promote health literacy and community welfare for pre-aging individuals in order to increase readiness to be active aging population.

Keywords: Readiness, Active aging, Pre-aging population, Health literacy

Submitted: Feb 21, 2021 Revised: May 27, 2021 Accepted: June 4, 2021

¹ Graduate student in Master of Science (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University
Corresponding author, E-mail: jjrn.schr.imm@gmail.com

² Ph.D., Department of community health, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Ph.D., Department of public health nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

⁴ Dr.PH., Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก และประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านโครงสร้างประชากร จำนวนวัยแรงงานลดลง ส่งผลถึงการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ วัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นพร้อมกับการเจ็บป่วยที่มากับวัย ทั้งนี้ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ทำให้ประเด็นของ “ความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ” เป็นประเด็นที่สำคัญในการวางแผนงานด้านผู้สูงอายุไทย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าก่อนที่จะเกิดความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพนั้น ต้องมีการเตรียมการด้านต่างๆเพื่อที่จะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ นอกจากจะต้องเตรียมพร้อมด้านร่างกายให้สุขภาพแข็งแรงแล้ว ด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ ทักษะชีวิต ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม เป็นด้านที่สำคัญเช่นกัน ที่จะเป็นตัวกำหนดว่าประชากรมีความพร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากน้อยเพียงใด ความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุคุณภาพนั้น นอกจากการเตรียมตัวด้วยตนเองแล้ว จะต้องมีการส่งเสริมจากสิ่งแวดล้อมรอบๆ ทั้งครอบครัว และชุมชนร่วมด้วย โดยการดำเนินการต้องอาศัยหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาสุขภาพในทุกมิติตามยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) นั่นคือเมื่อประชากรมีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และสามารถสร้างประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม จะช่วยลดอัตราการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุ อัตราการเจ็บป่วย การมีโรคเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุ และลดการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

ช่วงอายุในการเตรียมการเพื่อให้เกิดความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพนั้นสามารถเริ่มทำได้ทุกวัย กรมกิจการผู้สูงอายุ (2562) ได้ให้แนวทางการเตรียมพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุว่าควรเตรียมตั้งแต่อายุ 45 ปีขึ้นไป ช่วงอายุ 45-59 ปี เป็นช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน มีการทำงานมาไ้ระยะหนึ่ง ควรเริ่มเตรียมการเพื่อให้เกิดความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ปัญหาท้าทายของคนกลุ่มช่วงอายุ 45 – 59 ปี เป็นช่วงแห่งการเตรียมตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนผ่านเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งหน้าที่การงาน และรายได้

จังหวัดชัยนาทมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงในอันดับ 7 ของประเทศไทย (ร้อยละ 23.8) ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีจำนวนผู้สูงอายุ 8,834 คน (ร้อยละ 27.97) และมีประชากรอายุ 45-59 ปีจำนวน 7,773 คน (ร้อยละ 24) ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูง ข้อมูลโรคไม่ติดต่อของประชากรกลุ่มวัยกลางคนในอำเภอสรรพยา อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2560-2562) (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา, 2561) ประชากรในอำเภอสรรพยาช่วงอายุ 45-59 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่มีสวัสดิการทางสังคมรองรับจากสถานการณ์ และปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้การเตรียมการให้มีความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถสร้างประโยชน์ในชุมชน และสังคม และลดภาระการพึ่งพิงต่อชุมชน และสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ ในอำเภอสรรพยา โดยใช้แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีชีวนิเวศวิทยาของพัฒนาการมนุษย์ ของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1979) ซึ่งได้อธิบายว่ามนุษย์อยู่ภายใต้ระบบสังคม อันเป็นสภาวะแวดล้อมซึ่งครอบคลุมอยู่หลายชั้น โดยที่ระบบสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรม และสุขภาพของมนุษย์ และเป็นผลซึ่งกันและกัน หากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของสิ่งแวดล้อม และควรนำพฤติกรรมสุขภาพทุกระดับมาร่วมพิจารณา โดยการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพครั้งนี้ ศึกษาแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมปัจจัยในระดับบุคคล (individual level) และระดับชุมชน (community level) เพื่อนำไปส่งเสริม และพัฒนาระบบสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุในชุมชน ให้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรย่อย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัว (ปฐมพร, 2555; ประกาย จิโรจน์กุล, นิภา ลีสุคนธ์, เรณู ขวัญยืน และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2560) ปัจจัยด้าน เศรษฐฐานะ ประกอบด้วยตัวแปรย่อย คือ รายได้ส่วนบุคคล และความเพียงพอของรายได้ นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และปัจจัยความรู้ทางสุขภาพ (อุทุมพร, 2561) ส่วนปัจจัยในระดับชุมชน ประกอบด้วยตัวแปร นโยบายที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชน กิจกรรมบริการสุขภาพพื้นฐาน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมสวัสดิการ และกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ หรือเศรษฐฐานะ หมายถึง สถานะของบุคคลในสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ประกอบด้วย รายได้ส่วนบุคคล และความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะสามารถเก็บออม เป็นผู้ที่มีความคล่องในการใช้จ่าย ไม่มีภาระด้านการเงิน สามารถเก็บออมที่จะใช้ในอนาคต สร้างความมั่นคงทางการเงินได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความสามารถใช้จ่ายในสภาพคล่องที่น้อยกว่า มีภาระทางการเงินหลายด้าน และบุคคลเหล่านี้จะให้ความสำคัญในการดำเนินชีวิตแต่ละวันมากกว่าการดูแลตนเอง และเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต (ประกาย จิโรจน์กุลและคณะ, 2560)

ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว โดยสัมพันธ์ภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ถ้าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี จะมีผลให้การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุไปในทิศทางที่ดีด้วย (วัลภา บุรณกลัศ, 2560) โดยความสัมพันธ์ของครอบครัวเป็นพื้นฐานของการมีพฤติกรรมที่ดียิ่งครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพร่วมกันอยู่ในระดับที่ดีแล้วนั้น จะเกิดการรักใคร่ ดูแลซึ่งกันและกัน และเป็นกำลังใจต่อการก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และอยู่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวไปนาน ๆ ทำให้เกิดการวางแผนเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

ความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เป็นกระบวนการที่จะพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ เสริมสร้างความรู้ และสมรรถนะบุคคล อันจะช่วยให้ประชากรทุกช่วงวัย รวมทั้งกลุ่มวัยทำงานสามารถดำรงสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุล พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทุกมิติสุขภาพ (World Health Organization, 1998) จากการประเมินความรู้ทางสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) พบว่ากลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาในระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.7) สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาในระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.5) ส่วนระดับดีมากมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 24.6) ซึ่งการมีระดับความรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้ อาจไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ปัจจัยระดับชุมชน ได้นำแนวคิดชุมชนสุขภาวะ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม และพร้อมที่จะร่วมกันสรรค์สร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดศักยภาพ หรือคุณภาพของชีวิตที่ดีที่สุด แนวทางกิจกรรมจะดำเนินการที่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละกลุ่ม สำหรับกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุได้มีแนวทางกิจกรรมเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งนำมาเป็นปัจจัยในการศึกษานี้ ได้แก่ นโยบายที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ กิจกรรมบริการสุขภาพพื้นฐาน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมสวัสดิการ และกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2558)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยพหุระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ พบว่ายังมีค่อนข้างน้อยที่ศึกษาแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยระดับบุคคล และระดับชุมชน และยังไม่มี การศึกษาปัจจัยพหุระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาจะนำไปใช้พัฒนาระบบสุขภาพ และวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนากลุ่มประชากรที่เตรียมพร้อมเข้าสู่ผู้ สูงอายุในระดับชุมชน รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปกำหนดนโยบาย และวางแผนในการปฏิบัติงาน เพื่อ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรเพื่อเป็นการส่งเสริมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนสูงวัย ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับบุคคล และระดับชุมชน กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) เพื่อหาความสัมพันธ์ ของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับชุมชน กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ระยะการเก็บข้อมูล 8 กุมภาพันธ์ ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ 1) ผู้ที่มีอายุ 45-59 ปี ที่อาศัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร เมื่อทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995) โดยใช้ประชากร (N) จำนวน 7,773 คน ค่า Z เท่ากับ 1.96 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.06 และค่าสัดส่วนของการเตรียมความพร้อม ในระดับปานกลางของ อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ กำหนดให้เท่ากับ 0.44 (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2562) และ design effect เท่ากับ 1.2 จากการแทนค่าสูตรได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 305 คน เนื่องจากใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (cluster) ทำให้มี จำนวนตัวอย่างเพิ่มขึ้นรวมทั้งสิ้น 315 คน 2) ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 15 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของอำเภอสรรพยา จำนวนทั้งหมด 9 คน

การสุ่มตัวอย่างของการศึกษาใช้ความน่าจะเป็นของสัดส่วนกับขนาด (cluster sampling probability proportional to size: cluster PPS) กลุ่ม (cluster) ของการศึกษานี้ เป็นหมู่บ้านในอำเภอสรรพยา ทั้งหมด 55 หมู่บ้าน และได้กำหนด กลุ่มที่ ต้องการศึกษากับ 15 กลุ่ม และผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนที่ โดยใช้ โปรแกรม excel ในการสุ่ม ส่วนการเก็บข้อมูลระดับชุมชน ผู้นำชุมชนจะสัมภาษณ์ ผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้านที่ตกเป็น หน่วยตัวอย่าง 15 หมู่บ้านตามกลุ่มที่ต้องการศึกษา ส่วนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละ 1 ตำบล ทั้ง 9 แห่งในอำเภอสรรพยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ที่ประยุกต์จากทฤษฎี แนวคิด การทบทวนวรรณกรรม และ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามระดับบุคคล 1 ชุด และแบบสอบถามระดับ ชุมชน 1 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามระดับบุคคล ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจฐานะ มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รายได้ส่วนบุคคล และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์กับครอบครัวผู้วิจัยประยุกต์มาจาก แบบประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวไทย ด้านสัมพันธภาพของกองส่งเสริมสถาบันครอบครัว (กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว, 2561) มีจำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีความสัมพันธ์ เท่ากับ 1 จนถึงมีความสัมพันธ์ร่วมกับคนในครอบครัวทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนนสูงสะท้อนถึงการมีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวสูง และตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกาย ความพร้อมด้านจิตใจ และทัศนคติ ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ และความพร้อมด้านสังคม มีจำนวน 27 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นสมควรที่จะเตรียมความพร้อม เท่ากับ 1 จนถึง มีความพร้อมอย่างดี เท่ากับ 5 คะแนนสูงสะท้อนถึงการมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทักษะความรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ (ฉบับสั้น) โครงการสำรวจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ของ วิมล โรมา (วิมล โรมา และคณะ, 2561) มีจำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามการเข้าถึงข้อมูล 8 ข้อ ข้อคำถามการเข้าใจข้อมูล 7 ข้อ ข้อคำถามการซักถาม 12 ข้อ ข้อคำถามการตัดสินใจ 7 ข้อ และข้อคำถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8 ข้อ และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 จากการศึกษาในครั้งนี้ ทั้ง 5 ส่วนผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ทางสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.66–1.00

2. แบบสอบถามระดับชุมชน สำหรับผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ หน้าที่รับผิดชอบในชุมชน และระยะเวลาการทำงานในชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนที่ส่งเสริมต่อการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเลือกตอบเพียงข้อเดียว ประกอบด้วย นโยบายที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชน 5 ข้อ กิจกรรมบริการสุขภาพพื้นฐาน 4 ข้อ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ 4 ข้อ กิจกรรมสวัสดิการ 4 ข้อ และกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่มีการดำเนินกิจกรรม เท่ากับ 1 จนถึงมีการดำเนินกิจกรรม เท่ากับ 3 ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วันที่ 9 มกราคม 2563 เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2020-005 โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล และคำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้เห็นว่าข้อมูลที่ให้จะเกิดประโยชน์โดยรวม และมีการปกป้องสวัสดิภาพของอาสาสมัครผู้ยินยอมโดยไม่บันทึกชื่อ นามสกุล และไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ และเริ่มสัมภาษณ์หลังจากได้รับคำยินยอมจากอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบในเชิงลบแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอสรรพยา ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน 2 คน ได้รับการเตรียมความพร้อมในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างระดับบุคคลจะได้รับแบบสอบถาม จากชุดแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 45 นาที/ราย ส่วนสัมภาษณ์ข้อมูลในระดับชุมชนกับผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับแบบสอบถาม ณ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ของ ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่แต่ละท่าน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลระดับชุมชน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที/ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) เวอร์ชัน 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุระดับ ด้วยโมเดลเชิงเส้นตรงระดับลดหลั่น (HLM: Hierarchical Linear Models) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งในระดับบุคคล และระดับชุมชน

ผลวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 คน และข้อมูลระดับชุมชน 24 คนผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 มีช่วงอายุ 55 -59 ปี ร้อยละ 39 เกือบครึ่งมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.4 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46 และมีรายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.2

2. ความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 77.55 คะแนน จากคะแนนเต็ม 108 คะแนน มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 และเมื่อพิจารณาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพแยกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบแต่ละด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 76.3 รองมาคือด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 73.6 ด้านจิตใจและทัศนคติในการเป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 72.4 และด้านเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 65.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพภาพรวมและรายด้าน (n=315)

ความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ	mean	S.D.	ระดับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ		
			ระดับต่ำ n (%)	ระดับปานกลาง n (%)	ระดับสูง n (%)
ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ)	21.37	4.09	24 (7.6)	130 (41.3)	161 (51.1)
ด้านจิตใจ และทัศนคติในการเป็นผู้สูงอายุ (7 ข้อ)	20.29	5.25	53 (16.8)	143 (37.7)	199 (45.5)
ด้านเศรษฐกิจ (7 ข้อ)	18.23	5.56	100 (31.7)	119 (37.8)	96 (30.5)
ด้านสังคม (6 ข้อ)	17.67	4.72	63 (20.0)	107 (34.0)	145 (46.0)
รวม (27 ข้อ)	77.55	15.75	62 (19.7)	169 (53.6)	84 (26.7)
Min = 27 Max = 107					

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพ จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 45-59 ปี พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 189.41 จากคะแนนเต็ม 244 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 116 คะแนน คะแนนสูงสุด 223 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.259 โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวม (n=315)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	n (%)
ระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	97 (30.8)
ระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ	218 (69.2)
mean=189.41 sd. =20.259 min=116 max=223	

4. การวิเคราะห์ปัจจัยพหุระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ของตัวแปรพหุระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์โมเดลศูนย์ (fully unconditional models) เมื่อพิจารณาการทดสอบอิทธิพลคงที่ (fixed effect) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ มีค่าเท่ากับ 77.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณาผลการทดสอบอิทธิพลสุ่ม (random effect) พบว่า มีความผันแปรเท่ากับ 123.99 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมีความผันแปรระหว่างหมู่บ้าน ดังนั้นจึงทำการวิเคราะห์ตัวแปรในระดับบุคคลเพื่อทดสอบว่ามีตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีผลทำให้ความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงวัยแต่ละหมู่บ้านมีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลศูนย์ (fully unconditional models)

Parameters	β	SE	p-value	Parameters	Variance	SE	p-value
Fixed effect				Random effect			
Intercept	77.55	0.887	0.01	Residual	123.99	19.791	0.01
				Variance	123.99		

4.2 ผลการวิเคราะห์ขั้นโมเดลอย่างง่าย (simple models) โดยนำตัวแปรอิสระระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และความรอบรู้ทางสุขภาพเข้าสู่สมการเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพจากการพิจารณาผลการทดสอบอิทธิพลคงที่ (fixed effect) พบว่าค่าเฉลี่ยรวมของความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างในทุกหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.51 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยตัวแปรระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพได้แก่ เพศหญิง สถานภาพโสด อาชีพลูกจ้าง พนักงานบริษัท รายได้เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อพิจารณาผลการทดสอบอิทธิพลสุ่ม (random effect) พบว่า ส่วนประกอบความผันแปรของคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมีความแปรปรวนระหว่างหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการวิเคราะห์แสดงถึงตัวแปรตามมีความผันแปรเพียงพอที่จะวิเคราะห์ตัวแปรอิสระในระดับชุมชนต่อไป ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ขั้นโมเดลอย่างง่าย (simple models)

Parameters	Fixed effect			Random effect		
	β	SE	p-value	Variance	SE	p-value
Intercept	-23.51	10.63	0.029	73.35	12.08	0.001
เพศ (Ref: เพศชาย)						
หญิง	3.95	1.39	0.005*	15.61	44.29	0.35
อายุ	0.32	0.16	0.053			
ระดับการศึกษา (Ref: อนุปริญญา ปวส.และปริญญาตรีขึ้นไป)						
ประถมศึกษา	1.53	2.41	0.525			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.40	2.54	0.582			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-0.55	2.41	0.821			
สถานภาพสมรส (Ref: หม้ายหย่าร้าง แยกกันอยู่)						
โสด	-5.84	2.63	0.028*	9.53	21.59	0.66
สมรส	-0.19	1.76	0.910			
อาชีพ (Ref: รับจ้างทั่วไป)						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-4.56	4.42	0.303			
เกษตรกร	-6.89	2.52	0.007*	15.29	31.32	0.625
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	-4.55	2.83	0.11			
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	-6.52	3.93	0.099			
ลูกจ้าง พนักงานบริษัท	-6.49	2.69	0.017*			
โรคประจำตัว	-0.77	1.28	0.547			
รายได้ต่อเดือน	-0.01	7.42	0.175			
ความเพียงพอของรายได้ (Ref: ไม่เพียงพอ)						
เพียงพอเป็นบางครั้ง	6.72	1.55	0.001*	40.94	63.17	0.517
เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บ	9.81	1.77	0.001*			
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	0.38	0.15	0.015*	0.24	0.37	0.532
ความรู้ทางสุขภาพ	0.39	0.03	0.001*	0.17	0.24	0.483

4.3 ผลการวิเคราะห์ขั้นโมเดลตามสมมติฐาน (hypothetical models) เป็นโมเดลที่นำตัวแปรอิสระระดับบุคคลที่ผ่านการวิเคราะห์ และพิจารณาว่าเหมาะสมจากการวิเคราะห์ระดับบุคคล มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอิสระระดับชุมชน ได้แก่ ตัวแปร นโยบายที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชน กิจกรรมบริการสุขภาพพื้นฐาน กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ กิจกรรมสวัสดิการ และกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนสูงวัยระดับชุมชน พบว่า ตัวแปรกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระระดับบุคคล คือ ตัวแปรเพศ เพศหญิง มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากกว่าเพศชาย รวมถึง ตัวแปรสถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานภาพโสด มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ รวมทั้งตัวแปรอาชีพเกษตรกร ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และความรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ โดยนำตัวแปรระดับบุคคลมาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรระดับชุมชน ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ทางสุขภาพ ตัวแปรระดับชุมชน ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการมาวิเคราะห์ พบว่า ความรู้ทางสุขภาพกับกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทั้งนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ได้ร้อยละ 43.3 ($R^2=0.433$) ดังตารางที่ 5 และแสดงผลการวิเคราะห์ในรูปแบบสมการได้ดังนี้

ความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ = (- 45.67) + 0.55 (กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ) + 4.45 (เพศ) - 5.27 (สถานภาพสมรส) - 6.23 (อาชีพ) + 9.56 (ความเพียงพอของรายได้) + 0.37 (ความรู้ทางสุขภาพ) + 0.47 (ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ขั้นโมเดลตามสมมติฐาน (hypothetical models)

Parameters	fixed effect			random effect		
	β	SE	p-value	Variance	SE	p-value
Intercept	-45.67	28.03	0.106	72.36	11.98	0.001*
ระดับบุคคล						
เพศ (Ref: ชาย)						
หญิง	4.45	1.41	0.002*	0.36	40.33	0.993
ระดับการศึกษา (Ref: อนุปริญญา ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป)						
ประถมศึกษา	2.68	2.31	0.248			
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.41	2.44	0.325			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.26	2.36	0.911			
สถานภาพสมรส (Ref: หม้ายหย่าร้าง แยกกันอยู่)						
โสด	-5.27	2.59	0.043*	32.20	53.92	0.550
สมรส	-0.61	1.74	0.727			
อาชีพ (Ref: ลูกจ้าง พนักงานบริษัท)						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-5.49	2.75	0.47			
เกษตรกร	-6.23	2.42	0.011*	9.40	20.08	0.640
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	-4.59	2.74	0.095			
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	-3.42	3.76	0.364			
รับจ้างทั่วไป	-5.32	2.58	0.041			
โรคประจำตัว	-0.31	1.28	0.81			
รายได้ต่อเดือน	-0.01	7.09	0.150			
ความเพียงพอของรายได้ (Ref: ไม่เพียงพอ)						
เพียงพอเป็นบางครั้ง	6.62	1.52	0.101			
เพียงพอ เพียงพอเหลือเก็บ	9.56	1.86	0.001*	48.07	72.76	0.509
ความสัมพันธ์กับในครอบครัว	0.47	0.15	0.002*	0.23	0.37	0.533
ความรู้ทางสุขภาพ	0.37	0.034	0.001*	0.17	0.24	0.483
ระดับชุมชน						
กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ	0.55	0.25	0.029*	0.66	1.02	0.511
Cross-level interaction						
กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ* ความรู้ทางสุขภาพ	0.01	0.03	0.01*	2.51	3.59	0.483

$R^2 = 0.433$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เปียदनอก (2555) ที่สำรวจเกี่ยวกับการรับรู้และการเตรียม

ตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ 4 ภาคของประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ผลลัพธ์การศึกษานี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุของอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เนื่องมาจากในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และวัยก่อนที่จะเป็นผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านมีการให้ความรู้เสียงตามสายในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมอยู่เป็นประจำ แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชุมชน หรือข้อมูลเสียงตามสายอาจยังเข้าไม่ถึงเนื่องจากต้องออกไปทำงาน ไม่ได้อยู่บ้านตลอด รวมถึงไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับทางชุมชน ทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร

จากการศึกษาปัจจัยพระระดับที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ เมื่อพิจารณาปัจจัยระดับบุคคล พบว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บ มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากกว่าผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมพร ธรรมรัช (2555) และการศึกษาของ ประกาย จิโรจน์กุล และคณะ (2560) โดยปกติผู้ที่มีรายได้เพียงพอ และเพียงพอเหลือเก็บเป็นผู้ที่มีสภาพคล่องในการใช้จ่าย ไม่มีภาระด้านการเงิน สามารถเก็บออมใช้ในอนาคต สร้างความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งสามารถเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ที่มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ ทำให้ไม่เหลือเก็บเพื่อเตรียมพร้อมไว้ในอนาคต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้ถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานะเศรษฐกิจ และในส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างบริษัทนั้นจะมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ผลจากการศึกษานี้อาจสะท้อนได้ชัดเจนกว่าเรื่องความเพียงพอของรายได้ว่า เนื่องจากพนักงานบริษัท หรือลูกจ้างบริษัทสามารถเข้าถึงการศึกษา และการประกันสุขภาพ มีสวัสดิการรองรับจากการทำงาน และมีรายได้ที่แน่นอนกว่า คล้ายกับการศึกษาของ ชนัญญา ปัจจุพล (2558) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับราชการ เช่น การประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป หรือค้าขายเกษตรกร เป็นอาชีพไม่มั่นคง ทำให้มีรายได้ไม่มั่นคง ซึ่งยากต่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท ลูกจ้างบริษัท หรือ รับราชการในอำเภอสรรพยาสามารถบอกรายได้ได้ชัดเจน ส่วนใหญ่มีการทำประกันสุขภาพเพื่อรองรับเหตุการณ์ในอนาคต และมีการออมในกองทุนต่างๆ สำหรับใช้ในวัยสูงอายุ ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่ไม่สามารถบอกรายได้ที่ชัดเจน ไม่แน่นอนกับรายได้ ทำให้การวางแผนสำหรับอนาคตทำได้ไม่ดีมากนัก ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ดีจะทำให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ การสื่อสารในครอบครัวที่ดีทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดี และส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง จะมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะสุขภาพในทุกมิติได้ดี มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี และทำให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพโดยเฉพาะด้านร่างกาย และจิตใจ อีกทั้งยังทำให้อัตราการเป็นโรคไม่ติดต่อ และภาวะโรคที่พบในผู้สูงอายุลดลงอีกด้วย (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Grotty, 2011) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว (2561) ที่พบว่า การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดี จะทำให้มีการเตรียมการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนปัจจัยระดับชุมชนพบว่า หากชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการจะทำให้คนในชุมชนมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ จะเน้นการส่งเสริมด้านเศรษฐกิจให้กับคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีแนวทางในการเก็บออมเงินในรูปแบบการสร้าง ความมั่นคงในระยะยาวเพื่อใช้ยามสูงอายุ รวมถึง

การส่งเสริมอาชีพในชุมชน เพื่อหารายได้ และเตรียมอาชีพเสริมในยามสูงอายุ ทำให้ผู้ที่อยู่ชุมชนที่มีการส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการนั้นมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจมากขึ้น แต่เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านในอำเภอสรรพยา มีความสนใจที่แตกต่างกัน รวมถึงผู้นำชุมชนให้ความสนใจในการพัฒนาหมู่บ้านของตนที่แตกต่างกัน ทำให้บางหมู่บ้านมีกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการที่ดี คนในหมู่บ้านเข้าถึงข้อมูลด้านสวัสดิการเป็นอย่างดี มีการเข้าร่วมกองทุนสำหรับใช้ในยามสูงอายุ แต่บางหมู่บ้านอาจให้ความสนใจในกิจกรรมอื่นมากกว่า ทำให้การส่งเสริมกิจกรรมสวัสดิการน้อย คนในหมู่บ้านเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านเศรษฐกิจน้อย และเกิดการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจไม่ดีเท่าที่ควร และ ทำนองเดียวกับ ภาณุวัฒน์ มีชนะ (2560) ที่พบว่าประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีหนี้สินของครัวเรือน มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการออมเงิน ส่งผลให้มีความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุในระดับต่ำ ส่วนผลจากการวิเคราะห์ภูมิคุ้มกันข้ามระดับ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงอยู่ในชุมชนที่มีกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ จะทำให้มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพสูงขึ้น อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มีทักษะความรู้ทางสุขภาพอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการ ทำให้เกิดความพร้อมในหลายมิติทำให้คนในชุมชนมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นการที่จะส่งเสริมพัฒนาความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพนั้นควรส่งเสริมในเรื่องความรู้ทางสุขภาพให้กับคนในชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมกิจกรรมด้านสวัสดิการในชุมชนอีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่ของอำเภอเดียว ซึ่งมีบริบทของประชากร สังคม วัฒนธรรมเฉพาะ การนำข้อมูลไปใช้เพื่ออธิบายในพื้นที่อื่นทั่วไปไม่สามารถทำได้โดยไม่พิจารณาเทียบเคียงข้อมูลบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สามารถวางแผนส่งเสริมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพให้กับคนในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมทักษะความรู้ทางสุขภาพ จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูล การซักถามโต้ตอบ การตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชากรอายุ 45-59 ปี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมกิจกรรมสวัสดิการในชุมชน และการออมเงินเพื่อวัยสูงอายุ เพื่อสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุให้กับประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบ แนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นการส่งเสริมความพร้อม ในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายอำเภอ อำเภอสรรพยา เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสรรพยาทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). แผนบูรณาการเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/implementation/7/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2561. นนทบุรี.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพวัฒนา.
- กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว. (2561). แบบประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวไทย ด้านสัมพันธภาพ. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2561 จาก <http://stat.thaifamily.in.th/Questionnaire/>
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุพรรณบุรี. (2561). เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ปีงบประมาณ 2561. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุข อำเภอสุพรรณบุรี.
- ชนัญญา ปัญจพล. (2558). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัด กระทรวง สาธารณสุข (ส่วนกลาง) (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปฐมพร ธรรมธวัช. (2557). ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี, 10(3), 88-94.
- ประกาย จิโรจน์กุล, นิภา ลีสุคนธ์, เรณู ขวัญยืน และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2560). การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- ภานุวัฒน์ มีชนะ. (2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 1(1), 259-271.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เปียคนอก. (2555). การรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 4(1), 197-208.
- วัลภา บุรณกลัศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2), 24-32.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). ผู้ศตวรรษ...ประชากรสูงวัย. กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม และมุกดา สำนวนกลาง. (2561). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2558). สุขุมชน สุขภาพดี. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. (2562). การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ. สืบค้นจาก www.sh.mahidol.ac.th/she/edu/Uthaitip.doc/
- อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 7(1), 76-95.

- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine* Logo, 155(2), 97-107.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved December 20, 2019, from <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf/>

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบโครงการ: การจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น

บุษกร ยอดทราย¹ เสน่ห์ ขุนแก้ว²
อลิษา ขุนแก้ว³ อรอนงค์ ธรรมจินดา⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (descriptive qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบโครงการการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย ถูกคัดเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้ให้ข้อมูลถูกสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ผลการวิจัยพบ 3 แก่นสาระหลักคือ 1) บทบาทผู้สอน มีแก่นสาระย่อย ได้แก่ ทักษะการถ่ายทอด ให้อิสระในการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียน ใช้เทคโนโลยีสืบค้นข้อมูลและติดต่อสื่อสาร และพร้อมให้คำปรึกษา 2) การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดทำนวัตกรรม มีแก่นสาระย่อย ได้แก่ ใช้กระบวนการวิจัย ประยุกต์ใช้ความรู้ที่หลากหลาย คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรียนรู้เท่าทันสารสนเทศ และพัฒนาทักษะด้านสื่อ และเทคโนโลยี 3) ทักษะชีวิต มีแก่นสาระย่อย ได้แก่ จัดการผลสมรรถนะของสมาชิก/การบริหารเวลา เรียนรู้กระบวนการกลุ่มและทำงานเป็นทีม และโอกาสในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้แบบโครงการช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะด้านสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี และทักษะชีวิต ทั้งนี้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบโครงการซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้แบบโครงการสำหรับรายวิชาทางการพยาบาลในสาขาอื่น ๆ

คำสำคัญ: ประสบการณ์, นักศึกษาพยาบาล, การเรียนรู้แบบโครงการ, สื่อวีดิทัศน์

วันที่รับ: 10 มีนาคม 2564 วันที่แก้ไข: 2 มิถุนายน 2564 วันตอบรับ: 12 กรกฎาคม 2564

¹ พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้ติดต่อหลัก E-mail: bsakorn.yotsai@gmail.com

² พร.ด. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ พรด. คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Experiences of nursing students in project-based learning: creating video media on health promotion of children and adolescents

Bootsakorn Yotsai¹ Saneh Khunkaew²
Alisa Khunkaew³ On-Anong Thammajinda⁴

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to examine the experience of nursing students in project-based learning by creating video media on health promotion of children and adolescents. Informants were second-year nursing students for a total of ten informants was recruited by maximum variation sampling. All informants were in-depth interviewed according to the semi-structured interview questionnaire and analyzed all the data by using thematic analysis. The results revealed three main themes; 1) The role of an instructor, had sub-themes including; having presentation skills, providing freedom to learn according to the interests of the learners, using technology for searching information and communication, and ready to advise 2) Reflection on innovation creation, had sub-themes including; using research process, apply a variety of knowledge, considering needs of the target population, using empirical evidence-based, information literacy, and formation of information, media and technology skills 3) Life skills, had sub-themes including; managing the integration of members' abilities/time management, learning about group process and teamwork, and an opportunity to improve nursing practice. Findings of this study suggest that the project-based learning could enhance 21st century skills for nursing students, especially information, media and technology skills, and life skills. It also provides primary information regarding managements of project-based learning which could be applied for the development of project-based learning to nursing courses in other fields.

Keywords: Experience, Nursing Students, Project-Based Learning, Video Media

Received: March 10, 2021 Revised: June 2, 2021 Accepted: July 12, 2021

¹ M.N.S., Faculty of Nursing, Maejo University

Corresponding author, E-mail: bsakorn.yotsai@gmail.com

² Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Praboromarajchanok Institute

³ M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Praboromarajchanok Institute

⁴ D.N.P., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

บทนำ

ในปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกมีการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูงทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญ กับปัญหา รายได้ในประเทศลดลงและชะลอตัว รัฐบาลจึงได้นำโมเดลเศรษฐกิจ ประเทศไทย 4.0 (Thailand 4.0) “ทำน้อย ได้มาก” เน้นการขับเคลื่อนด้วยความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม เทคโนโลยี และการบริการระดับสูง ในการผลักดันการเติบโต ของรายได้ในประเทศให้สูงขึ้นในอีก 5 ปีข้างหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่าน การศึกษา ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับความสามารถ ของประชากรในประเทศให้มีคุณสมบัติและมีศักยภาพเพียงพอ ในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคมไทยในอนาคตทั้งในระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน อย่างไรก็ตามการศึกษาไทยยังคงมีจุดอ่อนที่ต้องได้รับการพัฒนาในหลายด้าน เช่น ผลการทดสอบทาง การศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (O-Net) ในวิชาหลัก คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ มีคะแนน เฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 โรงเรียนขนาดเล็กจำนวนมากมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กต่ำกว่าเกณฑ์ วิธีการวัดและ ประเมินผลทั้งหลักสูตรและผู้เรียนยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้เรียนในด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่าง เป็นรูปธรรม ผลงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมของกระทรวงศึกษาธิการยังไม่สามารถนำไปใช้ ประโยชน์อย่างคุ้มค่า (ดารุณี บุญครอง, 2560) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันส่งเสริมการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (STEM academy) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงจัดให้มีการนำร่องในการนำสะเต็ม (STEM) มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งสะเต็มศึกษา หมายถึง รูปแบบการ เรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการวิชาวิทยาศาสตร์ (science) เทคโนโลยี (technology) วิศวกรรมศาสตร์ (engineering) และคณิตศาสตร์ (mathematics) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันโดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียน ได้มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น วิเคราะห์ ปัญหาสถานการณ์ขั้นสูงเพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง และเพิ่มทักษะทางสังคม และใช้โครงงานเป็นฐาน (project based learning) เพื่อลดอุปสรรคการเรียนรู้ของการจัดการเรียนการสอนแบบดั้งเดิม (Kelley & Knowles, 2016) มาใช้ จัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนากำลังคนในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็น กลุ่มความรู้ ทักษะและนิสัยการทำงานที่เชื่อว่ามี ความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Miller, 2010) อันเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการศึกษาและพัฒนา ประเทศไทยประกอบด้วยทักษะหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรมจะเป็นตัวกำหนดความ พร้อมของนักเรียนเข้าสู่โลกการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ประกอบด้วย ความริเริ่มสร้างสรรค์และ นวัตกรรม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา และการสื่อสารและการร่วมมือหลายด้าน 2) ทักษะด้าน สารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี เนื่องด้วยในปัจจุบันมี การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อและเทคโนโลยีมากมาย ผู้เรียนจึงต้องมีความสามารถในการแสดงทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและปฏิบัติงานได้หลากหลาย โดยอาศัยความรู้ ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และ 3) ทักษะด้านชีวิตและอาชีพ ผู้เรียนจะต้องพัฒนาทักษะชีวิตที่สำคัญในการ ดำรงชีวิตและทำงานในยุคปัจจุบันให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความยืดหยุ่นและการปรับตัว การริเริ่มสร้างสรรค์และ เป็นตัวของตัวเอง ทักษะสังคมและสังคมข้ามวัฒนธรรม การเป็นผู้สร้างหรือผู้ผลิต และความรับผิดชอบเชื่อถือได้ และ ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ (วิจารณ์ พานิช, 2555)

ปัจจุบันได้มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงาน ผสมผสานกับสะเต็มศึกษาในหลากหลายสาขาวิชาโดยมากพบ ในระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะและเรียนรู้จากกิจกรรมการปฏิบัติจริงจากประสบการณ์ตรง ผึก การคิดวิเคราะห์และสืบค้นข้อมูล ทำให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ เรียนรู้ด้วย ตนเอง เรียนรู้เป็นทีม หรือจากกลุ่มเพื่อนมากขึ้น สำหรับการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มศึกษาในการศึกษา พยาบาล มีการศึกษาผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มในวิชาเลือกการศึกษาอิสระเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 พบว่าภายหลังใช้แผนการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มในวิชาการศึกษาอิสระ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนน

ทักษะศตวรรษที่ 21 เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนการทัศนและความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, นวพร มามาก, ญัฐนิชา ศรีละมัย และละเอียด แจ่มจันทร์, 2561) จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้โดยใช้โครงงานสะเต็มสามารถช่วยพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นกลุ่มความรู้ทักษะและนิสัยการทำงานที่เชื่อว่ามีสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Miller, 2010)

ในปีการศึกษา 2562 กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ได้ทดลองจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนโดยให้นักศึกษาพยาบาลจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ระบุปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องการศึกษา 2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา 3. ออกแบบวิธีการแก้ปัญหา แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 3.1) ออกแบบและใช้สร้างคลิปวิดีโอตามแผนที่วางไว้ 3.2) ทดลองใช้วีดิทัศน์และนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น 4. วางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาโดยการสร้างแบบสอบถาม เพื่อประเมินคะแนนความพึงพอใจในการใช้วีดิทัศน์ 5. ทดสอบประเมินผล และปรับปรุงแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 5.1) นำวีดิทัศน์ไปทดลองใช้ และประเมินผลการใช้วีดิทัศน์จากเครื่องมือที่สร้างขึ้น 5.2) นำผลวิเคราะห์ทางสถิติ และข้อเสนอแนะที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัครมาอภิปรายร่วมกับเพื่อนในกลุ่ม และอาจารย์ที่ปรึกษา และ 6. นำเสนอวีดิทัศน์หน้าชั้นเรียน ผลจากการดำเนินงานของรายวิชา (มคอ.5) พบว่าผู้เรียนมีระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.63$, $SD = .534$) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยผลการเรียนรู้หลัก (learning outcome) ของผู้เรียนพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.39$, $SD = .061$) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จากการเรียนรู้แบบโครงงานการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบโครงงานการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงพรรณนา (descriptive qualitative research) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากสถานการณ์จริงที่ได้ประสบพบเจอ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้คือ constructivist orientation (Braun & Clarke, 2006) เพื่อที่จะได้ศึกษาและประมวลผลจากสถานการณ์จริงจากกลุ่มตัวอย่าง และข้อค้นพบใหม่จากกลุ่มอาสาสมัครที่มีความจำเพาะต่อประสบการณ์นั้น ๆ (Thorne, 2011)

สถานที่และเวลาที่ดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผ่านระบบ VDO Call ตั้งแต่วันที่เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ลงทะเบียนเรียนอย่างสมบูรณ์ในรายวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 2 หน่วยกิต คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จำนวน 121 คน

กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (maximum variation sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมความหลากหลายที่คณะผู้วิจัยให้ความสนใจ (ประไพพิมพ์ สุธีสินนท์ และประสพชัย พสุนนท์, 2559) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 2) นักศึกษามีความสนใจในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 3) นักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกลุ่มที่เป็นหัวหน้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่ม 4) นักศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลและรายละเอียดได้ดี 5) นักศึกษาที่มีประสบการณ์/ไม่มีประสบการณ์การทำสื่อก่อน ทั้งหมดมีจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi structured) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (open-ended questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามขอคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบสะเต็มศึกษา ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดทำนวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์แบบสะเต็ม 3) ประสบการณ์ภาพรวมของการจัดการเรียนการสอนแบบสะเต็มศึกษา เช่น คุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบสะเต็มศึกษา คุณคิดว่าการจัดทำนวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์โดยใช้กรอบแนวคิดสะเต็มศึกษามีผลต่อการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างไร โดยภาพรวมของการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ คุณมีความรู้สึกอย่างไร ข้อคำถามเหล่านี้ ถูกพัฒนาและทดสอบความตรงกับกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาความตรงของแบบสัมภาษณ์ ได้ทั้งหมดจำนวน 3 ข้อใหญ่ และ 6 ข้อคำถามย่อย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยพายัพ หมายเลขเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย PYU_REC No.63/013 โดยก่อนการสัมภาษณ์ 1 วัน ผู้วิจัยโทรนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่จะเป็นการบ่งชี้หรือเปิดเผยถึงลักษณะเฉพาะให้สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเป็นจริงของข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการจดบันทึกและบันทึกภาพและเสียงระหว่างทำการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แต่จะไม่สัมภาษณ์กลุ่มที่ผู้วิจัยให้คำปรึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างผ่านระบบ VDO call โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที เมื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน อายุ 20-21 ปี เป็นนักศึกษาชาย 2 คน และนักศึกษาหญิง 8 คน พบว่าแก่นสาระอิ่มตัว (conceptual saturation) จึงหยุดการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยใช้แนวทางของบรานและคลาร์ก (Braun & Clarke, 2006) ในการวิเคราะห์ใจความ มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อ่านข้อมูลจากการบันทึกทั้งหมดหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลให้มาก

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มต้นสร้างรหัส โดยผู้วิจัยหลักให้สัญลักษณ์ประโยคหรือข้อความสำคัญที่เป็นความหมายในประเด็นที่ศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยและเขียนรหัสรายการข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาสาระหรือแก่นหลัก (themes) ค้นหาธีม ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์รหัสที่รวบรวมทั้งหมดและระบุความคล้ายคลึงและความเกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยกำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยคหรือข้อความสำคัญนั้น

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบสาระหรือแก่นหลัก โดยผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ของรหัสและชุดข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง โดยแบ่งหมวดหมู่ออกเป็นกลุ่มรหัสที่มีเนื้อหาคล้ายกัน และหมวดหมู่ที่มีแนวคิดคล้ายกัน

ขั้นตอนที่ 5 การให้คำจำกัดความและตั้งชื่อแก่นสาระ

ขั้นตอนที่ 6 การเขียนรายงาน โดยบรรยายอธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาอย่างครอบคลุม อธิบายให้เห็นโครงสร้างที่สำคัญทั้งหมดของประเด็นที่ศึกษา

ความเชื่อถือและไว้วางใจได้ (trustworthiness) ดำเนินการดังนี้

บทสนทนาที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดถูก ถอดเทปออกมาทุกคำพูด ตามที่กลุ่มตัวอย่างได้เล่าประสบการณ์ บรรยายความรู้สึกออกมา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้องของการถอดเทปรวมถึงการยืนยันข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยนั้น ใช้คำพูดของอาสาสมัครโดยตรงเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจนในทุกๆ ประเด็นของการวิเคราะห์ และการรายงานผล

ผลวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์แก่นสาระพบ 3 แก่นสาระหลักคือ 1) บทบาทผู้สอน 2) การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดทำนวัตกรรม 3) ทักษะชีวิต ซึ่งในแต่ละแก่นสาระนั้นมีแก่นสาระย่อย ดังรายละเอียดดังนี้

แก่นสาระหลักที่ 1: บทบาทผู้สอน

ผู้เรียนมีความประทับใจในผู้สอน เพราะผู้สอนที่สามารถถ่ายทอดเนื้อหาได้อย่างเข้าใจ มีวิสัยทัศน์ มีความรู้และเข้าใจเทคโนโลยีใหม่ และเปรียบเสมือนผู้อำนวยการเรียนรู้ หรือผู้ชี้แนะ ทำให้การเรียนรู้ของผู้เรียนนั้นประสบผลสำเร็จ และเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

แก่นสาระย่อย 1.1 มีทักษะการถ่ายทอด ทักษะการถ่ายทอดของผู้สอน เป็นอีกทักษะหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจและจดจำได้ง่ายเนื่องจากเนื้อหาการเรียนนั้นมีความซับซ้อน ผู้สอนจึงต้องหากวิธีที่จะถ่ายทอดออกมาเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจในเนื้อหา และจดจำได้ จึงทำให้นักศึกษาเกิดความประทับใจ และถ่ายทอดออกมาเป็นประสบการณ์ที่เป็นแก่นสาระ ดังเห็นได้จากคำกล่าวนี้

“...อย่างแรกเลยคือประทับใจในตัวอาจารย์ค่ะ อาจารย์มีชีต มีสไลด์ อธิบายให้อย่างชัดเจน มีความรู้ที่อัปเดต หนูรู้สึกประทับใจในส่วนนี้มากค่ะ อีกอย่างอาจารย์มี trick ในการสอนช่วยให้จำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ เช่น แกงอ่อมใส่ถั่วก็จะให้คิดถึง omphalocoele อาจารย์สอนเข้าใจมาก อาจารย์จะเน้นในประเด็นสำคัญ มีการยกตัวอย่างมีรูปประกอบเยอะ ๆ นะคะ ทำให้จำเลยเข้าใจได้ง่าย...” (ปราง)

แก่นสาระย่อย 1.2 ให้อิสระในการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียน การสอนที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยการส่งเสริมการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้เรียนตกผลึกทางความคิดได้ด้วยตัวเอง และมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...คัดเลือกหัวข้อที่กลุ่มสนใจอยากจะศึกษาและทำออกมาเป็นคลิปวิดีโอ อาจารย์ก็จะให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนค้นข้อมูลตามหัวข้อที่แต่ละคนสนใจมาแล้วให้เพื่อนคนอื่น ๆ ในกลุ่มฟัง จากนั้นก็ร่วมกันคิดว่า จะเลือกหัวข้อไหนเพราะอะไร อันไหนมีเหตุผล มีสถิติ มีอุปกรณ์ชี้ชัดที่สุด ก็เลือกหัวข้อนั้นค่ะ...” (จอย)

แก่นสาระย่อย 1.3 ใช้เทคโนโลยีสืบค้นข้อมูลและติดต่อสื่อสาร ผู้สอนมีการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ในการจัดการการสืบค้นข้อมูล สอนให้ผู้เรียนประเมินข้อมูลสารสนเทศอย่างมีวิจารณญาณ อีกทั้งยังใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารกับผู้เรียนนอกเวลาเรียนเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนปรึกษาได้เสมอ เมื่อติดขัดหรือมีปัญหาสามารถให้ความช่วยเหลือแนะนำได้ทันที ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...อาจารย์ก็ให้หาวิจัยที่อัปเดต ดูจากปี พ.ศ. ก็คือห้ามเกิน 5-10 ปี ทั้งไทยและอังกฤษ ของกลุ่มผมก็มีการนำงานวิจัยทั้งภาษาไทย 3 ฉบับ และ ภาษาอังกฤษ 1 ฉบับ มาเรียบเรียงเนื้อหาครบ...มีการนัดประชุมกลุ่มเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะผ่านระบบ LINE หรือ Facebook...” (โอ)

“...อาจารย์ยังสอนเทคนิคในการค้นหางานวิจัยอาจารย์บอกว่าข้อมูลที่น่าเชื่อถือจะต้องมาจากการวิจัยที่มีการตีพิมพ์ย้อนหลังจากปัจจุบันไม่เกินห้าปีเพื่อให้ข้อมูลที่ได้อัปเดต และมีความถูกต้อง และอาจารย์ก็ยังสอนให้ค้นจากเว็บไซต์ต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ จะมีเว็บไซต์ WHO, Thaijo, google scholar...” (ก้อย)

แก่นสาระย่อย 1.4 พร้อมให้คำปรึกษา ผู้สอนให้การช่วยเหลือผู้เรียนในทุกด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้แก่ผู้เรียน เช่น ช่วยตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาที่ใช้ในการจัดทำนวัตกรรมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อให้นวัตกรรมมีความสมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...อาจารย์ที่ปรึกษาในกลุ่มให้แบบว่า...ความช่วยเหลือได้เต็มที่ แล้วก็แบบ...ทำให้งานที่ได้รับมอบหมายมามันมีประสิทธิภาพเลยนะค่ะ แล้วก็อาจารย์ก็มีการติดตามงานตลอดค่ะ...ให้คำปรึกษาเวลา แบบว่าได้งานมาแล้ว แล้วไม่เข้าใจในส่วนนี้ก็นำไปถามอาจารย์ แล้วก็อาจารย์ก็จะอธิบายเพิ่มเติมค่ะ พอทำงานเสร็จมาแล้ว มีจุดไหนที่อาจารย์แนะนำมาหรือว่าอยากให้แก้ไขอะไรบ้าง...” (จอย)

แก่นสาระหลักที่ 2: การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดทำนวัตกรรม

ผู้เรียนมีความประทับใจในการจัดการเรียนการสอน ที่ได้นำความรู้ในด้านต่าง ๆ มาใช้ในการจัดทำนวัตกรรม ได้แก่ ความรู้ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ทักษะการสืบค้นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้ออกแบบและคิดค้นสิ่งสนใจศึกษาด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และเป็นเหตุเป็นผล ได้เพิ่มทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างแท้จริงในการเรียนรู้การตัดต่อคลิปและการใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มความน่าสนใจให้แก่ชิ้นงานนวัตกรรม ดังเห็นได้จากคำกล่าว

“...อยากให้มีนวัตกรรมแบบนี้ทุก ๆ ปีเลยค่ะ น้อง ๆ จะได้เรียนรู้การทำงานเป็นขั้นเป็นตอน การใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพในการที่จะเผยแพร่ความรู้ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาข้อมูล รวมถึงการอัดคลิปวิดีโอเพื่อเผยแพร่สาระความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กในแต่ละช่วงวัยค่ะ มีความรู้สึกที่เราทำได้ นะ ทำออกมาได้ดีด้วยโดยที่ไม่จำเป็นต้องเรียนมาก่อนถึงจะทำได้ เรียนรู้เองจาก YouTube ก็สามารทำคลิปสั้น ๆ ได้ มันสามารถนำไปใช้ตอนทำงานได้ โดยเฉพาะการสอนหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น โรค การดูแลตนเองให้ปลอดภัย โรค การส่งเสริมสุขภาพเด็กอะไรทำนองนี้ ซึ่งเนื้อหาที่อยู่ในคลิปวิดีโอก็มี Reference ที่น่าเชื่อถือ...” (ปราง)

แก่นสาระย่อย 2.1 การใช้กระบวนการวิจัย ผู้เรียนได้เรียนรู้การจัดทำนวัตกรรมอย่างเป็นขั้นตอนที่เริ่มจากศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับหลักการ หรือแนวคิดทฤษฎีที่นำมาสนับสนุน กำหนดวัตถุประสงค์ ออกแบบและลงมือทำตามแผนที่วางไว้ นำเสนอนวัตกรรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอและเผยแพร่ผลงาน ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...การจัดทำนวัตกรรมเราต้อง Research งานวิจัยมาก่อนนะค่ะ ว่ามันมีปัญหาแบบนี้จริง ๆ ไหม ในปัจจุบัน เคยมีใครทำมาแล้วหรือยังเกี่ยวกับเรื่องที่เราสนใจ อย่างเช่นกลุ่มของผมได้วัยรุ่นที่มีปัญหา

เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ก็ต้องไปค้นงานวิจัยเพื่อว่ารู้ว่าเป็นของวัยรุ่นช่วงอายุที่เราสนใจจริง ๆ ไหม...หาอ่านจากเว็บไซต์ต่าง ๆ บทความวิชาการ หรืองานวิจัยว่าสถิติปัญหาการดื่มสุราในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นจนเป็นปัญหาในวงกว้างหรือไม่...” โจ้

“...เราก็ไปค้นหาข้อมูลใน Google scholar เกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการให้นมมารดากับการนอนของทารก เป็นวิจัยภาษาไทย 5 เรื่อง ภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง ย้อนหลังไม่เกินห้าปี จากนั้นก็สรุปใจความสำคัญและนำเสนอแก่อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้นแบ่งงานกันในกลุ่มออกเป็น 2 ฝ่าย คือทำรายงานกับถ่ายทำคลิปวิดีโอ เมื่อตัดต่อเสร็จแล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นก่อนเอาไปทดลองใช้...ตอนเอาไปทดลองใช้กับคุณแม่เมื่อใหม่ก็ได้ข้อเสนอแนะให้พูดช้า ๆ และไม่ใช่คำศัพท์ทางเทคนิคมากเกินไป จากนั้นเอาข้อเสนอแนะมาปรับแก้ก่อนนำเสนอหน้าชั้นเรียน...” (จอย)

แก่นสาระย่อย 2.2 ประยุกต์ใช้ความรู้ที่หลากหลาย ผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เดิมที่มี เช่น ความรู้ทางเทคโนโลยี ความรู้ในวิชาที่เรียน และใช้ทักษะทางคณิตศาสตร์ในการคำนวณเวลาในการตัดต่อคลิปวิดีโอ และการจัดกลุ่มชุดข้อมูลความพึงพอใจในการใช้สื่อนวัตกรรมที่ผู้เรียนเป็นผู้สร้างขึ้น รวมถึงมีความเข้าใจภาษาคณิตศาสตร์สามารถถ่ายทอดความคิดรวบยอดทางคณิตศาสตร์ได้ โดยการแปลชุดคะแนนความพึงพอใจเป็น มาก ปานกลาง และน้อย ได้อย่างเหมาะสม ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...แบบสอบถามที่กลุ่มของผมนำมาสร้างขึ้นก็จะมีในส่วนของกราฟประเภทรูปวงกลม แสง เสียง เทคนิค ความถูกต้องของเนื้อหาแบ่งออกเป็นระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามลำดับครับ กลุ่มผมโชคดีที่หนึ่งในผู้ทดลองใช้เป็นผู้ที่เป็นแม่ลูกอ่อนจริง ๆ คือ พี่ปิ่น แล้วก็มีเพื่อนที่อยู่กลุ่มอื่น รวม ๆ แล้ว 20 คนที่ตอบแบบสอบถาม จากนั้นเอามาคิดเป็นร้อยละโดยใช้ SPSS เป็นการนำความรู้วิชาวิจัยที่ได้เรียนมาแล้วมาใช้ด้วย...” (โอ้)

“...ตอนปี 1 พวกหนูได้เรียนวิชาสารสนเทศเบื้องต้น อาจารย์สอนการตัดต่อคลิปกับการทำ Photoshop ทำให้งานตัดต่อคลิปไม่ยากเกินความสามารถของพวกหนู ก็แค่เอาความรู้ที่ได้จากการบรรยายของอาจารย์ในห้องมาเอาให้ลื่นและมิกงานวิจัยอ้างอิงเพื่อให้ความน่าเชื่อถือ ความรู้ที่ได้เกี่ยวกับการดูตนกับการนอนของทารก จะแบ่งออกเป็น 3 เรื่องใหญ่ ๆ คือ ประโยชน์ของนมแม่ สื่อสัญญาณที่ทารกแสดงเวลาหิวและอึ และผลกระทบหากได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ เมื่อได้ 3 ธีมใหญ่ ๆ พวกหนูก็หารูปสวย ๆ มาตัดต่อโดยใช้โปรแกรม Photoshop ทำหน้าปกเรื่องให้มีความน่าสนใจและสวยงาม ส่วนคลิปที่ถ่ายทำเป็นตอน ๆ ก็เอามาตัดต่อมีค้นหาเทคนิคใหม่ ๆ และศึกษาเองเพิ่มเติมจาก Youtube ด้วยค่ะ...” (จอย)

แก่นสาระย่อย 2.3 คำนิยามถึงกลุ่มเป้าหมาย ผู้เรียนได้เรียนรู้ที่จะสร้างหรือออกแบบนวัตกรรมด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก กลุ่มที่จะรับสื่อนั้นเป็นกลุ่มคนวัยใด บริบทใด และได้คิดสร้างแบบประเมินความพึงพอใจในการนำสื่อนวัตกรรมไปใช้ด้วยตนเอง ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...คิดบทละครจะสื่อออกมายังไงให้ข้อมูลมันครบถ้วนเหมือนกับที่เราอ่าน ทำยังไงให้คนดูไม่เบื่อจะใส่เสียง ใส่เพลงยังไงให้มันดูน่าสนใจ ต้องใช้แอปพลิเคชันอะไรในการตัดต่อคลิปวิดีโอ จากนั้นมาก่อนมาหลังต้องวางแผนว่าจะไปถ่ายทำที่ไหนบ้าง ต้องคิดสร้างแบบสอบถาม ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมคลิปวิดีโอ...” (โจ้)

แก่นสาระย่อย 2.4 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จากการเลือกงานวิจัยที่นำมาใช้ในการอ้างอิงนวัตกรรมนั้น ต้องคัดมาจากรางานวิจัยที่มีคุณภาพ มีกระบวนการวิจัยที่ถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทที่กำลังจะศึกษา และได้มาจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...เนื้อหาที่นำมาประกอบในนวัตกรรมคลิปีวิดีโอ มีความน่าเชื่อถือเพราะเอามาจากงานวิจัย เพราะว่ากว่าจะได้ตีพิมพ์ลงในวารสารการพยาบาลหรือวารสารงานวิจัย จะต้องผ่านผู้ทรงคุณวุฒิหลาย ขั้นตอน กว่าจะเป็นบทความวิจัยที่เราสามารถค้นหาได้ในเว็บไซต์ จะต้องผ่านการแก้ไข และการอ่านซ้ำแล้ว ซ้ำเล่า ดังนั้น มันถึงทำให้หนูเชื่อว่าข้อมูลที่พวกหนูหามานั้นมีความน่าเชื่อถือและมีความถูกต้องสามารถ เผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปได้ค่ะ...” (ปราง)

แก่นสาระย่อย 2.5 เรียนรู้เท่าทันสารสนเทศ ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะ โดยสามารถเข้าถึงสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล และประเมินสารสนเทศได้อย่างมีวิจารณญาณ โดยการบอกแหล่งที่สืบค้นงานวิจัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถจัดการกับสารสนเทศได้อย่างต่อเนื่อง โดยการเลือกข้อมูลงานวิจัยที่มีความทันสมัยย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี นับจากปัจจุบัน เพื่อให้องค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการจัดทำคลิปีวิดีโอมีความน่าเชื่อถือ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...ค้นหาจาก google คือพิมพ์ชื่อหรือคำค้นที่ต้องการหา จากนั้นก็ใส่ .pdf ส่วนใหญ่ผมก็จะหาข้อมูล ใน WHO, Thajjo, Google Scholar งานวิจัยที่อัปเดตจะต้องจำกัดคำค้นที่ปี พ.ศ. ก็คือห้ามเกิน 5 ปี ทั้งไทยและอังกฤษ ก็อ่านจากบทคัดย่อค่ะว่าเขาทำเกี่ยวกับเรื่องอะไร แล้วก็ดูเนื้อหาในด้านในค่ะว่ามีส่วนไหนที่เอามาใช้ได้บ้าง กลุ่มของผมก็มีการนำงานวิจัยทั้งภาษาไทย 3 ฉบับ และ ภาษาอังกฤษ 1 ฉบับมาใช้ในการเรียบเรียงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาครับ...” (โอ๋)

แก่นสาระย่อย 2.6 พัฒนาทักษะด้านสื่อและเทคโนโลยี การพัฒนาทักษะนี้เป็นทักษะสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการทำโครงการครั้งนี้ ทำให้ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลาย ฝึกติดต่อคลิปีวิดีโอด้วยตนเอง และได้เลือกใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเพื่อให้งานนวัตกรรมนั้นมีความน่าสนใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...ก็มีดู You tube เพื่อที่จะทำการตัดต่อคลิปีวิดีโอแล้วก็มีการสอดแทรก animation ให้มันมีภาพเคลื่อนไหวเพื่อที่จะดึงดูดความสนใจของผู้ชมค่ะ อ้อ...แล้วหนูก็เคยซื้อแอปพลิเคชันที่เป็นการถ่ายคลิปีวิดีโอแบบจ่ายเงินด้วยนะค่ะ แต่ยังไม่มีโอกาสได้ใช้สักที พอมีวิชานี้ก็ได้ ใช้โอกาสนั้นในการเรียนรู้วิธีการใช้แอปพลิเคชันตัดต่อคลิปีวิดีโอสอดแทรกเสียงและเพลง โดยได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากใน You tube ก็สนุกไปกับมันค่ะ แอปพลิเคชันเดียนี่ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อนเลยค่ะ...” (ก้อย)

แก่นสาระหลักที่ 3: ทักษะชีวิต

โครงการพัฒนาสื่อเป็นงานกลุ่ม การต้องทำงานร่วมกันกับทีม ทำให้ต้องอาศัยการปรับตัว การสื่อสาร ตัดสินใจ การจัดการกับอารมณ์และปัญหา เพื่อให้การทำโครงการบรรลุเป้าหมายของทีม และรายวิชา ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาตนเองในด้านต่อไปนี้

แก่นสาระย่อย 3.1 จัดการผลานความสามารถของสมาชิก/การบริหารเวลา ผู้เรียนมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวตามสถานการณ์ปัญหาเห็นได้จากการแบ่งหน้าที่ตามความถนัดของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม มีการศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง รับฟังข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และนำมาปรับปรุงแก้ไข และเรียนรู้การประนีประนอมกันระหว่างเพื่อนเพื่อให้งานสำเร็จและมีคุณภาพ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...แต่ละวิชามีการสั่งงานประมาณ 5-6 วิชาครับ การนัดกลุ่มจึงมีปัญหาเวลาที่จะขอความคิดเห็นเป็นมติเอกฉันท์ การนัดวันที่จะถ่ายทำคลิปีวิดีโอ มันนัดกันยากนะครับ ก็จะมีการติดตามงานทุกวันพุธตอนเย็นก็จะล็อกให้วิชานี้เลย อีกอย่างผู้หญิงก็ต้องขึ้นหอละเที่ยงคืนผมก็ต้องกลับหอแล้ว เลยต้องมีการแบ่งงานกันไปทำแล้วสื่อสารกันทางแชท ทุกวันพุธตอนเย็นก็มาจูนความคิดกันให้ตอบไปในทิศทางเดียวกัน...” (โจ้)

“...ส่วนตัวหนูก็ติดต่อดีโอไม่เป็น ก็ต้องหาหน้าที่อื่นทำแทน ยกตัวอย่างเช่นก็การค้นหาข้อมูล หรือว่าการเรียงเรียงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทั้งในส่วนของแต่ละรายงาน และการเขียนบทที่จะนำไปอัดเป็นคลิปวิดีโอ...” (พลอย)

แก่นสาระย่อย 3.2 เรียนรู้กระบวนการกลุ่ม และทำงานเป็นทีม ผู้เรียนได้เรียนรู้การเป็นผู้นำผู้ตามที่ดีผ่านกระบวนการกลุ่ม มีการจัดสรรและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...ได้กระบวนการทำงานกลุ่ม ผมว่ามันเป็นการเรียนการสอนที่ฝึกให้เราทำงานอย่างมีขั้นตอนอย่างกลุ่มของผมนะเริ่มต้นจากการแบ่งหน้าที่ โดยถามความสมัครใจว่าใครถนัดอะไร อยากจะทำหน้าที่อะไรบ้างก่อนที่เราจะแยกกันไปทำงาน มีการตกลงกันก่อน...” (โอ)

“...ตอนที่แบ่งฝ่ายกันทำงานค่ะอาจารย์ ตอนนั้นเหมือนแบบว่างานมันเริ่มเยอะแล้วค่ะอาจารย์ เพราะว่ามันจะเป็นช่วงท้าย ๆ ของการที่จะต้องส่งงานหลาย ๆ วิชา เพื่อนเขาก็แบบเริ่มจะไม่อยากจะทำแล้วก็เลยแบ่งกันเป็นสองฝ่าย แล้วก็ไม่ค่อยอยากจะฟังเหตุผลของกันแล้วค่ะ ตอนนั้นงานมันเริ่มเยอะแล้วเขาก็เลยจะแบ่งกันไป กลุ่มนี้ทำวิชานี้ละ กลุ่มนี้ทำอีกวิชา คือมันทำให้งานที่ได้มันไม่ค่อยมีประสิทธิภาพนะคะ ก็เลยเรียกเพื่อนในกลุ่มทุกคนมาคุยกันเลยคะ แล้วก็เปิดใจว่าเออเนี่ยเราต้องช่วยกันทำงานในส่วนนี้นะถ้าอยากให้งานมันออกมาดี...” (จอย)

แก่นสาระย่อย 3.3 โอกาสในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เรียนได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยต้องมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ดังเห็นได้จากคำกล่าวดังนี้

“...มันสามารถนำไปใช้ตอนทำงานได้ โดยเฉพาะการสอนหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น โรค การดูแลตนเองให้ปลอดภัย โรค การส่งเสริมสุขภาพเด็กอะไรทำนองนี้ ซึ่งเนื้อหาที่อยู่ในคลิปวิดีโอก็มี Reference ที่น่าเชื่อถือ...ก็เพราะว่ากว่าจะได้ตีพิมพ์ลงในวารสารการพยาบาล หรือวารสารงานวิจัย จะต้องผ่านผู้ทรงคุณวุฒิหลายขั้นตอน...” (ปราง)

อภิปรายผล

จากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบ โครงงานการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบโครงงานนั้น มีส่วนช่วยพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 หลายด้านที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ทั้งในด้านความคิดเชิงนวัตกรรม และการพัฒนาตนเองในด้านทักษะชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งจัดการผลความสามารถของสมาชิกและการบริหารเวลา เรียนรู้กระบวนการกลุ่มและทำงานเป็นทีม รวมทั้งสะท้อนให้เห็นความสำคัญของบทบาทผู้สอนที่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เชิงพัฒนานวัตกรรมสามารถอภิปรายดังนี้

การพัฒนาระบบการคิดเชิงนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล

การเรียนรู้แบบโครงงานทำให้นักศึกษามีประสบการณ์ที่สะท้อนถึงการพัฒนาระบบการคิดเชิงนวัตกรรม อันเกิดจากกระบวนการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ดังจะเห็นได้จาก ประสบการณ์ที่สะท้อนจากแก่นสาระย่อย ได้แก่ การใช้กระบวนการวิจัย มีการประยุกต์ใช้ความรู้ที่หลากหลาย คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรียนรู้เท่าทันสารสนเทศ และพัฒนาทักษะด้านสื่อและเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนานวัตกรรม อันมีขั้นตอนสำคัญคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาการเรียนรู้ 2) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องพิจารณาจากเอกสารที่น่าเชื่อถือ มีแนวคิดหรือหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน สอดคล้อง และสะดวกต่อการใช้ในการพัฒนานวัตกรรม 3) การออกแบบนวัตกรรม 4) การสร้างนวัตกรรม 5) การตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 6) การตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมโดยการทดลองใช้ และ 7) การรายงานผลการพัฒนานวัตกรรม (พิชิต ฤทธิ์จัญญ, 2557)

ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะกระบวนการคิดเชิงนวัตกรรมได้อย่างครบถ้วนทุกขั้นตอน ดังเห็นได้จากการใช้กระบวนการวิจัยในการค้นหาปัญหา ศึกษาและสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสนับสนุนกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เกิดการเชื่อมโยงความรู้ เกิดแนวคิดใหม่ ๆ ตลอดจนการนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ ทำให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการประเมินงานวิจัย และการนำงานวิจัยมาใช้ รวมถึง นำความรู้ทางการพยาบาล สารสนเทศ และเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลทางสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้มีการประยุกต์ใช้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น ใช้ความรู้ทางสถิติเบื้องต้นในขั้นตอนของการตรวจสอบประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์ การค้นคว้าและใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสื่อที่ทำ และตระหนักถึงการนำความรู้ทักษะเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม เอาไปใช้ในการนำไปพัฒนาการพยาบาลในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์และคณะ (2561) ที่ทำการศึกษานักศึกษาพยาบาล และพบว่าการพัฒนานวัตกรรมช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยี สร้างประสบการณ์เรียนรู้ของผู้เรียน พัฒนาการเรียนรู้วิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ผ่านนวัตกรรม สามารถประเมินความสามารถในการประมวลข้อมูลที่ซับซ้อน และแก้ปัญหาที่ยุ่งยากและทำให้ผู้เรียนสามารถสร้างนวัตกรรมได้ในอนาคต

การพัฒนาตนเอง

การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดประสบการณ์ใหม่ ให้แก่ผู้เรียนเหมือนกับการทำงานในชีวิตจริง โดยการนำความสนใจที่เกิดจากตัวผู้เรียนมาใช้ในการทำกิจกรรม ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง นำไปสู่การเพิ่มพูนความรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติ การฟังและการสังเกตจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เรียนจะมีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มและทำงานเป็นทีมซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการนำเสนอ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกัน การวิจัยและทักษะทางเทคนิค และทักษะการบริหารเวลา ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้เรียนได้มีการพัฒนาทักษะชีวิต โดยเรียนรู้ที่จะมีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีการปรับตัวไปตามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม ทักษะเหล่านี้จะช่วยพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำทางการพยาบาล กระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นนี้สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา และตลอดชีวิตของการเป็นพยาบาล และยังเป็นโอกาสของการเรียนรู้ตลอดชีวิต (STEM nursing initiative, 2018) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการเสริมทักษะชีวิตผ่านการเรียนรู้แบบโครงงานในระดับบัณฑิตศึกษาของ เวอร์ดินเจอร์และคูเรชี (Wurdinger & Qureshi, 2015) ซึ่งเปรียบเทียบการสะท้อนคิดของผู้เรียน ก่อนและหลังเรียน พบว่าภายหลังเรียนรู้แบบโครงงาน ผู้เรียนพัฒนาทักษะชีวิต 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร ความคิดสร้างสรรค์ ความรับผิดชอบ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ด้วยความแตกต่างของบริบทและรูปแบบของการจัดกิจกรรมโครงงานของผู้สอน มีความสำคัญอย่างมากที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะชีวิตได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ได้มีการบูรณาการ ทั้งด้านความรู้ทางการพยาบาล กระบวนการวิจัย และกระบวนการพัฒนานวัตกรรม จึงส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดทักษะการจัดการผลงาน ความสามารถของสมาชิก/การบริหารเวลา เกิดการเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม และทำงานเป็นทีม และมองเห็นแนวทางการนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ และจำเป็นอย่างมากในการประกอบวิชาชีพพยาบาล และการดำรงชีวิต

บทบาทผู้สอนที่คอยเอื้ออำนวย สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

การเรียนรู้แบบโครงงานสะสมเต็มเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะเสริมสร้างผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ในสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการแก้ปัญหาจนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยแท้จริง (MacFarlane, 2016) ซึ่งการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานนี้ผู้สอนจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้

ฝึกฝนให้ตนเองเป็นเหมือนพี่เลี้ยงในการเรียนรู้ (coaching and mentoring) อีกทั้งยังเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (facilitator) ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้เรียนได้สะท้อนถึงบทบาทของผู้สอน ดังนี้คือ ผู้สอนมีทักษะการถ่ายทอดเนื้อหาได้ดี เข้าใจง่าย ให้อิสระในการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียน มีทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และพร้อมให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมให้มีความน่าสนใจ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 ซึ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง บทบาทของผู้สอนต้องยึดหลัก “สอนน้อย เรียนรู้มาก” (teach less, learn more) โดยอาจารย์ผู้สอนจะเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกหรือผู้ชี้แนะ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาหรือการเรียนรู้ที่มี “อาจารย์” เป็นหลัก เปลี่ยนเป็น “ผู้เรียน” เป็นหลัก (วิจารณ์ พานิช, 2555) ความรู้บางส่วนถ่ายทอดโดยผู้สอน และบางส่วนผู้เรียนจะต้องสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากกิจกรรมจริง และสามารถแก้ไขปัญหาได้ (McCurry & Martins, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนภรณ์ จุลพูล, นินนาท์ จันทร์สุริย์ และ เมธิ ดิษฐ์สวัสดิ์ (2563) ที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้ตามแนวทางสะเต็มศึกษา พบว่านักเรียนมีความพึงพอใจในบทบาทครูผู้สอนในระดับดีมาก ซึ่งครูจะเป็นผู้ที่คอยชี้แนะสนับสนุนให้ผู้เรียนได้นำความรู้ที่ได้เรียนมาใช้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดของผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายได้เพียงประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับการนำโครงการสะเต็มศึกษาดังนี้

1. ควรนำโครงการสะเต็มศึกษามานำบูรณาการ การเรียนการสอนในรายวิชาที่เหมาะสม และสร้างนวัตกรรมเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในชีวิตจริง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21
2. สร้างความเข้าใจและเตรียมผู้สอนถึงบทบาทในฐานะผู้อำนวยความสะดวก สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อให้ผู้เรียนนั้นได้ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้สอนจะต้องมีทักษะการถ่ายทอดเนื้อหา ให้อิสระในการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียน และมีทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี จึงจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถสร้างนวัตกรรมได้อย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี
3. ผลการวิจัยนี้ เป็นข้อค้นพบเบื้องต้น ในการพัฒนาการเรียนรู้แบบโครงการสะเต็ม ซึ่งอาจขยายผลไปสู่รายวิชาทางการพยาบาลในสาขาอื่น ๆ และการทำวิจัยและพัฒนาต่อยอดเพื่อพิสูจน์โมเดลการศึกษาแบบโครงการสะเต็มในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมพยาบาลแมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, นวพร มามาก, ญัฐนิชา ศรีละมัย และ ละเอียด แจ่มจันทร์. (2561). ผลการใช้การเรียนรู้แบบ
โครงการสะเต็มเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา*. 26(2), 11-19.
- ดารุณี บุญครอง. (2560). วิเคราะห์แนวทางการจัดการศึกษาไทยกับการขับเคลื่อนการศึกษาสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0.
สารอาครมวัฒนธรรมวลัยลักษณ์. 17(2), 1-25.
- ธนภรณ์ จุลพล, นินนาท์ จันทร์สุริย์ และ เมธิ์ ดิษฐ์ศักดิ์. (2563). การจัดการเรียนรู้ตามแนวทางสะเต็มศึกษาด้วย
ชุดอุปกรณ์การชุบโลหะทองแดงด้วยไฟฟ้าที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์ทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียนระดับ
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ*. 13(1), 205-219.
- ประไพพิมพ์ สุธีวินนทร์ และ ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ.
วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 29(2), 31-48.
- พิชิต ฤทธิ์จรรยา. (2557). *ปฏิบัติการวิจัยในชั้นเรียน: ครูทุกคนทำได้ไม่ยาก* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ:
บริษัท แฮสส์ ออฟ เคอร์มิสท์ จำกัด.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in
Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa/
- Kelley, T. R., & Knowles, J. G. (2016). A conceptual framework for integrated STEM education.
International Journal of STEM education, 3(1), 1-11. doi:10.1186/s40594-016-0046-z/
- MacFarlane, B. (2016). Infrastructure of comprehensive STEM programming for advanced learners.
In B. MacFarlane (Ed.), *STEM education for high-ability learners designing and
implementing programming* (pp. 139–160). Waco, TX: Prufrock Press.
- McCurry, M. K., & Martins, D. C. (2010). Teaching undergraduate nursing research: a comparison of
traditional and innovative approaches for success with millennial learners. *The Journal of
Nursing Education*, 49(5), 276–279. doi.org/10.3928/01484834-20091217-02/
- Miller, H. M. (2010). 21st Century skills: learning for life in our times. *Middle Ground*, 13(3), 38.
- STEM Nursing Initiative. (2018). New York University. Retrieved April 6, 2021, from <http://www.nyu-x.org/stem-nursing/>
- Thorne, S. (2011). Toward methodological emancipation in applied health research. *Qualitative
Health Research*, 21(4), 443-453. doi:10.1177/1049732310392595/
- Wurdinger, S., & Qureshi, M. (2015). Enhancing college students' life skills through project based
learning. *Innovative Higher Education*, 40(3), 279-286. doi:10.1007/s10755-014-9314-3/

การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและ การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย

วีระชัย เชื้อนแก้ว¹
นฤพร พงษ์คุณากร² วินัย รอบคอบ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และ 2) ประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ขั้นตอนวิจัยมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ 2) สร้างต้นฉบับนวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน 4) ปรับปรุงต้นฉบับนวัตกรรมการเรียนรู้ 5) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนไทยที่มีอายุ 13 - 18 ปี ในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน dependent t-test และ independent t-test ผลการศึกษาคือ นวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ที่ใช้หลักการรู้เท่าทันการใช้สื่อดิจิทัล (digital literacy) เป็นเว็บไซต์สำเร็จรูป สำหรับให้ผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง มีเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ผลกระทบของการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และมีการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองของแต่ละบุคคล ตามแนวคิดทักษะการรู้เท่าทันการใช้สื่อดิจิทัล ได้แก่ 1) ทักษะการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเอง 2) ทักษะการจัดการเวลาหน้าจอ 3) ทักษะการจัดการกับการคุกคามบนโลกออนไลน์ 4) ทักษะการจัดการความปลอดภัยของตนเองในโลกออนไลน์ 5) ทักษะการจัดการความเป็นส่วนตัว 6) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 7) ทักษะการจัดการข้อมูลที่เป็นร่องรอยบนโลกออนไลน์ และ 8) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ด้วยตนเอง ผลการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้พบว่า ภายหลังการทดลองใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น หน่วยบริการทางสุขภาพและสถานศึกษา ควรำนานวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ มาให้เยาวชนในสถานศึกษาได้ใช้งาน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันพฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

คำสำคัญ: นวัตกรรมการเรียนรู้, พฤติกรรมกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์, การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

วันที่รับ: 22 มกราคม 2564 วันที่แก้ไข: 24 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 7 สิงหาคม 2564

¹ พยม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อหลัก Email: weerachai.wee@gmail.com

² พยม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

The development of learning innovation for cyberbullying prevention and cyberbullying victimization among Thai Youth

Weerachai Kuankaew¹Naruephorn Phongkhunakorn² Winai Robkob³

Abstract

This research and developmental study aimed to develop learning innovation for preventing cyberbullying behaviors and cyberbully victimization among Thai youth, and to evaluate the effectiveness of the learning innovation. The study included five steps including: 1) examining theoretical concepts related to the prevention of cyberbullying and cyberbullying victimization, 2) creating innovative learning materials to the prevention of cyberbullying and cyberbullying victimization. 3) Evaluating effectiveness of the learning innovation among 10 participants, 4) improving the original innovative learning, and 5) conducting a trial among 40 participants to assess the effectiveness of the innovation. Participants of this study were Thai youth aged 13 - 18 years in schools in Mueang district, Lampang province. Data were analyzed using means, standard deviations, dependent and independent t-test. The results of the study were as follows: 1. To prevent cyberbullying and cyber-victimization, learning innovation for Thai youth should be based on digital literacy. Digital literacy was a webpage represent information regarding factors and causes-related cyberbullying and cyber-victimization for student learning. Impact of cyberbullying and cyber-victimization exemplified a scenario for the use of digital intelligence skills, including 1) digital citizen identity, 2) screen time management, 3) cyberbullying management, 4) cybersecurity management, 5) privacy management, 6) critical thinking, 7) digital footprints, and 8) digital empathy and self-report of cyber-aggression perpetration and victimization scale questionnaires. 2. The evaluation of effectiveness of the learning innovation to prevent cyberbullying and cyber-victimization in Thai youth was revealed after trial innovation. The scores of cyberbullying and cyber-victimization in experimental group were statistically differences comparing to previous scores and the control group with $p < .05$. Therefore, provision of learning innovation to prevent relevant cyberbully and cyber-victimization for youth in schools by health care services and educational institutions should be encouraged to increase their knowledge and skills regarding prevention of cyberbullying behaviors and cyberbully victimization.

Keywords: Learning innovation, Cyberbullying, Cyberbullying victimization, Thai Youth

Received: January 22, 2021 Revised: July 24, 2021 Accepted: August 7, 2021

¹ MNS., Boromarajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author; Email: weerachai.wee@gmail.com

² MNS., Boromarajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Praboromarajchanok Institute

³ MNS., Boromarajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

เยาวชนทั่วโลกเสียชีวิตจากความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฆาตกรรม การทำร้ายร่างกาย การคุกคามด้วยอาวุธ การใช้ความรุนแรง รวมไปถึงการกลั่นแกล้งรังแก (Bullying) เฉลี่ย 200,000 คนต่อปี (World Health Organization, 2015) โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักมีทัศนคติว่า การรังแกเป็นเรื่องปกติ แท้จริงแล้วการรังแกไม่ใช่เพียงการหยอกล้อทั่ว ๆ ไปของเด็กและเยาวชน แต่เป็นความรุนแรงที่สร้างบาดแผลทางจิตใจให้กับเยาวชนจำนวนมาก ส่งผลทำให้เยาวชนมีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อ เป็นผู้กระทำ เป็นผู้รู้เห็น หรือสนับสนุนเหตุการณ์เหล่านั้น (มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก, 2559) ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าในการติดต่อสื่อสาร ทำให้การสื่อสารทำได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้การเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในสภาพสังคมเช่นนี้ ทำให้ปัญหาการรังแกแบบดั้งเดิม (traditional bullying) เปลี่ยนเป็นการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (cyber bullying) เพิ่มมากขึ้น (Slonje, Smith & Frisén, 2013) การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ หมายถึง การที่คนหรือกลุ่มคนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเจตนาใช้การติดต่อสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ทำร้ายเหยื่อที่ป้องกันตัวเองได้ยาก โดยอาจกระทำอย่างต่อเนื่องและซ้ำหลายครั้ง ทั้งการข่มขู่ ล้อเลียน กลั่นแกล้ง ทำให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวดซ้ำ ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์ มือถือ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ โดยพฤติกรรมเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ (Patchin & Hinduja, 2012) การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ มิใช่เป็นเพียงการขยายขอบเขตของการกลั่นแกล้ง เพราะมีลักษณะต่างจากการกลั่นแกล้งแบบดั้งเดิม (traditional bullying) โดยกระทำได้โดยไม่ระบุตัวตน ไม่ได้กระทำต่อร่างกายผู้ถูกกลั่นแกล้งโดยตรง ข้อมูลการกลั่นแกล้งอาจถูกบันทึกไว้อย่างถาวร เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตราบใดที่ยังมีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และส่งผลกระทบไปยังบุคคล ที่ไม่ใช่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว (Slonje et al., 2013)

การศึกษาความชุกการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า เป็นผู้กลั่นแกล้งประมาณร้อยละ 43 และผู้ถูกกลั่นแกล้งประมาณร้อยละ 15-70 (ณัฐกานต์ จันทศิริพิทุธ, 2560) ซึ่งผู้ถูกกลั่นแกล้งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้กระทำการกลั่นแกล้งร่วมด้วย (bully-victim) (Tural & Ercan, 2017) ในปัจจุบันมีการใช้สื่อออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาวัยรุ่นขาดการใช้วิจารณญาณ และไตร่ตรองในการรับข่าวสารข้อมูล ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการทำความรุนแรงต่อกัน และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการกลั่นแกล้งกันรูปแบบใหม่ ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Slonje et al., 2013) ซึ่งการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มีรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเขียนข้อความที่เป็นการต่อว่า ดุถูก ล้อเลียน การใช้รูปภาพ คลิปวิดีโอที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่น ทั้งที่เป็นความจริง และไม่เป็นความจริงเพื่อไปเผยแพร่หรือส่งต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อกวน คุกคาม ทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย รู้สึกอับอาย รู้สึกเครียด เจ็บปวด สูญเสียความมั่นใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจตามมา (ชินดนัย ศิริสมฤทัย, 2561) การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สัมพันธ์กับปัญหา หลายประการ ทั้งด้านสุขภาพจิต ก่อให้เกิดหรือกระตุ้นโรคซึมเศร้าให้กำเริบ ฆ่าตัวตาย เครียด หวาดระแวง ไม่สบายใจ มีปัญหาด้านการเรียน และด้านสังคม ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง สูญเสียภาพลักษณ์ แยกตัวจากสังคม ไม่ไว้วางใจผู้อื่น (ปองกมล สุรัตน์, 2561)

การป้องกันตนเองในระดับบุคคล จากการเป็นผู้กระทำและถูกกระทำการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ที่จะเลือกกระทำหรือไม่กระทำภายใต้ วิจารณญาณการใช้สื่อออนไลน์ ดังนั้นการเสริมสร้างให้เยาวชนมีทักษะรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล (digital literacy) โดยสามารถที่จะคิดไตร่ตรองถึงผลดี ผลเสีย จะทำให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันที่ดีไม่ตกเป็นส่วนหนึ่งของวงจรความรุนแรงออนไลน์ (ปองกมล สุรัตน์, 2561) คุณลักษณะและทักษะในโลกยุคดิจิทัลเรียกว่า ทักษะรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการรักษาอัตลักษณ์ที่ดีของตนเอง (digital citizen identity) 2) ทักษะการจัดการเวลาหน้าจอ (screen time management) 3) ทักษะการจัดการกับการคุกคามบนโลกออนไลน์ (cyber bullying management) 4) ทักษะการจัดการความปลอดภัยของตนเองในโลกออนไลน์ (cyber security management) 5) ทักษะการจัดการ ความเป็นส่วนตัว (privacy management) 6) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) 7) ทักษะการจัดการข้อมูล

ที่เป็นร่องรอยบนโลกออนไลน์ (digital footprints) และ 8) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม (digital empathy) (พีรวิชัย คำเจริญ และวีรพงษ์ พลนิกรกิจ, 2561)

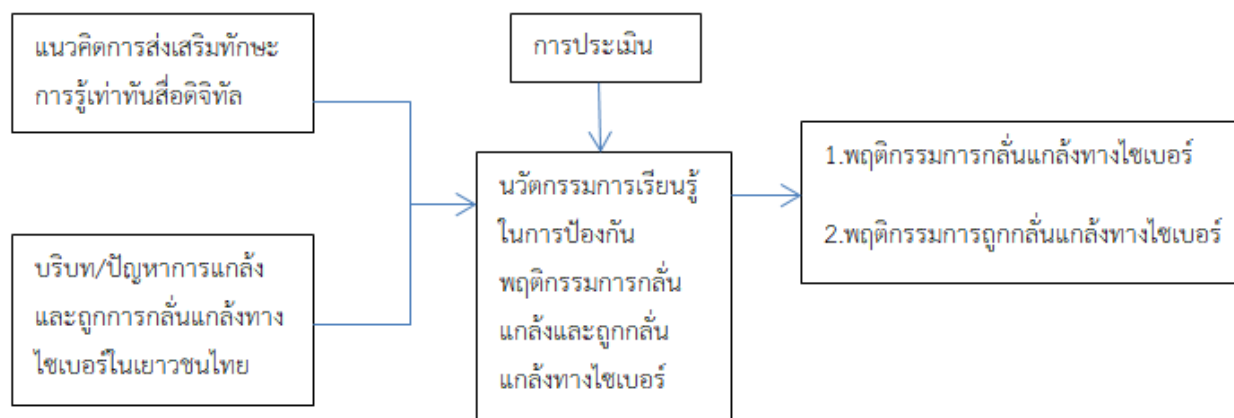
การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากลว่า เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการบริโภคสื่ออย่างชาญฉลาดของผู้บริโภคสื่อ เพราะหากบุคคลใดขาดการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ย่อมตกเป็นเหยื่อของข้อมูลข่าวสาร การที่บุคคลในสังคมจะสามารถรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลได้ ย่อมต้องอาศัยทักษะในการเข้าถึง ทักษะการวิเคราะห์ ทักษะการประเมินเนื้อหา ทักษะการสร้างสรรค์ และทักษะการมีส่วนร่วม รวมทั้งยังต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม ล้วนส่งผลต่อการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล (บุผา เมฆศรีทองคำ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา บิ๊กกินส์ (2555) ที่พบว่าการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลต้องมีการนำไปปรับใช้ใน 4 รูปแบบ คือ เข้าถึง (access) วิเคราะห์ (analyze) ประเมิน (evaluate) และสร้างสรรค์ (create) โดยทั้ง 4 รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับสื่อทุกประเภท ตั้งแต่สื่อสิ่งพิมพ์ การกระจายเสียง จนถึงสื่ออินเทอร์เน็ต การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ให้กับเยาวชนในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน โดยการสอดแทรกเนื้อหาการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลในรายวิชาต่าง ๆ มีการจัดการเรียนการสอนเป็นวิชาพื้นฐานและเป็นวิชาเฉพาะ ควรการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล และส่งเสริมให้เป็นวาระทางสังคม นอกจากนี้ควรส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย สิทธิพลเมือง จริยธรรมสื่อ ให้แก่เยาวชน (ชัชฎา อัครศรีวรรณากาโอเค และกฤษณ์ทิพย์ แสนทวี, 2562) การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล เป็นทักษะที่สำคัญในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ใช้งานใช้ประโยชน์จากสารสนเทศได้อย่างปลอดภัย และมีความรับผิดชอบต่อสังคม (นิตยา วงศ์ใหญ่, 2560)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การศึกษาการกลั่นแกล้งบนพื้นที่ไซเบอร์ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการศึกษาในกลุ่มของเยาวชนเป็นหลัก ส่วนใหญ่เป็นการแสดงความคิดเห็นในพื้นที่สาธารณะ ทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการกลั่นแกล้งบนพื้นที่ไซเบอร์ (cyber bullying) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ อาจเป็นความรุนแรงที่สามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ทั้งการเป็นผู้ถูกรังแก (victim) หรือผู้รังแก (bully) ล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมมารังแกกันทั้งสิ้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมมารังแกและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของเยาวชนในประเทศไทยพบว่า มีรูปแบบเว็บไซต์และแอปพลิเคชัน ซึ่งเน้นเฉพาะด้านการให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน (ธัญกร ตุดเกื้อ, เกษตรชัย และหิม และฤทัยชนนี สิทธิชัย, 2562) ซึ่งยังขาดนวัตกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะการป้องกันพฤติกรรมมารังแก และการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ตั้งแต่ระดับของบุคคลอย่างจริงจัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นในการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมมารังแกและถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ที่เสริมสร้างความรู้ และฝึกทักษะการป้องกันพฤติกรรม มารังแกและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ตั้งแต่ระดับของบุคคล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาและผลกระทบจากการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในกลุ่มเยาวชนไทยอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

1. พัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมมารังแกและถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์
2. ประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมมารังแกและถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย เป็นเว็บไซต์สำเร็จรูปดำเนินการศึกษาในเยาวชน กลุ่มอายุ 13 - 18 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม 2563

มีกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยพบว่าความรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้ ผู้วิจัยจึงได้วางแผนออกแบบนวัตกรรมการเรียนรู้

2) สร้างต้นฉบับนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิต 1 คน ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน

3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เป็นการทดลองเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมผลประเมินเชิงคุณภาพเบื้องต้น นวัตกรรมการเรียนรู้ กลุ่มที่ใช้พัฒนานวัตกรรม ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีอายุ 13-18 ปี ในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 10 คน ได้มาจากการวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบของนวัตกรรมการเรียนรู้

4) ปรับปรุงต้นฉบับนวัตกรรมการเรียนรู้ จากข้อเสนอแนะของผู้ใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ ในด้านความเหมาะสมของการนำเสนอ โดยปรับปรุงสีสนในนวัตกรรมการเรียนรู้ให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

5) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม โดยการใช้การทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลัง (two-group pretest posttest design) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีอายุ 13-18 ปี ในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง คำนวณจากการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) โดยนำผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และมีลักษณะคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ การประเมินค่าโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power) 0.80 และคำนวณค่าอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.90 เนื่องจากค่าอิทธิพล มีค่าเกินจากตารางของเบิร์นและโกรฟ จึงใช้ค่าระดับกลาง (medium effect) ที่ 0.60 แล้วนำมาเปิดตารางเบิร์นและโกรฟได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 14 คน และคำนวณ dropout

rate 20% ได้กลุ่มละ 18 คน เพื่อให้ง่ายต่อการแบ่งกลุ่มในการใช้วัตกรรมการเรียนรู้ จึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้

5.1 ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขต อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 2 โรงเรียน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และกลุ่มควบคุม 1 โรงเรียน

5.2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างจากระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 6 จากทั้ง 2 โรงเรียน จากนั้นจับฉลากห้องเรียนกลุ่มควบคุมได้ ได้ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ห้องเรียนที่ 4 กลุ่มทดลองได้ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ห้องเรียนที่ 3 แล้วประเมิน cyber-aggression perpetration and victimization scale นำรายชื่อผู้ที่ได้คะแนนในระดับเล็กน้อยขึ้นไป มาสุ่มจับสลากรายชื่อ กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีอายุ 13-18 ปี ในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 2) มีผลการประเมิน cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทยทั้ง 2 หมวด คือ หมวดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และหมวดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ในระดับเล็กน้อยขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) มีผลการประเมิน cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทยทั้ง 2 หมวด คือ หมวดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และหมวดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ต่ำกว่าระดับเล็กน้อย
- 2) ต้องการออกจากการศึกษาวิจัย

กลุ่มทดลอง ได้ใช้วัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ทั่วไป โดยไม่ได้ใช้วัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถูกวัดด้วยแบบประเมิน cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทย พร้อมกันก่อนการใช้วัตกรรมการเรียนรู้ และประเมินอีกครั้งหลังใช้วัตกรรมการเรียนรู้แล้ว 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมี 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. นวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เป็นเว็บไซต์สำเร็จรูป ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม ส่วนที่ 2 เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ผลกระทบของการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และสถานการณ์จำลองตามแนวคิดทักษะการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล จำนวน 8 สถานการณ์ ดังนี้ 1) ทักษะการรักษาดุลยภาพที่ดีของตนเอง 2) ทักษะการจัดการเวลาหน้าจอ 3) ทักษะการจัดการกับการคุกคามบนโลกออนไลน์ 4) ทักษะการจัดการความปลอดภัยของตนเองในโลกออนไลน์ 5) ทักษะการจัดการความเป็นส่วนตัว 6) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 7) ทักษะการจัดการข้อมูลที่เป็นร่องรอยบนโลกออนไลน์ และ 8) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม และส่วนที่ 3 แบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทย นวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การประเมินคุณภาพ นวัตกรรมการเรียนรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ พบว่านวัตกรรมการเรียนรู้ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.56$, $SD.=0.50$)

2. แบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย กฤติศักดิ์ อนุโรจน์ และณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร (2562) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมมาตรฐาน คะแนนระหว่างจาก 0 คือไม่เคย ถึง 4 คือตลอดเวลา จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 หมวด ได้แก่ หมวดพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และหมวดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การแปลผล หากประเมิน พบข้อหนึ่งข้อใดมีคะแนนพฤติกรรม ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ หรือมีพฤติกรรมถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.8-1 ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค รายหมวดเท่ากับ 0.85 และ 0.86

3. แบบประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินคุณภาพเบื้องต้นของนวัตกรรมการเรียนรู้ เป็นแบบประเมินมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยความเหมาะสมของนวัตกรรมการเรียนรู้ในด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความเหมาะสมเชิงจริยธรรม และความถูกต้องของเนื้อหา จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ โดยการวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) มีค่ารายข้ออยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.0 โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประเมินในขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ และให้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 คน ประเมินในขั้นตอนตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E 2562-067 และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างและผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง และภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและแบบสอบถามจะได้รับการเข้ารหัส เพื่อรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมสามารถเรียนรู้จากนวัตกรรมการเรียนรู้ ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบประเมินใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ก่อนและหลังการทดลองใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ ในกลุ่มที่ใช้ใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ของกลุ่มที่ใช้ใช้นวัตกรรมการเรียนรู้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมใช้สถิติ dependent และ independent t-test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ พบว่านวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย ควรใช้หลักการการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ได้

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้ออกแบบนวัตกรรมการเรียนรู้ เป็นรูปแบบเว็บไซต์สำเร็จรูป มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 เนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ ผลกระทบของการก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ และสถานการณ์จำลองตามแนวคิดทักษะการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล จำนวน 8 สถานการณ์ ที่เป็นสถานการณ์ปัญหาจากพฤติกรรมก่อกวนก่อกำลังและถูกก่อกวนก่อกำลังทางไซเบอร์ที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบันของกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ 1) ทักษะการรักษาสัญลักษณ์ที่ดีของตนเอง 2) ทักษะการจัดการเวลาหน้าจอ 3) ทักษะการจัดการกับการคุกคามบนโลกออนไลน์ 4) ทักษะการจัดการความปลอดภัยของตนเองในโลกออนไลน์ 5) ทักษะการจัดการความเป็นส่วนตัว 6) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 7) ทักษะการจัดการข้อมูลที่เป็นร่องรอยบนโลกออนไลน์ และ 8) ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม แต่ละสถานการณ์ ใช้เวลาศึกษาเรียนรู้อย่างน้อย 30 นาที รวม 240 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทยซึ่งผู้ใช้งานประเมินก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ 2 สัปดาห์

ผู้วิจัยได้นำนวัตกรรมการเรียนรู้ไปตรวจสอบประสิทธิผลจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ พบว่าโดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้ประโยชน์และด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.78$, S.D.=0.44, $\bar{x} = 4.67$, S.D.=0.50 ตามลำดับ) ส่วนด้านความเป็นไปได้และด้านความถูกต้องของเนื้อหามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.44$, S.D.=0.53, $\bar{x} = 4.33$, S.D.=0.52 ตามลำดับ) โดยผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความถูกต้องของการพิมพ์เนื้อหา แก้ไขปรับปรุงโดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ โดยพบข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสีสันทันของนวัตกรรมการเรียนรู้ยังไม่น่าสนใจ ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงโดยการปรับสีสันทันในนวัตกรรมการเรียนรู้ให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 2 แสดงภาพนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สำหรับเยาวชนไทย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95 ส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี (ร้อยละ 75 และ 80 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย

ใกล้เคียงกัน ($\bar{x}=16.25, SD.=0.44$ และ $\bar{x}=16.20, SD.=0.41$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา เป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	5	1	5
หญิง	19	95	19	95
อายุ (ปี)				
16 ปี	15	75	16	80
17 ปี	5	25	4	20
ค่าเฉลี่ยอายุ	16.25 (SD.=0.44)		16.20 (SD.=0.41)	
ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย	20	100	20	100

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม การเรียนรู้ในกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการถูก กลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	1.00	0.00	0.20	0.41	8.718	0.000*
พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	1.00	0.00	0.15	0.37	10.376	0.000*

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งทาง ไซเบอร์หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
พฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	0.20	0.41	0.75	0.44	4.067	0.000*
พฤติกรรมการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์	0.15	0.37	0.75	0.44	4.660	0.000*

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาได้ค้นพบว่าการเรียนรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทย เป็นการพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันตนเองในระดับบุคคล จากการเป็นผู้กระทำและถูกกระทำจากการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ประกอบด้วยเนื้อหา ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ผลกระทบของการกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สถานการณ์จำลองการใช้ทักษะในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ตามแนวคิดทักษะรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล และแบบประเมินพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ด้วยตนเอง โดยการพัฒนารูปแบบตามแนวคิดที่สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล 8 ทักษะ ผลการประเมินโดย 3 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ พบว่าคุณภาพของนวัตกรรมการเรียนรู้โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, $SD = 0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้ประโยชน์ และด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.78$, $SD = 0.44$, $\bar{x} = 4.67$, $SD = 0.50$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความเป็นไปได้และด้านความถูกต้องของเนื้อหาที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.44$, $SD = 0.53$, $\bar{x} = 4.33$, $SD = 0.52$ ตามลำดับ) ซึ่งนวัตกรรมการเรียนรู้ที่พัฒนาในครั้งนี้ เป็นเว็บไซต์สำเร็จรูปโดยผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ที่มุ่งเน้นเรื่องราวและเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยจำลองเป็นสถานการณ์ และวิธีการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้ง และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในรูปแบบการตูนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาเปลี่ยนแปลงความสามารถทางด้านสังคม อารมณ์ และสติปัญญา ที่ช่วยให้แต่ละบุคคลเผชิญกับความท้าทาย และความต้องการเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัล รวมถึงช่วยให้เกิดการรู้เท่าทันดิจิทัล

จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ มีคะแนนพฤติกรรมถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกลั่นแกล้งระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมการเรียนรู้กับกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมถูกกลั่นแกล้ง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมการเรียนรู้กับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่านวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในเยาวชนไทยนี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ลดลง เป็นผลจากการพัฒนาความสามารถในการใช้ทักษะการเรียนรู้เท่าทันการใช้สื่อดิจิทัล จากการใช้นวัตกรรมนี้ ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในกระบวนการเรียนรู้สารสนเทศภายใต้สภาพแวดล้อมดิจิทัล การพัฒนาทักษะนี้ ทำให้ผู้เรียนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมดิจิทัล ทางสังคม อารมณ์ และปัญหาของบุคคล ที่จะเผชิญความท้าทายและปรับตัวกับชีวิตดิจิทัลทั้ง 8 องค์ประกอบ รวมถึงรูปแบบการเรียนรู้แบบออนไลน์ในการป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์นี้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องตามทักษะการเรียนรู้สารสนเทศซึ่งเป็นแนวคิดความฉลาดรู้หลายด้าน (multi-literacies) ได้ ดังนั้นการเรียนรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลและการเรียนรู้แบบออนไลน์จึงส่งเสริมทักษะการเรียนรู้สารสนเทศ ทำให้มีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ยั่งยืน (Association of College and Research Libraries, 2000) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการเรียนรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมกลั่นแกล้งและถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ได้ (Cyberbullying Research Center, 2015) และผลการศึกษาของ Del, Casas, & Ortega (2016) ซึ่งคล้ายกับนวัตกรรมการเรียนรู้ในด้านทักษะการใช้เทคโนโลยี

ดิจิทัลอย่างมีจริยธรรม (digital empathy) โดยโปรแกรม ConRed Program ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสร้างจิตสำนึกเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตให้เกิดความปลอดภัย และให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจริยธรรมให้ความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้การใช้งานบนโลกไซเบอร์อยู่ในกรอบแห่งบรรทัดฐานทางสังคม พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองสามารถลดการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการรังแกบนโลกไซเบอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งนักเรียนที่ตกเป็นเหยื่อ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และมีการเอาใจใส่ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาการใช้โปรแกรม Kiva Anti-Bullying Program ซึ่งเป็นรูปแบบของการป้องกันและการจัดการกับปัญหาการรังแกที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาทักษะทางอารมณ์สังคม ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่สนุกสนานและมีความน่าสนใจ (Salmivalli & Poskiparta, 2012) ที่คล้ายกับนวัตกรรมการเรียนรู้ที่จำลองเป็นสถานการณ์และรูปแบบการป้องกันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ในรูปแบบการผ่านเว็บไซต์สำเร็จรูป โดยผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ที่สอดคล้องในด้านทักษะการจัดการกับการคุกคามบนโลกออนไลน์ (cyber bullying management) ที่มีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมกรรังแกบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ซึ่งใช้ทักษะการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล พบว่าแนวทางสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกรรังแกบนโลกไซเบอร์ ประกอบไปด้วย การส่งเสริมทักษะด้านการรับรู้ ด้านการคิด วิเคราะห์ และด้านการตระหนักรู้ภายใต้การจัดกิจกรรมกลุ่ม เกมกิจกรรม กิจกรรมการโต้วาที และกิจกรรมระดมสมองอย่างสร้างสรรค์ สามารถป้องกันพฤติกรรมกรรังแกบนโลกไซเบอร์ได้ (ธัญกร ตุดเกื้อ และคณะ, 2562) และคล้ายคลึงผลการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการระรานทางไซเบอร์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าคะแนนหลังการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งนักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.94) และมีความตระหนักรู้เรื่องการระรานทางไซเบอร์อยู่ในระดับมาก (สกวฟ้า จันทภาโส, นฤมล ศิริวงษ์, และแจ่มจันทร์ ศรีอรุณศรี, 2563)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยบริการและสถานศึกษาควรให้ความรู้และเพิ่มทักษะแก่เยาวชนในสถานศึกษา เพื่อการป้องกันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งและถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยใช้นวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ซึ่งเป็นการพัฒนาสื่อนวัตกรรมในการป้องกันตนเองในระดับบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง จึงควรศึกษาเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมและมีบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์อย่างกว้างขวางเพิ่มขึ้น
2. ควรการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ในการป้องกันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งและการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ในระยะยาวได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กฤตศักดิ์ อนุโรจน์ และ ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร. (2562). การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม cyber-aggression perpetration and victimization scale ฉบับภาษาไทยวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(1), 45-60.

- ัชชฎา อัครศรีวร นากาโอเค และกฤษณ์ทวิ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้เท่าทันข้อมูลและสื่อดิจิทัลของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 7(1), 56-62.
- ชินดนัย ศิริสมฤทัย. (2561). *การรับรู้ ทักษะคิด และความตั้งใจในการเกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์* (นิเทศศาสตรมหาบัณฑิตมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ณัฐกานต์ จันทศิริพุทธร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์กับการเผชิญปัญหาของเหยื่อ: อิทธิพลส่งผ่านของการประเมินทางปัญญาโดยมีความเป็นนิรนามของผู้กระทำเป็นตัวแปรกำกับ (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญากร ตุดเกื้อ, เกษตรชัย และหิมา, และ ฤทัยชนนี สิทธิชัย. (2562). แนวทางการป้องกันพฤติกรรมกรังแกบนโลกไซเบอร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 11(1), 91-106.
- นิตยา วงศ์ใหญ่. (2560). แนวทางการพัฒนาทักษะการรู้ดิจิทัลของดิจิทัลเนทีฟ. *Veridian E-Journal*, 10(2), 1630-1642.
- บุบผา เมฆศรีทองคำ. (2554). การรู้เท่าทันสื่อ: การก้าวทันบนโลกข่าวสาร. *วารสารนักบริหาร*, 31(1), 117-123.
- ปองกมล สุรัตน์. (2561). สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการรังแกผ่านโลกไซเบอร์: กรณีศึกษาเยาวชนไทยผู้ถูกรังแก. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 1(4), 640-642.
- พีรวิทย์ คำเจริญ และ วีรพงษ์ พลนิกรกิจ. (2561). เด็กกับการรู้เท่าทันดิจิทัล. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 6(2), 25-26.
- มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก. (2559). *เมื่อเด็กถูกเพื่อนรังแกในโรงเรียน...ผู้ใหญ่จะช่วยเหลืออย่างไร? สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2560*, จาก <http://www.thaichildrights.org/article/57698>
- สกวาท้า จันทภาโส, นฤมล ศิริวงษ์, และแจ่มจันทร์ ศรีอรุณรัมย์. (2563). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการระรานทางไซเบอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. *วารสารวิชาการอุตสาหกรรมศึกษา*, 14(1), 56-69.
- อุษา บิ๊กกินส์. (2555). การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 26(80). 147-161.
- Association of college and Research Libraries. (2000). *Information literacy competency standard for higher education*. Retrieved November 2, 2020, from <https://alair.ala.org/bitstream/handle/11213/7668/ACRL%20Information%20Literacy%20Competency%20standards%20for%20Higher%20Education.pdf?sequence=1&isAllowed=y/>
- Cyberbullying Research Center. (2015). *2015 Cyberbullying data*. Retrieved November 27, 2020 From <http://cyberbullying.org/2015-data>
- Del, R. R., Casas, J. A., & Ortega, R. (2016). Impact of the Conred program on different cyberbullying roles. *Aggressive Behavior*, 42(2), 123-135.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (Eds.). (2012). *Cyberbullying prevention and response: Expert perspectives*. Routledge.
- Salmivalli, C., & Poskiparta, E. (2012). Making bullying prevention a priority in Finnish schools: the kiva antibullying program. *New Directions for Youth Development*, 133, 41-53.
- Slonje, R., Smith, P. K., & Frisén, A. (2013). The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in human behavior*, 29(1), 26-32.
- Tural, S. & Ercan, F. (2017). Traditional and cyberbullying co-occurrence and its relationship to psychiatric symptoms. *Pediatric International*, 59(1), 16-22.

World health Organization. (2015). *Youth violence: the health sector role in prevention and response*. Retrieved September 6, 2020, From http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth-violence-infographic-2015.pdf?

การประเมินระดับความตึงเครียดและผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังของ
ผู้ประกอบการอาชีพบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารในเขตกรุงเทพมหานคร

จักรกฤษ เสง่า¹
มงคล รัชชะ² อนุ สราษ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับเสียงในพื้นที่ และผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังของประชาชนที่ประกอบอาชีพในสถานขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ โดยดำเนินการตรวจวัดระดับเสียงใน 5 พื้นที่ในบริเวณสถานขนส่งผู้โดยสาร และใช้แบบสอบถามผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังในกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานภายในพื้นที่ 385 คน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้ one-way ANOVA, chi-square test และ odds ratio (95% CI) เพื่อหาความแตกต่างระดับเสียงดังและความสัมพันธ์ระหว่างเสียงดังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับความดังเสียงเฉลี่ยภายในบริเวณสถานขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ ระยะเวลา 8 ชั่วโมง พบว่า อยู่ในระดับเสียงช่วง 66.2-82.0 dBA ซึ่งระดับเสียงตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงไม่เกินเกณฑ์ตามกฎหมายกำหนด โดยบริเวณพื้นที่มีระดับเสียงเฉลี่ยเรียงตามลำดับจากสูงสุดไปยังต่ำสุดดังนี้ คือ บริเวณขนส่งรถบัส (80.2 dBA) บริเวณขนส่งรถเมล์ (79.2 dBA) บริเวณขนส่งรถตู้ (76.6 dBA) และบริเวณอาคารพักผู้โดยสาร (67.8 dBA) ตามลำดับ ระดับเสียงในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ผลกระทบต่อการสื่อสารและการทำงานพบว่า ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้มีสมาธิน้อยลงมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ฟังกับคู่สนทนา และระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการทำงานที่พูดกับคู่สนทนา ในขณะที่ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการทำงานที่อ่านเอกสาร น้อยที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่มีเสียงดังเกิน 70 dBA มีโอกาสได้รับผลกระทบจากการฟังกับคู่สนทนา รบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ทำให้มีสมาธิน้อยลง และผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา เป็น 2.48, 2.38, 2.49 และ 2.21 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่มีเสียงดังไม่เกิน 70 dBA ตามลำดับ 3) ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังต่อสุขภาพพบว่า มีอาการเครียดจากการสัมผัสเสียงดังมากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะจากการสัมผัสเสียงดัง และมักมีอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่มีอาการหูอื้อจากการสัมผัสเสียงดัง น้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผลกระทบต่อสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเสียงในพื้นที่ตรวจวัด ข้อเสนอแนะจากผลวิจัยคือ ควรมีการจัดแผนเสียงในสถานขนส่ง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ตระหนักถึงระดับความดังของเสียง

คำสำคัญ: ระดับเสียงดัง, สถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ, ผลกระทบต่อผู้ประกอบการอาชีพ

วันที่รับ: 14 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข: 9 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2564

¹ วศ.ม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: chakkrits24@gmail.com

² พร.ด. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

วท.ม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Noise level assessment and impacts of noise exposure among workers working in Bangkok bus terminal

Chakkrit Sela¹
Mongkol Ratcha² Anu Surach³

Abstract

This research aimed at assessing the local noise levels and the impact of noise exposure among people working in the Bangkok bus terminal by measuring the noise level in 5 areas in the passenger bus terminal area. A questionnaire was used to assess the effects of noise exposure among 385 participants who worked in the area. The data was analyzed using the one-way ANOVA, chi-square test and odds ratio (95% CI) to determine differences of noise levels and the relationship between noise levels and health impacts among participants. Results of the study showed that: 1) Average noise levels of the Bangkok Bus Terminal for 8 hours was 66.2-82.0 dBA. The eight-hour time-weighted average at working areas did not exceed Thai legal limit. The area had average noise levels in order from highest to lowest as follows: the intercity bus transport area (80.2 dBA), the transit bus transport area (79.2 dBA), the van transport area (76.6 dBA), and the passenger terminal area (67.8 dBA). The noise levels in different areas were statistically different ($p < 0.05$). 2) Noise impacted communications and works the most on concentrations, followed by on listening, speaking, and least affected document reading. The sample who worked in area which noise exceeding 70 dBA were more likely to experience impacts on their listening, telephone communication, concentration, and speaking 2.49, 2.48, 2.38 and 2.21 times than those who worked in areas noise did not exceed 70 dBA, respectively. 3) An exposure to noise affected on health the most on symptoms of stress associated with noise, followed by headache or dizziness related to noise, and insomnia, while tinnitus from noise exposure was least affected. However, there was no relationship between health impacts and noise levels in all areas. The findings suggest that noise contour map should be placed at the platform in order to increase awareness of noise levels among workers.

Keywords: Noise level, Bangkok Bus Terminal, Noise impact on workers

Submitted: May 14, 2021 Revised: August 9, 2021 Accepted: August 13, 2021

¹ M.Eng., Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

Corresponding author; Email: chakkrits24@gmail.com

² Ph.D., Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

³ M.Sc., Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

บทนำ

มลพิษทางเสียง หรือเรียกอีกอย่างว่า เสียงรบกวน (Noise) เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้ทั่วไปตามเมืองใหญ่ทั่วโลก (Keerthana et al., 2013; Caleb, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับเสียงดังตามถนนในกรุงเทพมหานคร (น้ำฝน ยอดดี, เกียรติไกร อายุวัฒน์, และธงชัย โรหิตะดิษฐ์ ศรีนพคุณ, 2558) และตามต่างจังหวัดใหญ่ เช่น ในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าระดับเสียงดังหน้ามหาวิทยาลัยบางช่วงเกินระดับมาตรฐานที่กำหนด (ลักษณะิย์ บุญขาวและดุขฎิถิถาวรพงษ์, 2562) แหล่งกำเนิดเสียงรบกวนที่สำคัญ ได้แก่ ในโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากเครื่องจักรและกระบวนการผลิตในโรงงาน (ปัทมาพร กิตติทอง, พรพรรณ สกุลคู่, และกาญจนา นาณะพินธุ, 2561) การคมนาคมขนส่ง เช่น รถไฟฟ้า รถบรรทุก รถโดยสาร เป็นต้น (Mondal, Dey, Datta, 2014; Swain & Goswami, 2018; Yao, Andrew, Cushing & Lin, 2017) ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้กำหนดมาตรฐานระดับเสียงดังในชุมชนให้มีระดับเสียงดังเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ไม่เกิน 70 dBA (ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป, 2540; WHO, 1999) ในขณะที่ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และ U.S. Department of Health and Human Services ได้กำหนดมาตรฐานระดับเสียงเฉลี่ย 8 ชั่วโมงการทำงาน ไม่เกิน 85 dBA (ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป, 256; U.S. Department of Health and Human Services, 1998)

ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง ส่งผลต่อการทำงานและสุขภาพของผู้ที่สัมผัส เช่น รบกวนการติดต่อสื่อสาร ต้องใช้เสียงดังในการพูดคุยมากกว่าปกติจึงจะทำให้สื่อสารรู้เรื่อง และอาจทำให้รับข้อมูลข่าวสารผิดพลาด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น อาการเครียด หงุดหงิด รำคาญ เสียสมาธิ ในการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้ ยังอาจก่อให้เกิดอัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง นอนหลับยาก และทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของการได้ยินได้ เมื่อได้รับการสัมผัสเสียงดังเกินมาตรฐานที่กำหนด (Caleb, 2018; Mondal et al., 2014; WHO, 1999) อย่างไรก็ตามการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน อาจเกิดขึ้นได้เมื่อมีอายุมากขึ้น (ไชยพร โอภาสวัฒนาและนันทวรรณ อุทุมพฤกษ์พร, 2561)

เสียงรบกวนที่เกิดจากการจราจรตามเมืองใหญ่มักมีเสียงดังในระดับเกินมาตรฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศ การศึกษาพบว่า ปัญหาเสียงดังตามสถานีรถไฟฟ้า ทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน (Yao et al., 2017) นอกจากนี้ระดับเสียงที่สถานีขนส่งโดยสารทางรถบัส (กนกพร จานังจิตร และธันวดี ศรีธาวีรัตน์, 2561) และรถเมล์ มีผลก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ขับขี่รถโดยสาร เช่น ก่อให้เกิดความรำคาญ เครียด เสี่ยงต่อการรบกวน และการสื่อสารที่ไม่ดีเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดัง (Pierson, 2018) เป็นต้น กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงของประเทศไทยและเป็นจุดศูนย์กลางของการเมือง เศรษฐกิจและสังคม และมีประชากรหนาแน่นมากที่สุดในประเทศไทย สถานีขนส่งผู้โดยสารทางรถบัสระหว่างเมืองในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 3 สถานีหลัก คือ สถานีขนส่งผู้โดยสาร สถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ (จตุจักร) เป็นแหล่งขนส่งผู้โดยสารภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ภาคกลาง เป็นหลัก สถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ (ถนนบรมราชชนนี) เป็นแหล่งขนส่งผู้โดยสารภาคใต้ และ ภาคตะวันตก เป็นหลัก และสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ (เอกมัย) สถานีขนส่งจึงเป็นแหล่งของมลพิษทางเสียงขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการประเมินระดับเสียง และผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังในด้านการสื่อสารในขณะทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่ประกอบอาชีพในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ เนื่องจากเป็นสถานีขนส่งผู้โดยสารทางรถบัสที่ใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ขนส่งผู้โดยสารทั้งภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคอีสาน ผลของการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนเฝ้าระวังและจัดระบบการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการสัมผัสเสียงดังของประชาชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในเขตสถานีขนส่งผู้โดยสารต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับความดังของเสียงเฉลี่ยในสถานีส่งผู้โดยสารในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากเสียงดังในด้านการติดต่อสื่อสารในขณะทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพในสถานีส่งผู้โดยสารในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงานกับผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพในสถานีส่งผู้โดยสารในเขตกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ศึกษาระดับความดังของเสียงเฉลี่ยในสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ บริเวณขานชาลารถเมล์ ขานชาลารถตู้ ขานชาลารถทัวร์ ขานชาลารถแท็กซี่ และอาคารที่พักผู้โดยสาร และศึกษาผลกระทบจากเสียงดังในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพในสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) ในระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2564 มีตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ ระดับเสียงดังในสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร)
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลกระทบต่อการสื่อสาร การทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ กลุ่มประชาชนที่ประกอบอาชีพภายในบริเวณสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1.1 ประชาชนที่ประกอบอาชีพภายในบริเวณสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) ได้แก่ บริเวณขนส่งรถเมล์ บริเวณขนส่งรถแท็กซี่ บริเวณขนส่งรถตู้ บริเวณขนส่งรถบัส และอาคารที่พักผู้โดยสาร
- 1.2 อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 1.3 สมัครใจเข้าร่วมวิจัย
- 1.4 ประกอบอาชีพมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

2 เกณฑ์การคัดออก

- 2.1 เป็นโรคหูตึงแต่กำเนิด
- 2.2 ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบสมบูรณ์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochran (1953) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน ทำการสุ่มแบบง่าย (simple random) ในบริเวณทำงานที่เสียงดัง และอาจได้รับผลกระทบในด้านการติดต่อสื่อสารในขณะทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพภายในบริเวณสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) โดยแบ่งออกเป็น 5 พื้นที่ คือ บริเวณขนส่งรถเมล์ บริเวณขนส่งรถแท็กซี่ บริเวณขนส่งรถตู้ บริเวณขนส่งรถบัส และอาคารที่พักผู้โดยสาร ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือวัด ประกอบด้วย Sound Level Meter รุ่น SV 973 Technical Specifications Class 2: IEC 61672-1:2013 และ Sound Calibrators รุ่น SV 36 ซึ่งเครื่องมือวัดทั้ง 2 ได้ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือจากบริษัท อินโนเวทีฟ อินทรูเมนต์ จำกัด หมายเลขใบรับรอง 21-ATC-056 มีค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.1 dBA
2. แบบสอบถามส่วนที่ 1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง รวมทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาในการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน ภายในบริเวณสถานีส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร)

3. แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถามเกี่ยวกับ ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังในด้านการติดต่อสื่อสารในขณะที่ทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามคือ ไม่มีและมี โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้รับผลกระทบ และคะแนน 1 หมายถึงได้รับผลกระทบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองในกลุ่มผู้ที่ทำงานบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (เอกมัย) จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20) เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง เลขที่ RU-HRE 63/0071 โดยประธานอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และให้อาสาสมัครกรอกแบบยินยอมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ ดังนี้

1. วัดระดับเสียงดัง บริเวณพื้นที่ที่ตรวจวัด มีทั้งหมด 5 พื้นที่ภายในบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯและตรวจวัดพื้นที่ละ 14 จุดเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างผู้ที่สัมผัสเสียงตามตาราง Homogeneous Exposure Group (HEG) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) ดังนี้ อาคารพักผู้โดยสาร บริเวณขนส่งรถเมล์ บริเวณขนส่งรถแท็กซี่ บริเวณขนส่งรถตู้ บริเวณขนส่งรถบัส โดยมีวิธีการตรวจวัด ดังนี้ ขั้นตอนก่อนการเตรียมเครื่องมือก่อนทำการตรวจวัด โดยทำการตรวจสอบแบตเตอรี่ sound level meter และ sound calibrators ต่อมาทำการตั้งค่าต่าง ๆ ดังนี้ ตั้งค่า weighting network A และตั้งค่าการตอบสนองแบบช้า และสุดท้ายทำการสอบเทียบมาตรฐาน sound level meter โดยใช้ sound calibrators หลังจากนั้นทำการตรวจวัดระดับเสียงดัง โดยติดตั้ง sound level meter ที่ระดับความสูง 150 เมตร โดยใช้ขาตั้ง tripod ภายในบริเวณอาคารพักผู้โดยสาร จุดที่ 2 บริเวณขนส่งรถเมล์จำนวน 16 จุด บริเวณขนส่งรถแท็กซี่จำนวน 16 จุด บริเวณขนส่งรถตู้จำนวน 16 จุด บริเวณขนส่งรถบัสจำนวน 16 จุด โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เวลา 8.00-16.00 น.

2. การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโดยมีขั้นตอนการเตรียมการคือ อบรมขั้นตอนการทำวิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัย และขึ้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย กรอกแบบสอบถามตามข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูล แล้วทำคู่มือการลงรหัสและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (analytical statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลหาความแตกต่างระดับเสียงดังภายในพื้นที่ ใช้ one-way ANOVA เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่และผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง ใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square test) และ odds ratio (95% CI)

ผลวิจัย

ระดับความดังเสียงเฉลี่ยภายในบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ ในระยะเวลา 8 ชั่วโมง พบว่า อยู่ในช่วง 66.2-82.0 dBA ซึ่งระดับเสียงตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงไม่เกินเกณฑ์ตามกฎหมายกำหนด โดย

บริเวณพื้นที่มีระดับเสียงเฉลี่ยสูงสุดคือ บริเวณขนส่งรถบัส ในขณะที่บริเวณอาคารพักผู้โดยสารมีความดังเสียงเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความดังเสียงดังเฉลี่ยภายในบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ ระยะเวลา 8 ชั่วโมง

บริเวณพื้นที่ตรวจวัด	ระดับเสียงต่ำสุด (dBA)	ระดับเสียงสูงสุด (dBA)	ระดับเสียงดังเฉลี่ย (dBA)
ขนส่งรถบัส (Intercity bus)	79.50	82.00	80.23
ขนส่งรถเมล์ (Transit bus)	78.50	80.30	79.21
ขนส่งรถตู้	75.00	79.60	76.65
ขนส่งรถแท็กซี่	73.50	77.70	74.93
อาคารพักผู้โดยสาร	66.20	68.30	67.84
ค่ามาตรฐานกฎหมายไทย		85.00	

เมื่อเปรียบเทียบระดับเสียงดังเฉลี่ยภายในบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ ระยะเวลา 8 ชั่วโมง พบว่าระดับเสียงดังเฉลี่ยในพื้นที่ต่างมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างน้อย 1 คู่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับเสียงดังเฉลี่ยแต่ละคู่ ด้วยวิธี least significant difference test (LSD) พบว่า บริเวณขนส่งรถบัส รถเมล์ รถตู้ รถแท็กซี่ และ อาคารพักผู้โดยสารมีระดับเสียงดังเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับเสียงดังในพื้นที่เสียงภายในบริเวณสถานีขนส่งผู้โดยสาร

	sum of squares	df	mean square	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1351.59	4	337.89	346.87	0.000*
ภายในกลุ่ม	63.31	65	.97		
รวม	1414.91	69			

* $p < 0.05$

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่ประกอบอาชีพในสถานีขนส่งผู้โดยสาร กรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 35 ปี สถานภาพโสด ส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ไม่มีโรคประจำตัว และข้อมูลอื่น ๆ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (n=385)

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	180	46.75
หญิง	205	53.25
2. อายุ		
≤ 40 ปี	278	72.21
> 40 ปี	170	27.79
อายุเฉลี่ย 35.58 ± 10.73 ปี		
3. สถานภาพ		
โสด	211	54.81

รายการ	ความถี่	ร้อยละ
สมรส	160	41.55
หม้าย	14	3.64
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	90	23.38
มัธยมศึกษา	190	49.35
ปริญญาตรีขึ้นไป	105	27.27
5. อาชีพ		
พนักงานบริษัท	200	51.95
ค้าขาย	51	13.25
รับจ้าง/อื่น ๆ	134	34.80
6. โรคประจำตัว		
ไม่มี	316	82.08
มี	69	17.92
7. ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
ไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน	203	52.73
มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	182	47.27
8. ประสบการณ์ในการทำงาน		
≤ 5 ปี	207	53.77
> 5 ปี	178	46.23
ปีเฉลี่ย 7.51± 5.92 ปี		

ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังที่มีต่อการสื่อสารและการทำงาน พบว่า ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้มีสมาธิน้อยลง มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการฟังกับคู่สนทนา และระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา ในขณะที่ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการอ่านเอกสาร น้อยที่สุด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังที่มีต่อการสื่อสารและการทำงาน (n=385)

ผลกระทบที่เกิดขึ้น	ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง	
	มี	ไม่มี
	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้มีสมาธิน้อยลง	85 (22.08)	300 (77.92)
2. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการฟังกับคู่สนทนา	58 (15.06)	327 (84.94)
3. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา	41 (10.64)	344 (89.36)
4. ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้ทำงานผิดพลาด	40 (10.39)	345 (89.61)
5. ระดับเสียงดังในที่ทำงานรบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์	35 (9.09)	350 (90.91)
6. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการเขียนเอกสาร	25 (6.49)	360 (93.51)
7. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการอ่านเอกสาร	20 (5.19)	365 (94.81)

ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังที่มีต่อสุขภาพ พบว่า มีอาการเครียดจากการสัมผัสเสียงดังมากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะจากการสัมผัสเสียงดัง และมักมีอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่มีอาการหูอื้อจากการสัมผัสเสียงดัง น้อยที่สุด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังที่มีต่อสุขภาพ (n=385)

ผลกระทบที่เกิดขึ้น	ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. มีอาการเครียดจากการสัมผัสเสียงดัง	52 (13.51)	333 (86.49)
2. มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะจากการสัมผัสเสียงดัง	51 (13.25)	334 (86.75)
3. มีอาการนอนไม่หลับ	36 (9.35)	349 (90.65)
4. รู้สึกอ่อนเพลียจากการสัมผัสเสียงดัง	18 (4.68)	367 (95.32)
5. มีอาการปวดท้องจากโรคกระเพาะอาหารหรือกรดไหลย้อน	17 (4.42)	368 (95.58)
6. มีอาการหูอื้อจากการสัมผัสเสียงดัง	12 (3.12)	373 (96.88)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่กับผลกระทบต่อการสื่อสารและการทำงาน พบว่าผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา ผลกระทบต่อการฟังกับคู่สนทนา ทำให้มีสมาธิน้อยลง และรบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ที่มีความสัมพันธ์กับระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ผลกระทบต่อการอ่านเอกสาร ผลกระทบต่อการเขียนเอกสาร และทำให้ทำงานผิดพลาด ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่ที่มีเสียงดังเกิน 70 dBA มีโอกาสได้รับผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา ผลกระทบต่อการฟังกับคู่สนทนา ทำให้มีสมาธิน้อยลง และรบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็น 2.21, 2.49, 2.38 และ 2.48 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่ที่มีเสียงดังไม่เกิน 70 dBA ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่กับผลกระทบต่อการสื่อสารและการทำงาน (n=385)

รายการ	ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง จำนวน (ร้อยละ)		OR (95%CI)	p
	< 70 dBA	≥ 70 dBA		
1. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการพูดกับคู่สนทนา				
มี	9 (2.34)	32 (8.31)	2.21 (1.02-4.79)	0.039*
ไม่มี	132 (34.29)	212 (55.06)		
2. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการฟังกับคู่สนทนา				
มี	12 (3.12)	46 (11.95)	2.49 (1.27-4.90)	0.006*
ไม่มี	129 (33.50)	198 (51.43)		
3. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการอ่านเอกสาร				
มี	5 (1.30)	15 (3.90)	1.78 (0.63-5.01)	0.268
ไม่มี	136 (35.32)	229 (59.48)		
4. ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อการเขียนเอกสาร				
มี	7 (1.82)	18 (4.68)	1.53 (0.62-3.75)	0.355
ไม่มี	134 (34.80)	226 (58.70)		
5. ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้ทำงานผิดพลาด				
มี	10 (2.60)	30 (7.79)	1.84 (0.68-3.89)	0.107
ไม่มี	131 (34.03)	214 (55.58)		
6. ระดับเสียงดังในการทำงานทำให้มีสมาธิน้อยลง				
มี	19 (4.94)	66 (17.14)	2.38 (1.36-4.17)	0.02*
ไม่มี	122 (31.69)	178 (46.23)		
7. ระดับเสียงดังในที่ทำงานรบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์				
มี	7 (1.82)	28 (7.27)	2.48 (1.05-5.84)	0.032*
ไม่มี	134 (34.81)	216 (56.10)		

* p< 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่กับผลกระทบต่อสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการอาชีพในสถานประกอบการส่งผู้โดยสารกรุงเทพ พบว่า ระดับเสียงดังในพื้นที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับเสียงดังในพื้นที่กับผลกระทบต่อสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการอาชีพในสถานประกอบการส่งผู้โดยสารกรุงเทพ

รายการ	ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง		OR (95%CI)	p
	< 70 dBA จำนวน (ร้อยละ)	≥ 70 dBA จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านมีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะจากการสัมผัสเสียงดัง				
มี	19 (4.94)	32 (8.31)	0.97 (0.53-1.78)	0.920
ไม่มี	122 (31.69)	212 (55.06)		
2. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียจากการสัมผัสเสียงดัง				
มี	5 (1.30)	13 (3.38)	1.53 (0.53-4.39)	0.425
ไม่มี	136 (35.32)	231 (60.00)		
3. ท่านมีอาการปวดท้องจากโรคระเพาะอาหารหรือกรดไหลย้อน				
มี	5 (1.30)	12 (3.12)	1.41 (0.49-4.08)	0.528
ไม่มี	136 (35.32)	232 (60.26)		
4. ท่านมีอาการหุ้้อจากการสัมผัสเสียงดัง				
มี	5 (1.30)	7 (1.82)	0.80 (0.25-2.58)	0.713
ไม่มี	136 (35.32)	237 (61.56)		
5. ท่านมักมีอาการนอนไม่หลับ				
มี	8 (2.08)	28 (7.27)	2.16 (0.95-4.87)	0.60
ไม่มี	133 (34.55)	216 (56.10)		
6. ท่านมีอาการเครียดจากการสัมผัสเสียงดัง				
มี	13 (3.38)	39 (10.12)	1.87 (0.96-3.64)	0.61
ไม่มี	128 (33.25)	205 (53.25)		

* p<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกอบการอาชีพในสถานประกอบการส่งผู้โดยสารกรุงเทพ มีอายุเฉลี่ย 35 ปีอธิบายได้ว่าเป็นวัยทำงานตอนต้น ซึ่งช่วงวัยนี้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง จึงไม่มีปัญหาเรื่องโรคประจำตัวมากนัก ผู้ประกอบการอาชีพส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ทำงานเป็นพนักงานบริษัทในบริเวณสถานประกอบการ เช่น พนักงานขาย ตัว พนักงานทำความสะอาด พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถ กระเป๋ารถ พนักงานขายอาหาร อาหาร และสินค้าต่าง ๆ ให้กับบริษัท เป็นต้น

จากการประเมินระดับความดังเสียงเฉลี่ยภายในบริเวณสถานประกอบการส่งผู้โดยสาร พบว่า ระดับเสียงดังอยู่ในช่วงเฉลี่ยตลอด 8 ชั่วโมงทำงาน อยู่ในช่วง 67.8-80.2 dBA ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ว่า ระดับเสียงเฉลี่ยในที่ทำงาน ตลอดเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน ไม่เกิน 85 dBA (ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่อง มาตรฐานระดับเสียง ที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน, 2561) ซึ่งระดับเสียงดังกล่าวสูงกว่างานวิจัยของ กนกพร จานจิตระและธนวิ ศรีธาวีรัตน์ (2561) เล็กน้อย โดยพบว่าระดับเสียงในสถานประกอบการส่งผู้โดยสารจังหวัดพิษณุโลก อยู่ในช่วง 71.6-76.5 dBA อย่างไรก็ตามระดับเสียงต่ำกว่าสถานีรถไฟในเมืองไนโรบี ประเทศเคนยา ระดับเสียงอยู่ในระดับอยู่ในช่วง 85.45-93.63 dBA (Caleb, 2018) จากการตรวจวัดระดับเสียงดังในพื้นที่ พบว่าบริเวณพื้นที่มีระดับเสียง

เฉลี่ยสูงสุดคือ บริเวณขนส่งรถบัส รองลงมาคือ บริเวณขนส่งรถเมล์ และ บริเวณขนส่งรถตู้ ตามลำดับ ในขณะที่บริเวณอาคารพักผู้โดยสารมีความดังเสียงเฉลี่ยน้อยที่สุด และระดับเสียงดังเฉลี่ยในแต่ละพื้นที่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าแต่ละพื้นที่มีประเภทของรถที่แตกต่างกัน ทำให้มีระดับเสียงในพื้นที่ต่างกัน เนื่องจากรถโดยสารขนาดใหญ่จะมีเครื่องยนต์ขนาดใหญ่ เมื่อเดินเครื่องยนต์จะทำให้มีระดับเสียงดังมากกว่ารถยนต์ขนาดเล็ก นอกจากนี้รถเครื่องยนต์ดีเซลจะมีเสียงดังมากกว่าเครื่องยนต์เบนซินอีกด้วย จะเห็นได้ว่าบริเวณพื้นที่ขนส่งรถบัสและบริเวณพื้นที่ขนส่งรถเมล์ จะมีระดับเสียงดังเฉลี่ยมากกว่าบริเวณขนส่งรถแท็กซี่ (รถยนต์) และบริเวณขนส่งรถตู้ สอดคล้องกับวิจัยของมิชตาและฮานิสเซวสกี (Michta & Haniszewski, 2018) พบว่ารถบัสจะมีความดังเสียงมากกว่ารถยนต์ที่ใช้บรรทุกผู้โดยสาร และในงานวิจัยของ โบเรน (Borén, 2020) พบว่า รถบัสที่ประเภทแตกต่างกัน ทำให้เกิดเสียงดังต่างกัน และพบว่าระดับเสียงดังในรถบัสประเภทใช้พลังงานไฟฟ้ามีเสียงดังน้อยกว่ารถบัสประเภทใช้พลังงานน้ำมัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนมาใช้รถยนต์พลังงานไฟฟ้า จะช่วยลดมลพิษทางเสียง นอกจากนี้ปริมาณความหนาแน่นของรถในพื้นที่ ยังส่งผลให้เกิดระดับเสียงดัง ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของเคียร์ธนาและคณะ (Keerthana et al., 2013) พบว่าบริเวณเขตที่มีการจราจรหนาแน่น และมีรถบนถนนจำนวนมาก จะส่งผลให้มีระดับเสียงดังกว่าบริเวณที่มีการจราจรเบาบางและมีปริมาณรถจำนวนน้อย

ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังในด้านการสื่อสารในขณะทำงานของประชาชนที่ประกอบอาชีพในสถานขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ พบว่าระดับเสียงดังในการทำงานทำให้มีสมาธิน้อยลง มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อกรฟังกับคู่สนทนา และระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อกรพูดกับคู่สนทนา ในขณะที่ระดับเสียงดังในการทำงานส่งผลกระทบต่อกรอ่านเอกสาร น้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ในบริเวณสถานขนส่งกรุงเทพจะมีระดับเสียงที่สูงกว่าระดับเสียงสนทนาทั่วไปที่ใช้การสื่อสาร ซึ่งอยู่ในช่วง 35-55 dBA (WHO, 1999) ดังนั้นระดับเสียงในบริเวณสถานขนส่งกรุงเทพ จึงส่งผลกระทบต่อกรสื่อสารและสมาธิในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เวนกะทัปปะ, ชานคา และอันนามาลัย (Venkatappa, Shankar, & Annamalai, 2012) พบว่าการจราจรบนถนนมีระดับเสียง 80.86 ± 6.33 dBA ทำให้เกิดผลกระทบต่อกรสนทนาทางโทรศัพท์ และส่งผลกระทบต่อกรพูดคุยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตำรวจจราจร นอกจากนี้ระดับเสียงในพื้นที่มีความสัมพันธ์กับการพูด การฟัง สมาธิในการทำงาน และการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่มีเสียงดังเกิน 70 dBA มีโอกาสได้รับผลกระทบต่อกรพูด การฟัง รบกวน สมาธิในการทำงาน และรบกวนการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็น 2.21, 2.49, 2.38 และ 2.48 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในพื้นที่มีเสียงดังไม่เกิน 70 dBA ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ถ้าระดับเสียงในที่ทำงานเกิน 70 dBA จะส่งผลกระทบต่อกรติดต่อสื่อสารในที่ทำงานมากขึ้น

ผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดังต่อสุขภาพของประชาชนที่ประกอบอาชีพในสถานขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพ พบว่า มีอาการเครียดจากการสัมผัสเสียงดัง มากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะจากการสัมผัสเสียงดัง และมักมีอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่มีอาการหูอื้อจากการสัมผัสเสียงดังมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าเมื่อระดับเสียงดังรบกวนการติดต่อสื่อสารในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องใช้สมาธิมากขึ้น เพื่อไม่ให้งานผิดพลาด จึงเกิดอาการเครียดที่เป็นผลมาจากการทำงานและสัมผัสเสียงดัง และก่อให้เกิดอาการปวดและศีรษะหรือเวียนศีรษะตามมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคาเลบ (Caleb, 2018) ที่พบอาการเหล่านี้จากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสถานีรถบัสในเมืองเมืองไนโรบี ประเทศเคนยา การศึกษานี้ยังพบว่าระดับเสียงดังในบริเวณสถานขนส่งรถโดยสารกรุงเทพไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้อากระดับความดังเสียงมีค่าไม่เกิน 85 dBA จึงไม่ส่งผลต่อสุขภาพมากนัก สอดคล้องตามข้อกำหนดของ NIOSH (1998) ที่ระบุว่า ผู้ทำงานสัมผัสเสียงเฉลี่ยใน 8 ชั่วโมงการทำงานต่อวันไม่เกิน 85 dBA และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมาพร กิตติทองและคณะ (2561) ที่พบว่าอาการผิดปกติจากการสัมผัสเสียงของพนักงานโรงงานผลิตกระดาษ มีอาการปวดศีรษะ เครียด หูอื้อหรือเสียงดังในหู และเวียนศีรษะ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเสียงที่พนักงานสัมผัส

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ระดับเสียงดังในบริเวณชานชาลา รถเมล์ ชานชาลา รถตู้ ชานชาลา รถแท็กซี่ และชานชาลา รถทัวร์ ถึงแม้ว่าจะยังไม่เกินระดับมาตรฐาน แต่ผลวิจัยพบว่าสามารถรบกวนการสื่อสารของผู้ประกอบอาชีพได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดทำพื้นที่พักในชานชาลาเพื่อเป็นเขตป้องกันระดับเสียงรบกวน
2. ควรมีการจัดทำแผนที่เสียง (noise contour map) เพื่อแจ้งให้ผู้ประกอบอาชีพได้ทราบถึงระดับเสียง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสเสียงดังของผู้ประกอบอาชีพภายในสถานขนส่งผู้โดยสาร เพื่อพิจารณาเป็นแนวทางในการป้องกันผลกระทบจากการทำงานในบริเวณเสียงดังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนวิจัยจากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี 2564

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร จานงจิตรและฉันทวี ศรีธาวีรัตน์. (2561). ระดับเสียงในสถานขนส่งผู้โดยสารจังหวัดพิษณุโลกแห่งที่ 1. *PSRU Journal of Science and Technology*, 1(2), 13-22.
- ไชยพร โอภาสวัฒนาและนันทวรรณ อุทุมพุกษพร. (2561). ประสาทหูเสื่อมตามอายุ. *Chulalongkorn Medical Journal*, 62(2), 175 – 85.
- น้ำฝน ยอดดี, เกียรติไกร อายุวัฒน์, และธงชัย โรหิตะดิษฐ์ ศรีนพคุณ. (2558). การจำลองรูปแบบการกระจายมลพิษทางเสียงจากการจราจรบริเวณรอบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. *บางเขนวิศวกรรมสาร มก.*, 28(93), 53-60.
- ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง มาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน. (2561, 26 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 19 ง, หน้า 15.
- ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 15 เรื่อง กำหนดมาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไป. (2540, 3 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 114 ตอนที่ 27ง, หน้า 46-47.
- ปัทมาพร กิตติทอง, พรพรรณ สกุลคู่, และกาญจนา นาถะพินธุ (2561). การศึกษาระดับเสียงและอาการผิดปกติจากการสัมผัสเสียงของพนักงานโรงงานผลิตกระดาษ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 37(1), 1-6.
- ลักษณีย์ บุญขาวและ ดุษฎี ถาวรพงษ์. (2562). การศึกษาระดับเสียงและแผนที่แสดงระดับเสียงเทียบเท่าบริเวณหน้ามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 60-67.
- Borén, S. (2020). Electric buses' sustainability effects, noise, energy use, and costs. *International Journal of Sustainable Transportation*, 14(12), 956-971.
- Caleb, N. K. (2018). *Levels of environment noise and perceived health implications in bus termini in Nairobi central business district, Nairobi city country, Kenya*. (Thesis for the master degree of science, Public Health). Nairobi. Kenyatta University. Retrieved October 9, 2020 from <https://ir-library.ku.ac.ke/handle/123456789/18616>

- Cochran, W.G. (1953). *Sampling techniques*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
DOI: 10.1080/15568318.2019.1666324.
- Keerthana, Gobinath, R., Neelima, S., Chitravel, V., Saranya, S., & Kannan, T. (2013). An analysis of noise pollution in Tirupur city. *Engineering and Technology*, 1(3), 154-168.
- Micha, A., & Haniszewski, T. (2018). Traffic noise experienced on buses, trams and cars in the urban agglomeration of the city of Katowice. *Scientific Journal of Silesian University of Technology*, 98, 101-109.
- Mondal, N. K., Dey, M., & Datta, J. K. (2014). Vulnerability of bus and truck drivers affected from vehicle engine noise. *International Journal of Sustainable Built Environment*, 3(2), 199-206.
- Pierson, A. I. (2018). *Noise exposure for bus drivers in an Iowa City transit system*. (Thesis for the Master of Science degree in Occupational and Environmental Health). Graduate College of the University of Iowa. Retrieved September 1, 2020, from <https://ir.uiowa.edu/etd/6485>
- Swain, B.K., & Goswami, S. (2018). Acoustic environment in the bus: an empirical study. *Pollution*, 4(2), 327-333. DOI: 10.22059/poll.2017.243519.329.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), U.S. Department of Health and Human Services. (1998). *Occupational noise exposure: Revised Criteria 1998*, Cincinnati Ohio: NIOSH Publication
- Venkatappa, K. G., Shankar, V., & Annamalai, N. (2012). Assessment of knowledge, attitude and practices of traffic policemen regarding the auditory effects of noise. *Indian journal of physiology and pharmacology*, 56(1), 69-73.
- World Health Organization. (1995). *Consultation on evaluation and control of noise exposure in the work environment*, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1999). *Guidelines for community noise. WHO document from meeting held in London*, London: WHO.
- Yao, C. M., Andrew K. M., Cushing, S. L., & Lin, V. Y. (2017). Noise exposure while commuting in Toronto - a study of personal and public transportation in Toronto. *Journal of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 46(62), 1-8.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพ ของหญิงวัยหมดประจำเดือน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด*

ยุรันตร์ รัตตาคักดี¹
วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล² ดวงกมล ปิ่นเฉลียว³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยหมดประจำเดือน อายุ 45-59 ปี ที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติทั้งระยะแรกและระยะปลาย ที่อาศัยอยู่ในตำบลเชียงใหม่และตำบลสะอาด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 33 คน เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมรับประทานอาหาร (CVI=.78 และค่าความเที่ยง .81) และอาการของภาวะหมดประจำเดือน (CVI=1 และค่าความเที่ยง=.87) และ 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติการทดสอบที และสถิติการทดสอบแมนวิทนียู ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก อาการของภาวะหมดประจำเดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยอาการของภาวะหมดประจำเดือนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน สามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพ

คำสำคัญ พฤติกรรมรับประทานอาหาร, ภาวะสุขภาพ, วัยหมดประจำเดือน

วันที่รับ: 22 เมษายน 2564 วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 26 พฤษภาคม 2564

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชสันติบำรุง จังหวัดร้อยเอ็ด แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผู้ติดต่อหลัก E-mail: yu-ran-nun@hotmail.com

² พย.ด. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ วท.ม. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Effects of a behavior development program on food consumption behaviors and health status of menopausal women at Pho Chai District, Roi Et Province^{*}

Yuran Radasak¹Warinee Iemsawasdikul² Duangkamol Pinchaleaw³

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to examine the effects of the behavior development program on food consumption behaviors and health status compared between before and after the program for the experimental group, and between the experimental group and a comparison group. The samples were menopausal women aged 45-59, who were in early and late natural menopausal transition, and lived in Tambon Chieng Mai and Tambon Sa-Ad. They were selected by purposive sampling technique as per inclusion criteria to be in the experimental group and comparison group, respectively, 33 persons in each group. The experimental tool was the Behavior Development Program, developed by researcher (CVI 1) based on Pender's Health Promotion model. The data collection tools were 1) questionnaires consists of three parts: general data, the food consumption behaviors (CVI=.78 and reliability= .81) and menopausal symptoms (CVI =1 and reliability=.87), and 2) the health data record form. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test and Mann-Whitney U test. The results were as follows. After the experiment, the mean score for food consumption behaviors of the experimental group were significantly higher than before the experiment and that of the comparison group ($p < .05$). In addition, mean scores for BMI, systolic blood pressure, and menopausal symptoms of the experimental group were significantly lower than before the experiment ($p < .05$). The comparisons after the experiment between the two groups showed that mean scores of systolic blood pressure and menopausal symptoms of the experimental group were lower than the comparison group ($p < .05$). Therefore, this behavior development program for menopausal women should be implemented to improve food consumption behaviors and health status among menopausal women receiving services in other Tambon health promoting hospitals. Research should be conducted to assess the effects of the program on sustainability of food consumption behaviors and health status.

Keywords: Food Consumption Behavior, Health Status, Menopause

Received: April 22, 2021 Revised: May 23, 2021 Accepted: May 26, 2021

^{*} A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner.

¹ Graduated student in Master of Nursing Science Program, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
Corresponding author; E-mail: yu-ran-nun@hotmail.com

² D.N.S., School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ M.Sc., School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มของหญิงวัยหมดประจำเดือนเพิ่มสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ พ.ศ. 2561 พบสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 11.55 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ (กระทรวงมหาดไทย, 2561) พ.ศ. 2562-2563 จังหวัดร้อยเอ็ดมีหญิงวัยหมดประจำเดือน ร้อยละ 12.16 และ 13.07 ตามลำดับ ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด พ.ศ. 2562-2564 ตำบลเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีหญิงวัยหมดประจำเดือน ร้อยละ 14.25, 14.54 และ 14.96 ตามลำดับ ของประชากรทั้งหมดในตำบลเชียงใหม่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงาน พัฒนายุทธศาสตร์, 2563) จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันประชากรหญิงวัยหมดประจำเดือนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน และมีแนวโน้มจะใช้ชีวิตหลังวัยหมดประจำเดือนหรือวัยสูงอายุมากขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้หญิงไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยาวขึ้น โดยมีอายุขัยเฉลี่ย 78 ปี (มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561) ผู้หญิงจึงมีชีวิตหลังหมดประจำเดือน ประมาณ 30 ปี หรือมากกว่า 1 ใน 3 ของช่วงชีวิต

ภาวะหมดประจำเดือน เป็นภาวะที่รังไข่หยุดสร้างเอสโตรเจน (สุกรี สุนทรภา, 2560) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา และความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Berek & Berek, 2020) สตรีวัยนี้เริ่มมีความเสื่อมของร่างกาย น้ำหนักตัว จะเพิ่มขึ้น มีไขมันสะสมใต้ผิวหนังมากขึ้น กระดูกเริ่มบาง ผังเส้นเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ปริมาณของฮอร์โมนลดลง สมรรถภาพทางกายลดลง เกิดปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรค หลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายการรักษาสูง ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่อง ระยะยาว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม (อาภรณ์ ดินาน, 2555) ผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ได้แก่ ภาวะกระดูกบาง พบร้อยละ 66 ของหญิงอายุมากกว่า 50 ปี (ชนัญญา ตันติธรรม และชลธิชา สติระพจน์, 2561) เสี่ยงต่อ การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายในผู้หญิง (Berek & Berek, 2020) โดยมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด และเส้นเลือดอุดตันสูงกว่าปกติถึง 7 เท่า (ชนัญญา ตันติธรรม และชลธิชา สติระพจน์, 2561) จึงต้อง ให้ความสนใจสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

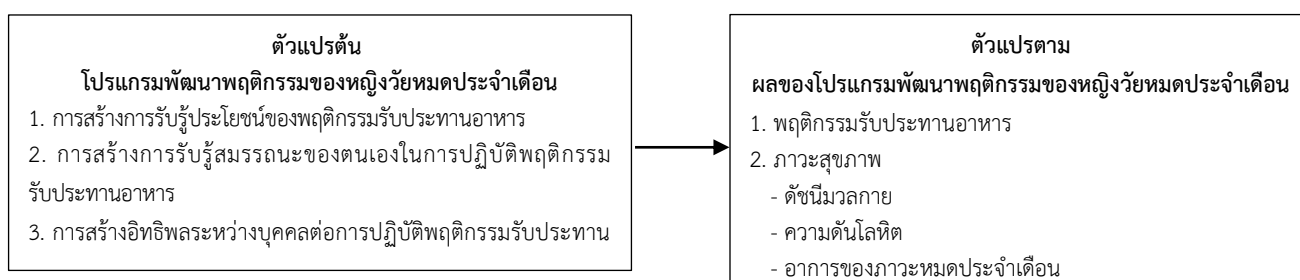
การสำรวจสุขภาพหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ในตำบลเชียงใหม่ พ.ศ. 2563 จำนวน 958 คน พบว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังจำนวนมาก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 121 คน (ร้อยละ 12.63) โรคเบาหวาน จำนวน 87 คน (ร้อยละ 9.08) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 79 คน (ร้อยละ 8.25) และสำรวจพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพของ หญิงวัยหมดประจำเดือน จำนวน 10 คน พบว่า มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 80 ได้แก่ รับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง ร้อยละ 70 ดื่มน้ำ เครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 60 ดื่มน้ำ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ ร้อยละ 50 รับประทานอาหาร หวาน ร้อยละ 40 และรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ ร้อยละ 40 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงใหม่, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณัฐฉิณีภรณ์ จันทโรนัย, วรณา ธนาภูมิไพศาล และจกณีย์ ดุ้ยเจริญ (2555) พบว่า สตรีวัยทอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น รับประทาน อาหารครบ 3 มื้อทุกวัน ร้อยละ 52 รับประทานผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 46.30 รับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 5 หมู่ ร้อยละ 43.50 รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ ร้อยละ 55.00 จึงจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือนให้ ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาว

การพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือนครั้งนี้ ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's health promotion model) (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจาก สถานการณ์ มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งผลการวิจัย ยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยทองในชุมชน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (จุฬาลักษณ์ ฟักแก้ว, วราภรณ์ บุญเชียง และพนิดา จันทโสภีพันธ์, 2562) การสร้างการรับรู้ สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารของสตรีวัยหมดประจำเดือน มีผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพิ่มขึ้น มีดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ณิษฐ์ ไวกศิริ, 2556) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและระยะติดตามผล หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นฤมล เวชจักรเวร, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, ภาวดี เต็มเจริญ และวงเดือน บันดี, 2555) และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564)

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน มีกิจกรรมที่แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน และการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน ด้วยวิธีการเรียนรู้เชิงรุกที่ช่วยให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้ขึ้นได้ด้วยตนเอง (ปริยานุช พรหมภาสิต, 2558) การสร้างการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ช่วยให้ได้ประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น และประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น (ศิริพร ชัมภลชิต และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2558) และการสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารทำให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) เพื่อพัฒนาให้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า ให้ได้พลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ตรงเวลา หลากหลายชนิดไม่ซ้ำซาก มีไฟโตเอสโตรเจนสูง มีเส้นใยสูง มีแคลเซียมสูง เป็นโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินีนสูงจากเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและโปรตีนจากพืช เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน หลีกเลียงขนมหวานและน้ำตาล รับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวาน อาหารไขมันต่ำ หลีกเลียงไขมันทรานส์และคอเลสเตอรอล ต้ม นึ่ง นึ่งนึ่ง 1 แก้ว ลดเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง ต้ม นึ่ง นึ่งนึ่ง 6-8 แก้ว หลีกเลียงแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี มีดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตที่เหมาะสม ลดอาการของภาวะหมดประจำเดือน และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในระยะยาวได้ สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ของหญิงวัยหมดประจำเดือนต่อไป

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าของหญิงวัยหมดประจำเดือนภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และอาการของภาวะหมดประจำเดือนของหญิงวัยหมดประจำเดือนภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และอาการของภาวะหมดประจำเดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ รับประทานยาพยาบาล ให้คำปรึกษา แนะนำ จากบุคลากรสุขภาพ เมื่อมีอาการไม่สุขสบายหรือผิดปกติ เพื่อรับการรักษายาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ และบรรเทาอาการไม่สุขสบาย กรณีที่อาการไม่ทุเลาจะได้รับการส่งต่อไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย แต่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม ระยะเวลาของการวัดก่อนและหลังทดลองห่างกัน 7 สัปดาห์ทั้งสองกลุ่ม

สถานที่ดำเนินการวิจัย คือ ตำบลเชียงใหม่ และตำบลสะอาด อำเภอพือธิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 7 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงวัยหมดประจำเดือน อายุ 45-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพือธิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 3,267 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงวัยหมดประจำเดือน อายุ 45-59 ปี ที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ทั้งระยะแรกและระยะปลาย ที่มีช่วงห่างของประจำเดือนไม่สม่ำเสมอหรือมีระยะเวลานาน ≥ 60 วัน หรือมีประจำเดือนนานขึ้น ≥ 7 วัน หรือมีอาการของภาวะหมดประจำเดือน (Berek & Berek, 2020; Taylor, Pal & Seli, 2020) ที่อาศัยอยู่ในตำบลเชียงใหม่และตำบลสะอาด อำเภอพือธิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ power analysis (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ กนิษฐ์ ไวกศิริ (2556) เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือน” คำนวณขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.27 ถือว่าเป็นค่าอิทธิพลที่ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ คือ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือถอนตัว ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยให้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่อาศัยอยู่ในตำบลเชียงใหม่ เป็นกลุ่มทดลอง และหญิงวัยหมดประจำเดือนที่อาศัยอยู่ในตำบลสะอาด เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากตำบลทั้งสองแห่งมีภูมิประเทศ ลักษณะประชากร อาชีพ ปัญหาสุขภาพ จำนวนสตรีวัยหมดประจำเดือน และระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มละ 33 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้ 1) ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 2) สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี 3) เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมที่กำหนด และ 4) ไม่เคยผ่าตัดมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทดลองใช้กับหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนโอง อำเภอพือธิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน

1. เครื่องมือทดลอง มี 3 ส่วน ดังนี้

1.1 โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยความรู้ การสร้างการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร โดยพัฒนาทักษะด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Pender et al, 2011) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 การให้ความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือนและการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ครอบคลุม อาหารหลัก 5 หมู่ การคำนวณพลังงาน และปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน การอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหารที่เหมาะสม หลังได้รับโปรแกรมให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือนและการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน และแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร พร้อมทั้งอธิบายการบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารในแบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารสำหรับหญิงวัยหมดประจำเดือน เพื่อให้บันทึกข้อมูลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที

วันที่ 2 - 7 นัดหมายสมาชิกในครอบครัว เข้าสังเกตการณ์กิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านของบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งขอความร่วมมือให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งอธิบายแบบบันทึกการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และให้บันทึกข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 5 ให้บุคลากรสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และให้บันทึกข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 พร้อมทั้งอธิบายการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

สัปดาห์ที่ 2-6 สมาชิกในครอบครัว ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้ครอบครัวรับฟังความไม่สบาย แสดงความสนใจ ห่วงใย และให้กำลังใจเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูล โดยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องเหมาะสมแก่หญิงวัยหมดประจำเดือน ใช้ระยะเวลา 30 นาที คนละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ และนัดหมายให้มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงใหม่ เพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลอง และสรุปกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 7 เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยให้ตอบแบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต และบันทึกไว้ในแบบบันทึกภาวะสุขภาพอภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.2 แบบวัดความรู้และการรับรู้ ดังนี้

1.2.1 แบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือนและการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด มีคำถามที่เป็นข้อผิด 1 ข้อ คือ ข้อ 3 ให้คะแนนสำหรับการตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ใช้ร้อยละของคะแนนโดยอิงเกณฑ์เป็น 4 ระดับ (จตุภูมิ เขตจตุรัส, 2560) ดังนี้ ความรู้ระดับดีมาก (≥ 80) ดี (70-79.99) พอใช้ (60-69.99) และปรับปรุง (< 60) มีค่าความตรง เชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.31 นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยง KR 20 เท่ากับ .93

1.2.2 แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้คะแนนการตอบ 5-1 แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้ สูงที่สุด (4.50-

5.00 คะแนน) สูง (3.50-4.49 คะแนน) ปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) น้อย (1.50-2.49 คะแนน) และน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .80

1.3 แบบบันทึก 3 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารสำหรับหญิงวัยหมดประจำเดือน แบบบันทึกการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแบบบันทึกการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ เป็นแบบตาราง

2. เครื่องมือเก็บข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้

2.1. แบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติเกี่ยวกับประจำเดือน ได้แก่ อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก ระยะเวลาที่มีประจำเดือนแต่ละครั้ง ช่วงห่างของประจำเดือนแต่ละรอบ ความผิดปกติที่พบขณะมีประจำเดือน เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 26 ข้อ เป็นพฤติกรรมรับประทานอาหาร 5 หมู่ มีโฟโตเอสโตรเจน เส้นใย และแคลเซียมสูง เป็นโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินีนสูง จากพืชหรือสัตว์ไม่ติดมัน เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน น้ำตาลและไขมันต่ำ หลีกเลียงแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติประจำบ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และน้อยครั้ง แผลผล 5 ระดับ ดังนี้ สูงที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) สูง (3.50-4.49 คะแนน) ปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) น้อย (1.50-2.49 คะแนน) และน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) (จตุภูมิ เขตจัตุรัส, 2560) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .78 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 อาการของภาวะหมดประจำเดือน จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย กลุ่มอาการระบบหลอดเลือดหรือระบบประสาทอัตโนมัติ จำนวน 2 ข้อ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 2 ข้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 3 ข้อ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 3 ข้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 4 ข้อ การเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน จำนวน 2 ข้อ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ จำนวน 8 ข้อ การเปลี่ยนแปลงของความจำ จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, เล็กน้อย และไม่มีอาการ ให้คะแนน 5-1 แผลผล 5 ระดับ ดังนี้ สูงที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) สูง (3.50-4.49 คะแนน) ปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) น้อย (1.50-2.49 คะแนน) และน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) (จตุภูมิ เขตจัตุรัส, 2560) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87

2.2.แบบบันทึกภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตที่ได้จากการวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก จากการวัด 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 19/2563 เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยจะดำเนินการตามโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มเปรียบเทียบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน ให้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง มอบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายเก็บข้อมูลก่อนทดลอง 2 วัน ก่อนการทดลอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้ทั้งสองกลุ่มตอบแบบประเมินผลของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพ ให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความรู้และการรับรู้ หลังจากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ รับประทานอาหารพยาบาล และการให้คำปรึกษาแนะนำ จากบุคลากรสุขภาพ เมื่อมีอาการไม่สุขสบายหรือผิดปกติ สัปดาห์ที่ 7 เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยให้ทั้งสองกลุ่มตอบ

แบบประเมินผลของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มเปรียบเทียบรับฟังความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือนและการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน พัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร อภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบทีไม่อิสระ (paired t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ และใช้สถิติการทดสอบแมนนวิทนียู (Mann-Whitney U) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติที พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าก่อนการทดลอง ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)		Chi-Square	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)	กลุ่มทดลอง M = 50.88, S.D. = 3.93 กลุ่มเปรียบเทียบ M = 50.64, S.D. = 2.85				t = 0.29		0.78
45-49	16	48.50	10	30.30	23.18	12	0.027
50-54	7	21.20	19	57.60			
55-59	10	30.30	4	12.10			
สถานภาพสมรส					0.00	2	1.001
โสด	1	3.00	1	3.00			
คู่	29	87.9	29	87.9			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	9.10	3	9.10			
ระดับการศึกษา					0.35	3	0.95
ประถมศึกษา	24	72.70	23	69.60			
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	9.10	3	9.10			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	15.20	5	15.20			
ปริญญาตรี	1	3.00	2	6.10			
อาชีพ					0.35	2	0.84
เกษตรกร	27	81.80	28	84.90			
รับจ้างทั่วไป	4	12.10	4	12.10			
ค้าขาย	2	6.10	1	3.00			
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					7.95	5	0.16
≥ 5,000	15	45.50	23	69.70			
5,001-10,000	10	30.30	5	15.20			

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)		Chi-Square	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
10,001-15,000	7	21.20	3	9.10			
15,001-20,000	1	3.00	0	0			
20,001-25,000	0	0	1	3.00			
35,001-40,000	0	0	1	3.00			
ความพอเพียงของรายได้					1.98	2	0.37
พอเหลือเก็บ	6	18.20	11	33.40			
พอไม่เหลือเก็บ	22	66.60	18	54.50			
ไม่พอใช้	5	15.20	4	12.10			
ประวัติเกี่ยวกับประจำเดือน							
อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)	กลุ่มทดลอง M = 15.18, S.D. = 2.05 กลุ่มเปรียบเทียบ M = 14.94, S.D. = 1.95				t=0.49		0.63
8-12	4	12.10	3	9.10	10.82	10	0.37
13-17	26	78.80	26	78.80			
18-22	3	9.10	4	12.10			
ระยะเวลาที่มีประจำเดือนแต่ละครั้ง(วัน)	กลุ่มทดลอง M = 4.21, S.D. = 1.67 กลุ่มเปรียบเทียบ M = 4.60, S.D. = 1.62				t=-0.97		0.34
1-3	13	39.40	11	33.30	7.86	7	0.35
4-6	15	45.50	15	45.50			
≥ 7	5	15.10	7	21.20			
ช่วงห่างของประจำเดือนแต่ละรอบ					2.39	1	0.12
สม่ำเสมอ	9	27.30	4	12.10			
ไม่สม่ำเสมอ	24	72.70	29	87.90			
ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน					0.000	1	1.00
ไม่มี	4	12.10	4	12.10			
มี(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	29	87.90	29	87.90			
ประจำเดือนมาก	18	62.07	11	37.90	3.01	1	0.08
ปวดท้อง ท้องอืด	13	44.83	10	34.48	0.60	1	0.44
หงุดหงิด/โมโหง่าย	11	37.93	17	58.62	2.23	1	0.14
ประจำเดือนมาน้อย	8	27.59	6	20.69	0.36	1	0.55
ปวดศีรษะ	4	13.79	7	24.14	0.98	1	0.32
ปัสสาวะบ่อย	3	10.34	5	17.24	0.57	1	0.45
ประวัติการคุมกำเนิด					0.00	1	1.00
ไม่คุม	4	12.10	4	12.10			
คุม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	29	87.90	29	87.90			
ทำหมัน	23	79.31	27	93.10	1.32	1	0.25
ยาเม็ดคุมกำเนิด	8	27.59	5	17.24	0.86	1	0.35
ยาฉีดคุมกำเนิด	5	17.24	3	10.34	0.57	1	0.45
ประวัติการคลอดบุตร					1.02	1	0.31
ไม่เคยคลอด	0	0	1	3.00			
เคยคลอด	33	100	32	97.00			

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)		Chi-Square	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คลอตรรรมชาติ	31	93.94	31	96.88	1.07	1	0.30
ผ้าตัด	2	6.06	1	3.12			
ประวัติการรับประทานฮอร์โมน							
ไม่เคย	32	97.0	30	90.90	0.24	1	0.62
เคย	1	3.00	3	9.10			
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว/ญาติสายตรง							
ไม่มี	15	45.50	17	51.50	0.07	1	0.79
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	18	54.50	16	48.50			
โรคเบาหวาน	10	55.56	9	56.25			
โรคความดันโลหิตสูง	8	44.44	4	25.00	1.63	1	0.2029
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4	22.22	3	18.75			
โรคกระดูกพรุน	3	16.67	0	0			
โรคเบาหวาน	2	11.11	0	0	7.83	1	0.01
โรคไต	2	11.11	0	0			
อื่น ๆ	7	38.89	0	0			
การดื่มสุรา					2.58	2	0.28
ดื่ม	9	27.30	7	21.20			
ไม่ดื่ม	22	66.60	26	78.80			
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 5 ปี	2	6.10	0	0	0.00	1	1.00
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบ	33	100	33	100			

p<0.05

2. พฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงวัยหมดประจำเดือน

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรายชั๊ตขึ้น ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน/ปลา วันละ 8-11 ช้อนกินข้าว รับประทานน้ำมัน วันละไม่เกิน 5 ช้อนชา รับประทานน้ำตาล วันละไม่เกิน 2 ช้อน ดื่มนมพร่องมันเนยหรือไขมันต่ำ วันละ 1 แก้ว รับประทานอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง เส้นใยสูง เป็นโปรตีนจากพืช คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง ไม่ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รับประทานผลไม้ วันละ 4-5 ส่วน ทั้งยังรับประทานเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง ไม่เกินวันละ 1-1.5 ช้อนชา เหมือนเดิม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรายชั๊ตต่ำลง ได้แก่ รับประทานน้ำมัน วันละไม่เกิน 5 ช้อนชา มีแคลเซียม เส้นใยสูง โปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินีนสูง รับประทานผลไม้ วันละ 4-5 ส่วน รับประทานผัก ข้าว วันละ 6-8 ถ้วย เท้าเดิมในระดับปานกลาง ได้แก่ อาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง โปรตีนจากพืช คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ดื่มนม กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน/ปลา วันละ 8-11 ช้อนกินข้าว รับประทานน้ำตาล วันละไม่เกินวันละ 2 ช้อน ดื่มนมพร่องมันเนยหรือไขมันต่ำ วันละ 1 แก้ว ทั้งยังดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานขนมหวาน รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ และดื่มแอลกอฮอล์มากเหมือนเดิม

การตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กระจายแบบปกติ และไม่มี ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=3.52$, $SD.=0.33$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x}=3.52$, $SD.=0.36$) ก่อนได้รับโปรแกรม ($t=-0.04$, $p=0.97$) แสดงว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	mean	S.D.	mean	S.D.		
รับประทานอาหาร	3.52	0.33	4.19	0.29	-13.44	≤ 0.001

$p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
รับประทานอาหาร	4.19	0.29	3.34	0.38	10.13	≤ 0.001

$p < 0.05$

3. ภาวะสุขภาพ

การตรวจสอบการแจกแจงของภาวะสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กระจายแบบปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติการทดสอบที ยกเว้นความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มเปรียบเทียบ กระจายแบบไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบแมนนิตนีย์ยู และไม่มี ความแตกต่างของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-0.14$, $p=0.89$, $t=-0.98$, $p=0.33$ และ $t=-1.50$, $p=0.14$ ตามลำดับ) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติการทดสอบที ยกเว้นอาการของภาวะหมดประจำเดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.351$, $p=0.002$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่ลดลง(difference) หลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอาการของภาวะหมดประจำเดือนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก และอาการของภาวะหมดประจำเดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และคะแนนอาการของภาวะหมดประจำเดือนลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ดัชนีมวลกาย	25.39	4.19	25.01	4.01	3.251	0.003*
ความดันโลหิต						
ซิสโตลิก	121.42	14.21	114.49	10.97	4.214	≤0.001*
ไดแอสโตลิก	71.30	12.77	70.15	6.56	0.603	0.551
อาการของภาวะหมดประจำเดือน	2.46	0.68	1.87	0.49	8.408	≤0.001*

*p<0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก อาการของภาวะหมดประจำเดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)		t	p
	Mean	S.D.	mean	S.D.		
ดัชนีมวลกาย	25.01	4.01	25.56	2.83	-0.644	0.522
ความดันโลหิตซิสโตลิก	114.49	10.97	122.30	10.59	-2.945	0.004*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	70.15	6.56	74.30	8.05	Z= -1.914	0.056
อาการของภาวะหมดประจำเดือน	1.87	0.49	2.04	0.48	5.919	≤0.001*

*p<0.05

อภิปรายผล

1. ความแตกต่างของพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งพัฒนาจากแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ในส่วนของความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Pender et al., 2011) ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการให้ความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน และการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนด้วยการเรียนรู้เชิงรุก โดยใช้สื่อที่หลากหลาย และมอบคู่มือสร้างเสริมสุขภาพสำหรับหญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารมากขึ้น เห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 93.47, S.D.= 0.29) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 79.25, S.D.= 10.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -4.89, p = 0.001) มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.40, S.D.= 0.43) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}$ = 4.08, S.D.= 0.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -4.49, p = 0.001) จึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงและดีขึ้น (Pender et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ พิกแก้ว และคณะ (2562) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยทองในชุมชน (r = 0.324) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) การสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารด้วยสาริตและฝึกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นและตนเอง จึงรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงขึ้น และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารน้อยลง จึงมีความมุ่งมั่นในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น (Pender et al., 2011) เห็นได้จาก หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.35$, $SD=.040$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}= 3.72$, $SD=.046$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-7.99$, $p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐ์ ไ้วศิริ (2556) ที่พบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีวัยหมดประจำเดือน มีผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและข้อมูล ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ การสนับสนุนจากสามีหรือครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender et al., 2011) เห็นได้จาก หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.27$, $SD=.050$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}=3.82$, $SD=.061$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-3.86$, $p=0.001$) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.84$, $SD=.029$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x}=4.53$, $SD=.059$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-3.35$, $p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2564) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม อาจมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะหมดประจำเดือนและการสร้างเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนไม่ชัดเจน จึงไม่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จึงอาจรับรู้สมรรถนะของการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารต่ำ และไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและข้อมูล จากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ อาจทำให้ขาดกำลังใจและความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร การไม่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การไม่รับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และขาดอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) กลุ่มเปรียบเทียบจึงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ การศึกษาของ นฤมล เวชจักรเวร และคณะ (2555) พบว่า หลังจากหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการบริโภคอาหารที่ป้องกันความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในปริมาณที่เหมาะสม และลดการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยง การติดตามผลเป็นระยะ การบันทึกอาหารที่บริโภค 3 วัน การบันทึกสัดส่วนร่างกาย กิจกรรมทางกาย และเพิ่มการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคผัก ผลไม้ โยอาหารโปรตีนถั่วเหลืองและโอโซฟลาวอนและออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และอาการของภาวะหมดประจำเดือนของหญิงวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีอาการของภาวะหมดประจำเดือนอยู่ในระดับน้อย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานเกือบทั้งหมด เนื่องจากหลังได้รับโปรแกรม

พัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรายชื้อดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมรายชื้อที่ดีขึ้น ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน/ปลา วันละ 8-11 ช้อนกินข้าว รับประทานน้ำมัน วันละไม่เกิน 5 ช้อนชา รับประทานน้ำตาล วันละไม่เกิน 2 ช้อน ตีมนมพว่องมันเนยหรือไขมันต่ำ วันละ 1 แก้ว ช่วยให้อัตราน้ำตาลในเลือดต่ำและถูกนำมาใช้ไม่สะสมในรูปของไกลโคเจน จึงทำให้น้ำหนักลดลง (ชนัญญา ตันติธรรม และชลธิชา สติระพจน์, 2561) ดัชนีมวลกายจึงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม รับประทานอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง เส้นใยสูง เป็นโปรตีนจากพืช คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่มีไฟโตเอสโตรเจนสูง ไม่ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รับประทานผลไม้ วันละ 4-5 ส่วน ทำให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนน้อยลง เนื่องจากไฟโตเอสโตรเจนในอาหาร ช่วยบรรเทาอาการของหมดประจำเดือน เช่น นอนไม่หลับ ร้อนวูบวาบ อารมณ์แปรปรวน รวมทั้งอาการและโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะชราภาพ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ (มัลลิกา สระศรี, ประยุกต์ ศรีวิไล และพนิดา เล้าชาญวุฒิ, 2557) ประกอบกับยังคงรับประทานเกลือโซเดียมหรือเกลือแกง ไม่เกินวันละ 1-1.5 ช้อนชา เหมือนเดิม การรับประทานอาหารมีเส้นใยสูงและเกลือโซเดียมต่ำ ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 8-14 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเนาทอง (2559) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของแดช (DASH) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกแตกต่างกัน แต่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ นฤมล เวชจักรเวระและคณะ (2555) พบว่า หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กนิษฐา ใจศิริ (2556) พบว่า สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนและวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการควบคุมการรับประทานให้เหมาะสมกับวัย และบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในสมุดบันทึก พฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองทุกวัน การติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพตนเองเป็นระยะ และการสนับสนุนทางสังคม มีดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม จึงมีพฤติกรรมรับประทานอาหารหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มทดลอง โดยเฉพาะรับประทานน้ำมัน วันละไม่เกิน 5 ช้อนชา รับประทานข้าว วันละ 6-8 ทัพพี น้อยลง ยังคงดื่มเครื่องดื่มรสหวาน รับประทานขนมหวาน รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ และดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน/ปลา รับประทานน้ำตาล ตีมนมพว่องมันเนยหรือไขมันต่ำ รับประทานผลไม้รสไม่หวานเท่าเดิม อาหารหวานและมัน ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายจึงไม่ลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เส้นใย เป็นโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอาร์จินีน รับประทานผลไม้ วันละ 4-5 ส่วน รับประทานผักน้อยลง และดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เท่าเดิม ทำให้ความดันโลหิตไม่ลดลง อาหารมีเส้นใยสูงและเกลือโซเดียมต่ำ ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลง 8-14 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 1.8 มม.ปรอท และคาเฟอีนมีผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ประกอบ รับประทานอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจน โปรตีนจากพืช คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่มีไฟโตเอสโตรเจน เท่าเดิม จึงทำให้อาการของภาวะหมดประจำเดือนไม่ลดลง หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบ จึงมีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}=122.30$, $S.D.=10.59$) แตกต่างจากกลุ่มทดลอง และอาการของภาวะหมดประจำเดือนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.04$, $S.D.=0.48$) ลดลง น้อยกว่ากลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}=74.30$, $S.D.=8.05$) ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดของวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และอาการของภาวะหมดประจำเดือน เช่น การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการรับประทานยาบรรเทาอาการไม่สบาย และการติดตามผลการศึกษานี้ เพียง 7 สัปดาห์ จึงยังไม่เห็นผลที่ชัดเจนต่อภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม หญิงวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารและภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ จึงควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือนไปพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของหญิงวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามในระยะยาวแบบไปข้างหน้า เพื่อประเมินผลของโปรแกรมต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมรับประทานอาหาร และภาวะสุขภาพ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมของหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงใหม่ ตำบลสะอาด และตำบล ดอนโอง กลุ่มตัวอย่าง ทีมวิทยากร คณะเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐ ใจวัศศิริ. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน และวัยหมดประจำเดือน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงมหาดไทย. (2561). ระบบสถิติทางการทะเบียน สถิติประชากรและบ้าน จำนวนประชากร แยกอายุ. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2563, จาก <http://www.stat.dopa.go.th/>
- จตุภูมิ เขตจัตุรัส. (2560). วิธีการและเครื่องมือประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียน. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2561 จาก <http://regis.sru.ac.th/wp-content/uploads/sites/28/2017/05/teaching-aids-project>
- จุฬาลักษณ์ พักแก้ว, วราภรณ์ บุญเชียง และพนิดา จันทโสภีพันธ์. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยทองในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 46(3), 130-141.
- ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ญัฐนิภรณ์ จันทโรนัย, วรณา ธนาภาพไพศาล และจงกลณี ตัญเจริญ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 39-40.
- ชนัญญา ตันติธรรม และชลธิชา สติระพจน์. (2561). Menopause and Healthy Lifestyle ใน อัมรินทร์สุวรรณ, สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, อรรณพ ใจสำราญ และนิมิต เดชไกรชนะ (บรรณาธิการ), *MENOPAUSE 4.0*. (หน้า 103-119). กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปต์ เมดิคัล.

- นฤมล เวชจักรเวร, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, ภารดี เต็มเจริญ และวงเดือน ปันดี. (2555). ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 4-16.
- บังอรศรี จินตวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยขอนแก่น*, 21(1), 229-247.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ ฯ ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย
- ปริญญช พรหมภาสิต. (2558). *คู่มือการจัดการเรียนรู้ “Active Learning (AL) for HuSo at KPRU”* สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560, จาก <https://huso.kpru.ac.th/File/KM%20BOOK-58.pdf>
- มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2561 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2561 . สืบค้นวันที่เมื่อ 23 มกราคม 2562, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr>
- มัลลิกา สระศรี, ประยุกต์ ศรีวิไล และพินดา เลขาญจุณ. (2557). บทบาททางสรีรวิทยาของสารบวกรการทำงานของฮอร์โมนอีควอลและผลกระทบต่อสุขภาพ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 33(1), 77-86.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงใหม่. (2564). *การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว*. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อีวันน้ำพริ้นติ้ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. (2563). *โรคไม่ติดต่อ (NCD)*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/>
- สุกรี สุนทราภา. (2560). สุข...สูงวัย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(4), 19-23. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2561, จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/94287>
- เสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง. (2559). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 87-98.
- อาภรณ์ ดินาน. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่. ใน ศิริพร ชัมภลิต และจุฬาลักษณ์ บาร์มี(บรรณาธิการ), *คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. (หน้า 377-425). ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- Berek, J. S., & Berek, D. L. (2020). *Berek & novak's gynecology*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second Edition Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pender, N. L., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Taylor H. S., Pal, L., & Seli, E. (2020). *Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด

สุทธิพร พรหมจันทร์¹
น้องขวัญ สมุทรจักร² จรรยา แก้วใจบุญ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา (Interrupted time design) ประชากรประกอบด้วย 1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบเดิมตั้งแต่กันยายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึงมกราคม 2564 จำนวน 396 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 9 คน แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยประเมินความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญทางสถิติกรรมา จำนวน 5 ท่าน (IOC เท่ากับ 0.80-1) ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมิน Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II ได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 50 วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้ exact probability test และ chi-square และวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ relative risk regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) เมื่อวิเคราะห์ relative risk regression พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ลดการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 77 (RR 0.23, 95% CI 0.07-0.71, $p=0.01$) การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการตัดมดลูกและภาวะช็อกของ หญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในห้องคลอดมีความเหมาะสม ร้อยละ 95.45 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่ามีความพึงพอใจในระดับดี (mean=4.20, SD=0.67)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง, ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

วันที่รับ: 17 มิถุนายน 2564 วันที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2564

¹ พย.บ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

² พย.บ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

³ ศษ.ม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: junya.k@bcnpy.ac.th

¹ B.N.S., Phayao Hospital, Phayao

The effects of using nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage within two hours after delivery

Sutiporn Promjan¹
Nongkhuan Samoodjak² Junya Kaewjiboon³

Abstract

This study aimed to investigate the effects of nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage within 2 hours after delivery on incidence of postpartum hemorrhage and postpartum complications, and to assess feasibility of applying nursing practice guidelines in the delivery room, as well as nurses' satisfaction toward nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage within 2 hours after delivery. This study applied a two-group quasi-experimental designs to compare outcomes in different time periods (Interrupted time series design). The study population were; first, 396 pregnant women who had normal delivery. The control group received regular care from September 2019 to January 2020; and experimental group received care according to the nursing practice guidelines which implemented during September 2020 to January 2021. Second, nine registered nurses working in delivery room. Two questionnaires used for assessing feasibility of the guideline and nurses' satisfaction were validated by five experts (IOC=0.80-1). Quality of the guideline was assessed using Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II with each domain received scores over 50 %. Data were analyzed using frequency, percentage, means, standard deviation, and chi-square. Relative risk regression was used to test the effects of using nursing practice guidelines for prevention of postpartum hemorrhage. Findings revealed that the experimental group had significant lower incidence of postpartum hemorrhage than the control group ($p=0.01$). Relative risk regression analysis revealed that the nursing practice guideline could reduce postpartum hemorrhage by 77% (RR 0.23, 95% CI 0.07-0.71, $p=0.01$). Comparisons of complications, hysterectomy and shock from postpartum hemorrhage, showed no significant difference between the two groups. Feasibility of applying nursing practice guidelines was 95.45%, and nurses' satisfaction toward nursing practice guidelines was at good level (mean=4.20, SD.=0.67).

Keywords: Nursing practice guidelines, Two-hours postpartum hemorrhage, Postpartum complications

Submitted: June 17, 2021 Revised: August 5, 2021 Accepted: August 13, 2021

¹ B.N.S., Phayao Hospital, Phayao

² B.N.S., Phayao Hospital, Phayao

³ M.Ed., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Email: junya.k@bcnpy.ac.th

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยที่สามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายมักเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Pillitteri, 2007) ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากกระบวนการคลอดปกติ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 27.1 (FIGO, 2018) และ 1 ใน 4 ของการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราตายของมารดาสูงถึงร้อยละ 21.8, 19.9 และ 22.5 โดยสาเหตุการตายของมารดาปีงบประมาณ 2562 พบว่าการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 58 ซึ่งสาเหตุโดยตรง (direct cause) ที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลผู้คลอดในด้านความปลอดภัย สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง และมีปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (นันทพร แสนศิริพันธุ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) นอกจากนี้การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้เกิดความรุนแรงจนต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ รวมถึงกรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็วหรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงที อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (พิมลพันธ์ เจริญศรี, วาสนา สารการ, และบาลียา ไชยรา, 2560)

จากข้อมูลสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา ในระหว่างปี 2560-2562 พบว่าอุบัติการณ์ตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.79, 1.30 และ 1.5 ตามลำดับ สาเหตุหลักของการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดนั้นเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 57.31 เยื่อหุ้มรกและรกค้าง ร้อยละ 12.19 และการฉีกขาดของช่องทางคลอด ร้อยละ 8.53 และพบภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงและสูงกว่าเกณฑ์ชีวิตโดยพบภาวะช็อกและได้รับเลือดทดแทน คิดเป็นร้อยละ 23 ,15 และ 4.76 ตามลำดับ และพบอัตราการตัดมดลูกคิดเป็นร้อยละ 7.69, 5.00 และ 4.76 จากจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (เวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา, 2560-2562) การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด ที่ต้องตระหนักและหาแนวทางป้องกันการเกิดเพื่อลดอุบัติการณ์ความรุนแรงนี้ โรงพยาบาลพะเยา จึงมีแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกดังนี้ เฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph ทำคลอดตามขั้นตอน/เทคนิคของการทำคลอด กำหนดให้มีการทำ active management of the third stage of labor ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทุกราย โดยให้มีการปฏิบัติดังต่อไปนี้ 1) การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด 2) การหนีบสายสะดือในเวลา 1 นาทีหลังทารกคลอด และ 3) การทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction ตามด้วยการนวดคลึงมดลูก อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดตามแนวทางดังกล่าว แต่ก็ยังพบว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดบางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอยู่ และเมื่อนำปัญหาดังกล่าวมาทบทวน พบว่าผู้ปฏิบัติงานยังมีการปฏิบัติที่หลากหลายในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ จึงส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องได้รับการแก้ไข การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อมาใช้ในหน่วยงาน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline, CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีและชัดเจนขึ้น (ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง, และจิรพร จักขุจินดา, 2557) เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานวิจัย

ทางการพยาบาล งานวิจัยอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่า นำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันโดยระยะแรกเริ่ม มีการประเมินปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ละรายให้ครอบคลุมในระยะแรกเริ่ม การประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ ระยะคลอดและระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างในประภาพร ดองโพธิ์, 2558; ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, และรุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง, 2561) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และพัฒนาเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ และทีมผู้ดูแลของห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาให้เป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้ในห้องคลอด
3. การติดตามความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา (interrupted time design) โดยวัดผลจากการเปรียบเทียบ อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อน ตัณมตลูก และภาวะช็อกของผู้คลอดก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้ในห้องคลอด รวมถึงความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 396 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบเดิม ตั้งแต่กันยายน 2562 ถึงมกราคม 2563 จำนวน 198 คน ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 ถึงมกราคม 2564 จำนวน 198 คน และติดตามความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 9 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีการคลอดปกติ 2) ได้รับการดูแลในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่แผนกห้องคลอด 3) สามารถอ่าน พูดสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ และเกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา ที่ได้พัฒนาขึ้นมาจาก แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดองค์การอนามัยโลก และสมาพันธ์สูติรี แพทย์นานาชาติ และแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่ได้จากการรวบรวมเอกสารวิชาการ และ

วรรณกรรมต่างๆ ซึ่งสร้างขึ้นโดยกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ของสภาวิจัยด้านสุขภาพ และการแพทย์แห่งชาติออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างใน ประภาพร ดองโพธิ์, 2558; ศิริโสภา คำเครือ และคณะ, 2561) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมการดูแล 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และรอคลอด ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยประเมิน ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญทางสถิติและการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสถิติ 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสถิติ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 1 ท่าน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมิน appraisal of guideline for research & evaluation II ได้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่า ร้อยละ 50 ตามหลักเกณฑ์ ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และนำแนวปฏิบัติมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและได้ผ่านการประเมินหลังแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้พบว่า ไม่มีปัญหา เกี่ยวกับเนื้อหาและขั้นตอนการปฏิบัติ โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะแรกรับและรอคลอด

- 1) ชักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด ประวัติการเจ็บป่วย เน้นการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลัก 4 Ts.
- 2) ลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยง ตามประเภทของความเสี่ยงหน้าแฟ้มเวชระเบียน ใบบันทึกการให้การพยาบาลของผู้คลอดเมื่อพบมีภาวะเสี่ยง
- 3) เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC, G/M จอและเตรียมเลือด PRC 2 ยูนิต ทุกรายที่พบมีภาวะเสี่ยง
- 4) ให้ความรู้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (ตามสื่อการสอนสุขศึกษาเรื่อง การป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชม.หลังคลอด) สอนและสาธิตการคลึงมดลูกแก่ผู้คลอดระยะ latent phase โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และ QR code โดยจะสอนรายเดี่ยวและให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอด ในการคลึงมดลูกหลังคลอดด้วยตัวเอง
- 5) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph
- 6) มีการดูแลระยะคลอดในระยะ latent phase และระยะ active phase ตาม guideline

1.2 ระยะคลอด

- 1) การประเมินความเสี่ยงระยะคลอดตามหลัก 4 Ts. (ตารางแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดใน ระยะแรกรับ)
- 2) การช่วยเหลือมารดาในการคลอดทารกตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) ในระยะที่ 3 ของการคลอด ให้การดูแลแบบ active management of the third stage of labor โดยให้ยากระตุ้นหดตัวของมดลูก ทันทีหลังทารกคลอดโดยฉีด Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หันบและตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 1-3 นาที ทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction ตามด้วยการนวดคลึงมดลูกหลังคลอดทันทีนาน 1 นาที
- 4) สอนปัสสาวะทิ้ง หลังรกคลอดเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง
- 5) ปรับ Oxytocin 20 unit ใน IV อัตรา 120 ซีซี/ชั่วโมง ทันทีหลังทารกคลอดในรายที่พบความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
- 6) ใช้ถุงตวงเลือดทุกครั้งเพื่อวินิจฉัย ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์เมื่อเสียเลือด 300 ml เป็นต้นไป
- 7) ใช้มาตรฐานการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด กรณีเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

1.3. ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

- 1) แนะนำการคลึงมดลูกให้แข็งทุก 15 นาที ทบทวนความรู้ในเรื่องการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง และการคลึงมดลูก โดยใช้ QR Code พร้อมทั้งประเมินการคลึงมดลูกเป็นระยะ
- 2) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 พร้อมบันทึกในแบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอด
- 3) ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและปริมาณ เลือดที่ออกช่องคลอด โดยประเมินจากการชั่งผ้าอนามัยทุก 15 นาที 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 โดยใช้แบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอด และใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นกรัม ในการชั่งผ้าอนามัยทุกครั้งเพื่อประเมินจำนวนเลือดที่ออกในแต่ละครั้งที่ประเมินปริมาณเลือด โดยกำหนด 1 กรัมเท่ากับ 1 ซีซี
- 4) ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
- 5) กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา
- 6) นำนวัตกรรมประคบเย็นมาช่วยในการลดปวดมดลูก ในรายที่มีอาการปวดมดลูกไม่สามารถคลึงมดลูกได้
- 7) ดูแลการได้รับ NSS 1000 cc + Oxytocin 20 ยูนิตเข้าหลอดเลือดดำขนาด 120 ซีซี/ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

8) นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของทีมโดยหัวหน้าเวร หัวหน้าตึก และหัวหน้ากลุ่มงาน โดยใช้แบบประเมิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไปลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอด แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้ในห้องคลอด มี 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับและรอคลอด มีข้อคำถาม 6 ข้อ ระยะคลอด มีข้อคำถาม 7 ข้อ และระยะหลังคลอด มีข้อคำถาม 8 ข้อ จัดลำดับคะแนนเป็นเหมาะสม และไม่เหมาะสม และแบบสอบถามพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในห้องคลอด มีข้อคำถาม 5 ข้อ เรียงลำดับคะแนน 5 ระดับ จาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยประเมินค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยา เลขที่โครงการวิจัย 025/2563 ในการดำเนินการคณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ให้ข้อมูล เข้าร่วมวิจัยแก่ผู้คลอดโดยสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใดๆ และแจ้งให้ทราบว่าผู้คลอดสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอดเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพะเยาและคณะกรรมการวิจัยและการทดลองในมนุษย์ เพื่อขอรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียน มารดาหลังคลอด ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการ โดยนำเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด คือเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติที่โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เดือน กันยายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นเวลา 1 เดือน

3. การทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาลแผนกห้องคลอดและพยาบาลแผนกห้องคลอด อธิบายการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดูแลผู้คลอดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และตอบแบบสอบถามการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

4. พยาบาลวิชาชีพ แนะนำตนเองต่อหญิงตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ขออนุญาตซักประวัติและเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง และแจ้งแก่หญิงตั้งครรภ์ว่าการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเปิดเผยจะกระทำโดยภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อ

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไป ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของผู้คลอด ในช่วงที่มารับการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนตมดลูกและภาวะช็อกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติทดสอบ exact probability test และวิเคราะห์ผลการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ relative risk regression โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะทั่วไป ลักษณะทางคลินิกทดสอบโดยใช้สถิติ chi-square

3. ความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้ในหอคลอด โดยใช้สถิติ ความถี่ และร้อยละ และการติดตามความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอด โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 396 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม 198 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น 198 ราย ข้อมูลการเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไป ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติทดสอบ chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านอายุ การตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอด ผ่ากครรภ์ครบคุณภาพ ภาวะแทรกซ้อน การตัดฝีเย็บ และการฉีกขาดของฝีเย็บ

ผลการเปรียบเทียบการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง มีผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=198) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=198) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
ไม่มีการตกเลือดหลังคลอด	184 (92.93)	193 (97.47)	4.478	0.010*
มีการตกเลือดหลังคลอด	14 (7.07)	5 (2.53)		

*p < 0.05

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการตมดลูกและภาวะช็อกของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างกับการตกเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=198) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=198) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
1. การดัมดลูก			0.335	0.500
ไม่มีการดัมดลูก	196 (98.99)	197 (99.49)		
มีการดัมดลูก	2 (1.01)	1 (0.51)		
2. ภาวะซ็อก			1.002	0.500
ไม่มีภาวะซ็อก	197 (99.49)	198 (100)		
มีภาวะซ็อก	1 (0.51)	0 (0.00)		

p < 0.05

ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดลดการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 77 (RR 0.23, 95% CI 0.07-0.71, p < 0.01) และปัจจัยเสี่ยงระยะรอคอยคลอด ระยะคลอด มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น 1.87, 1.67 เท่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยเสี่ยงระยะหลังคลอด มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น 1.90 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางสรุปผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ผลลัพธ์	RR	95%CI	p
1.การใช้แนวปฏิบัติต่อการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด	0.23	0.07-0.71	0.010
2.ปัจจัยเสี่ยงระยะรอคอยต่อการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด	1.87	0.82-4.251	0.134
3.ปัจจัยเสี่ยงระยะคลอดต่อการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด	1.67	0.99-2.88	0.020
4.ปัจจัยระยะหลังคลอดต่อการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด	1.90	1.44-2.51	0.000

p < 0.05

ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, SD= 0.67) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.
1.ด้านความง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ	4.00	0.71
2.ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ	4.10	0.60
3. ด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	4.40	0.73
4. ด้านประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดการตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้	4.20	0.67
5. ด้านความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	4.20	0.67
รวม	4.20	0.67

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้ในห้องคลอดมีความเหมาะสม ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 70 จำนวน 21 ใน 22 ข้อ (ร้อยละ 95.45) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุด ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 ข้อ (ร้อยละ 4.55) ได้แก่ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในเรื่องการนำนวัตกรรมประคบเย็นมาช่วยในการลดปวดมดลูกในรายที่มีอาการปวดมดลูกไม่สามารถคลึงมดลูกได้หลังคลอด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้

กิจกรรม	เหมาะสมจำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)
1.ระยะแรกรับและระยะรอคลอด		
1.1 ชักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด ประวัติการเจ็บป่วย เน้นการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลัก 4Ts. คือ Tone, Tissue, Trauma & Thrombin	8 (88.89)	1 (11.11)
1.2 การลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงตามประเภทของความเสี่ยง และติดสัญลักษณ์แฟ้มเวชระเบียน, ใบบันทึกการให้การพยาบาล ของผู้คลอดเมื่อพบมีภาวะเสี่ยง	7 (77.78)	2 (22.22)
1.3 เจาะ CBC, G/M จอและเตรียมเลือด PRC 2 ยูนิต ทุกรายที่พบมีภาวะเสี่ยง'	9 (100)	0 (0)
1.4 การให้ความรู้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (ตามสื่อการสอนสุขศึกษา เรื่อง การป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชม.หลังคลอด) สอนและสาธิตการคลึงมดลูกแก่ผู้คลอด ระยะ latent phase โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และ QR code โดยจะสอนรายเดี่ยวและให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอด ในการคลึงมดลูกหลังคลอดด้วยตัวเอง	9 (100)	0 (0)
1.5 การติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph	9 (100)	0 (0)
1.6 การดูแลระยะคลอดในระยะ latent phase และระยะ active phase ตาม guideline	8 (88.89)	1 (11.11)
2. ระยะคลอด		
2.1 การประเมินความเสี่ยงระยะคลอดตามหลัก 4Ts. (ตามตารางแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ)	8 (88.89)	1 (11.11)
2.2 การช่วยเหลือมารดาในการคลอดทางตามมาตรฐานวิชาชีพ	9 (100)	0(0)
2.3 ในระยะที่ 3 ของการคลอดให้การดูแลแบบ active management of the third stage of laborโดยให้ยากระตุ้นหดตัวของมดลูก ทันทีหลังทารกคลอดโดยฉีด Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หนีบและตัดสายสะดือหลังทารกคลอด ประมาณ 1-3 นาที ทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction ตามด้วยการนวดคลึงมดลูกหลังคลอดทันทีนาน 1 นาที	9 (100)	0 (0)
2.4 สวนปัสสาวะทิ้งหลังรกคลอดเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง	9 (100)	0 (0)
2.5 ปรับ Oxytocin 20 unit ใน IV Rate 120 cc/hr ทันทีหลังทารกคลอดในรายที่พบความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	8 (88.89)	1 (11.11)
2.6 การใช้ถุงตวงเลือดทุกครั้งเพื่อการวินิจฉัย ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็ว พร้อมเกณฑ์รายงานแพทย์เมื่อเสียเลือด 300 ml	9 (100)	0 (0)
2.7 การใช้มาตรฐานการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	9 (100)	0 (0)
3 ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด		
3.1 การแนะนำการคลึงมดลูกให้แข็งทุก 15 นาที ทบทวนความรู้ในเรื่องการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงและการคลึงมดลูก โดยใช้ QR Code พร้อมทั้งประเมินการคลึงมดลูกเป็นระยะ	9 (100)	0 (0)
3.2 การวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30นาทีในชั่วโมงที่ 2 พร้อมบันทึกในแบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอด	8 (88.89)	1 (11.11)
3.3 การประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกช่องคลอด โดยประเมินจากการชั่งผ้าอนามัยทุก 15 นาที ครั้ง ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีใน ชั่วโมงที่ 2 โดยใช้แบบบันทึก 2 ชั่วโมงหลังคลอดและใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นกรัม ในการชั่งผ้าอนามัยทุกครั้งเพื่อประจําจำนวนเลือดที่ออกในแต่ละครั้งที่ประเมินปริมาณเลือด โดยกำหนด 1 กรัมเท่ากับ 1 ซีซี	9 (100)	0 (0)
3.4 การประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด	8 (88.89)	1 (11.11)
3.5 การกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา	9 (100)	0 (0)

กิจกรรม	เหมาะสมจำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)
3.6 การนำนวัตกรรมประคบเย็นมาช่วยในการลดปวดมดลูกในรายที่มีอาการปวดมดลูกไม่สามารถคลี่มดลูกได้	6 (66.67)	3 (33.33)
3.7 การดูแลการได้รับ NSS 1000 cc + Oxytocin 20 ยูนิตเข้าหลอดเลือดดำขนาด 120 ซีซี/ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด	9 (100)	0 (0)
3.8 การเฝ้าติดตามการปฏิบัติงานของทีมโดยหัวหน้าเวร หัวหน้าตึก และหัวหน้ากลุ่มงาน โดยใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงในห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา	9 (100)	0 (0)
ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70	21 ใน 22 (ร้อยละ 95.45)	

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงในทุกระยะของการคลอดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะรอคคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี รวมทั้งมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสามารถปฏิบัติได้ง่าย ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีการตกเลือดหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ โดยการดูแลระยะแรกเริ่มและรอคคลอด มีการให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุม เพื่อให้ดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมกับการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและมีความรู้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การดูแลระยะคลอด มีการให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุม มีการดูแลการคลอดตามมาตรฐาน ใช้การดูแลแบบ active management โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังทารกคลอด การดูแลระยะเพาะปัสสาวะ หนีบและตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 1-3 นาที ทำคลอดตรึงโดยวิธี controlled cord traction ตามด้วยการนวดคลี่มดลูกหลังคลอดทันทีนาน 1 นาที การคาดคะเนการเสียเลือดจากสภาพจริงโดยใช้ถุงตวงเลือดและผ้าระวางการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด และการดูแลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีการให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมถึงบทบาทพยาบาลที่ต้องประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เช่น การประเมินการหดตัวของมดลูก การใช้นวัตกรรมประคบเย็นเพื่อให้มดลูกหดตัวดีและลดปวดมดลูก การวัดปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดตามสภาพจริงโดยการชั่งผ้าอนามัย การประเมินแผลฝีเย็บ การดูแลการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง แนวปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้พยาบาลสามารถใช้ประเมินความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด รวมถึงการให้การพยาบาลที่มีความชัดเจนต่อการนำไปปฏิบัติและเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้พยาบาลสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้คลอด สามารถลดปัญหาการปฏิบัติงานที่หลากหลาย และทำให้ผู้คลอดรับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ, สุชาติ วิภาวาท, และอารี กิ่งเล็ก (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ ช่วยรักษา (2559) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลนวมิน อําเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แนวทางการดูแลมารดาขณะรอคคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด และการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้คลอด ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดทุกราย ทำให้อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย จากผล

การศึกษา การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการตัดมดลูก และภาวะช็อค น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อธิบายได้ว่า การให้บริการพยาบาลทางสูติกรรม ยึดหลักการดำเนินงานตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ เพื่อให้ทารกเกิดรอดมารดาปลอดภัย ตระหนักถึงภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีการดำเนินงานของห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยาได้ดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดห้องคลอดคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก คือ ภาวะการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 อัตราการภาวะช็อค และการตัดมดลูกจากการตกเลือด ร้อยละ 0 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุม เกิดภาวะช็อคจากการตกเลือด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.51 และกลุ่มทดลอง ไม่พบภาวะช็อค ส่วนด้านการตัดมดลูก พบว่ากลุ่มควบคุม มีการตัดมดลูก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.01 และกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง พบการตัดมดลูก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.51 โดยผู้คลอดที่ได้รับการตัดมดลูกมีสาเหตุจากกรีดแน่น ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาโดยการตัดมดลูกเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้เพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ลดการเกิดการตกเลือดหลังคลอด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ นววรรณ มณีจันทร์ และอุบล แจ่มนาม (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ของโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้ ช่วยให้วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลาก่อนที่จะเกิดความรุนแรง ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ควรถูกนำไปใช้เป็นงานประจำ ในการดูแลผู้ที่คลอดทางช่องคลอดทุกรายแม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ตาม

ด้านความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมง หลังคลอด ไปใช้ในห้องคลอด มีความเหมาะสม ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 70 จำนวน 21 ใน 22 ข้อ (ร้อยละ 95.45) แสดงว่าพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ และในข้อที่ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติค่อนข้างน้อย ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 ข้อ (ร้อยละ 4.55) คือ การนำนวัตกรรมประคบเย็นมาช่วยในการลดปวดมดลูกในรายที่มีอาการปวดมดลูกไม่สามารถคลึงมดลูกได้หลังคลอด เนื่องมาจากการดาหลังคลอดส่วนใหญ่สามารถคลึงมดลูกด้วยตนเองได้ และมารดาส่วนใหญ่จะให้ความสนใจการดูแลทารก มากกว่าอาการปวดมดลูกหลังคลอด จึงทำให้งิจกรรมนี้ยังมีการใช้ไม่ได้เต็มที่ ส่วนด้านความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ มีภาพรวมความพึงพอใจในระดับมาก ($\text{mean}=4.20$, $\text{SD}=0.67$) อภิปรายได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วย และพึงพอใจกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไปใช้ โดยในรายข้อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ($\text{mean}=4.40$, $\text{SD}=0.73$) ความพึงพอใจที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์และปัญหาของห้องคลอดโรงพยาบาลพะเยา และเป็นผู้ใช้นโยบายในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่ง หลังคลอด 2 ชั่วโมง และประเมินความเสี่ยง ให้การพยาบาล อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะรอคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่เป็นขั้นตอนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด ทำให้การตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นแนวปฏิบัติจึงก่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวปฏิบัติและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายในทุกสถานการณ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันการตกเลือดการตกเลือดหลังคลอดได้ และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน มารดาทารกมีความปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาคร (2560) ที่พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความสามารถนำไปใช้ได้จริง ($\text{mean}=4.73$, $\text{SD}=0.456$) ด้านเป็นประโยชน์ในทางการพยาบาล ($\text{mean}=4.59$, $\text{SD}=0.503$) และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ($\text{mean}=4.50$, $\text{SD}=0.512$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรณิการ์ พุนศิริ

(2556) และ ญฐนนท์ ศิริมาศและคณะ (2557) ที่พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

ดังนั้นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในการช่วยลดอัตราการเกิดการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในแผนกห้องคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง ทำให้แนวโน้มการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดลดลง จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลแผนกห้องคลอดนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในแผนกห้องคลอด ตั้งแต่ระยะแรกจับ รอคอด ระยะคลอดและหลังคลอด ทำให้พยาบาลที่ดูแลมีความตระหนัก ฝ่าระวังและให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุน และผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ

2. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดในทีมเป็นประจำ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความตระหนัก เห็นความสำคัญ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากทุกมุมมองทั้งของผู้บริหาร หัวหน้าเวร หัวหน้าตึกและหัวหน้ากลุ่มงาน ที่มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของทีม และมุมมองผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และปรับปรุงแก้ไขในแนวทางที่เป็นไปได้และเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน*. กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ พุนศิริ. (2556). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 115 - 120.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ญฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักขุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 37 - 46.
- นันทพร แสนศิริพันธุ์ และฉวี เบาทรง. (2561). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง เอนด์ เซอร์วิส.
- นววรรณ มณีจันทร์ และอุบล แจ่มนาม. (2559). ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(1), 143-155.
- ปทุมมา กังวานตระกูล และอัยอิน อินยาสร. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 121-134.

- ประภาพร ดองโพธิ์. (2558). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563 จาก <http://portal.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/>.
- พิมลพันธ์ เจริญศรี, วาสนา สารการ และบาลียา ไชยรา. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 48-57.
- ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภาวกันต์, และอารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 127-141.
- เวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา. (2560-2562). *สรุปรายงานการคลอดปีงบประมาณ 2560-2562*. โรงพยาบาลพะเยา.
- ศิริวรรณ ช่วยรักษา. (2559). *การพัฒนาระบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลนวมิน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. รายงานการวิจัยโรงพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563 จาก <http://portal.nurse.cmu.ac.th/jbicmu/>.
- ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, และรุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 8(1), 46-57.
- FIGO. (2018). *PPH-leading-unnecessary-deaths*. Retrieved December 16, 2020, From <https://www.figo.org/news/pph-leading-unnecessary-deaths>.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing care of the childbearing & childbearing family*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Population Division: Retrieved October 16, 2020, From https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. Retrieved December 16, 2020, From <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013926/>

บทบาทพยาบาลชุมชนในสถานะการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19) ในพื้นที่จังหวัดพะเยา

อัมพร ยานะ¹ วรณัญญาภรณ์ โนใจ²
เอกพันธ์ คำภีระ³ เกลิมพล กำใจ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในสถานะการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 1 คน/รพสต. 1 แห่ง จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามบทบาทพยาบาลในการจัดการสุขภาพชุมชน บทบาทการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส และแบบสอบถามการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่าบทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD.=0.18) รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ย 3.96 (SD.=0.15), 3.92 (SD.=0.21) และ 3.89 (SD.=0.19) ตามลำดับ สำหรับบทบาทการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.07 (SD.=0.14) ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สถานพยาบาลและชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD.=0.07) รองลงมา คือ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน และการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มีค่าเฉลี่ย 4.08 (SD.=0.17) และ 4.08 (SD.=0.16) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ ควรส่งเสริมการสร้างแนวปฏิบัติในการดำเนินงานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ในบทบาทการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อด้านการประสานงานและการจัดการข้อมูล เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน, การระบาด, โรคโคโรนาไวรัส (Covid 19)

วันที่รับ: 10 มิถุนายน 2564 วันที่แก้ไข: 10 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 13 สิงหาคม 2564

¹ พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: amphorn.y@bcnpy.ac.th

² ส.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

³ พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ พย.ม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

The role of community nurses during Coronary virus outbreak (Covid 19) in the Phayao province

Amphorn Yana¹ Varunyakorn Nojai²
Aekkaphan Khampeera³ Chalermpon Kajai⁴

Abstract

This descriptive research aimed at assessing the role of community nurses during Coronary virus outbreak (Covid 19) in Phayao province. Purposive sampling was used to recruit 92 nurses from all Tambon Health Promoting Hospital in Phayao province. The research instruments composed of questionnaires assessing roles of community nurses regarding community managements, prevention of Coronary virus transmission, and Coronary virus infection control. Data were analyzed using descriptive statistics including: frequency, percentage, mean and standard deviation. The result revealed that the overall mean score of community management role was at high level (mean= 3.95, SD.=0.18). All of its domains: proactive health promotion, community participations, and primary care services were at a high level with average score 3.96 (SD.=0.15), 3.92 (SD.=0.21), and 3.89 (SD.=0.19) respectively. Also, their overall score of prevention of Coronary virus transmission role was at high level (mean= 4.07, SD.=0.14). All of its domains were at a high level with average score of screening and surveillances role at screening point in the hospital and community was 4.17 (SD.=0.07), followed by role of monitoring in which to follow-up persons who contacted Coronary virus and controlling outbreaks in the community, and implementing social and legal measures domain were 4.08 (SD.=0.17) and 4.08 (SD.=0.16) respectively. Research results suggest that an establishment of a guideline for effective preventions of infectious outbreaks in the community should be encouraged. In addition, registered nurses working in primary care settings should be better prepared in regard to disease control roles, particularly on information managements in order to improve efficiency of their works.

Keywords: Community nurse role, outbreak, coronavirus (Covid-19)

Submitted: June 10, 2021 Revised: August 10, 2021 Accepted: August 13, 2021

¹ M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author, Email: amphorn.y@bcnpy.ac.th

² M.P.H., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute

³ M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute

⁴ M.N.S., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้ประกาศให้การแพร่กระจายของเชื้อโคโรนาไวรัส หรือ โควิด 19 (Covid 19) เป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนาไวรัส เริ่มต้นที่ประเทศจีนต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2564 พบมีรายงานผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 200,353,706 คน และเสียชีวิตจำนวน 4,260,635 ราย โรคโควิด 19 เริ่มแพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และกระจายสู่ภูมิภาคต่างๆอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จากนั้นได้มีการระบาดเป็นระยะ จนปัจจุบันเป็นการระบาดระลอกที่ 4 ซึ่งเกิดการติดต่อกันอย่างรวดเร็วและรุนแรงจากการกลายพันธุ์ของเชื้อ เป็นสายพันธุ์เดลต้า ทำให้มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 672,3855 คน และเสียชีวิต จำนวน 5,503 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564)

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลเป็นวงกว้างในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพเป็นผลกระทบทางตรงที่ประชาชนทุกคนต้องเผชิญต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (สุพริศ สุวรรณิก, 2563) การเจ็บป่วยและเสียชีวิตส่งผลกระทบไปถึงการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งทางด้านกำลังคน บุคลากรทางการแพทย์ งบประมาณ สถานที่รองรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ดังนั้นการที่จะคุมการแพร่เชื้อเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตนี้ รัฐบาลได้มีมาตรการการสกัดกั้นการแพร่ระบาดเชื้อตามหลักที่ว่า โรคติดต่อจะลดลง ถ้าคนไม่ติดต่อกัน (วรรณวิ พูลพอกสิน, 2563) กรมควบคุมโรคได้ออกมาตรการการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประชาชนในการป้องกันตนเอง เช่น การจัดเตรียมข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือกรณีเกิดการเจ็บป่วย หรือมีเหตุฉุกเฉิน การให้ข้อมูลความรู้ผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ ควรระมัดระวังการเข้าไปในพื้นที่แออัดและการสัมผัสผู้อื่น เลือกใช้บริการสถานที่พัก ร้านอาหาร หรือสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน สถานประกอบการที่ปลอดภัย ให้ลงทะเบียนการเข้าและออกสถานที่ตามจุดที่กำหนด หรือสแกน QR Code ไทยชนะ เพื่อประโยชน์ในการติดตามผู้สัมผัสกรณีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ การเน้นย้ำการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยหมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ขึ้นไป อย่างน้อย 20 วินาที หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น รวมทั้งการเว้นระยะห่างจากผู้อื่น (กรมควบคุมโรค, 2563)

ในระดับชุมชน พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการค้นหาและเฝ้าระวัง ควบคุมการแพร่ระบาดในตำบล หมู่บ้าน อันเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2563) พยาบาลชุมชนเป็นกลไกหลักที่มีบทบาทในการเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุข เป็นด่านหน้าด่านแรกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย ตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ (กองการพยาบาล, 2561) พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะผู้จัดการสุขภาพชุมชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2554) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 จึงเป็นภารกิจที่เพิ่มขึ้นมาสำหรับพยาบาลชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส ตามมาตรการการลดการแพร่เชื้อและการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มในชุมชน โดยการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด้านชุมชน สถานพยาบาล และชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน การสื่อสารความเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย การประสานงานและจัดการข้อมูล

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดพะเยา พบผู้ติดเชื้อรายแรกของจังหวัดเป็นชายไทย มีประวัติการทำงานสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นหญิงไทย มีประวัติการทำงานในสถานบริการในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นชายไทย ให้ประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด 19 ซึ่งทางจังหวัดโดยทุกภาคส่วน

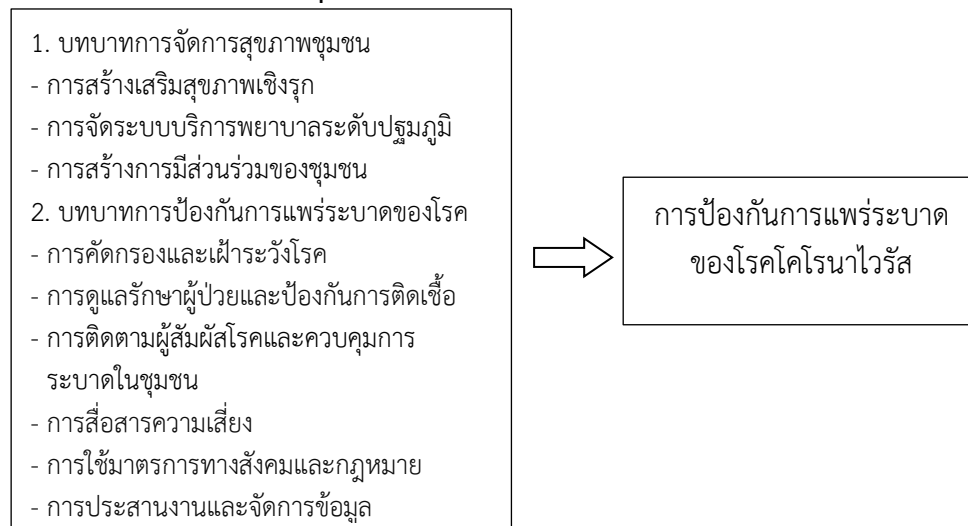
ได้มีการสอบสวนโรคอย่างเข้มข้น และมีการเฝ้าติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ข้อมูลโควิด จังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขพะเยา, 2563) รายงาน ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 986 ราย เป็นผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด จำนวน 213 รายและ ติดเชื้อจากจังหวัดอื่นเข้ามารักษาในจังหวัดพะเยาจำนวน 773 ราย เสียชีวิตจำนวน 4 ราย (ศูนย์ข้อมูลโควิด จังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขพะเยา, 2564)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการระบาดในระดับชุมชน และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่จังหวัดพะเยา ซึ่งพบผู้ป่วยยืนยันสูงขึ้น และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคโควิด 19 จึงสนใจศึกษาบทบาทของพยาบาลชุมชนในจังหวัดพะเยา ในการจัดการสุขภาพชุมชน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลชุมชน ในการใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะปฏิบัติในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ระบาดของ โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ในด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

กรอบแนวคิดวิจัย (Conceptual framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดพะเยา ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 -30 มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต) ในพื้นที่จังหวัดพะเยา จำนวน 9 อำเภอ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 92 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 (Yamane, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 1 คนต่อรพ.สต.

1 แห่ง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์การทำงานปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ การปฏิบัติงานการพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 บทบาทพยาบาลชุมชนในสถานะการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส ในชุมชน แบ่งเป็น 2 บทบาท คือ บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน และบทบาทการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส ซึ่งผู้วิจัยปรับแบบสอบถาม บทบาทพยาบาลในการจัดการสุขภาพชุมชน มาจากแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการจัดการสุขภาพชุมชน ของสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ประกอบด้วย แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน มีข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ และแบบประเมินการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส ของกรมควบคุมโรค 6 ด้าน มีข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 1 ถึง 5 ระดับ โดยที่ ระดับ 1 หมายถึง ตรงกับบทบาท ความสามารถ หรือคุณลักษณะของท่านน้อยที่สุด และ ระดับ 5 หมายถึง ตรงกับบทบาท ความสามารถ หรือคุณลักษณะของท่านมากที่สุด ซึ่งมีการแปลค่าดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 4.51 ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน และ ทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอตากฟ้า จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 ส่วนที่ 2 บทบาทการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เลขที่โครงการ REC 009/63 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยจะนำเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สาธารณสุขอำเภอ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 92 แห่ง และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบหรือเป็นอันตรายใดๆต่อผู้ตอบแบบสอบถาม และลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัยและ

ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้แจกแบบสอบถาม ในวันประชุมประจำเดือน และขอรับแบบสอบถามคืนภายหลังเสร็จจากการประชุม และผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลบทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน และ บทบาทการป้องกันการแพร่เชื้อของโคโรนาไวรัส วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 96.74 เพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.26 กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 27.17 เฉลี่ยอายุเท่ากับ 43.54 (SD=7.31) สถานภาพสมรส/คู่ มากที่สุด จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 66.30 รองลงมาโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 96.74 ตำแหน่งงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 78.26 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74 ประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาล อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 42.39 รองลงมาอยู่ในช่วง 11-20 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 42.39 งานหลักตามโครงสร้างที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ คือ การตรวจรักษาพยาบาล จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 49.25 รองลงมา คือ การส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50

2. บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน

บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรวม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD.=0.18) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชนที่มากที่สุด คือด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และน้อยที่สุดคือด้านการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (SD=0.19) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวม และรายด้าน (n=92)

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
โดยรวม	3.95	0.18	ระดับมาก
การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก	3.96	0.15	ระดับมาก
การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	3.92	0.21	ระดับมาก
การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ	3.89	0.19	ระดับมาก

2.1 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.96 (SD=0.15) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มากที่สุด คือ มีความเข้าใจและเคารพในความต้องการของบุคคล ครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวอย่างมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.19 (SD=0.61) รองลงมา คือ สามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.14 (SD=0.57) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกรายข้อ (n=92)

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก	3.96	0.15	ระดับมาก
1. สามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาภาวะโรคติดเชื้อในชุมชนได้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์	3.90	0.51	ระดับมาก
2. สามารถรวบรวมข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.83	0.55	ระดับมาก
3. สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้ตามสถานการณ์และต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ	3.82	0.51	ระดับมาก
4. วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา	3.83	0.60	ระดับมาก
5. สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวมด้วยวิธีการที่หลากหลายเหมาะสมกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน	3.87	0.58	ระดับมาก
6. สามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.14	0.57	ระดับมาก
7. สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามบริบทที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	4.08	0.60	ระดับมาก
8. มีความเข้าใจและเคารพในความต้องการของบุคคล ครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวอย่างมีส่วนร่วม	4.19	0.61	ระดับมาก

2.2 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชนด้านการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.89 (SD.=0.19) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มากที่สุด คือ มีคุณธรรมในวิชาชีพและการให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โดยยืนหยัดในการดำรงตนเป็นคนดี ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจและจิตที่เมตตา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (SD.=0.67) รองลงมา คือ สามารถพัฒนาระบบบริการด้วยความมั่นใจ ภาคภูมิใจและมุ่งมั่นในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.92 (SD.=0.64) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิรายข้อ (n=92)

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ	3.89	0.19	ระดับมาก
1. สามารถจัดระบบบริการสุขภาพที่สนองตอบต่อภาวะโรคติดเชื้อ และปัญหาสำคัญในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	3.83	0.63	ระดับมาก
2. สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการได้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์และนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และมีการกำกับติดตามผลนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการปรับแผนได้อย่างเหมาะสม	3.81	0.61	ระดับมาก
3. สามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหา หรือผลที่จะเกิดจากระบบบริการสุขภาพ และตอบโต้ได้อย่างสงบและสร้างสรรค์	3.89	0.57	ระดับมาก
4. สามารถวางแผนในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง	3.86	0.62	ระดับมาก
5. สามารถวิเคราะห์จุดแข็งในการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงาน พัฒนางาน และสร้างสรรค์ผลงานให้มีประสิทธิภาพ	3.74	0.63	ระดับมาก
6. มีทักษะในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพทั้งการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ การแปลความหมาย การประเมินผลข้อมูล และนำไปใช้ในการพัฒนางานได้	3.73	0.62	ระดับมาก
7. สามารถพัฒนาระบบบริการด้วยความมั่นใจ ภาคภูมิใจและมุ่งมั่นในการทำงาน	3.92	0.64	ระดับมาก
8. มีคุณธรรมในวิชาชีพและการให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โดยยืนหยัดในการดำรงตนเป็นคนดี ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจและจิตที่เมตตา	4.32	0.67	ระดับมาก

2.3 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชนด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (SD=0.21) เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่า ข้อที่มากที่สุด คือ การประเมินและส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเข้าใจและยอมรับความแตกต่างมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 (SD=0.65) รองลงมา คือ รู้จักและเข้าใจ ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ทนทางสังคม วิธีการปฏิสัมพันธ์ในชุมชน วิธีการต่อรองอำนาจภายในและภายนอก และการขับเคลื่อนของชุมชน และสามารถเชื่อมโยงความรู้สึกเป็นมิตรต่อกันในเครือข่ายสร้างความสามัคคีในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.95 (SD=0.64), 3.95 (SD=0.66) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนรายข้อ (n=92)

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	3.92	0.21	ระดับมาก
1. การประเมินและส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเข้าใจและยอมรับความแตกต่าง	4.14	0.65	ระดับมาก
2. รู้จักและเข้าใจ ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ทนทางสังคม วิธีการปฏิสัมพันธ์ในชุมชน วิธีการต่อรองอำนาจภายในและภายนอก และการขับเคลื่อนของชุมชน	3.95	0.64	ระดับมาก
3. สามารถเลือกใช้เครื่องมือและประยุกต์ใช้เครื่องมือเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น	3.82	0.66	ระดับมาก
4. มีความรู้และทักษะในการติดตามประเมินผลการทำงานในชุมชนผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเช่น การถอดบทเรียน และการจัดการความรู้	3.79	0.58	ระดับมาก
5. สามารถสร้างวิธีการเรียนรู้และบริหารเครือข่ายเพื่อเกื้อหนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานร่วมกับชุมชน	3.87	0.63	ระดับมาก
6. สามารถเชื่อมโยงความรู้สึกเป็นมิตรต่อกันในเครือข่ายสร้างความสามัคคีในการทำงาน	3.95	0.66	ระดับมาก
7. สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างบุคคลเพื่อปรับตัวในการทำงานร่วมกับเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.94	0.63	ระดับมาก

3. บทบาทการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 (SD=0.14) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ย มากที่สุด คือ การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD=0.07) รองลงมา คือ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน และการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (SD=0.17), 4.08 (SD=0.16) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่า มากที่สุด คือ สนับสนุนส่งเสริมมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ” สำหรับประชาชนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.38 (SD=0.68) และ รณรงค์การใช้หน้ากากอนามัย 100% ในพื้นที่ในการป้องกันโรคสำหรับการดำเนินชีวิต และการจัดกิจกรรมในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (SD=0.68)

ด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การประสานงานและจัดการข้อมูล มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.92 (SD=0.04) เมื่อพิจารณาารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานและติดตามข้อมูลการระบาดของโรคระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (SD=0.71) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 บทบาทการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid 19) โดยรวม รายด้านและรายข้อ (n=92)

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
โดยรวม	4.07	0.14	ระดับมาก
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน (Capture)	4.17	0.07	ระดับมาก
1) คัดกรองและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ช่องทางเข้า-ออกระหว่างชุมชน	4.16	0.69	ระดับมาก
2) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่หน่วยบริการปฐมภูมิแบบ One stop service	4.27	0.68	ระดับมาก

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
3) ประสานงานในการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ในคนที่เป็กลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ ได้แก่ ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้ประกอบการทัวร์ โรงแรม สถานที่ท่องเที่ยว สถานทำงาน และสถานศึกษาที่มีผู้เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดจำนวนมาก	4.13	0.70	ระดับมาก
4) มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและสอบสวนเหตุการณ์การระบาดของผู้ที่มีการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในชุมชน	4.10	0.66	ระดับมาก
5) มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการสัมผัส /การเจ็บป่วยในบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	4.18	0.68	ระดับมาก
ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (Case management and infection control)	3.95	0.10	ระดับมาก
- การดูแลรักษาผู้ป่วย	4.05	0.20	ระดับมาก
1). การเตรียมพื้นที่รองรับผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง ในสถานพยาบาล/ชุมชน และได้แก่ จุดคัดกรองที่ รพ / ชุมชน และจัดระบบส่งต่อ	4.02	0.65	ระดับมาก
2) การซ่อม flow การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยใน ARI clinic แบบ one stop service และการส่งต่อผู้ป่วย	3.82	0.72	ระดับมาก
3) การประมาณการและจัดหาเวชภัณฑ์ในป้องกันการสัมผัสเชื้อในการดูแลกลุ่มเสี่ยง ให้เพียงพอและบริหารจัดการ เวชภัณฑ์สำหรับทีมเพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม	3.85	0.75	ระดับมาก
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.02	0.07	ระดับมาก
4) การจัดระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล / ชุมชน /ตลาด /ร้านค้าต่างๆ	4.07	0.62	ระดับมาก
5) การประมาณการ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ให้เพียงพอสำหรับประชาชน บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนอย่างทั่วถึง	3.97	0.72	ระดับมาก
ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (Contact tracing and containment)	4.08	0.17	ระดับมาก
1) ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยันทุกรายเพื่อคัดกรองอาการ และ ส่งตรวจหาการติดเชื้อเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชน	4.02	0.70	ระดับมาก
2) การค้นหากลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและพิจารณาจัดโซนนิ่งเพื่อแยกโรคในพื้นที่ที่จัดไว้ หรือ home quarantine	3.93	0.69	ระดับมาก
3) ส่งเสริมมาตรการ Home isolation เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล	4.13	0.62	ระดับมาก
4) ติดตามประเมินผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงใน home quarantine / Home isolation เพื่อประเมินสภาพปัญหาอย่างต่อเนื่อง	3.93	0.72	ระดับมาก
5) สนับสนุน ส่งเสริมมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ” สำหรับประชาชนในพื้นที่	4.38	0.68	ระดับมาก
6) ส่งเสริมการป้องกันโรคในระดับสาธารณะ (social distancing) โดยให้เลื่อนหรืองดการจัดชุมนุมขนาดใหญ่ที่เสี่ยงต่อการสัมผัส/การแพร่กระจายของเชื้อโรค	4.22	0.71	ระดับมาก
7) ติดตาม ตรวจสอบ การปิดสถานที่ ที่เกิดการระบาดและควบคุมการระบาดในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก เช่น โรงเรียน ร้านค้า ร้านเสริมสวย	3.97	0.69	ระดับมาก
8) มีส่วนร่วมในการพิจารณาแนวปฏิบัติตามประกาศของพื้นที่	4.09	0.62	ระดับมาก
ด้านการสื่อสารความเสี่ยง (Communication)	4.04	0.09	ระดับมาก
1) การจัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การระบาดในประเทศและต่างประเทศ ตามช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ประชาชนรับทราบความเสี่ยงและ ลดความตระหนก	4.00	0.63	ระดับมาก
2) การสื่อสารสถานการณ์และมาตรการในพื้นที่ที่เกิดการระบาด เพื่อป้องกันและลดการสัมผัสกลุ่มเสี่ยง	4.08	0.63	ระดับมาก
3) การรณรงค์ให้ความรู้สำหรับประชาชน เพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อ และลดการแพร่กระจายเชื้อ	4.18	0.66	ระดับมาก

ข้อความ	mean	SD	แปลค่า
ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community intervention and law enforcement)	4.08	0.16	ระดับมาก
1) การชี้แจงมาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาดของโรคสำหรับประชาชนในพื้นที่ทราบ	4.07	0.69	ระดับมาก
2) รณรงค์ การใช้หน้ากากอนามัย 100% ในพื้นที่ในการป้องกันโรคสำหรับการดำเนินชีวิต และการจัดกิจกรรมในชุมชน	4.31	0.68	ระดับมาก
3) ประสานกับ อปท. ในการบังคับใช้เทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นตามความจำเป็น	3.96	0.72	ระดับมาก
4) ประสาน สสอ./สสจ. ในประกาศพื้นที่ประสบภัยพิบัติ กรณีเกิดการระบาดของโรคในวงกว้าง	3.98	0.69	ระดับมาก
ด้านการประสานงานและจัดการข้อมูล (Coordinating and joint information center)	3.92	0.04	ระดับมาก
1) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานและติดตามข้อมูลการระบาดของโรคระหว่างหน่วยงานต่างๆในพื้นที่รับผิดชอบ	3.89	0.68	ระดับมาก
2) ประสานข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เพื่อติดตาม สถานการณ์ ข้อสั่งการ และวิเคราะห์ความเสี่ยงของพื้นที่ในชุมชน	3.97	0.67	ระดับมาก
3) รายงานการประเมินสถานการณ์ ผลการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ และ ทีมสนับสนุน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ (สสอ.) เพื่อการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง	3.91	0.71	ระดับมาก

อภิปรายผล

1. บทบาทการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (SD.=0.18) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.96 (SD.=0.15) รองลงมา คือ ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.92 (SD.=0.21) อภิปรายได้ว่า พยาบาลชุมชน มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ หน่วยงาน/องค์กรสุขภาพ จากการจัดบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก หรือการสร้างนำซ่อม (อำพล จินดาวัฒนะ, สุธะเกียรติ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล, 2550) และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับชาติ ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และการสร้างทีมงาน/ภาคีเครือข่าย เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พยาบาลที่ทำงานในระดับปฐมภูมิ ได้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มากกว่าพยาบาลในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิที่เน้นด้านการรักษามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา ลิ้มประสุติ และคณะ (2554) ผู้บริหารมีความเห็นว่าระบบสุขภาพใหม่ต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และการศึกษาของ วัลยา ธรรมพนินวัฒน์, ศรีสุตา คล้ายคล่องจิตร และณัฐา วงศ์วุฒิสาราช (2559) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ มีคะแนนรวมเฉลี่ย และ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพทุกด้านสูงกว่าระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (SD.=0.19) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีทักษะในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ ทั้งการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ การแปลความหมาย การประเมินผลข้อมูล และนำไปใช้ในการพัฒนางานได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 (SD.=0.62) รองลงมา คือ สามารถวิเคราะห์จุดแข็งในการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงาน พัฒนางาน และสร้างสรรค์ผลงานให้มีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 (SD.=0.63) อภิปรายได้ว่า การจัดการบริการระดับปฐมภูมิเป็นระบบที่มีความซับซ้อน เพราะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย ครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในภาวะสุขภาพปกติ จนถึงการรักษาโรคในยามเจ็บป่วย และต้องให้บริการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถานบริการ การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานบริการอื่นที่เหมาะสม รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ ประกอบกับในสภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส การจัดการพยาบาลต้องตอบสนองต่อการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานด้านการจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธารัตน์ ชำนาญช่าง สมสมัย รัตนกรिताกุล และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2560) พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ (ร้อยละ 45) และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือ การปรับระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 49.6)

2. บทบาทการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส โดยรวม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.07 (SD.=0.14) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่านสถานพยาบาล และชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD.=0.07) รองลงมาคือ ด้านการติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน และการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (SD.=0.17), 4.08 (SD.=0.16) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มากที่สุดคือ สนับสนุนส่งเสริมมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ” สำหรับประชาชนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.38 (SD.=0.68) และ รมรณรงค์การใช้หน้ากากอนามัย 100% ในการป้องกันโรค สำหรับการดำเนินชีวิต และการจัดกิจกรรมในชุมชน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.31 (SD.=0.68) อภิปรายได้ว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ ตามมาตรการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้วางกรอบให้มีทีมค้นหาและเฝ้าระวังอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ โดยเฉพาะระดับตำบล หมู่บ้าน สำหรับผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง/พื้นที่ควบคุมสูงสุด โดยมีทีมปกครองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลระดับตำบล กระจายไปทุกหมู่บ้าน เพื่อจัดทำรายงานข้อมูลคนที่เดินทางกลับ การคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ความเข้าใจสำหรับประชาชนในการปฏิบัติตัวตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงเฝ้าสังเกตอาการระหว่างการกักตัว และหากพบผู้ที่มีอาการน่าสงสัย ให้มีความพร้อมที่จะรองรับและส่งต่อเพื่อการรักษา (กระทรวงมหาดไทย, 2563) พยาบาลชุมชนเป็นกลไกหลักที่มีบทบาทสำคัญ ในการเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุข เป็นกำลังคนหลักด่านหน้าด่านแรกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย ตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรพยาบาล ผู้ป่วย และประชาชนผู้รับบริการ (กองการพยาบาล, 2561) การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อและควบคุมการระบาดของโรค เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส ตามมาตรการการลดการแพร่เชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มในชุมชน โดยการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน การสื่อสารความเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการประสานงานและจัดการข้อมูล (กรมควบคุมโรค, 2563)

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การประสานงานและจัดการข้อมูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (SD.=0.04) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานและติดตามข้อมูลการระบาดของโรคระหว่างหน่วยงานต่างๆในพื้นที่รับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 3.91 (SD.=0.71) อภิปรายได้ว่า แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจนในขั้นตอนการดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน รวมทั้งการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค การประสานงานและจัดการข้อมูล เป็นบทบาทหลักของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคระดับจังหวัด อำเภอในพื้นที่ มีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข/พยาบาลชุมชน ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบงานหลักตามโครงสร้าง ด้านการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมโรคร่วมทีมสอบสวนโรค (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ มีงานหลักตามโครงสร้างที่รับผิดชอบในการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมโรค เพียง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.11 เท่านั้น ส่วนใหญ่มีงานหลักตามโครงสร้างที่รับผิดชอบคือ การตรวจรักษาพยาบาล จำนวน 66 คน คิด

เป็นร้อยละ 49.25 รองลงมาคือ การส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50 รวมทั้งสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา จังหวัดพะเยา มีสถานการณ์ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ยังจัดเป็นพื้นที่มีระดับความเสี่ยงน้อย พบผู้ป่วยผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด จำนวน 213 รายและเสียชีวิต จำนวน 4 ราย (ศูนย์ข้อมูลโควิด จังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขพะเยา, 2564) การทำบทบาทการประสานงานและจัดการข้อมูลจึงน้อย สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดพะเยา

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรส่งเสริมการสร้างแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลชุมชนในการดำเนินงานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน
2. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการในระดับปฐมภูมิในด้านการจัดการข้อมูล เพื่อการพัฒนางาน และสร้างสรรค์ผลงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยบทบาทพยาบาลชุมชนในสภาวะการระบาดของ โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ในพื้นที่ที่มีการระบาดมาก
2. ควรมีการศึกษาวิจัยบทบาทพยาบาลชุมชนในสภาวะการระบาดของ โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ในเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาในเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf>
- กรมควบคุมโรค.(2563).คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.สืบค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563, จาก https://drive.google.com/file/d/1hT6VnV_oDp5NxWC1WBMi0sS0EGKYWsl4/view
- กระทรวงมหาดไทย (2563). คนกรุงฯงดเดินทาง. สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563, จาก<https://siamrath.co.th/n/141242>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563).ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/9620200305131036.PDF>
- กองการพยาบาล. (2561). บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2554).การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการและการปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- ประภา ลิ้มประสูตร, จรรยา สันตะยากร, นงนุช โอบะ, อำภา กันทะเป็ง, พชรพร สุคันธธรรม, สุลี ทองวิเชียร, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา. (2554). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบสุขภาพใหม่: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(4), 78-91.

- วรรณวี พูลพอกสิน. (2563). เรื่องเก่าเล่าใหม่: ฐานรากที่เข้มแข็งของความมั่นคงทางสุขภาพของไทยอันดับที่ 6 ของโลกภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2564, จาก [https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file knowledge/Knowled-Covid-19.pdf](https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file%20knowledge/Knowled-Covid-19.pdf)
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, ศรีสุดา คล้ายคล่องจิตร, และณัฐา วงศ์วุฒิสารัช. (2559). การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(1), 54-62
- ศูนย์ข้อมูลโควิด จังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขพะเยา. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2563, จาก <https://www.facebook.com/pg/prphayao2560/posts/>
- ศูนย์ข้อมูลโควิด จังหวัดพะเยา สำนักงานสาธารณสุขพะเยา. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 จังหวัดพะเยา. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.phayao.go.th/covid/>
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หลักสูตรการพัฒนสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เทพเพ็ญวานิชย์
- สุธรัตน์ ชำนาญ, สมสมัย รัตนกริฑากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2560). สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตพื้นที่ตะวันออก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 19-30
- สุพริศร สุวรรณิก. (2563). โลกจะเปลี่ยนไปอย่างไร หลังวิกฤตโควิด-19 จบลง. สืบค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563 จาก https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_30Mar2020.aspx
- อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, และสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. (2550). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิดหลักการ และบทเรียนของไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- Yamane, T. (1970). *Fundamental research statistics for the behavioral sciences*. New York: Holt and Winston

บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ*

ไพรินทร์ ยอดสุข¹

บำเพ็ญจิต แสงชาติ² ขนิษฐา นันทบุตร³

บทคัดย่อ

ประเทศไทยประสบภัยพิบัติมีความถี่มากขึ้นและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยใช้วิธีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบวิพากษ์ เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาข้อมูลเอกสาร และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 127 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วน 2) องค์กรท้องถิ่น 3) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 4) ภาคประชาชน และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือ พยาบาลชุมชนควรจะ 1) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเกิดภัย และวางแผนในการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ 2) จัดทำข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติ 3) ผลักดันให้ทุนทางสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมในการบริการสุขภาพ และ 4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนให้เป็นผู้จัดการภัยพิบัติในระดับตำบล

คำสำคัญ: พยาบาลชุมชน, การบริการสุขภาพ, ภัยพิบัติ

วันที่รับ: 4 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไข: 8 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 16 สิงหาคม 2564

* ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ พย.ม. นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² พย.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: bamphenc@kku.ac.th

³ ปรด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The roles of community health nurses for health service in disaster situation*

Pairin Yodsuban¹

Bumphenchit Sangchart² Khanitta nuntaboot³

Abstract

Thailand tends to experience more and more severe disasters, widely affecting people, family, community and country. The purpose of this study was to study the roles of community nurses in providing health services in disaster situations. Critical ethnography methods including: observations, in-depth interviews, document study, and focus-group discussion were employed to collect data. The data were analyzed by content analysis. There were 127 informants who were purposively selected, including 1) the officers of administrative organizations, 2) the officers of local organizations, 3) the health service personnel in the area, 4) the people sector, and 5) the elderly and their family caregivers. The results showed that community nurses played a role in providing health services in disaster situations in 3 phases: 1) the roles in disaster prevention and preparedness phase, 2) the roles in rescue phrase, and 3) the role in post-disaster recovery period. The recommendations from this research results are as follows: 1) Community health nurses should prioritize preparedness in the pre-disaster stage; and plan for health services covering all three phases. 2) They should also prepare data and use them to prepare disaster management plans. 3) They should drive social capital and related agencies to participate in health services. 4) The potential of community nurses should be improved so that they can be disaster managers at the sub-district level.

Keywords: Community health nurse, Health service, Disaster

Received: July 4, 2021 Revised: August 8, 2021 Accepted: August 16, 2021

* Dissertation, Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kean University

¹ M.N.S., Ph.D. (Candidate), Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kean University

² D.N.S., Faculty of Nursing, Khon Kean University,

Corresponding author, Email: bamphenc@kku.ac.th

³ Ph.D., Faculty of Nursing, Khon Kean University

บทนำ

ทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติ มีความถี่ในการเกิดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิศาสตร์ ภูมิอากาศ การเพิ่มขึ้นของประชากรมนุษย์ การขยายตัวของสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี สถานการณ์การเกิดภัยพิบัติโลกในช่วงปี ค.ศ. 2006-2015 จำนวน 6,090 ครั้ง (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies [IFRC], 2016) ทวีปเอเชียเกิดภัยพิบัติธรรมชาติเฉลี่ย 160 ครั้งต่อปี (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific & United Nations Office for Disaster Risk Reduction [ESCAP & UNISDR], 2012) ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2532-2555 เกิดภัยพิบัติอุทกภัยมากกว่า 4,000 ครั้ง วาตภัย 36,024 ครั้ง ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง และสึนามิ 1 ครั้ง ประเทศไทยตั้งอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงที่สุดในโลก และตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรง เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยเป็นลำดับที่ 7 ของโลก (Asian Disaster Reduction Center [ADRC], 2012)

ภัยพิบัติส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจสุขภาพ และสภาวะแวดล้อม เช่น เหตุการณ์สึนามิ พ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิต 5,395 คน บาดเจ็บ 8,457 คน สูญหาย 2,187 คน และ อุทกภัย พ.ศ. 2554 ส่งผลกระทบ 65 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 ล้านครัวเรือน ผู้เสียชีวิต 813 คน มูลค่าความเสียหาย 1.44 ล้านล้านบาท (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556)

ในประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ด้วยการพัฒนาระบบการป้องกัน การเตรียมความพร้อม และการสร้างภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาภูมิความรู้ และเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและรับมือกับภัยพิบัติ ตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการนำแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อป้องกันภัยตามหลักสากล คือ รู้รับ ปรับตัว ฟื้นเร็ว อย่างยั่งยืน โดยการเสริมสร้างความตระหนักในการลดความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย โดยกำกับการดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามกรอบพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 1) การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย 2) การบูรณาการการจัดการในภาวะฉุกเฉิน 3) การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน และ 4) การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการจัดการความเสี่ยงสาธารณภัย (เสาหลักสี่ โศกคิตติอัมพร, อธิวัฒน์, ปริญญ์ วัฒนกุล และอาภรณ์ จวนสง, 2563) จากสถานการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมา หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถที่จะรับมือได้เพียงลำพัง (เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่, 2556) ปัจจุบันการจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Banks, 2013) คือ การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการจัดการภัยพิบัติ การมุ่งใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมกำลัง ความสามารถในการใช้ทรัพยากร และการแก้ไขปัญหาภายในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีผลต่อการดำรงชีพ และได้รับประโยชน์จากการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (ศิรินันต์ สุวรรณโมลี, 2552)

ระบบบริการสุขภาพ (health service system) เป็นการบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ จากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป (WHO, 2007) โดยระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองและครอบครัว (self-care level) 2) การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) 3) บริการระดับปฐมภูมิ (primary care level) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีประมาณ 9,777 แห่ง 4) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care level) และ 5) บริการระดับตติยภูมิ (tertiary care level) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่างานบริการสุขภาพ ซึ่งมีพยาบาลชุมชน เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ในการดูแลทุกกลุ่มประชากรเป้าหมายในชุมชน โดยมีภารกิจ ได้แก่ 1) งานบริการสุขภาพ เช่น บริการสุขภาพ

พื้นฐานตามกลุ่มประชากร การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก บริการดูแลช่องปาก การเฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อ และการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) งานเสริมสร้างความเข้มแข็ง ได้แก่ (1) พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ เช่น งานสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการโดยภาควิชาชีพ (2) การเสริมพลังการดูแลสุขภาพโดยประชาชน เช่น ฝึกอบรมอาสาสมัคร และสนับสนุนการดูแลโดยอาสาสมัคร เป็นต้น และ (3) เสริมความเข้มแข็งให้ระบบการจัดการด้าน สุขภาพของหน่วยงาน องค์กร ชุมชน เช่น กองทุนสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่ม องค์กรชุมชน และอาสาสมัคร เป็นต้น (ชนิษฐา นันทบุตร, 2553)

สภาการพยาบาลสากลได้พัฒนากรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขภัยขึ้น ประกาศเป็น ICN Framework of Disaster Nursing Competency ในปี 2009 ซึ่งเป็นกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้ มีขีดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะ ทั้ง 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention/mitigation phase) มี 2 สมรรถนะ คือ (1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ และ (2) การพัฒนานโยบายและการวางแผน 2) ระยะเตรียมความพร้อม (preparedness phase) มี 3 สมรรถนะ คือ (1) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ (2) การสื่อสารและการแบ่งปัน ข้อมูล และ (3) การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อม เป็นต้น 3) ระยะรับมือ/ตอบสนองภัยพิบัติ (response phase) มี 4 สมรรถนะ คือ (1) การดูแลชุมชน (2) การดูแลบุคคลและครอบครัว (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การดูแลกลุ่มเปราะบาง และ 4) ระยะพักฟื้น/ฟื้นฟูสภาพ (Recover/rehabilitation phase) มี 1 สมรรถนะ คือ การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (World Health Organization and International Council of Nurses [WHO & ICN], 2009; International Council of Nurses, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านภัยพิบัติ และจะต้องเป็นผู้จัดการภัยพิบัติ ตั้งแต่การวางแผน เพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ภัยพิบัติ ตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยอย่างต่อเนื่อง (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุช, 2557) และพบว่าพยาบาลมีหน้าที่จำแนกผู้บาดเจ็บ และผู้ประสบภัย ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติประสานความร่วมมือทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระยะ (พลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลบล รุจิรประเสริฐ, 2555) อีกทั้งต้องนำความรู้และทักษะทางการ พยาบาลทั่วไป การพยาบาลฉุกเฉินประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อป้องกันและลดความสูญเสีย ที่จะเกิดกับชีวิตและ ทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ประสบภัยและญาติ ต้องปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระยะ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงที่เกิดขึ้น (กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์, 2559; สุพรรณนา ครองแถว และนพวรรณ เปียเชื้อ, 2558) อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่า มีพยาบาลจำนวนมากไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญสาธารณ ภัย มีเพียงพยาบาลบางส่วนได้รับการเตรียมความพร้อมบ้าง แต่ยังไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเตรียมรับมือภัย ภัยพิบัติ และพยาบาลมีความคับข้องใจกับศักยภาพของตน พยาบาลบางคนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามประสบการณ์ เดิม และสถานการณ์ในการแก้ปัญหา (สุนันทา ลักษณะจิตติกาล, และอุไร หัตถกิจ, 2550) และพบว่า ในอดีตประเทศไทยไม่มี การบรรจุวิชาการพยาบาลผู้ประสบภัยพิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ชนิษฐา รัตนกัลยา, 2560) หลักสูตรการพยาบาลมี จำนวนน้อย ที่มีการเปิดสอนเนื้อหาของการพยาบาลสาธารณสุขภัย หรือการพยาบาลผู้ประสบสาธารณสุขภัยที่ชัดเจน การจัดการเรียน การสอนไม่ครอบคลุมและ ไม่เพียงพอ ตามมาตรฐานในการจัดการสาธารณสุขภัยระดับสากล (พลสุข ศิริพูลและคณะ, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจึงสนใจศึกษา บทบาทของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัย พิบัติ ในพื้นที่ต้นแบบที่มีประสบการณ์ในการจัดการภัยพิบัติและมีเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 ตำบล และเป็นตำบลต้นแบบในการขับเคลื่อนงานด้านภัยพิบัติโดยชุมชนระดับชาติ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้วิธีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่สะท้อนให้เห็นบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัย พิบัติ ภายใต้บริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา โดยการทำความเข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์ บทบาทพยาบาล ชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อศึกษาความคิด ความรู้สึกโลกทัศน์ ความหมาย การตีความใน

ทัศนะของคน (emic view) ภายใต้บริบทวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยสภาพธรรมชาติ ที่ผู้วิจัยต้องมีมุมมองอย่างรอบด้าน เพื่อเข้าใจภาพรวมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องที่สืบเนื่องไปยังความหมายและการตีความ เพราะเชื่อว่า พฤติกรรมของคนกำหนดมาจากความคิดของคนในสังคม เพื่อเกิดความเข้าใจในหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล จนเข้าใจความคิด ความรู้ คำอธิบาย ความหมาย ประสบการณ์ และวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง สรุปรู้อย่างได้เชิงอุปนัย (inductive) โดยเลือกใช้การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาเพื่อให้เข้าถึงบริบทสังคม วัฒนธรรม วิถีคิดความเชื่อ ค่านิยม การให้ความหมาย พฤติกรรมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน มองเห็นเงื่อนไขที่เอื้อให้พยาบาลชุมชนสามารถให้บริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ และข้อเสนอเชิงบทบาท หน้าที่ขององค์กรและภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติตามบริบทสังคม วัฒนธรรมของพื้นที่ที่ศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาเชิงวิพากษ์ (Critical ethnography) (ชินชูลา นันทบุตร, 2561; Streubert & Carpenter, 2011) ศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีประสบการณ์ และรูปธรรมในการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน เป็นศูนย์เรียนรู้ และศูนย์ประสานงานการจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครศรีธรรมราช จนสามารถยกระดับเป็นพื้นที่ต้นแบบ ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนในระดับประเทศ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 13 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลหลัก (key information) โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยมีการจัดเก็บข้อมูล จนข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 127 คน ซึ่งผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านผู้นำทาง (gate keeper) แบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ได้แก่ นายก อบต. จำนวน 1 คน ปลัด อบต. จำนวน 1 คน รองปลัด อบต. จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน และสมาชิก อบต. จำนวน 2 คน 2) กลุ่มองค์กรท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 10 คน 3) กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน 4) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 46 คน ได้แก่ อาสาสมัครภัยพิบัติ จำนวน 2 คน คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ จำนวน 4 คน ประธานกลุ่มออมทรัพย์/กองทุน/สถาบันการเงิน จำนวน 14 คน อาสาสมัครในชุมชน จำนวน 11 คน แกนนำ กลุ่มอาชีพ จำนวน 10 คน แกนนำครัวชุมชน จำนวน 1 คน คณะกรรมการจัดการน้ำ จำนวน 1 คน คณะกรรมการพัฒนาตำบล จำนวน 2 คน และ นักพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยวิจัย คือเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพัฒนาตนเองให้เป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ ด้วยการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎี และฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการออกฝึกปฏิบัติภาคสนาม ภายใต้โครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นระยะเวลา 3 ปี 2 เดือน การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล จริยธรรมการวิจัย และหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น โดยใช้คู่มือและแนวคำถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2) แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องที่ หน่วยบริการสุขภาพ ภาคประชาชน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และปรับแนวคำถามเพิ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่วิเคราะห์ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก

4) แบบบันทึกภาคสนาม ซึ่งบันทึกประเด็นหลัก และรายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้เห็นบทบาทของพยาบาลชุมชน ในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ 5) แนวทางการศึกษาข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการจัดการภัยพิบัติ แผนพัฒนาท้องถิ่น โครงการจัดการภัยพิบัติ รายงานการประชุม ข้อมูลการสรุปบทเรียน การวิจัยชุมชน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process: RECAP) และการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP) เป็นต้น และ 6) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาคสนาม และเครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE622074 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล มีการเก็บความลับของผู้ร่วมวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การดำเนินการในครั้งนี้นับทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรม คือ 1) หลักการเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) 2) หลักการให้คุณประโยชน์ (beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (justice)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การศึกษาจากข้อมูลเอกสาร รายงาน และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม โดยผู้วิจัย มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือเพื่อขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเข้าชุมชนเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยต่อผู้นำ แกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยค้นหาผู้แนะนำ (gate keeper) ในการเข้าถึงข้อมูลของชุมชนในระยะแรก โดยมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก คนละ 45-60 นาที โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเฝ้าสังเกตและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล ที่ทำการกำนัน การประชุมหมู่บ้าน และร่วมสังเกตกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ปกติและภัยพิบัติ 3) การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง กับแกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ชุดรักษาความสงบหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 ครั้ง กลุ่มอาสาสมัครภัยพิบัติ จำนวน 1 ครั้ง สนทนากลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง สนทนากลุ่มผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้างานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และหัวหน้างานกองช่าง จำนวน 1 ครั้ง และคณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล จำนวน 2 ครั้ง และกลุ่ม อสม. จำนวน 1 ครั้ง และ 4) ศึกษาเอกสารของพื้นที่ ได้แก่ แผนหมู่บ้าน แผนชุมชน แผนพัฒนาตำบล แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี การวิจัยชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (RECAP) ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP) ข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ ข้อมูล จปฐ. ข้อมูล กชช. 2ค. และข้อมูลทะเบียนราษฎร์ เป็นต้น

5. ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบสามเส้า ดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ดังนี้ (1) จากผู้ให้ข้อมูลที่ต่างกัน (person) เช่น ผู้สูงอายุและครอบครัว แกนนำองค์กรชุมชน อาสาสมัครภัยพิบัติ กู้ชีพกู้ภัยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบต. กำนันและผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น (2) จากช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (time) เช่น ช่วงเช้า ช่วงบ่าย เย็น หรือวันจันทร์ ถึง

ศุภร์ เสาร์ และอาทิตย์ (3) จากสถานที่ (space) ที่ต่างกัน เช่น ที่บ้านผู้สูงอายุ รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์จัดการภัยพิบัติ และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น โดยผู้วิจัยเข้าพื้นที่นาน 13 เดือน มีการเว้นระยะเพื่อออกจากสนามวิจัยเพื่อทบทวนข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความคิดของผู้วิจัย และร่วมกิจกรรมทางวิชาการกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเปิดโลกทัศน์ทางความคิดและลดความลำเอียง แล้วจึงเข้าพื้นที่วิจัยใหม่ ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบ (debriefing) กับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบกระบวนการวิจัย สะท้อนความคิดของผู้วิจัย และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและพัฒนากระบวนการวิจัย และ 2) การตรวจสอบสามเส้าจากวิธีที่ต่างกัน (methodological triangulation) โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การเก็บข้อมูลในวัน เวลาที่แตกต่างกัน และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร เพื่อนำมายืนยัน และเพิ่มเติมความสมบูรณ์ ครบถ้วน

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนกระทั่งมีข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation data)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ควบคู่ไปกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดการดำเนินการวิจัย หลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลภาคสนาม (field note) ที่ได้มาจัดระเบียบข้อมูล (data organization) ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) และวิเคราะห์ธีม (theme) เพื่อจำแนกประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเกี่ยวกับงาน กิจกรรมของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ Lincon and Guba (1985) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ให้กับการวิจัย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolong engagement) โดยใช้ระยะเวลา 13 เดือน ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปตรวจสอบกับทีมนักวิจัยชุมชน แกนนำ ผู้นำ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มองค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ เพื่อช่วยสะท้อนคิด (debriefing) และยืนยันข้อความรู้ที่ได้ นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีภูมิความรู้ในเรื่องบทบาทพยาบาลชุมชน ในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ ในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บความคิด ที่มีอยู่เดิมของนักวิจัยไว้ก่อน (bracketing) เพื่อให้เข้าใจความหมายอย่างถ่องแท้ ในบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติในมุมมองของชุมชน และสะท้อนคิดกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2) ความสามารถเชื่อมโยงได้ (transferability) องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน 3) ความสามารถพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในพื้นที่ที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับคนในพื้นที่ เพื่อทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงในฐานะ “คนใน” มากที่สุด และ 4) ความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบผลการวิจัยกับวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การตรวจสอบผลการวิจัยกับกระบวนการ วิธีการออกแบบในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบสามเส้า

ผลวิจัย

จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นว่ามีข้อมูลบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อการทำงานของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ภัยพิบัติ ดังนี้ พื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีพื้นที่ 26.6 ตารางกิโลเมตร มีจำนวน 10 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ประสบภัยพิบัติอย่างต่อเนื่องทุกปี ได้แก่ วาดภัย อุทกภัย และภัยแล้ง มีครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ จำนวน 1,127 ครัวเรือน (ร้อยละ 53.41) มีทุนทางสังคมและศักยภาพในพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 476 ทุนทางสังคม เป็นคนเก่ง คนดี คนสำคัญ จำนวน 198 คน มีทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการจัดการตนเองด้านสังคม 433 ทุน ด้านเศรษฐกิจ 123 ทุน ด้านสภาวะแวดล้อม 88 ทุน ด้านสุขภาพ 180 ทุน ด้านการเมืองการปกครอง 130 ทุน ด้านการจัดการอาหารชุมชน 58 ทุน และเป็นทุนทางสังคมในชุมชนสามารถถอด

บทเรียน และจัดการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ได้พัฒนาตนเองให้เป็นศูนย์เรียนรู้ตำบลสุขภาพและเป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครราชสีมา และศูนย์ประสานงานเฝ้าระวังและป้องกันโควิด-19 (ศพ.) ของสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งสามารถจัดการเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นทั่วประเทศ ในพื้นที่ตำบลมีรูปธรรมในการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีวิถีเกื้อกูลกันในชุมชน ได้แก่ 1) การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ เช่น จัดตั้งศูนย์จัดการภัยพิบัติระดับตำบล สร้างกลไกการทำงานด้านภัยพิบัติมีการพัฒนาอาสาสมัคร และการฟื้นฟูน้ำร้าง เพื่อเป็นแหล่งอาหารชุมชนในระยะเกิดภัยพิบัติ เป็นต้น 2) การจัดทำระบบข้อมูลพื้นที่ เช่น ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP) การวิจัยชุมชน (RECAP) การจัดทำข้อมูลพื้นที่เสี่ยงภัย การจัดทำแผนที่ทำมือ และข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เป็นต้น 3) การสนับสนุนงานด้านการจัดการภัยพิบัติ เช่น การจัดตั้งกองทุนจัดการภัยพิบัติตำบล การให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยตำบล การจัดตั้งครัวชุมชน และการจัดตั้งโรงน้ำดื่มชุมชน เป็นต้น และ 4) การบูรณาการหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องกับงานด้านภัยพิบัติ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ฝ่ายปกครอง หน่วยงานรัฐ เพื่อการหนุนเสริมทรัพยากร เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย และมีการถอดบทเรียนการช่วยเหลือผู้ประสบภัย เป็นต้น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 184 คน มีอาสาสมัครภัยพิบัติที่ผ่านการฝึกอบรม จำนวน 165 คน ชูรักษาความสงบหมู่บ้าน จำนวน 100 คน และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน จำนวน 190 คน

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

1. บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ พบว่า บทบาทพยาบาลชุมชน มีบทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ดังนี้

1.1. จัดทำข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประชากร กลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทรัพยากรในพื้นที่ แนวโน้มการเกิดภัยพิบัติ การนำข้อมูลมาจัดทำแผนที่เสี่ยงภัย แผนที่ทำมือ เพื่อวางแผนในการให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ

“... ตำบลเราทำข้อมูลแบบบูรณาการใช้ในการทำแผนจัดการภัยพิบัติ พยาบาลก็มาร่วมทำเอาข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน เราก็จะระบุกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กเล็ก คนพิการ การซ่อมแผน แบ่งบทบาทหน้าที่ ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

1.2. การประเมินความต้องการของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการของศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล เพื่อวางแผนในการจัดการภัยพิบัติ และการบริการสุขภาพสำหรับประชาชน

“...คณะกรรมการจัดการภัยพิบัติจะประกอบด้วย 4 องค์กรหลักในพื้นที่ หนึ่งในนั้นที่ขาดไม่ได้ก็คือพยาบาลวิชาชีพ ที่จะต้องร่วมเป็นหนึ่งในคณะทำงานเพื่อร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการของชุมชนทั้งในระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ ธันวาคม 2562)

1.3. จัดทำแผนในการจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน โดยนำใช้ข้อมูลในระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ ที่ครอบคลุมทั้งระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย

“... ตำบลเราทำข้อมูลแบบบูรณาการใช้ในการทำแผนจัดการภัยพิบัติ พยาบาลก็มาร่วมทำเอาข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน เราก็จะระบุกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กเล็ก คนพิการ การซ่อมแผน แบ่งบทบาทหน้าที่ ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

1.4. การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ พยาบาลชุมชนต้องมีการเตรียมความพร้อมอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพ การอบรมเพิ่มความรู้ พัฒนาทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ และการซ่อมแผนในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินของชุมชน

“...เวลาที่เราไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ ตำบลเราทำงานร่วมกันตลอดกับพยาบาลชุมชนจากโรงพยาบาล น้องเค้าเก่งมาช่วยสอนอาสาสมัครกับผม เขาผ่านการอบรม แต่ในอนามัยก็ลำบากนะพยาบาลแต่ละแห่งมีคนเดียว บางที่ย้ายไปย้ายมาอีก ขาดความต่อเนื่อง รพ.สต.ทุกแห่งต้องส่งพยาบาลไปอบรมภัยพิบัติหรือมาร่วมกับทีมทำงานในพื้นที่จะได้ทำงานง่าย...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครศรีธรรมราช กรกฎาคม 2562)

1.5. เสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับประชาชน ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครภัยพิบัติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ ทักษะในการเตรียมรับมือภัยพิบัติ เช่น การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ การอพยพเคลื่อนย้าย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ และการช่วยเหลือคนจมน้ำ เป็นต้น การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ความสามารถในการฟื้นคืนกลับของชุมชนและให้ชุมชนให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางเมื่อเกิดภัยพิบัติ

“...หมออนามัยกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบลที่บ้านก้านัน ก็มีอบรมมาให้เตรียมพร้อมเราก็มาร่วมทำแคร์ไม้ยกของขึ้นที่สูง ไปสืขามาไว้ เตรียมอาหาร เต่าถ่านไม้ฟืน ทำปลาแห้ง อยู่ได้ไม่ต้องอพยพ คนตื่นตัวรับผิดชอบครอบครัวตัวเองได้...” (ผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

“...เราจัดโครงการ อบรมหมอบูบ้าน เรายกทีมไปอบรมที่หมู่บ้านเลย และก่อนนี้มีการอบรมเป็นประจำทุกปี ส่วนมากจะมีการอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล การห้ามเลือด การดูแลคนที่เป็นลม และการอบรมเรื่องการ CPR จัดร่วมกับโรงพยาบาล โดยอบรมให้อาสาสมัครภัยพิบัติ อสม. อบพร. และญาติคนไข้ บางรอบก็จัดที่ รพ.สต. บางรอบก็จัดที่ อบต. จัดปีละ 1-2 ครั้ง...” (พยาบาลวิชาชีพ ตุลาคม 2562)

1.6. การซ้อมแผนเสมือนจริง ในการจัดการภัยพิบัติร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล ก้านัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครภัยพิบัติเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ การกำหนดเส้นทางอพยพ และการประเมินและคัดกรองผู้ประสบภัย

“...ในการฝึกซ้อมแผนของอาสาสมัครภัยพิบัติเพื่อทบทวนแผน พยาบาลมีบทบาทในการเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการซ้อมแผน การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระหว่างซ้อมแผนพยาบาลจะมีการกำหนดจุดคัดกรองผู้ประสบภัยตามธงสี เช่น สีเขียว สีเหลือง สีแดง เป็นต้น เมื่อประเมินอาการจะประสานส่งต่อด้วยรถพยาบาลโรงพยาบาลในกรณีที่อาการรุนแรง เป็นต้น หลังฝึกซ้อมพยาบาลจะมีการร่วมสรุปบทเรียนและปรับแผน...” (บันทึกภาคสนาม, ตุลาคม 2562)

1.7. จัดเตรียมสถานที่พักพิงในชุมชน โดยมีการคัดเลือกพื้นที่ปลอดภัยให้เป็นจุดพักพิง การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก ความพร้อมของสาธารณูปโภค การจัดสรรพื้นที่ให้เหมาะสม การจัดเตรียมพื้นที่เพื่อใช้ในการบริการสุขภาพ เช่น จุดคัดกรอง การปฐมพยาบาล การสังเกตอาการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่บาดเจ็บ เป็นต้น และการคำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ประสบภัย

“...ก่อนเกิดภัยเรามีการสำรวจทรัพยากร กำหนดจุดอพยพ จุดพักพิง ในส่วนพยาบาลก็มาช่วยดูว่าเหมาะสมไหมสำรวจความพร้อม กำหนดจุดที่ให้การดูแลทางการแพทย์...” (ก้านัน กรกฎาคม 2562)

1.8. จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น มีการวางแผนในการเตรียมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ เช่น เลือขุชีพ ไฟฉาย เครื่องวัดความดันโลหิต ปอดวัดไข้ เครื่องปั่นไฟ และวิทยุสื่อสาร เป็นต้น

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็นเปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

1.9. การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โดยมีกรอบรมให้ความรู้เรื่องอันตรายที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ การป้องกันไฟฟ้าช็อต และการสนับสนุนให้ครัวเรือน ที่มีบ้านตั้งในพื้นที่เสี่ยงให้มีการย้ายสะพานไฟ ปลั๊กไฟให้เลื่อนสูงขึ้น และการจัดอบรมการฝึกสอนการว่ายน้ำและการช่วยชีวิตในน้ำสำหรับเด็กและเยาวชน

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการจัดเตรียมยา ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็น เปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

2. บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย พบว่าบทบาทพยาบาลชุมชนในระยะกู้ชีพกู้ภัย ดังนี้

2.1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการแจ้งเตือนภัย พยาบาลชุมชนมีการสื่อสารสำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อแจ้งการอพยพหลากหลายช่องทาง เช่น การใช้วิทยุสื่อสาร (ว.แดง) กลุ่มไลน์ และแบบปากต่อปากโดยอสม. และอาสาสมัครภัยพิบัติแจ้งเตือนภัยที่บ้านกลุ่มประบาง

“...เมื่อเกิดน้ำท่วมกลุ่มเป้าหมายแรกที่จะต้องอพยพออกคือ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ เด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มนี้ต้องรีบพาออกมาก่อนเพื่อน พยาบาลเขาจะช่วยสื่อสารส่งข่าวทางไลน์ อสม.ด้วย ให้กลุ่มประบางอพยพ...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ ตุลาคม 2562)

2.2. การดูแลด้านสุขภาพผู้ประสบภัย พยาบาลชุมชนจะมีการจัดลำดับความสำคัญ การประเมิน การควบคุมการติดเชื้อ การจำแนกผู้ได้รับผลกระทบ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้าย การรักษา การป้องกันการเกิดโรคระบาด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ด้านสุขอนามัย และประสานส่งต่อโรงพยาบาลในกรณีมีอาการรุนแรงหรือฉุกเฉิน

“...ยายเป็นโรคไตวายต้องฟอกไตทางหน้าท้อง ตอนน้ำท่วมพยาบาลที่อนามัยจะรู้ว่าเราออกไปไม่ได้ เขาประสานรถโรงพยาบาล มาส่งน้ำยาฟอกไตถึงบ้านเลย สอนการป้องกันการติดเชื้อ คือในบ้านเราไม่ท่วมแต่รอบบ้านท่วมหมดออกไปไหนไม่ได้ ถ้าอ้าวแม่เป็นไข้มาก (มีไข้สูง) จะคัดกรองแล้วก็ให้ทีมอาสาพาออกไปหาหมอที่โรงพยาบาล...” (ผู้สูงอายุ มีนาคม 2563)

2.3. การจัดทำข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ พยาบาลชุมชนมีการจัดระบบ การลงทะเบียนผู้ประสบภัยที่มาพักอาศัยในศูนย์พักพิง การคัดกรองผู้ป่วยและระบุตัวตนของผู้มารับบริการในศูนย์พักพิงและในชุมชน

“...ตำบลเรามีการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ และการวิจัยชุมชนเพื่อรู้ทุนและศักยภาพของชุมชน โดยอาศัย 4 องค์กรหลักในพื้นที่มาร่วมกัน กำนัน ท้องที่ อปท. รพ.สต. แต่เมื่อเกิดภัยพยาบาลช่วยจัดระบบการลงทะเบียนคัดกรองผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง...” (กำนัน สิงหาคม 2562)

2.4. การจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ประสบภัย พยาบาลชุมชนมีการจัดเตรียม เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาโรคประจำตัว อุปกรณ์ทำแผล และยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

“...พยาบาลเขามีหน้าที่เตรียมยาเวชภัณฑ์ เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ยาโรคประจำตัวต่าง ๆ ซึ่งพิจารณาจากที่เคยให้ไปแล้วเมื่อ 1 เดือน ซึ่งจะครบกำหนดมารับยาเพิ่มเมื่อไหร่ถ้าไม่มีอะไรก็ไม่ค่อยมีปัญหา ยกเว้นผู้ป่วยที่ถึงนัดในวันที่เกิดภัยพิบัติเราก็มียาอยู่แล้วสามารถนำไปได้เลย...” (ผอ.รพ.สต. สิงหาคม 2562)

2.5. การดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคม ด้วยการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย เช่น รับฟังอย่างตั้งใจ การเอาใจใส่ใกล้ชิด ยอมรับความรู้สึก และการประสานขอความช่วยเหลือหรือติดต่อญาติเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจ

“...แม่เป็นโรคชรา นอนติดเตียง ฉันเป็นคนดูแล น้ำท่วมพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้านเอาของมาให้ ยามาให้มาถามอาการว่าพริ้นหรือบ้าง แม่มีไข้ไหม อีคนเฝ้านี้เครียด ไม่รู้ว่าจะท่วมมากขึ้นไหม...” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

2.6. การสำรวจความต้องการพื้นฐาน โดยพยาบาลชุมชน มีการสำรวจข้อมูลของประชาชนในพื้นที่ และผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับคณะกรรมการจัดการภัยพิบัติ เช่น สถานที่พักพิง เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค อาหาร น้ำดื่ม การดูแลสุขภาพกายเบื้องต้น การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภัยพิบัติ

“...หมอเขามาเยี่ยมและให้ อสม. มาสำรวจข้อมูล ก็ถามว่าต้องการอะไร ขาดเหลืออะไร ส่วนใหญ่เราเตรียมไว้ แต่จะเพิ่มเรื่องที่พักพิงและคอยให้ข้อมูลว่าตอนนี้ความรุนแรงเป็นไปอย่างไร...” (อสม. มีนาคม 2563)

2.7. การจัดเตรียมสถานที่พักพิงสำหรับผู้ได้รับผลกระทบ โดยมีการจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วน สำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วย และมีการจัดเวรยามเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง และการจัดการด้านสุขภาพ เช่น อาหาร น้ำดื่ม และการจัดการขยะ เป็นต้น

“...พยาบาลเขาออกหน่วยที่จุดพักพิงด้วย ไปช่วยวางระบบด้านสาธารณสุขว่าจะต้องมีจุดบริการถ้าเจ็บไข้ ไม่สบาย บริการคัดกรอง วัดความดัน ทำแผล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจะประสานส่งต่อโรงพยาบาลทันที อยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ประสานทีมกู้ชีพกู้ภัย 1669...” (ผู้ใหญ่บ้าน มีนาคม 2563)

2.8. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้ประสบภัย ทั้งในระยะฉุกเฉินและภายหลังได้รับผลกระทบ เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การคัดกรอง และการรักษาเบื้องต้น เป็นต้น

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการเตรียมยา ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็น เปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

2.9. การป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดต่อที่มีโอกาสเกิดขึ้นในกรณีภัยพิบัติ เช่น โรคท้องร่วง โรคติดเชื้อบริเวณผิวหนัง และโรคฉี่หนู เป็นต้น

“...การสื่อสารใช้วิทยุ ว.แดงและแจ้งผ่านกำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครภัยพิบัติร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล โดยมีการประเมินสถานการณ์เพื่อออกแบบการอพยพ ซ้อมแผนการอพยพไปยังที่ปลอดภัย ประชาสัมพันธ์เส้นทาง การอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัยชั่วคราว และอพยพผู้ประสบภัย ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งโรงพยาบาล...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

3. บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู พบว่าบทบาทพยาบาลชุมชนในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

3.1. การฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ พยาบาลชุมชนประเมินและประสานความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง และประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และคัดกรองในกลุ่มเปราะบาง

“...หลังน้ำท่วมพยาบาลกับ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบเพื่อประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หากพบว่ามีความผิดปกติ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล ติดตามเยี่ยมประเมินซ้ำ และส่งต่อโรงพยาบาล...” (นักวิชาการสาธารณสุข พฤษภาคม 2562)

3.2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยและวางแผนการพยาบาล ในรายที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือผู้ประสบภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และวางแผนในการดูแล

“...คุณพยาบาลจะมาเยี่ยมบ้าน แวะมาให้คำปรึกษาให้กำลังใจ มากับอสม. เอาถุงยังชีพมาให้ด้วย ตอนน้ำท่วมหนักบ้านฉันท่วมหมดเลย ไปอยู่ศูนย์พักพิงก็เครียดนอนไม่หลับ พอกลับมาอยู่บ้านได้ยินเสียงฝนตกนั้นนอนไม่ได้เลย...” (ผู้สูงอายุ กรกฎาคม 2564)

3.3. ทบทวนและปรับปรุงแผนการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และแผนการจัดการภัยพิบัติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพและวางแผนในการแก้ไข และร่วมในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติระดับตำบล

“...หลังน้ำท่วมเราต้องมาทำแผนกันใหม่ ประชุมกันว่าเรามีปัญหาอะไรบ้าง อย่างปีก่อนเราเกิดน้ำท่วมใน รพ.สต. เราต้องวางแผนจัดสรรงบประมาณมาทำแนวกันน้ำ จัดโซนต่างๆ ให้พร้อมรับมือสถานการณ์ จัดตั้งงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอ และเข้าร่วมกับคณะกรรมการจัดการภัยพิบัติเพื่อปรับปรุงแผนใหม่...” (พยาบาลวิชาชีพ ตุลาคม 2562)

3.4. การสรุปบทเรียนการจัดการภัยพิบัติและการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติ องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครภัยพิบัติและแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันสรุปบทเรียน

“...เรามีการสรุปบทเรียนหลังเกิดภัยถึงปัญหาอุปสรรค ประเมินผล เพื่อปรับแผนการจัดการภัยพิบัติ และส่วน รพ.สต. จะมีการปรับแผนบริการสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างปีก่อนพบว่าน้ำท่วมเข้า รพ.สต.เราก็ต้องนำกระสอบทรายมาทำกั้นไว้ไม่ให้น้ำเข้า เราก็ต้องทำแผนในการเตรียมแก้ปัญหาน้ำท่วมหน่วยบริการด้วย...” (พยาบาลวิชาชีพ สิงหาคม 2562)

3.5. การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การปรับปรุงและซ่อมแซมบ้านเรือนผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น

“...เราให้ อสม.ผู้ใหญ่บ้าน สำรวจข้อมูลว่าบ้านใครได้รับผลกระทบบ้าง แล้วก็ส่งเรื่องไป อบต. เขาก็จะมีงบประมาณมาช่วยซ่อมให้ ก็ระดมแรงในแต่ละช่วยกันซ่อม แต่ว่าถ้าบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มด้อยโอกาสที่สภาพไม่มั่นคงตำบลเราก็มีคณะกรรมการบ้านพอเพียงเรา ขอของ พอข. ได้งบประมาณปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านให้...” (พยาบาลวิชาชีพ สิงหาคม 2562)

3.6. การช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยการติดตาม ประเมิน และคัดกรองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบภัย

“...หลังเกิดภัยก็มีพยาบาลประเมินภาวะซึมเศร้าประเมินความเครียดหรือวิตกกังวล เราก็เยี่ยมแต่ละบ้านอยู่แล้ว พูดคุยให้คำปรึกษาให้กำลังใจ...” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. สิงหาคม 2562)

3.7. การฟื้นฟูสุขภาพให้การดูแลผู้ประสบภัยที่มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับยาต่อเนื่อง พยาบาลชุมชน มีบทบาทในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสุขภาพ

“...หลังน้ำลด หมอก็มาเยี่ยมบ้าน แวะมาถามว่าพรีนพรีน มีเจ็บมีไข้ไหม แล้วก็เอายามาให้พวกอินชูลิน ยายเป็นเบาหวานต้องฉีดทุกวันเช้าเย็น หมอเคลียร์ว่ายาใกล้หมดก็เอามาให้ เพราะเราไปไม่รอดนี่...” (ผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

3.8. การให้ความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลชุมชนให้ความรู้สำหรับผู้ได้รับผลกระทบในหมู่บ้าน และมีการสำรวจบ่อน้ำ และการล้างบ่อน้ำดินในชุมชน

“...ทีม รพ.สต. และพยาบาลเราก็จะออกตรวจดูพวกบ่อน้ำ รพ.สต. เราจะสนับสนุนคลอรีน และ EM ball ไปใส่บ่อน้ำดิน เพื่อควบคุมโรค และเราก็อบรมให้ความรู้ประชาชนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง...” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. สิงหาคม 2562)

อภิปรายผล

บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติที่มีความครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพ และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

1. บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ในระยะนี้พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการป้องกันและเตรียมความพร้อม ได้แก่ การจัดทำข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ การประเมินความต้องการของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ร่วมจัดทำแผนในการจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ การซ่อมแผนเสมือนจริง ร่วมจัดเตรียมสถานที่พักพิงในชุมชน จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีขีดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention/mitigation phase) ประกอบด้วย 2 สมรรถนะ คือ 1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยง และผลที่เกิดจากความเสี่ยงสำหรับชุมชน และกำหนดวิธีการให้การพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพอื่น องค์กรชุมชน ภาครัฐ และเอกชน เพื่อพัฒนาวิธีการลดความเสี่ยง พยาบาลมีส่วนร่วมกับผู้

เกี่ยวข้องในการวางแผน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนขณะเกิดภัย ระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง หาวิธีการลดความเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง และทำงานร่วมกับหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ชุมชนในการเตรียมรับมือภัยพิบัติ และ 2) การพัฒนานโยบายและการวางแผน โดยพยาบาลอธิบายบทบาทขององค์กรและหน่วยงานภาครัฐในการวางแผนและการรับมือภัยพิบัติ และมีส่วนร่วมในการวางแผนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณภัยและปรับปรุงแผน ระยะที่ 2 ระยะเตรียมความพร้อม (preparedness phase) ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ คือ 1) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การปกป้องสิทธิ คุณค่า เกียรติยศและศักดิ์ศรีของบุคคลและชุมชน ปฏิบัติได้สอดคล้องกับความเชื่อทางวัฒนธรรม สังคมของบุคคลและชุมชน และรักษาความลับของผู้ได้รับผลกระทบ 2) การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล โดยพยาบาลสามารถสื่อสารสู่ผู้รับผิดชอบได้ ใช้เครื่องมือหรือวิธีการสื่อสารที่มีความหลากหลาย ประสานข้อมูลต่างๆ กับทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ มีกระบวนการจัดการข้อมูลสุขภาพในกรณีภัยพิบัติ และมีการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้เหมาะสม และ 3) การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อม พยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เช่น การจัดโครงการฝึกอบรม มีส่วนร่วมในการฝึกเตรียมรับสาธารณภัยในหน่วยงานและในชุมชน พัฒนาแผนในการรับมือภัยพิบัติ โดยพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนรับมือภัยพิบัติ และมีการประเมินความพร้อมของชุมชน เป็นต้น (ICN, 2011) ซึ่งหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมเตรียมพร้อมรับมือ ภัยพิบัติจะสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ ส่งผลให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Colon & Wiechula, 2011) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการ ภัยพิบัติโดยการเสริมสร้างให้ชุมชน มีการเตรียมความพร้อม มีการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ การให้การพยาบาลด้านสุขภาพสำหรับผู้ประสบภัย (กวิสราร ธนเพิ่มพร และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2561) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานระหว่างสถานบริการกับชุมชน ในการกำหนดนโยบายสนับสนุน และให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ประสบภัย มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติการเชิงรุก วางแผนการดูแล ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะวิกฤตระหว่างทีมดูแลรักษา และเตรียมความพร้อมผู้ประสบภัย (Cosgrave, 2014)

2. บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย ในระยะนี้พยาบาลชุมชนมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารแจ้งเตือนภัย การดูแลด้านร่างกาย การจัดทำข้อมูลผู้ประสบภัย การจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การสำรวจความต้องการพื้นฐาน การจัดเตรียมสถานที่พักพิง การจัดเตรียมอาหาร การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 3 ระยะรับมือ/ตอบสนองภัยพิบัติ (response phase) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ คือ 1) การดูแลชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากภัยพิบัติ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากร สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัย การประสานงาน การทำงานร่วมกับทีมกู้ชีพกู้ภัย การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ประสบภัย เช่น การพยาบาลผู้บาดเจ็บ การส่งต่อเพื่อรับการรักษา การให้ความรู้แก่ชุมชน และการมีส่วนร่วมในทีมการช่วยเหลือ เป็นต้น 2) การดูแลบุคคลและครอบครัว โดยพยาบาลมีการประเมินความต้องการทางการพยาบาลของผู้ประสบภัย ประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบของ ภัยพิบัติต่อปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันการติดเชื้อ การปฏิบัติการช่วยเหลือตามแผน โดยใช้หลักการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ใช้หลักการ triage เพื่อคัดแยกผู้ประสบภัยตามความเร่งด่วน การบันทึกสถานการณ์การบาดเจ็บ และผลการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างเชิงสังคมและวัฒนธรรม การให้การดูแลโดยไม่อคติ และการประสานงานเพื่อการส่งต่อ 3) การดูแลจิตใจ โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้ประสบภัยของผู้ประสบภัยที่มีความแตกต่างกัน เช่น เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ มีปัญหาโรคเรื้อรัง และการดูแลด้านจิตใจผู้ประสบภัย และ 4) การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยพยาบาลมีบทบาทในการระบุ

หรือประเมินกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (ICN, 2011) โดยควรมีการออกแบบบริการเชิงรุกในชุมชน การออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่อง การรับและส่งต่อผู้ประสบภัย เมื่อเกิดภัยพิบัติโดยทีมสุขภาพและชุมชน จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศจำเป็นต่อการตัดสินใจและการรักษาของทีมสุขภาพ มีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ประสบภัย สามารถจัดการให้ได้รับบริการตามความเหมาะสม ให้การดูแลกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยได้ (ดราวรรณ รองเมือง, อติญาณ์ ศรเกษตรริน, ประไพพิศ สิงหเสน และทักษิภา ชัยวรรณ์, 2560)

3. บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ในระยะนี้พยาบาลชุมชนให้ความสำคัญในการฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ การประสานความช่วยเหลือ การคัดกรอง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยและวางแผนการพยาบาล การทบทวนและปรับปรุง การสรุปบทเรียน การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีขีดความสามารถ ในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 4 ระยะพัก/ฟื้นฟูสภาพ (recover/rehabilitation phase) ประกอบด้วย 1 สมรรถนะ คือ การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อฟื้นฟูบุคคลและครอบครัว ได้แก่ (1) พัฒนาแผนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (2) ประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อระบุความต้องการของผู้ประสบภัย และปรับปรุงแผนในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการ (3) ส่งต่อผู้ประสบภัย เพื่อให้ได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ (4) สอนให้ผู้รอดชีวิตจากสาธารณภัยรู้จักวิธีการป้องกันตนเอง จากการบาดเจ็บและป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บป่วยอื่นๆ (5) ให้การช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนในการฟื้นฟู และ (6) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทางสุขภาพหลังเกิดภัยพิบัติในชุมชน เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับความช่วยเหลือ (7) การดูแลเพื่อฟื้นฟูชุมชน เช่น เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับมือภัยพิบัติและประเมินการรับมือ และการปฏิบัติของพยาบาลระหว่างเกิดภัยพิบัติ เพื่อปรับปรุงแก้ไขร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ในการปรับปรุงและพัฒนาการรับมือภัยพิบัติ ระบุประเด็นที่ต้องแก้ไข และช่วยเหลือชุมชนในการเปลี่ยนผ่านจากระยะการรับมือภัยพิบัติ การช่วยเหลือในการพัฒนากลยุทธ์ในการฟื้นฟูชุมชน และประสานความร่วมมือกับกลุ่ม องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ICN, 2011) และในระยะนี้ ให้ความสำคัญการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดโรคทางจิตเวชหลังเกิดภัยพิบัติ ด้วยการเก็บข้อมูล วางแผนการพยาบาล ประสานงาน (คณิงนิจ จันทรินทร์, 2560)

พยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในทีมของการจัดการภัยพิบัติในระดับตำบล ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินการกับทุนทางสังคม โดยไม่ได้ทำเพียงมิติด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาวะแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง รวมถึงสนับสนุนให้ชุมชนใช้หลักชุมชนจัดการตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางการจัดการภัยพิบัติ ช่วยให้ชุมชนรู้รับปรับตัวให้เร็วที่สุด อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรม เพื่อการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลสาธารณสุข และยังขาดการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับชุมชน การให้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการบริการในระยะขณะเกิดภัยพิบัติ หากพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีอัตรากำลังเพียงพอ จะช่วยให้พยาบาลชุมชนให้บริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลชุมชนควรจะ: (1) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเกิดภัย และวางแผนในการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ (2) จัดทำข้อมูลและใช้ข้อมูลในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติ (3) ผลักดันให้ทุนทางสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมในการบริการสุขภาพ และ (4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชน ให้เป็นผู้จัดการภัย

พิบัติในระดับตำบล 2) ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาควรประสานกับสภาการพยาบาล เพื่อเปิดหลักสูตรอบรมระยะสั้น การจัดการภัยพิบัติสำหรับพยาบาลชุมชน 3) ด้านการวิจัย สถาบันการศึกษาพยาบาลควรพัฒนาโครงการวิจัยที่มีความหลากหลายพื้นที่ เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชน ทูทางสังคม และเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการร่วมกัน จัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และ 4) ด้านนโยบาย สภาการพยาบาล ประเทศไทย ควรจะ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติ สำหรับพยาบาลชุมชนในการทำงานร่วมกับทูทางสังคมในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ (2) สนับสนุนให้พยาบาล ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลสาธารณสุข และ (3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อ บริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และสอดคล้องตามกรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติในชุมชนทุกท่านที่กรุณาให้ ข้อมูล ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กฤติสร ธนเพิ่มพร และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. (2561). การจัดการด้านสุขภาพในศูนย์พักพิงชั่วคราวในชุมชน: บทบาท พยาบาลสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 14-26.
- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. (2559). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(1), 2-13.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สงจันทร์การพิมพ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิส์เต็มส์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2561). *การวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สำนัก 3).
- ชนิษฐา รัตนกลียา. (2560). การเตรียมพร้อมพยาบาลเพื่อรับมือภัยพิบัติ. *เชิงรายวารสาร*, 9(2), 147-156.
- คณินิจ จันทรินทร์. (2560). บทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 35-43.
- เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่. (2556). 7+1 นโยบายสาธารณะ ร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ 88 ข้อเสนอ (ปฏิบัติการ). สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.dol.thaihealth.or.th/Media/Index/f9c934b6-47f9-e711-80de-00155d84fa40?isSuccess=False>
- ดรรารณ รองเมือง, อติญาณ ศรีเกษตริน, ประไพพิศ สิงห์สม และทักษิภา ชัยวัฒน์. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วม. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(3), 3-14.
- พลสุข ศิริพล และ สุพัฒนา ศักดิฐฐานนท์. (2555). การพยาบาลภาวะพิบัติภัย: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27 (ฉบับพิเศษ), 18-30.

- พลสุข ศิริพล, สุกพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลบล รุจิระประเสริฐ. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาสมรรถนพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัย. คณะกรรมการดำเนินงานแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2. ขอนแก่น: คลังนา.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช. (2557). การพยาบาลสาธารณภัย. กรุงเทพฯ: ปิยะนันทน์พับลิชชิง.
- ศิรินันต์ สุวรรณโมลี. (2552). การศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นฐานจากภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง อำเภอดำรงวิทยะปาลัย จังหวัดพังงา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรชีวภาพ คณะทรัพยากรชีวภาพและเทคโนโลยี). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, ชีรภัทร์ ลอยวิรัตน์, ปรียานุช วัฒนกุล และอาภรณ์ จวนสง. (2563). แนวทางการบริหารจัดการภัยพิบัติ: จากภาครัฐสู่ชุมชน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 8(1), 348-360.
- สุนันทา ลักษิณีทิศา, และอุไร หัตถกิจ. (2550). การดูแลแผลผู้ประสบภัยพิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 389-400.
- สุพรรณนา ครองแถว และ นพวรรณ เปี้ยชื่อ. (2558). แนวคิดและบทบาทในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 21(2), 141-157.
- Banks, L. (2013). Caring for elderly adults during disasters improving health outcomes and recovery. *Southern Medical Journal*, 106(1), 94-98.
- Conlon, L., & Wiechula, R. (2011). Preparing nurses for future disasters-the Sichuan experience. *Emergency Nursing Journal*, 14(4), 246-250.
- Cosgrave, J. (2014). *Responding to flood disasters: learning from previous relief and recovery operations*. Retrieved February 4, 2021, from file:///C:/Users/Admin/Downloads/alnap-lessons-flood-cosgrave.pdf
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific & United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2012). *Reducing vulnerability and exposure to disasters: The asia-pacific disaster report 2012*. Bangkok: UNESCAP/UNISDR.
- International Council of Nurse. (2011). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Council of Nurses.
- International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies. (2016). *World disasters report resilience: saving lives today, investing for tomorrow*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies.
- Lincon, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva: Switzerland.

การพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

วิยะดา รัตนสุวรรณ¹
วิไลพร ศรีวิชัย² วิญญู แก้วเทพ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน พื้นที่วิจัย คือ ตำบลดงสุวรรณ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ดำเนินการระหว่างกุมภาพันธ์ ถึงกันยายน 2563 กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน และกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน รวม 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด คือ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และแบบสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 มีปัญหาสุขภาพ คือภาวะน้ำหนักเกิน เครียด รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ ซึมเศร้าและท้อแท้ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง นอนหลับไม่สนิท และชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น น้ำพริกปลาร้า แกงผักกาด แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยง จากโรคหลอดเลือดสมอง คือ 4 E Model ประกอบด้วย 1) Empower เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน 2) Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีส่วนร่วม 3) Engage สร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพ 4) Enhance แนวทาง การป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม และมีการกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน

คำสำคัญ: ศักยภาพชุมชน, ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

วันที่รับ: 28 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข: 18 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 20 สิงหาคม 2564

¹ กศ.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: wiyada.ra@up.ac.th

² พยบ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสุวรรณ

³ สบ. องค์การบริหารส่วนตำบลดงสุวรรณ

Development of community potential for stroke risk prevention in elderly with hypertension

Wiyada Ratanasuwana¹Wilaiporn Sriwichai² Winyu Kaewtep³

Abstract

This research aimed to study health problems and health care behaviors of the elderly with hypertension, and to develop a community potential guideline for preventing stroke risk in elderly with hypertension. A convergent parallel design was applied. The research setting was Dong Suwan Sub-district, Dok Kham Tai District, Phayao Province. The study was implemented between February 2020 and September 2020. The participants/key informants consisted of 30 elderly with hypertension, 30 primary caregivers, 10 caregivers, 2 professional nurses, 3 sub-district administrative officers, and 5 senior school committees, total number was 80 participants. Sample was selected by purposive sampling. Interview guidelines and open-ended questionnaires were used for individual and focus group interview. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results showed that 60% of the elderly with high blood pressure had health problems. Guidelines for developing community capacity was 4 E Model consisted of 1) Empower community leaders 2) Encourage the sub-district administrative organization to involve 3) Engage families and health professional to develop bonding as a care network 4) Enhance involvement in development of the guidelines for prevention of stroke risk with an emphasis on a participation in their own roles of each sector.

Keywords: Community potential, Stroke risk, Elderly, High blood pressure

Submitted: May 28, 2021 Revised: August 18, 2021 Accepted: August 20, 2021

¹ Ed.D., School of Nursing, University of Phayao
Corresponding author; Email: wiyada.ra@up.ac.th

² B.N.S., Dong Suwan Health Promoting Hospital, Dokkamtai, Phayao

³ B.P.H., Dong Suwan sub-district administrative office, Dokkamtai, Phayao

บทนำ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาโรค หลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตบริการสุขภาพ โดยมีการกำหนดให้สถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลภาครัฐ ได้จัดบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม และการป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถควบคุมโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามพบสถิติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) พบว่ามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากปี 2560–2562 ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้น โดยมีอัตราเท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า เมื่อเป็นโรคนี้แล้วผู้ป่วยมักเสียชีวิตเนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดโดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองแตกหรือตีตัน ในภาพรวมของประเทศไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2560-2562 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2562) พบว่ามีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 47.81, 47.15 และ 52.97 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (หน้า 91)และเมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยที่แม้ว่าจะรอดชีวิตก็มักมีความบกพร่องหรือมีความพิการของร่างกายตามมา ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา (วิไลพร พุทธวงศ์, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, 2557) โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 300 คน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพะเยาและโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ systolic ≥ 160 mmHg และ diastolic ≥ 100 mmHg. มีประวัติทางพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dL การดื่มแอลกอฮอล์หนักหรือเสี่ยง และ triglyceride ≥ 150 mg/dL นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหา โรคหลอดเลือดสมองนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง และการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิรรณ เศรษฐีธรรม, 2561) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมักสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นเพราะมีความเสื่อมของหลอดเลือดมากขึ้น และยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ขาดความตระหนัก และไม่สนใจการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะทำให้สมองขาดเลือดหรือมีภาวะเลือดออกในสมองได้ (ณัฐกร นิลเนตร, 2562)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเจ็บป่วยที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงถึงชีวิตได้ ขึ้นอยู่กับการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือล่าช้าเกิน 24 ชั่วโมง อาจทำให้เสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก หรือมีผู้ป่วยบางส่วนที่รอดชีวิต แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ในการดูแลต่อเนื่อง (ธิดารัตน์ อภิญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556) การให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล (2555) เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผลการวิจัยเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจร และเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและการศึกษาของอดิญาณ์ ศรีเกษตรริน, สุสิทธิ์ เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรรพรรณ สัมภามานะ (2558) เกี่ยวกับ

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาในจังหวัด สุราษฎร์ธานี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับทีมสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยมการประเมินภาวะสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพะเยา (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562) พบว่ามีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2560-2562 ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราเท่ากับ 445.60, 464.01 และ 515.48 ตามลำดับ และจากสถิติของอำเภอดอกคำใต้ ในปี 2562 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 80.42 และอัตราตาย เท่ากับ 65.80 จำแนกเป็นรายตำบล พบว่า ตำบลงสุวรรณ เป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 40.68 จึงเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา เนื่องจากมีประชากรส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราเท่ากับ 1,098.45 ต่อประชากรแสนคน หรือ ประมาณ ร้อยละ 30 ของประชากรผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูล ในปี 2561-2562 (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562) พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีค่าเฉลี่ยเพียง ร้อยละ 40 นอกจากนี้การศึกษาเบื้องต้น ในปี 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส ลิฬหกุล (2558) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลวิจัยพบว่า การรับรู้อาการเตือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษา การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลงสุวรรณโดยเน้นการมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี และศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน (convergent parallel design) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลทั่วไป และปัญหาสุขภาพในเชิงปริมาณ ควบคู่กับการใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำไปสรุปเป็นประเด็น และนำไปสร้างแนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลงสุวรรณจากระบบฐานข้อมูล TCNAP (Thailand community network appraisal program) คือ โปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการ

ส่งเสริมการเรียนรู้และจัดการข้อมูลของชุมชน และฐานข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสุวรรณ ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขต ตำบลดงสุวรรณ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรเป็นโรคความดันโลหิต ในอัตราที่สูง และมีแนวโน้มของการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนในการดูแล และการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อนำมากำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2563 ถึงเดือน กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสุวรรณผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสุวรรณ ผู้บริหาร และบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลดงสุวรรณ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลดงสุวรรณ และกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลดงสุวรรณ

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสุวรรณ 3) สามารถสื่อสารได้ 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือมีภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจ ไตวาย

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 2) สามารถสื่อสารได้ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถรับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลหลัก

3. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และ 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการวิจัยได้

4. ผู้บริหารและบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) รับผิดชอบในงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และ 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการวิจัยได้

5. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน 2) รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการวิจัยได้

6. กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) สามารถสื่อสารได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมดำเนินการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัวและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

3. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ และ องค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับการวางแผนกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อระบุปัญหา และวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน แนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .80 - 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/078/62 ลงวันที่ 29 มกราคม 2563 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ และสิทธิ์ในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา รวมถึงการไม่เปิดเผยชื่อ และการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลหลัก โดยมีผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้บันทึกข้อมูลและนักวิชาการสาธารณสุขจากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คนทำหน้าที่เป็นผู้จัดเสียง โดยผู้วิจัยรับผิดชอบในการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุรายบุคคล จำนวน 30 คนๆ ละ 10 นาที และสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 5 คน กลุ่มละ 20 นาที

2. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 โดยผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงและบันทึกการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม นำมาสรุปผลแล้วดำเนินการแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มทุกท่าน ทราบถึงผลการสรุปจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มในแต่ละประเด็น และให้การรับรองการสรุปผลนั้น

3. สร้างแนวทางการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยนำประเด็นที่ได้จากข้อ 2 มาใช้ในการสนทนากลุ่ม โดยมีการดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 คน ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล และนักวิชาการสาธารณสุขจากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ทำหน้าที่จัดเสียง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับสถานการณ์ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเสริมสร้างพลังอำนาจในการเป็นกลไกของการขับเคลื่อนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้นำชุมชนในการมองเห็นคุณค่าของตนเอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และเครือข่ายสุขภาพมาร่วมกันแก้ไขปัญหา

3.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อชี้แจง เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และกระตุ้นบทบาทในการเข้ามา

มีส่วนร่วมในการเป็นองค์กรในการหนุนเสริมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

3.3. จัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

2) กำหนดบทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3) กำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงจากบันทึกการสนทนากลุ่ม มาสรุปผลการสนทนากลุ่ม แล้วแจ้งให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม รับทราบถึงผลการสรุปการสนทนาในแต่ละประเด็น และให้กลุ่มรับรองการสรุปผล
2. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 มาวิเคราะห์และตีความ เพื่อหาข้อความที่แสดงถึงประเด็น แนวคิด ตามกรอบประเด็นหลัก
3. นำประเด็นหลักที่สังเคราะห์ได้ในข้อ 2 มากำหนดรูปแบบในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผลวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

1. **ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ** ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ ที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ มี 6 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม ผู้ดูแลและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 65 จะปรุงอาหารสำหรับรับประทานเองทั้งครอบครัว โดยมีความเข้าใจว่าทำตามแพทย์และพยาบาลแนะนำแล้ว คือ ลดความเค็มของอาหารโดยการใช้น้ำปลาและเกลือในการปรุงรสอาหารเท่านั้น โดยจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เล่าว่า “ป้าจะทำตามที่หมอบอกคือ แกงทุกอย่างที่ทำ จะไม่ใส่น้ำปลาและเกลือ ยกเว้นปลา ร้าและกะปิ...”

2) การรับประทานยา ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 จะมียาที่ต้องรับประทานประจำ คือ ยาลดความดันโลหิตสูงและยาลดไขมัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า จะดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน โดยเล่าว่า “ป้าเย็นจะทานยาตามที่หมอบอกทุกวัน และในช่วงที่มีโรคระบาด หมอที่อนามัยก็ให้เจ้าหน้าที่เอามาส่งให้ถึงที่บ้าน จึงไม่เคยขาดยาเลย” ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งให้ข้อมูลว่า “ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะทานยาสม่ำเสมอ โดยถ้าถึงเวลานัดที่โรงพยาบาล ถ้ามารับยาเองไม่ได้ ก็จะให้ญาติมารับ” (พี่หวาน)

3) การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะให้ความหมายเรื่องการออกกำลังกาย เป็นการทำงานโดยปกติ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.53 มีอาชีพทำนา เช่นคำกล่าว “ปกติป้าก็ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เพราะต้องไปทำนา ทำไร่ กลับมาบ้านก็มารดน้ำต้นไม้ แค่นี้ป้าก็ว่าได้ออกกำลังกายแล้วนะ” (ป้าแดง) ร่วมกับ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23

4) มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จากการบอกเล่าของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วน ร้อยละ 40 มีอาการเครียด โดยให้ข้อมูลว่าใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ ซึมเศร้าและท้อแท้ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และนอนหลับไม่สนิท และผู้สูงอายุ บางส่วนร้อยละ 25 มีรายได้ไม่เพียงพอ โดยจากข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.93 ไม่มีอาชีพ และมีรายได้จากเบี้ยยังชีพ ประมาณ 600-1,500 บาท ต่อเดือน

5). มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของ systolic อยู่ระหว่าง 140-160 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ยของ diastolic อยู่ระหว่าง 80-90 มิลลิเมตรปรอท และการตรวจวัดความดันโลหิตส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอทุกเดือน ซึ่งจะมีการตรวจวัดโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อต้องไปตรวจรักษาและรับยาตามนัด

6). ไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 20 ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากบ้านอยู่ไกล และไม่มีพาหนะในการมาร่วมกิจกรรม ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเปิดสัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันอังคาร จากการสัมภาษณ์ “ป้าอยากให้อบต. ได้จัดรถไปรับส่งคนที่บ้านอยู่ไกล เพราะใจจริงอยากมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุทุกครั้ง” (ป้านวน)

2. แนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วม สรุปได้ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีจิตสำนึกและศักยภาพเพื่อชุมชน จากผู้นำชุมชนที่เป็นข้าราชการเกษียณ ที่มีความรู้ความสามารถและยังแข็งแรง ต้องการงานให้กับชุมชน

ประเด็นย่อยที่ 1.1 ตระหนักถึงคุณค่าแห่งตน ผู้นำรับรู้ว่าได้มีโอกาสที่ดีกว่าคนอื่นในการทำงาน ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว “หลังเกษียณอายุ จากการเป็นครู ผมก็มาคิดว่า ผมมีโอกาสดีกว่าเพื่อนในหมู่บ้านนี้หลายคนที่เขาไม่มีโอกาสเรียนจนจบปริญญาตรี เพราะบ้านเขายากจนกว่าผม”(ครูแก้ว)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 สร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงสภาพความเป็นจริงของสังคม โดยมีการสะท้อนคิดถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในสังคม ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว “แล้วมาเจอว่าตอนนี้เขามีโรคซึมเศร้าเนื่องจากภรรยาเขาเสียชีวิต ลูกตัวก็ไม่ได้อยู่ด้วย มีลูก 2 คน แต่ก็ไปทำงานกรุงเทพกันหมด บ้านที่อยู่ละแวกเดียวกับเขาอีกคน ก็เพิ่งเสียชีวิตไปจากโรคซึมเศร้าเหมือนกัน” (ครูแก้ว, ข้าราชการบำนาญ)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 พัฒนาศักยภาพความสามารถและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยการชักชวนผู้นำกลุ่มต่างๆให้มาร่วมกันในการทำงานเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “ผมเลยมาคิดว่าเราน่าจะทำอะไรบ้างเพื่อตอบแทนบ้านเกิดและเพื่อนๆของเรา เลยชวนเพื่อนอีกคนที่อยู่ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 เหมือนกัน ออกมาตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ครั้งแรกตั้งโรงเรียนเมื่อปี พ.ศ. 2559 มีนักเรียนประมาณ 50 คน จุดประสงค์หลัก เพื่อมารวมตัวกัน พูดคุยกันในเรื่องที่ไม่สบายใจ และเรื่องอื่นๆที่อยากจะคุยให้เพื่อนๆฟัง ไม่เน้นวิชาการ ต่อมาเมื่อนักเรียนเพิ่มมากขึ้น เลยมาคุยกันว่า น่าจะมีวิชาการที่เป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำอาชีพบ้าง จึงไปปรึกษากับองค์การบริหารส่วนตำบล ให้เขามาช่วยเรื่องนี้” (ครูแก้ว) และได้มีการชักชวนให้ผู้นำกลุ่มต่างๆ ได้เข้ามาร่วมงานกันในการเป็นเครือข่ายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำกลุ่มอาชีพผลิตภัณฑ์ในชุมชน ซึ่งขณะนี้มีการที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ได้จัดให้กับผู้สูงอายุทุกวันอังคาร ได้แก่ การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลอง การเล่นอังกะลุง การทำกิจกรรมเสริมอาชีพ เช่น การทำไม้กวาด การเย็บหมวกผ้า เป็นต้น

ประเด็นหลักที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุน โดยการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดทำโครงการ กิจกรรม เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “ทางหน่วยงานท้องถิ่นได้เสนอโครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการของสสส. ทำให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์ เพื่อให้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ โดยทางอบต.ได้จัดทำแผนงานและโครงการ ในการสนับสนุนกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ทำสม่ำเสมอทุกปี ได้แก่ การจัดพิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันปีใหม่ สงกรานต์ การจัดแข่งขันกีฬา และมิบคุลากรที่เกี่ยวข้องในกองสาธารณสุขไปร่วมเป็นคณะกรรมการของโรงเรียน ผู้สูงอายุ” (สมพงษ์, ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล)

ประเด็นหลักที่ 3 สร้างความรู้สึที่ดีทางด้านจิตใจ รู้สึกประทับใจที่ได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสมาเข้า รับการอบรมเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยคิดหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเมื่อมีปัญหา ด้านสุขภาพ

ประเด็นย่อยที่ 3.1 รู้สึกดีต่อการสนับสนุน ดังคำกล่าว “หลังจากได้มีโอกาสเข้าอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้ พร้อมเพื่อนๆทั้งหมด 32 คน รู้สึกภูมิใจกับการได้มีโอกาสมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน” (เขียว, อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“ปัจจุบันได้รับผิดชอบดูแลบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ที่หมู่ 3 กับเพื่อน 2 คน โดยแต่ละหมู่บ้านจะมี อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ตอนนี้ก็มีหน้าที่ไปดูแลผู้สูงอายุทุกวัน ตามแผนที่พยาบาลโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้ ส่วนใหญ่ก็จะไปวัดความดันและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ” (เขียว, อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ดังคำกล่าว “จัดให้มีไลน์กลุ่มของคนดูแล กับเครือข่าย สุขภาพ เพื่อเป็นช่องทางในการขอคำปรึกษากับอาสาสมัครผู้ดูแลหรือพยาบาล เมื่อมีปัญหา” (นุช, ผู้ดูแลหลัก)

ประเด็นหลักที่ 4 ร่วมกันพัฒนา ผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสุขภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวและองค์การ บริหารส่วนตำบล ได้มีการสื่อสารกันเพื่อรับรู้สถานการณ์ปัญหา และคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันตาม บทบาทหน้าที่ของตนเอง

ประเด็นย่อยที่ 4.1 การสื่อสารเพื่อรับรู้สถานการณ์ร่วมกัน โดยได้จัดให้มีการประชุมชี้แจง เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังคำกล่าว “การทำประชาคม เพื่อสร้างการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา” (สมพงษ์, ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล)

ประเด็นย่อยที่ 4.2 การตระหนักในบทบาทหน้าที่ ผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสุขภาพผู้ดูแลหลักใน ครอบครัวและองค์การบริหารส่วนตำบล ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดังคำกล่าว “จัดเจ้าหน้าที่ที่สามารถจะช่วยเหลือและจัด รถยนต์รับไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยมีเบอร์โทรสายด่วนให้ติดต่อได้ทันทีที่มีเหตุการณ์ด้วย เพราะเคย เจอผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีอาการปากเบี้ยวและล้มลง ซึ่งกว่าจะหารถยนต์ในหมู่บ้านไป โรงพยาบาลได้ก็ไม่ทันแล้ว” (สันต์, องค์การบริหารส่วนตำบล)

“โดยปกติจะมีการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆในโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพกาย - ใจ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นอังกะลุง การส่งเสริมอาชีพและรายได้ เช่น การเย็บหมวกจากเศษผ้า การสาน ตะกร้า โดยสามารถไปฝากขายที่ศูนย์จำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชนได้” (ตา, กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ)

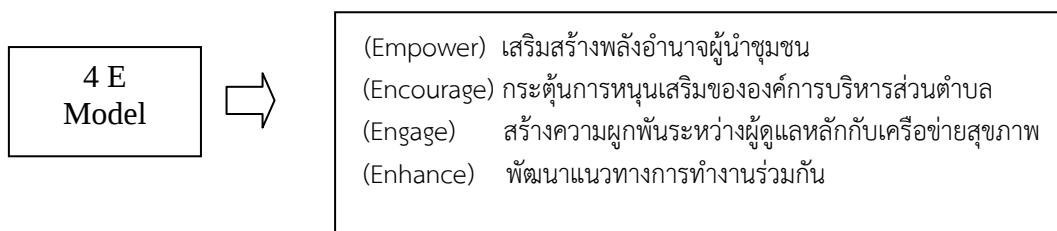
“จะมีการให้ความรู้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มในเรื่องการดูแลให้ มีการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ที่มีค่าเฉลี่ยของ systolic อยู่ระหว่าง 140–160 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าเฉลี่ยของ diastolic อยู่ระหว่าง 80–90 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติ และจะเพิ่มเติมบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เรื่องการนัดผู้สูงอายุมาตรวจวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดือนละ 1 ครั้ง สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง” และ “จัดอบรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักได้มีความสามารถในการป้องกันความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลการลดเค็มและไขมันสูง ในการประกอบอาหาร แนะนำวิธีการลดเค็มในผู้สูงอายุโดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การปั่นจักรยาน ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา รวมทั้งส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็วอย่างน้อย วันละ 30 นาที” (แวว, พยาบาลวิชาชีพ)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยนำสาระสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาวางแผนร่วมกันเพื่อนำไปกำหนดแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้อักษรต้นของแต่ละองค์ประกอบภาษาอังกฤษ คือ 4 E Model ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. Empower เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ในการบริหารจัดการความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลในการเป็นองค์กรในการหนุนเสริมการบริหารจัดการความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น การทำประชาคมเพื่อสร้างการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา
3. Engage สร้างความผูกพันระหว่างครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในการสร้างไลน์กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา
4. Enhance พัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการมีส่วนร่วม



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วม ทั้ง 4 องค์ประกอบ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของรูปแบบ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .84 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ สำหรับองค์ประกอบที่ 4 พัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการมีส่วนร่วม โดยให้กำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งชื่อ แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน ดังนี้

1. องค์การบริหารส่วนตำบล กำหนดนโยบายในการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน เพื่อติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมการจัดทำแผนเฝ้าระวังความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้นำชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ และสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น เจ้าหน้าที่และพาหนะในการรับส่งโรงพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินและหริอวิกฤติ
2. โรงเรียนผู้สูงอายุส่งเสริมการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งเสริมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การเล่นอังกะลุง การส่งเสริมอาชีพและรายได้ เช่น การเย็บหมวกจากเศษผ้า การสานตะกร้า การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำแผนในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง $BP \geq 140/80$ เดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
4. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งประเมินผลเพื่อดูความก้าวหน้าในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง
5. ผู้ดูแลหลัก ควรได้รับความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในการประกอบอาหารที่ลดเค็มและลดไขมัน การให้ยาตามแผนการรักษา ดูแลให้มีการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว วันละ 30-45 นาที

อภิปรายผล

จากผลวิจัย พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ในพื้นที่ที่ศึกษา คือ ภาวะน้ำหนักเกิน ปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางส่วน มีอาการเครียด รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ ซึมเศร้าและท้อแท้ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง และนอนหลับไม่สนิท มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง อธิบายตามทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linkage theory) (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) ได้ว่า โดยเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อคอลลาเจนและอีลาสตินจะมีการเชื่อมตามขวางมากขึ้น ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่น และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหลอดเลือดลดลง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การศึกษาของ จิรียา อินทนาและคณะ (2559) เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมอาหาร พฤติกรรมการกินจะขึ้นอยู่กับบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล มีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการออกแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์, วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์, และภูรินทร์ สีกุด (2560) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี สรรเสริญ และคณะ (2554) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้พลังอำนาจของญาติ ผู้ดูแล ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้นแนวทางการป้องกันความดันโลหิตสูง จึงต้องอาศัยหลักการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มการรับรู้ของผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคในเรื้อรังอันตราย และผลเสียของภาวะความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกระตุ้นให้ผู้มีความดันโลหิตสูงเลือกวิถีปฏิบัติเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถเผชิญและตอบสนอง

ต่อความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว ญาติพี่น้อง และบุคลากรทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณช วงษ์จันทร์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ (2557) เกี่ยวกับผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิก ครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับแนวทางการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม คือ 4 E Model ประกอบด้วย 1) Empower เสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้นำชุมชน 2) Encourage กระตุ้นการหนุนเสริมขององค์กรบริหารส่วนตำบล 3) Engage สร้างความผูกพันระหว่าง ครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพ และ 4) Enhance พัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม โดยการกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน จะช่วยให้การป้องกันความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากการประสานความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้เกี่ยวข้องทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพและองค์กรชุมชน ในการเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน กิจกรรม และการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล (2555) เกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผลการวิจัยก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจร และเกิดเครือข่ายเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อติญาณ์ ศรเกษตรริน และคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถทำงานประสานกับทีมสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยมการประเมินภาวะสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม, และพัชรนันท์ รัตนภาค (2559) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ ควรสนับสนุนให้นำรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพของชุมชน เพื่อการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง แบบ 4 E Model ไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ
2. ควรมีการเตรียมความพร้อมบุคคลที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับรายละเอียดของการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพของชุมชนฯ แบบ 4 E Model เพื่อสร้างความเข้าใจก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนฯ แบบ 4 E Model โดยวัดผลจากอัตราการเกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). *ปัญหาสาธารณสุข ปี 2562*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม, 2563 จาก, http://www.phayao360.com/st/hstatus/default/hproblem?at_id=29&category.
- กานต์ธิชา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส ลิ้มกุล. (2558). เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 40 - 56.
- จิรียา อินทนา, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, ปฐยาวัชร ปรากฏผล, จิรนนท์ วรรณศิริ, และ กนิพันธ์ ปานณรงค์. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษา อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 3(2), 15-28.
- ชัยณานุช ไพรวงษ์, วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์, และภูรินทร์ สีกุด. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 11(1), 107-116.
- ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 51-57.
- จิตรัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวช. (2557). *ประเด็นสารธรรมะวันอัมพตโลก ปี 2556*. กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2563, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=8302&tid=31&gid=1-027>.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนาก, ขวัญตา กลิ่นหอม, และพัชรนันท์ รัตนภาค. (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(3), 1-14.
- ยุธนา ชนะพันธ์, และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- รัชณี สรรเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีกากุล, วรรณรัตน์ ลาวัง, อโนชา ทศนาชนชัย, ชัยญญากร วิริยะ, ทรรคนิย์ โสรัจธรรมกุล, ... พรเพ็ญ ภัทรากร. (2554). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัด ชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 2-16.
- วรณุช วงษ์จันทร์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และชนัญชิดาธุฎี ทูลศิริ. (2557). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 62-76.
- วิไลพร พุทธวงศ์, วิโรจน์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-44.

- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อติญาณ์ ศรเกษตรริน, ชุติพร เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรรวรรณ สัมภามานะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *รวมอธิบดีพยาบาลสาร*, 21(1), 110 -121.
- อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์¹
ธานี กล่อมใจ² พระครูพิศาลสรกิจ³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าอาวาส ประจำวัดในพื้นที่เขตปกครองสงฆ์อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 103 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาเอง เก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 งบประมาณช่วยเหลือ ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 และการปฏิบัติกิจการสงฆ์ 6 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้รู้สึกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เจ้าอาวาสร้อยละ 64.08 มีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว ด้านงบประมาณช่วยเหลือ ร้อยละ 59.22 ทางวัดไม่ได้รับงบประมาณ ด้านความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจาก โควิด 19 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.73 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =8.37, SD.=1.24) ด้านระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.02 มีระดับการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.06, SD.=0.69) และทุกรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการปกครอง ($\bar{X}$ =3.27 SD.=0.69) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ด้านศึกษาสงเคราะห์ ($\bar{X}$ =2.72, SD.=0.99) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำ (r =.21, p <.05) ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง (r =.56, p <.01) และงบประมาณช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 =11.454, p <.01) ข้อเสนอแนะคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายด้านงบประมาณช่วยเหลือ มีการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 และเพิ่มระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 แก่เจ้าอาวาสให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส, ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19, การระบาดของโรคโควิด

วันที่รับ: 7 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไข: 18 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 19 สิงหาคม 2564

¹ พร.ด. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: somsr.s@bcnpy.ac.th

² พรด. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

³ พร.ด. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา

Factors related to an implementation of sangha activities among abbots during COVID-19 outbreak situations

Somsri Satjasakulrat¹
Thanee Glomjai² Phrakhru Pisansorakit³

Abstract

This descriptive research was aimed to study the implementation of sangha activity among abbots and the factors related to implementation of sangha activity among abbots during COVID-19 outbreak situations. The samples were 103 abbots residing in temples at the area of the sangha administration, mueang district, Phayao province. The research tools consisted questionnaires collecting data about demographic data, feeling about COVID-19 outbreak, budget assistance, basic knowledge of self-protection from COVID-19, level of access to the information about COVID-19, and implementation of six aspect of sangha activity among abbots. Data was analyzed by descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Chi-square test. The results revealed that 64.0 percent of the abbots were stressed, anxious and scared of COVID-19 outbreak situations. In terms of budget assistance, 59.22% percent of temples did not receive budget. Most of them (75.73%) had basic knowledge of self-protection from COVID-19 at high level ($\bar{X}$ =8.37, S.D. = 1.24), and 66.02% percent accessed to the information regarding COVID-19 at moderate level. In regard to the implementation for sangha activities, the overall score was at the moderate level ($\bar{X}$ =3.06, SD.=0.69), and each aspect had scores at a moderate level. The highest average score was the administrative aspect ($\bar{X}$ =3.27, SD.=0.69), and the lowest average score was welfare educational aspect ($\bar{X}$ =2.72, SD.=0.99). Factors related to implementation of sangha activities among abbots during COVID-19 outbreak situations included basic knowledge of self-protection from COVID-19 ($r=.21$, $p<.05$), level of access to the information about COVID - 19 ($r=.56$, $p<.01$), and budget assistance ($\chi^2=11.454$, $p<.01$). Findings suggest that those involved should consider policy regarding budget support for temples, promote self-protect knowledge regarding COVID-19, and increase level of access to the information about COVID-19 among abbots.

Keywords: Implementation for sangha activity among abbots, knowledge about COVID-19, COVID-19 outbreak

Submitted: July 7, 2021 Revised: August 18, 2021 Accepted: August 19, 2021

¹ Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author, E-mail: somsri.s@bcnpy.ac.th

² Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute

³ Ph.D., Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phayao Campus

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ในระดับโลก มีความรุนแรงอย่างชัดเจน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จุดเริ่มต้นมาจากช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน มีการรายงานกลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุ ต่อมาทราบว่าเกิดจากเชื้อ Coronavirus สายพันธุ์ใหม่ (พักต์เพญ์ สิริคุตต์, 2563) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสนี้เป็น “การระบาดใหญ่” (pandemic) เมื่อ 11 มีนาคม 2563 (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2563) และรายงานจาก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (12 สิงหาคม 2564) ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อจำนวน 205,604,500 คน ยอดผู้เสียชีวิตจำนวน 4,338,741 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ในช่วงแรกตลอดปี 2563 สามารถควบคุมการระบาดได้ดี จนกระทั่งปลายปี 2563 ถึงขณะนี้ (12 สิงหาคม 2564) ตลอด 8 เดือนที่ผ่านมาประเทศไทยมีการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอก 2 และระลอก 3 ในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกัน การระบาดกระจายไปในทุกภาคทั่วประเทศ แนวโน้มการแพร่เชื้อยังคงพบกลุ่มก้อนการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ กิจการต่าง ๆ และแพร่เชื้อต่อในชุมชนและในครัวเรือน การระบาดในระลอกนี้พบผู้ติดเชื้อสะสมสูงถึง 810,908 คน (ผู้ป่วยยืนยันสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 839,771 คน) เป็นรายใหม่ 22,782 คน ผู้เสียชีวิตสะสม 6,848 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564) หลักการระบาดวิทยานั้น การระบาดและความรุนแรงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปัจจัย คือปัจจัยแรกในด้านตัวเชื้อ SAR-CoV-2 นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่ติดง่ายขึ้น ปัจจัยที่ 2 คือพฤติกรรมและภูมิทัศน์ด้านทานของประชาชน และปัจจัยที่ 3 คือระบบของสังคมและมาตรการด้านต่าง ๆ (ค่านิยม อิงชูศักดิ์, ประสิทธิ์ วัฒนาภา และสมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2563) ปัจจุบัน พบการระบาดของเชื้อโควิด 19 ทั้งสิ้น 3 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ เดลต้า (อินเดีย) สายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ) และสายพันธุ์เบต้า (แอฟริกาใต้) ขณะนี้ (สิงหาคม 2564) ประเทศไทยพบสายพันธุ์เดลต้ามากขึ้นเกือบทุกจังหวัด มีอำนาจกระจายเร็วและแพร่เชื้อได้ง่าย (ศุภกิจ ศิริลักษณ์, 2564)

ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้รัฐได้ออกมาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการปิดเมือง (lock down) และเคอร์ฟิว ที่มาพร้อมกับความไม่สะดวกต่าง ๆ กระทบต่อการดำรงชีวิตที่ไม่คุ้นเคยของประชากรทุกกลุ่มวัย ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคมเป็นอย่างมาก ด้านกิจกรรมทางเศรษฐกิจของทั้งประเทศต้องลดลงในทุกภาคส่วน ผู้คนจำนวนมากต้องสูญเสียงาน มีรายได้ลดลง ถูกปรับลดเงินเดือน/ค่าตอบแทน ถูกเลิกจ้างงาน ไม่มีพื้นที่ค้าขาย เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563, 2563) นอกจากนี้ผู้คนเกิดความรู้สึกต่างๆ ต่อสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 เช่น รู้สึกเหงา มีความวิตกกังวลทางการเงินทั้งของตนเองและครอบครัว กลัวว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อ สุขภาพที่อาจแย่ลงเนื่องจากผิวนัดหมายกับแพทย์ไม่ยอมอาหาร ไม่มีความสุข หรือมีอาการทางสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น ผลกระทบทางด้านสังคม การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (new normal life) ได้แก่ สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หมั่นล้างมือด้วยสบู่และเจลแอลกอฮอล์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 70% เป็นประจำ รับประทานอาหารโดยใช้ช้อนกลางเป็นของตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงพื้นที่รวมกลุ่มคนจำนวนมากและการใกล้ชิดผู้ป่วย รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) 1-2 เมตร การใช้เทคโนโลยีทดแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงปิดเมืองนั้นที่อยู่อาศัยมีความแออัดเพิ่มมากขึ้น ผู้มีรายได้น้อยประสบปัญหาการขาดแคลนอาหาร (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

เมื่อประชาชนได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ย่อมมีผลต่อวัดและการปฏิบัติหน้าที่ของพระสงฆ์ เช่นเดียวกัน เนื่องจากวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนคู่กับสังคมไทย เป็นทั้งที่พำนักของพระภิกษุสามเณร และเป็นสถานสาธารณสงเคราะห์แก่ชุมชน พระสงฆ์ระดับเจ้าอาวาสเป็นผู้แทนสงฆ์ในการบริหารจัดการวัด มีหน้าที่ในการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปกครอง สอดส่องให้บรรพชิตและคฤหัสถ์ที่มีที่อยู่หรือพำนักอาศัยอยู่ในวัดนั้นปฏิบัติ

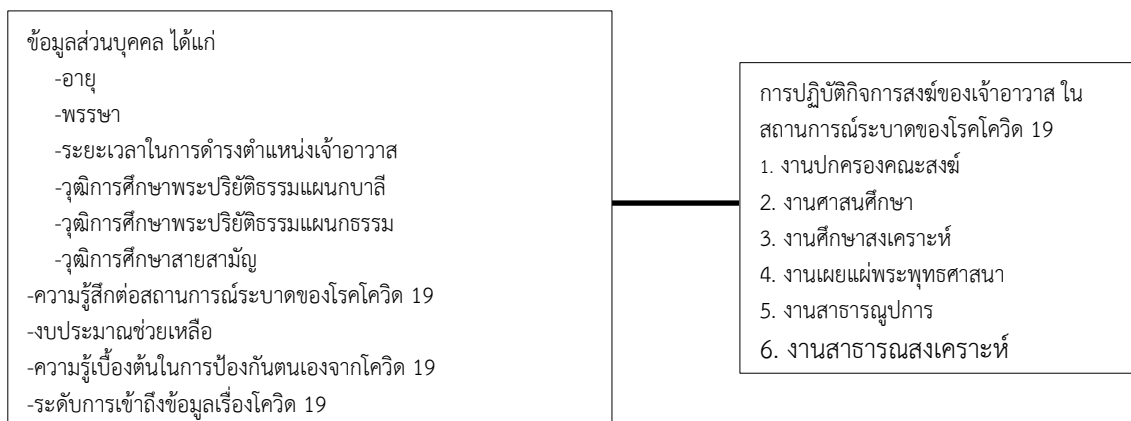
ตามพระธรรมวินัย กฎมหาเถรสมาคม ข้อบังคับ ระเบียบ หรือคำสั่งของมหาเถรสมาคม 2) ด้านศาสนศึกษา เป็นฐานะในการศึกษาอบรม และสั่งสอนพระธรรมวินัยแก่บรรพชิตและคฤหัสถ์ 3) ด้านการศึกษาสงเคราะห์ เป็นการจัดการศึกษาเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลสถาบันการศึกษาหรือจัดสถานศึกษาภายในวัด เพื่อสงเคราะห์แก่เด็กเยาวชนให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียนทั้งในและนอกระบบโดยไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย 4) ด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา เป็นการดำเนินการประกาศพระพุทธศาสนา เผยแผ่ศาสนธรรมโดยวิธีต่าง ๆ 5) ด้านสาธารณูปการ เป็นการก่อสร้าง และการบูรณปฏิสังขรณ์ศาสนสมบัติของวัดด้วยการบำรุงรักษา ซ่อมแซมปรับปรุง ตกแต่งศาสนสถาน ที่มีอยู่เดิมให้มั่นคงถาวร และ 6) ด้านสาธารณสงเคราะห์ ให้ความสะดวกตามสมควรในการบำเพ็ญกุศล (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบทางสังคมวัดเป็นอย่างมาก ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น พิธีกรรมทางศาสนาใช้ระยะเวลาให้น้อยลง ให้ทำความสะอาดห้องและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันทุกวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในขณะที่ภาระงานฉาบกิจศพทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคเพิ่มขึ้น ต้องเตรียมที่ล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ โปรทิวส์ใช้ เป็นต้น นอกจากนี้วัดบางแห่งจัดเป็นศูนย์พักคอยผู้ป่วย (community isolation) ถือเป็นการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนซึ่งในยามปกติเป็นผู้ถือกุศลและสนับสนุนวัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัย ผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการปฏิบัติกิจการของสงฆ์

จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดขนาดเล็ก มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ไม่รุนแรงมาก ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา (ศบค.พย.) (2564) รายงานสถานการณ์ ผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา ระลอกใหม่ในช่วงตั้งแต่เมษายน 2564 ถึง 12 สิงหาคม 2564 มียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 1,269 คน ส่วนใหญ่มาจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ 1,043 คน เป็นผู้ป่วยในจังหวัด 219 คน เสียชีวิตสะสม 5 คน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติกิจการของสงฆ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อคณะสงฆ์ ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ถูกต้อง และเพื่อสนับสนุนกิจการพระพุทธศาสนาของสงฆ์ ให้วัดเป็นที่พึ่งด้านจิตใจของชาวพุทธศาสนิกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ของเจ้าอาวาสที่จำพรรษาวัดในพื้นที่เขตปกครองสงฆ์อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาสที่จำพรรษาวัดในพื้นที่ปกครองสงฆ์อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2563

ประชากร เป็นเจ้าอาวาส ที่จำพรรษาอยู่ในวัด สังกัดเขตการปกครองคณะสงฆ์ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา มีจำนวน 18 เขต จำนวนวัด รวม 103 วัด (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดพะเยา, 2563) และการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากรเจ้าอาวาส จำนวน 103 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ พรรษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาส เป็นแบบเติมคำ วุฒิการศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกบาลี และแผนกธรรม สายสามัญ ความรู้สีกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 และงบประมาณช่วยเหลือ เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะแบบถูกหรือผิด กำหนดให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงขั้นที่ต้องการ (Best, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0.00-4.00 หมายถึง มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 5.00-7.00 หมายถึง มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 8.00-10.00 หมายถึง มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 และกลุ่มทดสอบเป็นเจ้าอาวาสที่จำพรรษาวัดในเขตปกครองสงฆ์อำเภอเชียงคำ จำนวน 15 รูป ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ใช้สูตรครูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับการเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งสิ้น 15 ข้อ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ประเภทต่าง ๆ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณ (rating scale) 5 ระดับ กำหนดให้คะแนน ดังนี้ ระดับการเข้าถึงข้อมูล มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และ ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น กิจการสงฆ์ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการปกครอง จำนวน 14 ข้อ ด้านการศาสนศึกษา จำนวน 9 ข้อ ด้านการศึกษาสงเคราะห์ จำนวน 7 ข้อ ด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา จำนวน 11 ข้อ ด้านสาธารณูปการ จำนวน 15 ข้อ และด้านสาธารณสงเคราะห์ จำนวน 24 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 80 ข้อ มีลักษณะมาตราส่วนประมาณ (rating scale) 5 ระดับ กำหนดให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด ให้คะแนน 5,4,3,2,1 ตามลำดับ มีค่า CVI เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95 การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับน้อยมาก ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ การแปลผลระดับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ตามคะแนนที่ได้ โดยใช้เกณฑ์ส่วนกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Best, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน ≤ 188 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 189-300 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน ≥ 301 หมายถึง การปฏิบัติกิจการสงฆ์ อยู่ในระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา รหัสหนังสือรับรอง REC 008/63 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2563 คณะผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้านคือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล และคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยในจดหมายถึงเจ้าคณะจังหวัดพะเยา และเจ้าคณะอำเภอเมืองพะเยา และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถาม และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต ถึงเจ้าคณะจังหวัดพะเยา เจ้าคณะอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา และเจ้าคณะตำบล ในเขตปกครองสงฆ์อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พร้อมทั้งประสานงานกับเจ้าอาวาสที่จำพรรษาอยู่ในวัด โดยได้เตรียมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงแนวทางในการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามได้จำนวน 103 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของประชากร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ พรรษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาส ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 และระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient, r) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวุฒิการศึกษาสายพระปริยัติธรรม แผนกบาลี และแผนกธรรม วุฒิกศศึกษาสายสามัญ ความรู้สึกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 และงบประมาณช่วยเหลือ ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test)

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 51.77 ปี (SD.=14.13) โดยช่วงอายุ 23-85 ปี พรรษาเฉลี่ย 23.51 ปี (SD.=14.25) โดยช่วงพรรษา 2-63 ปี ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาสเฉลี่ย 13.45 ปี (SD.=12.09) โดยช่วงระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 1-51 ปี มีวุฒิการศึกษาสายพระปริยัติธรรม แผนกบาลี ส่วนใหญ่ไม่มีวุฒิปริญญาธรรม (ร้อยละ 92.23) วุฒิกศศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกธรรม ส่วนใหญ่มีวุฒินักธรรมเอก (ร้อยละ 87.38) และเกินครึ่ง มีวุฒิการศึกษาสายสามัญ เท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 55.34) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีความรู้สึกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 คือรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว (ร้อยละ 64.08) และจำนวนวัดมากกว่าครึ่งไม่ได้รับงบประมาณช่วยเหลือ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (ร้อยละ 59.22) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณวุฒิ ความรู้สึกต่อสถานการณ์ และงบประมาณช่วยเหลือ (n=103)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
วุฒิกศศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกบาลี		
ไม่มีวุฒิปริญญาธรรม	95	92.23
มีวุฒิ	8	7.77
วุฒิกศศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกธรรม		
นักธรรมชั้นตรี	6	5.83
นักธรรมชั้นโท	7	6.79

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
นักธรรมชั้นเอก	90	87.38
วุฒิการศึกษาสายสามัญ		
ประถมศึกษา	12	11.65
มัธยมศึกษา	34	33.01
เท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรี	57	55.34
ความรู้สึกล่อลวงต่อการระบาดระลอกแรกของโรคโควิด 19		
เครียด วิตกกังวล กลัว	66	64.08
เฉย ๆ	37	35.92
งบประมาณช่วยเหลือ		
ไม่ได้	61	59.22
ได้	42	40.78

2. ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.73) มีคะแนนความรู้ 8-10 คะแนน หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่าง เกินครึ่ง (ร้อยละ 66.02) มีคะแนนการเข้าถึงข้อมูล 36-55 คะแนน แสดงถึงระดับการเข้าถึงข้อมูล ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับตามคะแนนความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 และระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 (n=103)

ระดับคะแนน	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
ระดับความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเอง		
ต่ำ (≤ 4 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (5 - 7 คะแนน)	25	24.27
สูง (8 - 10 คะแนน)	78	75.73
คะแนนเฉลี่ย = 8.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.24 คะแนน พิสัย 6-10 คะแนน		
ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19		
ต่ำ (15-35 คะแนน)	15	14.56
ปานกลาง (36-55 คะแนน)	68	66.02
สูง (56-75 คะแนน)	20	19.42
คะแนนเฉลี่ย = 48.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.20 คะแนน พิสัย 15-75 คะแนน		

3. การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา (n=103) พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.06$, $SD=0.69$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการปกครอง ($\bar{X}=3.27$, $SD=0.69$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านศึกษาสงเคราะห์ ($\bar{X}=2.72$, $SD=0.99$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา (n=103)

ด้าน	การปฏิบัติกิจการสงฆ์	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1	ด้านการปกครอง	3.27	.69	ปานกลาง

ด้าน	การปฏิบัติกิจการสงฆ์	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
2	ด้านการศาสนศึกษา	3.03	.88	ปานกลาง
3	ด้านการศึกษาสงเคราะห์	2.72	.99	ปานกลาง
4	ด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา	3.06	.77	ปานกลาง
5	ด้านการสาธารณูปการ	3.14	.70	ปานกลาง
6	ด้านการสาธารณสงเคราะห์	2.99	.75	ปานกลาง
รวม		3.06	.69	ปานกลาง

ระดับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา แบ่งเป็น 3 ระดับ พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.87) มีคะแนน 189-300 คะแนน อยู่ในระดับ ปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับตามคะแนนการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา โดยภาพรวม (n=103)

ระดับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (≤ 188 คะแนน)	18	17.48
ปานกลาง (189-300 คะแนน)	73	70.87
สูง (≥ 301 คะแนน)	12	11.65

คะแนนเฉลี่ย = 244.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 55.34

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ พรรษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา ส่วนความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r=.21, p<.05$) กล่าวคือหากมีความรู้สูงขึ้น จะทำให้การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 มากขึ้น และระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.56, p<.01$) กล่าวคือหากมีระดับการเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น จะทำให้การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 มากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)	p
ข้อมูลทั่วไป		
อายุ	-.07	.517
พรรษา	-.11	.291
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาส	-.13	.207
ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19	.21*	.036
ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19	.56**	.000

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

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) พบว่า วุฒิกศศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกบาลี และแผนกธรรม วุฒิกศศึกษาสายสามัญ และความรู้สึกล่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์ ส่วนงบประมาณ

ช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2=11.454$, $p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา

ปัจจัย	การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส			χ^2	df	p
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
วุฒิการศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกบาลี				1.535	2	.464
ไม่มีวุฒิ	17 (16.50%)	68 (66.02%)	10 (9.71%)			
มีวุฒิ	1 (0.97%)	5 (4.86%)	2 (1.94%)			
วุฒิการศึกษาสายพระปริยัติธรรมแผนกธรรม				2.180	4	.703
นักธรรมชั้นตรี	1 (0.97%)	5 (4.86%)	0 (0%)			
นักธรรมชั้นโท	1 (0.97%)	6 (5.82%)	0 (0%)			
นักธรรมชั้นเอก	16 (15.54%)	62 (60.19%)	12 (11.65%)			
วุฒิการศึกษาสามัญ				2.382	4	.666
ประถมศึกษา	1 (0.97%)	9 (8.74%)	2 (1.94%)			
มัธยมศึกษา	7 (6.80%)	25 (24.27%)	2 (1.94%)			
≥ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (9.71%)	39 (37.86%)	8 (7.77%)			
ความรู้สึกต่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19				3.644	2	.162
เครียด วิตกกังวล กลัว	9 (8.74%)	51 (49.52%)	6 (5.82%)			
เฉย ๆ	9 (8.74%)	22 (21.36%)	6 (5.82%)			
งบประมาณช่วยเหลือ				11.454**	2	.003
ไม่ได้รับ	17 (16.50%)	37 (35.92%)	7 (6.80%)			
ได้รับ	1 (0.97%)	36 (34.95%)	5 (4.86%)			

** $p<.01$

อภิปรายผล

1) การปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา พบว่า คณะเนนเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการปกครอง และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านศึกษาสงเคราะห์ ทั้งนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (อัมพร อมฺพโร) สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ซึ่งเป็นองค์ประมุขสงฆ์และเป็นผู้บัญชาการคณะสงฆ์สูงสุด ได้มีดำริเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ เป็นแนวทางให้วัดปฏิบัติ อาทิ ให้วัดที่มีศักยภาพเพียงพอตั้งโรงพยาบาลช่วยเหลือผู้ประสบความยากลำบากในสถานการณ์โรคระบาด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของแต่ละวัด ประกอบกับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในชุมชนนั้น ๆ เป็นสำคัญ และให้เป็นไปตามหลักสุกอนามัย โดยไม่ต้องมีการจัดพิธีหรือการบริการใด ๆ ที่ต้องให้บุคคลจำนวนมากมารวมกัน และให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีจำนวนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 55 ศูนย์ และส่วนภูมิภาค จำนวน 859 ศูนย์ (สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม, 2563) นอกจากนั้นมหาเถรสมาคมได้ออกมติเกี่ยวกับมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลายวาระด้วยกัน เช่นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของวัด ให้วัดในเขตปกครองทั่วประเทศหลีกเลี่ยง หรือเลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวของประชาชนจำนวนมาก

โดยดำเนินการตามมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาด และข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดและให้ดำเนินการได้ทันที ไม่ต้องรอรับรองรายงานการประชุม (มหาเถรสมาคม, 2563) ซึ่งจังหวัดพะเยาได้มีประกาศเจ้าคณะจังหวัดพะเยา เรื่องมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ฉบับที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2563 และ ฉบับที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2563 เพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของพระภิกษุสามเณรในพื้นที่จังหวัดพะเยา เป็นการลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปฏิบัติตามมติมหาเถรสมาคม มติที่ 137/2563 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ให้เจ้าคณะพระสังฆาธิการ ตลอดถึงพระภิกษุ สามเณร ในเขตปกครองคณะสงฆ์จังหวัดพะเยา ถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด ห้ามมิให้มีการละเมิดและฝ่าฝืนโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ หากมีการละเมิดตามประกาศนี้ ให้เจ้าคณะผู้ปกครองในเขตพื้นที่ดำเนินการพิจารณาโทษโดยทันที แล้วรายงานเจ้าคณะจังหวัดพะเยาทราบภายใน 7 วัน (พระราชปริยัติ (สายัน อรินทโม), 2563) อาจกล่าวได้ว่า เจ้าอาวาสมีแนวปฏิบัติกิจการสงฆ์ที่ชัดเจน ในการปฏิบัติย่อมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะด้านการปกครองจึงได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนด้านการศึกษาสงเคราะห์ เป็นงานจัดการศึกษาเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูล ให้แก่สถาบันการศึกษา ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 มีการจัดเปลี่ยนแปลงรูปแบบใหม่ตามมาตรการของรัฐได้ให้สถานศึกษาจัดการศึกษาแบบออนไลน์ จึงทำให้เจ้าอาวาสได้ปฏิบัติกิจการสงฆ์ด้านนี้ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น

2) ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 ของเจ้าอาวาส พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.73) มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ของภาครัฐมีประสิทธิภาพโดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ทำหน้าที่ในการบูรณาการข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลแจ้งแก่ประชาชนให้รับรู้ ทำให้ประชาชนและพระสงฆ์ได้รับความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากการระบาดของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน (2564) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการโรคโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในระดับมาก (mean = 9.44, SD. = 1.34) เช่นเดียวกับการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2563) พบว่า ความรู้เรื่องการป้องกันการติดโรคโควิด 19 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงในจังหวัดสุรินทร์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (mean=12.4, S.D.=0.9) และผลการศึกษาคำสัมพันธ์ของวิจัยนี้ พบว่า ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาสในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด19 จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=21$, $p<0.01$) แสดงว่าเจ้าอาวาสที่มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันตนเองมาก จะปฏิบัติกิจการสงฆ์ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชงและคณะ (Zhong et al., 2020) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดโรคโควิด 19 ของกลุ่มชาวจีนจำนวน 6,910 คน ในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลทางออนไลน์ พบว่า ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดโรคโควิด 19 (OR: 0.75-0.90, $p<0.001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฐวรรณ คำแสน (2564) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดโรคโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดโรคโควิด 19 ($r =.18$, $p<0.05$) และวิจัยของ ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หญิง ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดโรคโควิด 19 ($\chi^2 =11.064$, $p=0.001$)

3) ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 ของเจ้าอาวาส พบว่า เกินครึ่ง (ร้อยละ 66.02) มีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาคำสัมพันธ์ของวิจัยนี้ พบว่า ระดับการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์

ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.56, p<.01$) ทั้งนี้เนื่องจาก ศบค.ได้แจ้งข้อมูลทางโทรทัศน์ เป็นประจำทุกวัน เกี่ยวกับสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้เจ้าอาวาสเข้าถึงข้อมูลเรื่องโควิด 19 ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว จากช่องทางโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 40.78 เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เจ้าอาวาสมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในระดับสูง และทำให้การปฏิบัติกิจการสงฆ์ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2563) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง ในจังหวัดสุรินทร์ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 52.3 จึงทำให้มีความรู้ในระดับสูงและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคโควิด 19 และการวิจัยของนางเยาว์ เกษตรภิบาลและคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 (ระยะที่ 1) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันการโรคโควิด 19

4) งบประมาณช่วยเหลือในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า เกินครึ่ง (ร้อยละ 59.22) ไม่ได้รับงบประมาณช่วยเหลือ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของวิจัยนี้ พบว่า งบประมาณช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=11.454, p<.01$) ทั้งนี้เนื่องจาก ในสถานการณ์โรคระบาด การบริหารส่วนงบประมาณ เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็น ที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นในการจัดการบริหารแบบใหม่ เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นทั้งด้านการเงิน และทรัพยากรบุคคลหลังจากเหตุการณ์นั้น (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค, 2558) ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณของวัด จึงได้รับผลกระทบในช่วงที่มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดการกับภาวะโรคระบาด อย่างไรก็ตาม แต่ละวัดต้องมีการปฏิบัตกิจการของสงฆ์ ซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณ และใช้ในการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ น้ำยาทำความสะอาดวัด รวบรวมไฉ ฉีดพ่นควันรอบบริเวณวัด และเตรียมสถานที่ล้างมือพร้อมอุปกรณ์ เป็นต้น ประกอบกับการช่วยเหลือจากพุทธศาสนิกชนลดลง เนื่องจากประชาชนต่างได้รับผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด 19 ถึงแม้ว่าบางวัดยังคงได้รับการอุปถัมภ์จากกองทุนวัดช่วยวัดตามกำลัง ดังนั้นการได้รับงบประมาณช่วยเหลือ จึงมีผลกระทบต่อปฏิบัตกิจการสงฆ์ของเจ้าอาวาส

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายด้านงบประมาณ ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจการของสงฆ์ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค
2. ควรพัฒนาศักยภาพของเจ้าอาวาสในด้านความรู้ และการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคโควิด 19 ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติกิจการสงฆ์ ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในทุกภาคของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพราะได้รับความเมตตาอนุเคราะห์ให้คำปรึกษาจากพระเทพญาณเวที (ศรีมูล มูลสิริ, ดร.(กิตติ)) เจ้าอาวาสวัดศรีอุโมงค์คำและที่ปรึกษาเจ้าคณะภาค 6 และพระราชปริยัติ (สายัน อรินทโม, รศ.ดร.) เจ้าคณะจังหวัดพะเยา เจ้าอาวาสวัดศรีโคมคำ และรองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตพะเยา และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง เจ้าอาวาสที่จำพรรษาในวัดเขตปกครองสงฆ์อำเภอเมืองพะเยา และอำเภอเชียงคำ ทุกรูปที่เมตตาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. (2558). คู่มือการปฏิบัติงานโรคไข้หวัดนกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คำณวน อึ้งชูศักดิ์, ประสิทธิ์ วัฒนภา, และสมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2563). แนวโน้ม ผลกระทบ และการเตรียมรับมือการระบาดรอบที่สองของ COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(4), 765-768.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(1), 33-48.
- ธวัชชัย ยืนยาวและเพ็ญญา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(3), 555 - 564.
- นงเยาว์ เกษตรภิบาล, นงศ์คราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำแพง, และรุชีลา โตเกีเล. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 (ระยะที่ 1). (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (2563, 29 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง. หน้า 1. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2564, จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF
- พระราชบัญญัติ (สายน อรินทโม). (26 มีนาคม, 2563). คณะสงฆ์พะเยา ประกาศ ณ 2 สกัโควิด จดสงกรานตรัตนน้ำดำหัวพระผู้ใหญ่ งานวัดรวมพระและฆราวาส. มติชนออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2564, จาก https://www.matichon.co.th/region/news_2091947
- พัทธ์เพ็ญ สิริคุตต์. (2563). สถานการณ์ของโรคและแนวทางปฏิบัติของโรค 2019. PIDST Gazette, 26(2): 12-18.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2564, 10 สิงหาคม). สายพันธุ์เดลต้า กระจายทุกพื้นที่ เหลือจังหวัดเดียว ยังตรวจไม่เจอ. ประชาชาติธุรกิจ. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2564, จาก <https://www.prachachat.net/general/news-735544>
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพะเยา (ศบค.พย.). (2564). สถานการณ์ COVID-19 ของจังหวัดพะเยา. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2564, จาก <http://www.phayao.go.th/covid/>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 587 วันที่ 12 สิงหาคม 2564. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no587-120864.pdf>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 69 วันที่ 12 มีนาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no69-120363n.pdf>

- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 363 วันที่ 31 ธันวาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2564,
จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no363-311263.pdf>
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2554). *คู่มือพระสังฆาธิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดพะเยา. (2663). *แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ฉบับทบทวน)*. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2564,
จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER6/DRAWER001/GENERAL/DATA0000/00000015.PDF>
- สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม. (18 พฤษภาคม, 2563). รายงานการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามพระดำริของสมเด็จพระสังฆราช. *มติมหาเถรสมาคม*. ครั้งที่ 9/2563 มติที่ 221/2563. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2564,
จาก http://report.dopa.go.th/covid19/ita_files/document/MahatheraDoc9.pdf
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. (4th ed). New Jersey: Prentice-Hall.
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., ... Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745–1752. doi: 10.7150/ijbs.45221.

โรคติดเชื้อโควิด-19: แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรค

ชนิดาภา ขอสุขวรกุล¹ จิรา ขอบคุณ²
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล³ สุภาพัทธร์ หาญกล้า⁴

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งเกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากการติดเชื้อจำนวนมากมายมหาศาล เป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่ายผ่านทางละอองเสมหะ และการสัมผัส การติดเชื้อจะทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบหายใจอย่างรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ การติดเชื้อโรคโควิด-19 สามารถพบการติดเชื้อได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งในหญิงตั้งครรภ์ การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคสูงขึ้น และที่สำคัญคือมีรายงานพบว่า มีการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ได้อีกด้วย ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 นับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจปัญหาและมีแนวทางในการดูแล และให้บริการหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อโควิด-19, หญิงตั้งครรภ์, แนวทางการดูแล

วันที่รับ 14 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข 13 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับ 7 สิงหาคม 2564

¹ ประ.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: chanidapa.k@sskru.ac.th

² พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

³ ประ.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

⁴ ศษ.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

COVID-19 infectious disease: a guideline for caring of pregnant women during the epidemic

Chanidapa Khorsukworakul¹ Jira Khobkhun²
Soiy Anusornteerakul³ Suphaphak Harnklar⁴

Abstract

COVID-19 is an emerging disease caused by SARS-CoV-2 infection which is spreading rapidly throughout the world. A great number of people have been infected and die from the infection. It is a disease that can be easily transmitted through sputum droplets and contact. The infection can cause severe acute respiratory syndrome that can lead to death. COVID-19 infection can be found in populations of all age groups as well as pregnant women. Infection in pregnant women is crucial as it increases risks of complications and severity of the disease. More importantly, vertical transmission has been reported. Therefore, knowledge and understanding of COVID-19 is necessary to help those involved understand the problems and have a guideline to care and serve pregnant women more effectively.

Keywords: Covid-19 disease, Pregnant women, Care guidelines

Submitted: May 14, 2021 Revised: July 13, 2021 Accepted: August 7, 2021

¹ PhD., Faculty of nursing, Sisaket Rajabhat University
Corresponding author; email: chanidapa.k@sskru.ac.th

² M.N.S., Faculty of nursing, Rattana Bundit University

³ PhD., Faculty of nursing, Ratchathani University

⁴ M.Ed., Faculty of nursing, Ratchathani University

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้ชื่อโรคอย่างเป็นทางการว่า Corona 2019 หรือ COVID-19 ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 พบผู้ป่วยรายแรกที่เมืองหวู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศจีน ในวันที่ 2 ธันวาคม 2562 (Rothan & Byraredy, 2020; Zhou et al., 2020) ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกกลางเดือนมกราคม 2563 (กรมควบคุมโรค, 2563)

การระบาดของโรคโควิด-19 ช่วงแรก ประเทศไทยใช้มาตรการเหมือนกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกคือ ใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โดยการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) รักษาระยะห่างทางสังคม และลดการเคลื่อนย้ายของคน เช่น มาตรการอยู่บ้าน งดเว้นการเดินทาง และปิดสถานที่ต่างๆ (กรมควบคุมโรค, 2564ก) การคัดกรองผู้เดินทางเข้า - ออกประเทศ และการกักกันตัวกลุ่มเสี่ยงไม่น้อยกว่า 14 วัน และการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (รัฐสภา, 2563) การระบาดในระลอกที่สอง พบผู้ติดเชื้อเดินทางมาจากท่าซีเหล็ก ประเทศพม่า ในเดือนพฤศจิกายน 2563 และพบผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากท่าซีเหล็กอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพพนักงานสถานบันเทิง รัฐบาลจึงเพิ่มการเฝ้าระวังผู้ที่ลักลอบเดินทางเข้าประเทศจากช่องทางธรรมชาติมากขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2564ก) การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่พบผู้ติดเชื้อในเดือนธันวาคม 2563 เป็นเชื้อสายพันธุ์ G614 ซึ่งพบในสหภาพพม่า คนไทยติดเชื้อรายแรกและแพร่เชื้อจากตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการแสดง และพักอาศัยในสภาพแออัด ทำให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มใหญ่ และกระจายไปหลายจังหวัด ในกลุ่มคนที่ ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร เล่นพนัน และงานสังสรรค์ (กรมควบคุมโรค, 2564ก) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงเดือนกรกฎาคมประเทศไทยยังคงพบผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องรายวัน เป็นหลักพันถึงหมื่น มีผู้เสียชีวิตรายวันจำนวนหลายสิบถึงร้อยราย และพบมีการติดเชื้อโควิด-19 หลายสายพันธุ์ที่สามารถติดต่อกันได้ง่าย มีความรุนแรงมากกว่า และแพร่ระบาดได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม (กรมควบคุมโรค, 2564ค)

การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การปกครอง (Zhenmin, 2020) เช่น ธุรกิจร้านอาหารหรือร้านค้าปลีก ต้องปิดตัวลงจำนวนมาก การส่งออก การเข้าถึงและการกระจายสินค้าลดลง ธุรกิจการท่องเที่ยวหยุดชะงัก อุตสาหกรรมการบินต้องลดเที่ยวบินลงมากถึงร้อยละ 55 หักสิ้นภาคครัวเรือนพุ่งสูงขึ้น อัตราการตกงานและว่างงานสูงขึ้น ครอบครัวจำนวนมากขาดรายได้ (กรมควบคุมโรค, 2564ก; WHO, 2021b) การกระจายความช่วยเหลือทั้งจากหน่วยงานของรัฐและองค์กรอิสระอื่นๆ ไม่ทั่วถึง การขาดสวัสดิการด้านสุขภาพ และเสียโอกาสเข้ารับการรักษามีคุณภาพ (WHO, 2021b) ผู้คนตั้งเครียด ความสัมพันธ์ และการช่วยเหลือกันในชุมชนลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) เด็กเล็กต้องแยกจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ขาดผู้ดูแล (จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ และสมชัย จิตสุชน, 2563; องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, 2564) ประเทศเสียโอกาสในการพัฒนาในด้านอื่น ๆ และยังสูญเสียขีดความสามารถในการแข่งขัน และการลงทุนด้านอื่นๆ ในระยะยาว (ศรุตานนท์ ขอบประดิษฐ์, 2564) ปัญหาความเหลื่อมล้ำจากความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงสินค้าและบริการสาธารณสุข และระบบบริหารจัดการด้านการจ้างงานและรายได้ในระยะยาว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2563) ผลกระทบด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว เกิดภาวะเครียด เจ็บป่วย และเสียชีวิตจำนวนมาก ประชากรในบางประเทศมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ แคระแกร็น และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (WHO, 2021b) อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประสิทธิภาพในการให้บริการ และการใช้ทรัพยากรด้านการสาธารณสุขของประเทศ เช่น แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆขาดแคลน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2563)

หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเปราะบาง มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และกลไกในการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อระบบหัวใจและทางเดินหายใจได้รับผลกระทบ จะกระตุ้นให้ระบบการหายใจล้มเหลวได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้ (กรมอนามัย, 2564ข; Dashraath et al., 2020; Hammad, Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องศึกษาให้เข้าใจถึงภาวะโรคติดเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์ การรักษา และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อจะได้วางแผนการดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม

อุบัติการณ์ของโรค

องค์การอนามัยโลก รายงานยอดผู้ติดเชื้อสะสมเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2564 พบยอดผู้ติดเชื้อสะสมรวมทั้งหมดทั่วโลก 195,266,156 ราย ผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต 4,180,161 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงทั่วโลก ยังพบมากถึง 614,012 ราย และผู้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ยังสูงถึง 8,537 ราย (WHO, 2021a) ประเทศไทย รายงานของกรมควบคุมโรคเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 พบยอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 561,030 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง 17,669 ราย ผู้ป่วยระดับรุนแรงที่กำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 4,511 ราย และเสียชีวิต 4,562 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564ก)

ลักษณะของการติดเชื้อโควิด-19

ลักษณะของการติดเชื้อโควิด-19 แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Thomas et al., 2020)

1. ติดเชื้อโควิด-19 แต่ไม่มีอาการ (asymptomatic) หมายถึง คนที่มีการตรวจเชื้อ SARS CoV-2 พบผลบวก แต่ไม่มีอาการของโรค
2. ติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการ ซึ่งสามารถแบ่งอาการของโรคได้ 4 ระดับ (Zhou et al, 2020; Thomas et al, 2020) ได้แก่ ระดับที่ 1 มีอาการเล็กน้อย (mild) พบ 65% อาการและอาการแสดง ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยไม่มีอาการหายใจถี่ หายใจลำบาก หรือภาพ x-ray ทรวงอกผิดปกติ นอนโรงพยาบาลประมาณ 3 วัน ระดับที่ 2 มีอาการปานกลาง (moderate) พบ 18% มีอาการของปอดอักเสบ (pneumonia) มีภาวะพร่องออกซิเจน O_2 saturation $> 93\%$ เมื่อหายใจในห้องปกติ ในระดับน้ำทะเล นอนโรงพยาบาลประมาณ 7 วัน ระดับที่ 3 มีอาการรุนแรง (severe) พบ 11% มีอาการปอดอักเสบรุนแรงมากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย > 30 ครั้ง/นาที O_2 saturation $\leq 93\%$ มีภาวะ lung infiltrates $> 50\%$ นอนโรงพยาบาลประมาณ 14 วัน ระดับที่ 4 มีอาการขั้นวิกฤติ (critical) พบ 6% มีภาวะการหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด การทำหน้าที่ของหลายอวัยวะไม่ปกติ นอนโรงพยาบาลประมาณ 21 วัน

คุณลักษณะของเชื้อโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 มีเปลือกหุ้ม (Envelope) รูปร่างกลมหรือมีหลายแบบมีขนาด 80-120 nm Diameter มีกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่มๆ ยื่นออกไปจากตัวอนุภาคไวรัส มองผ่านกล้องจุลทรรศน์จะเห็นลักษณะเหมือนมงกุฎ ระยะฟักตัว 2-14 วัน มีชีวิตอยู่ในพื้นผิวโลหะ แก้ว ไม้ พลาสติก 4-5 วันในอุณหภูมิห้อง และอยู่ได้ 28 วัน ในอุณหภูมิ 4 องศา ในอุณหภูมิมากกว่า 30 องศา อายุจะสั้นลง (กรมควบคุมโรค, 2563; กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2564ข) เชื้อโควิด-19 ที่พบในประเทศไทย มีหลายสายพันธุ์ แต่ที่นำกังวลมี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์อัลฟา

(อังกฤษ) เบตา (แอฟริกาใต้) เดลตา (อินเดีย) และบราซิล โดยทั้งสี่สายพันธุ์เป็นเชื้อกลายพันธุ์ที่นำเข้ามาจากประเทศอื่น สามารถแพร่กระจายได้ง่ายกว่าสายพันธุ์เดิม และมีความรุนแรงมากกว่า (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2564ก)

การแพร่เชื้อ/การติดต่อ

ไวรัสโคโรนาก่อโรคได้ทั้งในคนและสัตว์ แพร่เชื้อจากสัตว์ไปสู่คนได้ (zoonotic infection) มีโอกาสกลายพันธุ์สูง (Mutation) เกิดการติดเชื้อข้ามสปีชีส์ได้มากขึ้น (cross-species transmission) (กรมควบคุมโรค, 2563) แพร่เชื้อโรคผ่านทางละอองเสมหะ (droplet inhalation) และการสัมผัส (contact) เช่น การขี้ตา (เชื้อผ่านเยื่อบุตา) การสัมผัสใบหน้าและปาก เชื้อขับออกทางอุจจาระได้ เชื้อโรคสามารถถ่ายทอดจากผู้ติดเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ภายในระยะห่าง 2 เมตร (กรมควบคุมโรค, 2563; Omer, Ali, & Babar, 2020; Thomas et al, 2020)

พยาธิสภาพของโรค

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาว สารกระตุ้นการอักเสบ cytokines และ chemokines ในเลือดสูงขึ้น เซลล์เม็ดเลือดขาวมารวมตัวกันในเนื้อปอด โปรตีนของไวรัสจะเข้าไปจับกับเอนไซม์ที่เปลี่ยนตัวรับ แองจิโอเทนซิน 2 (ACE-2) ซึ่งมีอยู่ในปอด หัวใจ ไต และทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจึงแสดงอาการของระบบทางเดินหายใจเนื้อปอดอักเสบอย่างรุนแรง เซลล์ปอดเกาะกันเป็นกลุ่มก้อน (cytopathic effect) ทำให้เซลล์ตาย (apoptosis) เซลล์เม็ดเลือดขาวติดเชื้อและกระจายไปทั่วร่างกาย (ลำไส้ ไต สมอง) ทำให้เสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2563, Rothan & Byrareddy, 2020; Salma, 2021)

การวินิจฉัยโรค

สามารถตรวจการตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจ และวินิจฉัยโรคได้ดังนี้ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2564ข; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564; Salma, 2021)

1. ผู้ติดเชื้อจะมีอาการและอาการแสดงภายใน 14 วัน ความรุนแรงขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของแต่ละคน คนที่มีความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว โรคจะรุนแรงได้เร็วขึ้น ผู้ติดเชื้อจะปรากฏอาการตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงเสียชีวิตประมาณ 6-41 วัน เฉลี่ย 14 วัน อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 54.9 ไอแห้ง ร้อยละ 50.3 ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ร้อยละ 45.2 ไข้ ร้อยละ 39.3 เจ็บคอ ร้อยละ 34.6 หายใจลำบาก ร้อยละ 29.2 หายใจลำบาก ร้อยละ 24.8 คัดจมูก ร้อยละ 24.8 สูญเสียการรับรสและกลิ่น ร้อยละ 24.8 อ่อนเพลีย ร้อยละ 17.1 ปวดท้อง ร้อยละ 9.3 และเจ็บหน้าอก ร้อยละ 4.1 (กรมควบคุมโรค, 2563; Hammad et al, 2021)

2. พบเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ค่า C-reactive protein เอนไซม์ตับและ creatine phosphokinase สูงขึ้น

3. การตรวจ computed tomography (CT) scans และเอกซเรย์ทรวงอกจะพบปอดอักเสบร้อยละ 89

4. การตรวจ reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) โดยการตรวจสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น เสมหะ หรือน้ำล้างจากหลอดลม หลั่งลม จะให้ความแม่นยำในการตรวจสูง การตรวจสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจส่วนบน ควรตรวจในกรณีที่ยังไม่มีอาการของโรค โดยควรเก็บสิ่งส่งตรวจเร็วที่สุดเมื่อเริ่มปรากฏอาการของโรค อย่างช้าภายใน 3-5 วัน เก็บใส่ในภาชนะปลอดเชื้อ และแช่ในกระติกน้ำแข็งหรือตู้เย็นทันที (อุณหภูมิ 4-8°C) แล้วส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่สามารถส่งตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง ให้แช่ตู้แช่แข็ง -70°C

5. การตรวจลำดับนิวคลีโอไทด์ (nucleotide sequencing) ต่อ ORF-1b หรือ N gene

อาการและอาการแสดงที่พบในหญิงตั้งครรภ์

อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไอแห้ง ร้อยละ 51.3-52 ปวดศีรษะ ร้อยละ 41-42.7 ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ร้อยละ 36.7 ไข้ ร้อยละ 32-34 เจ็บคอ ร้อยละ 28.4 หายใจลำบาก ร้อยละ 25.9-30 หายใจลำบาก ร้อยละ 24.4-38 คัดจมูก ร้อยละ 21.5 สูญเสียการรับรสและกลิ่น ร้อยละ 21.5 อ่อนเพลีย ร้อยละ 13.5 ท้องเสียและคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 10-14 ปวดท้อง

ร้อยละ 8.4 และ เจ็บหน้าอก ร้อยละ 3.5 (Hapshy et al., 2021; Hammad et al, 2021) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 59 ระบบการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ร้อยละ 54 หายใจลำบากเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) ร้อยละ 31 หัวใจล้มเหลว (heart failure) ร้อยละ 23 และ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ร้อยละ 20 อาการอื่นๆ ได้แก่ coagulopathy ร้อยละ 19, acute cardiac injury ร้อยละ 17, acute kidney injury ร้อยละ 15, secondary infection ร้อยละ 15, hypoproteinemia ร้อยละ 12, Acidosis ร้อยละ 9 ผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ และมีอายุมาก (Zhou et al, 2020)

รายงานของโรงพยาบาลหู่ฮั่น ในเดือนมกราคม พ.ศ.2563 พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 9 ราย อายุ 26-40 ปี อายุครรภ์ 36-39 สัปดาห์ อาการและอาการแสดงที่พบ ในหญิงตั้งครรภ์ไม่แตกต่างจากคนปกติที่ติดเชื้อ ได้แก่ มีอาการปอดอักเสบทุกราย มีไข้ 7 ราย มีอาการไอ 4 ราย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 3 ราย เจ็บคอ 2 ราย วิงเวียนศีรษะ 2 ราย ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (fetal distress) 2 ราย ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ 5 ราย เอนไซม์ตับสูงขึ้น 3 ราย แต่ไม่พบ ภาวะปอดอักเสบรุนแรงและตาย การตรวจน้ำคร่ำ (amniotic fluid) เลือดจากสายสะดือทารก (cord blood) ป้ายคอ ทารกแรกเกิด (Neonatal throat swab) และน้ำนมมารดาหลังคลอด พบผลตรวจเชื้อไวรัสเป็นลบทุกราย (Chen, Guo, Wang, Luo, & Yu et al, 2020) รายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทั้งหมด 215 ราย พบ 4 ราย ที่มีไข้และติดเชื้อ ส่วนอีก 211 ราย ไม่มีอาการใดๆ แต่ตรวจพบการติดเชื้อ 29 รายใน 29 รายมีไข้ในระยะหลัง คลอด 3 ราย แต่พบหญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจเมื่อแรกรับเป็นลบ กลับมีอาการและตรวจพบผลบวกในระยะหลังคลอด (Sutton, Fuchs, D'Alton, & Goffman, 2020) รายงานของประเทศคูเวต พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 185 คน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้เป็นส่วนใหญ่ และมีอาการไอ การคลอดมีชีพ 165 ราย (89%) มีเพียง 2 รายที่มีภาวะปอดบวมรุนแรงและต้องได้รับการดูแลในแผนกวิกฤติ (1.1%) ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ไม่มี อาการ มีเพียง 2 ราย ที่ตรวจเชื้อโควิด-19 พบผลเป็นบวก (Ayed, et al., 2020) สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงาน วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 898 ราย และเสียชีวิตจำนวน 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.78 (กรมอนามัย, 2564ข)

ผลของโรคโควิด-19 ต่อการตั้งครรภ์

โรคโควิด-19 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ติดเชื้อในเยื่อหุ้มทารก การผ่าตัด คลอดทางหน้าท้อง ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนดติดเชื้อรุนแรง การรักษา ในแผนกผู้ป่วยวิกฤติ และเสียชีวิต (Chen et al, 2020; Dashraath et al, 2020; Hammad et al, 2021; Hapshy et al, 2021; Salma, 2021; Suy, et al., 2021; Villar, et al., 2021; Zaigham & Andersson, 2020) นอกจากนี้ยังพบ มีการทำลายของ ระบบประสาทและสมอง ทำให้มีอาการของระบบประสาทที่รุนแรง และ leukoencephalopathy เช่น ชัก ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด (Rodriguez, et al., 2020) ภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ หายใจหอบ ไข้ ไอ เกล็ดเลือดต่ำ ทารกในครรภ์ มีภาวะเครียด เม็ดเลือดขาวต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน และมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) การแท้งและเสียชีวิตในครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และเสียชีวิต (Chen et al, 2020; Dashraath et al, 2020; Zaigham & Andersson, 2020; Hammad et al, 2021)

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคโควิด-19

การตั้งครรภ์ทำให้โรคโควิด-19 มีความรุนแรงมากขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอัตราการรักษา ในแผนก ผู้ป่วยวิกฤติสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า ใช้เครื่องช่วยหายใจ invasive ventilation สูงกว่า 2.9 เท่า การใช้เครื่องช่วยทำงาน ของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) สูงกว่า 2.4 เท่า และอัตราการเสียชีวิต ในหญิง ตั้งครรภ์ สูงกว่า 1.7 เท่า (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564; Zambrano et al., 2020)

การติดเชื้อโควิด-19 จากมารดาสู่ทารกในครรภ์

การตรวจเลือดจากสายสะดือ น้ำคร่ำ น้ำนม สารคัดหลั่งในช่องคลอด และอุจจาระทารก พบว่าอัตราการติดเชื้อโควิด-19 จากมารดาสู่ทารกพบได้ร้อยละ 3.2-5.3 (Jafari, Pormohammad, & Sheikh Neshin, 2021; Kotlyar et al., 2021)

การรักษา

การรักษาจะใช้ยาต้านเชื้อไวรัสแบบกว้าง ได้แก่ Oseltamivir 75 mg, Lopinavir 500 mg และ Ritonavir 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง ส่วนยาทางหลอดเลือดดำใช้ Ganciclovir 0.25 gm. 3-14 วัน มีรายงานการใช้ยา Remdesivir และ Chloroquine ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 แล้วอาการดีขึ้น (Rothan & Byrareddy, 2020) หรือใช้สูตร Lopinavir/Ritonavir (400 mg/100 mg)+ α -Interferon (5 million IU ผสมน้ำกลั่น 2 ml) และสามารถให้สูตรนี้ในหญิงตั้งครรภ์ได้ ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียสามารถให้ยา Ceftriaxone ได้ ไม่ควรใช้ Corticosteroid แนะนำให้ใช้ Methylprednisolone เมื่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Omer et al, 2020) ถ้ามีการติดเชื้อไวรัสที่ระบบประสาท ส่วนกลาง (Leukoencephalopathy) สามารถให้ Enoxaparin 40 mg วันละครั้ง (Rodriguez et al, 2020)

การรักษาโรคโควิด-19 ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค (2564) ได้ให้แนวทางการรักษาโดยแบ่งกลุ่มตามอาการได้เป็น 4 กรณี ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อโควิด - 19 ที่ไม่มีอาการ (confirmed case: asymptomatic COVID - 19) แนะนำให้นอนโรงพยาบาล อย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ หากมีอาการให้ตรวจวินิจฉัยและรักษา ตามสาเหตุไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส เพราะส่วนมากสามารถหายได้เอง และอาจได้รับผลข้างเคียงจากยา
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ และไม่มีปัจจัยเสี่ยง ภาวะถ่ายรังสีปอดปกติ (symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) ให้ดูแลรักษาตามอาการ อาจให้ยา Favipiravir ตามดุลยพินิจของแพทย์ ส่วนมากหายได้เอง ให้นอนโรงพยาบาล อย่างน้อย 14 วัน หรือจนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือไม่มีอาการอื่นๆ แล้วอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง
3. อาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยง (symptomatic COVID-19 with risk factors for severe disease or having co-morbidity or mild pneumonia) ได้แก่ อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือมีภาวะปอดบวม (pneumonia) เล็กน้อย ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 4 ให้นอนโรงพยาบาล อย่างน้อย 14 วัน หรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น ให้ Favipiravir 5-10 วัน ถ้ามีอาการ และภาพถ่ายรังสีปอดแย่ลง หรือค่า room air SpO₂ $\leq$ 96 % หรือ SpO₂ ขณะออกกำลังกายลดลง > 3% (exercise-induced hypoxia) อาจให้ Corticosteroid ร่วมกับ Favipiravir
4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมและมี Hypoxia (resting O₂ saturation < 96 %) หรือมีการลดลงของออกซิเจน $\geq$ 3% ขณะออกกำลังกาย (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกแย่ลง แนะนำให้ Favipiravir 5-10 วัน อาจให้ Lopinavir/Ritonavir 5-10 วัน และให้ Corticosteroid ร่วมด้วย

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้จดทะเบียนกับองค์การอนามัยโลก และนำมาใช้แล้วในหลายประเทศ ได้แก่ Pfizer, Covishield, AstraZeneca, Janssen, Moderna และ Sinopharm (WHO, 2021c) คนที่ได้รับวัคซีนแล้วหากมีการติดเชื้อ จะสามารถลดความรุนแรงของโรค ลดการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการป่วยวิกฤติ การนอน ICU และลดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, 2564)

รายงานผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 แต่ละชนิด มักพบเป็นปฏิกิริยาเฉพาะที่ เช่น อาการปวด บวม แดง คัน หรือไข้บริเวณที่ฉีดวัคซีน อ่อนเพลีย และรู้สึกไม่สบายตัว ปวดศีรษะเล็กน้อย อาการคล้ายมีไข้ คลื่นไส้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และข้อ หนาวสั่นและท้องร่วง ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา อาการที่พบได้เล็กน้อย ได้แก่ มีไข้ มีก้อนที่บริเวณที่ฉีด ยา เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่น ปวดท้อง อาเจียน ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออกมากผิดปกติ ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ น้ำมูกไหล ไอ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564ข; WHO, 2021d)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ได้ และไม่แนะนำให้ชะลอการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากการฉีดวัคซีน (WHO, 2021e) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับวัคซีนโควิด-19 ได้ทุกชนิด เมื่อมีอายุครรภ์ มากกว่า 12 สัปดาห์เป็นต้นไป (กรมควบคุมโรค, 2564ข) และแนะนำให้ฉีดวัคซีนในมารดาที่ให้นมบุตรได้ (ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

1. แนวปฏิบัติของการจัดคลินิกรับฝากครรภ์

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีความเสี่ยงหรือเสี่ยงต่ำต่อการติดเชื้อโควิด-19 มีแนวปฏิบัติดังนี้ (ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564; กรมอนามัย, 2564ก)

1.1. จัดระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ ให้มีจุดคัดกรอง มีอุปกรณ์ ป้องกัน เช่น ทุกคนสวมหน้ากากอนามัย มีแผงพลาสติกกัน มีเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อบริการก่อนและหลังการ สัมผัสสิ่งต่างๆ

1.2. ชักประวัติและประเมินระดับความเสี่ยง ถ้าเป็นผู้สัมผัสความเสี่ยงต่ำ แนะนำให้มาฝากครรภ์ตามนัด

1.3. ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล เช่น มีเบอร์โทรศัพท์สายด่วนไลน์ เพจหรือกลุ่มออนไลน์ และมีเจ้าหน้าที่ที่พร้อมประสานงานและอำนวยความสะดวก ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการฝากครรภ์

1.4. ให้คำแนะนำการป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 มีหลักการที่สำคัญคือ เน้น droplet precaution และ Indirect contact precaution โดยแนะนำให้ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดอย่างน้อย 20 วินาที (hand washing) หรือการถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์แล้วรอจนเจลแห้ง (rubbing alcohol) สวมหน้ากากอนามัย อย่างถูกต้อง (wearing mask properly) หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ปาก ขี้ตา แคะจมูก เว้นระยะห่าง อย่างน้อย 2 เมตร หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของเครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ หรือ ปรุงอาหารให้สุกร้อนทั่วถึง เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวที่หยิบจับสัมผัสบ่อยๆ เช่น ลูกบิด ที่จับประตู ราวบันได ปุ่มกดลิฟต์ วัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ด้วยแอลกอฮอล์หรือน้ำสบู่ ปิดฝาชักโครกทุกครั้งทีกดล้าง หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่ผู้คนหนาแน่น และงดการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงหรือสัมผัส หรือใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด-19) ให้การดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเช่นเดียวกับกลุ่มไม่เสี่ยงหรือเสี่ยงต่ำ แต่ให้เพิ่มการป้ายสิ่งคัดหลั่งจากจมูกและลำคอส่งตรวจ RT-PCR ให้เฝ้าสังเกตอาการที่บ้าน กรณีผลตรวจ เป็นลบ ให้สังเกตอาการจนครบ 14 วัน ถ้าผลตรวจเป็นบวก ให้กักตัวที่บ้าน 14 วัน และแยกตนเองออกจาก ครอบครัว ถ้ามีอาการให้รับมาโรงพยาบาลทันที กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์หรือเจ็บครรภ์คลอด ต้องแจ้ง เจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าจะตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน

2. แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องคลอด

มีแนวปฏิบัติดังนี้ (ฉัตรดาว สุจริต, 2564; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

2.1. ให้ตรวจหาเชื้อด้วยวิธี RT-PCR จากสิ่งคัดหลั่งที่ป้ายจากลำคอและโพรงจมูกในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อสูง

2.2. กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการ ให้ส่งตรวจ RT-PCR และรับไว้ในโรงพยาบาล ให้สวมหน้ากาก อยู่ห้องแยกหรือห้องความดันลบ บุคลากรและญาติใส่ชุดป้องกันเต็มที่ จำกัดจำนวนญาติ เตรียมชุดทำคลอดและอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารกไว้

2.3. กลุ่มเสี่ยงสูงมีอาการและผลตรวจเป็นบวก ให้เฝ้าระวังโดยวัดไข้และสัญญาณชีพ วัด O₂ sat และ chest imaging (CT หรือ CXR) และเฝ้าระวังทารกในครรภ์โดยฟังเสียงหัวใจทารกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ถ้าจำเป็นสามารถให้ยากระตุ้นปอดและให้ยาปฏิชีวนะได้ จำกัดจำนวนญาติและบุคลากร ที่ดูแลผู้ป่วยและเครื่องมือต่างๆ ให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

2.4. ให้คลอดทางช่องคลอดได้ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์หรือข้อตกลงของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย บุคลากร และข้อจำกัดด้านทรัพยากร

2.5. หากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากหรือเบ่งไม่ไหว ให้ทำสูติศาสตร์หัตถการ เพื่อช่วยลดระยะที่สองของการคลอด และสามารถทำ delayed cord clamping ได้ถ้าไม่มีข้อห้าม

2.6. สามารถทำ epidural block เพื่อระงับอาการเจ็บครรภ์ แต่ไม่แนะนำให้ใช้ก๊าซสูดดมเพื่อระงับความปวด เพราะอาจจะทำให้เชื้อไวรัสแพร่กระจายได้

2.7. กรณีที่อาการของผู้ป่วยแย่ลง พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้การช่วยกู้ชีพมารดามีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีอาการมากกว่า 1 ข้อต่อไป ความดัน systolic ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็วกว่า 22 ครั้งต่อนาที Glasgow coma score ต่ำกว่า 15 ให้ย้ายเข้าไปดูแลในแผนกผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ถ้ามีการติดเชื้อ ในกระแสเลือด อวัยวะภายในล้มเหลว ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ให้ยุติการตั้งครรภ์

2.8. ทำความสะอาดห้องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันทีหลังใช้ห้องเสร็จ

3. แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระยะหลังคลอดและการให้นมบุตร

มีแนวปฏิบัติดังนี้ (กรมอนามัย, 2564ก; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

3.1. ควรตรวจหาเชื้อในทารกทุกราย ที่มารดาติดเชื้อหรือสงสัยจะติดเชื้อที่ 24 ชั่วโมง ด้วยวิธี RT-PCR จากการทำ nasopharynx, oropharynx หรือ nasal swab ถ้าผลลบให้ตรวจซ้ำที่ 48 ชั่วโมง

3.2. ให้แยกทารกที่มารดาติดเชื้อหรือสงสัยจะติดเชื้อออกจากทารกอื่นๆ มารดาและทารกอยู่ในห้องเดียวกันได้ (Rooming-in) โดยมารดาสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังการสัมผัสทารก การบีบน้ำนม สัมผัสขวนนมหรืออุปกรณ์อื่นๆ จัดเตียงมารดาห่างจากเตียงทารก 6 ฟุตขึ้นไป ใช้น้ำกั้น หรือให้ทารกอยู่ในตู้อบ (incubator)

3.3. กรณีที่มารดามีอาการหนักหรือทารกป่วยที่ต้องการดูแลใกล้ชิด ให้แยกมารดาและทารก

3.4. กรณีมารดาติดเชื้อหรือสงสัยจะติดเชื้อที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ ให้อยู่กับบุตรมี Skin-to-skin contact และดูนมจากเต้าได้ โดยให้ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับข้อ 3.2 ถ้ามารดาอาการหนัก แนะนำให้บีบน้ำนมด้วยมือหรือเครื่องปั๊ม ให้ญาตินำไปเลี้ยงทารก

สรุป

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อผู้คนอย่างกว้างขวางหลายด้าน เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ มีการแพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก รวมทั้งยังไม่มียารักษาโรค ทำให้การบริหารจัดการโรค ยังมีความสับสน และไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 นับว่า

เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจปัญหา และให้บริการหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง และลดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2563, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กรมควบคุมโรค. (2564ก). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/1.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564ข). วัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/>
- กรมควบคุมโรค. (2564ค). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no572-280764.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564ง). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g04_CPG170464.pdf
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2564ก). ห้องปฏิบัติการในประเทศไทยพร้อมร่วมมือกันเฝ้าระวังเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 กลายพันธุ์ - 2. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2564ข). คู่มือการตรวจวินิจฉัย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th>
- กรมอนามัย. (2564ก). การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. สืบค้น 25 เมษายน 2564, จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th>
- กรมอนามัย. (2564ข). การขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2564, จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/pagegroup-mch/205741/>
- จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ และ สมชัย จิตสุชน. (2563). ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564, จาก <https://tdri.or.th/2020/08/covid19-impact-early-child/>
- ฉัตรดาว สุจิต. (2564). การดูแลมารดาทารกยุค New Normal ในสถานการณ์โควิด-19: บทบาทของสถานบริการและสถานศึกษา. (เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์) วันที่ 1-2 เมษายน 2564 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร วนาภิรักษ์. (2564). การดูแลมารดาทารกยุค New Normal ในสถานการณ์โควิด-19: บทบาทของสถานบริการและสถานศึกษา. (เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์) วันที่ 1-2 เมษายน 2564 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร.
- รัฐสภา. (2563). สรุปมาตรการและการดำเนินงานของไทย 2019. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564, จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link/
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19. ฉบับปรับปรุง Version 4 วันที่ 22 มกราคม 2564. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564, จาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp/>

- ศรุตานนท์ ขอบประดิษฐ์. (2564). วิถีโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างไร Covid 19 Crisis Affect Social Change. *วารสารชัยภูมิปริทรรศน์*, 3(2), 1-14.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). สถานการณ์ความมั่นคงระหว่างประเทศภายหลังการระบาดของไวรัส COVID-19. สืบค้นเมื่อ 4 ก.ค 2564, จาก <http://www.nsc.go.th/?p=6974/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564, จาก http://ittdashboard.nso.go.th/covid19_report_social.php/
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2563). แถลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนที่ 24 ก.25 มีนาคม 2563.
- องค์การยูนิเซฟประเทศไทย. (2564) โรคโควิด - 19. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/>
- Ayed, A., Embaireeg, A., Benawadh, A., Al-Fouzan, W., Hammoud, M., & Al-Hathal, M., Ayed, M (2020). Maternal and perinatal characteristics and outcomes of pregnancies complicated with COVID-19 in Kuwait. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 754. doi:10.1186/s12884-020-03461-2
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, P. W., Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet (London, England)*, 395(10226), 809–815. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
- Dashraath, P., Wong, J. L. J., Lim, M. X. K., Lim, M. L., Li, S., Biswas, A., Su, L. L. (2020). Special report: coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(6), 521–531. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021/>
- Hapshy, V., Aziz, D., Kahar, P., Khanna, D., Johnson, K. E., & Parmar, M. S. (2021). COVID-19 and pregnancy: risk, symptoms, diagnosis, and treatment. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 3(7), 1477–1483.
- Hammad, W. A. B., Beloushi, M. A., Ahmed, B., & Konje, J. C. (2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy - An overview. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 263, 106–116. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.001
- Jafari, M., Pormohammad, A., Sheikh Neshin, S. A. S., Ghorbani, S., Bose, D., Alimohammadi, S., Zarei. M. (2021). Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Review in Medical Virology*, e2208. doi:<https://doi.org/10.1002/rmv.2208/>
- Kotlyar, A. M., Grechukhina, O., Chen, A., Popkhadze, S., Grimshaw, A., & Tal, O. Tal., R. (2021). Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 224(1), 35–53.e3. doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.049/
- Omer, S., Ali, S., & Babar, Z. D. (2020). Preventive measures and management of COVID-19 in pregnancy. *Drugs & Therapy Perspectives*, 36, 246–249.
- Rodriguez, A. G., Contreras, S. M., Fernandez Manovel, S. N., Marcos Vidal, J. M., Buron, F. D., & Fernandez, C. F., Gonzalez. M. D. C. R. (2020). SARS-COV-2 infection during pregnancy, a risk factor for eclampsia or neurological manifestations of COVID-19? Case report. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 587. doi:10.1186/s12884-020-03275-2/

- Rothan, H. A. & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109.
- Salma, U. (2021). Relationship of COVID-19 with pregnancy. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 60, 405-411.
- Sutton, D., Fuchs, K., D'Alton, M., & Goffman, D. (2020). Universal screening for SARS- CoV-2 in women admitted for delivery. *New England Journal of Medicine*, 382(22), 2163-2164, <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009316>
- Suy, A., Garcia-Ruiz, I., Carbonell, M., Garcia-Manau, P., Rodo, C., Maiz, N., ...Sullerio, E. (2021). Gestation and COVID-19: clinical and microbiological observational study (GestaCOVID19). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(78). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03572-4>
- Thomas, B., Pallivalapila, A., Kassen, W. E., Tarannum, A., Hail, F., Rijims, M., Hail, M. A. (2020). Maternal and perinatal outcomes and pharmacological management of Covid-19 infection in pregnancy: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 9, 161.
- Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., & Kholin, A. Papageorgiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 Infection. *JAMA Pediatrics*, 175(8), 817–826 doi : 10.1001/jamapediatrics.2021.1050.
- WHO. (2021a). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. Retrieved July 29, 2021, from <https://covid19.who.int/table>.
- WHO. (2021b). *Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems*. Retrieved July 3, 2021, From <https://www.who.int/news/item/impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>.
- WHO. (2021c). *Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines*. Retrieved July 7, 2021, from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-vaccines>.
- WHO. (2021d). *Side effects of COVID-19 vaccines*. Retrieved July 7, 2020, from <https://www.who.int/news-room/feature-stories/side-effects-of-covid-19-vaccines>.
- WHO. (2021e). *Should pregnant women be vaccinated?* Retrieved July 7, 2020, from <https://www.who.int/news-room/feature-stories/who-can-take-covid-19-vaccines>.
- Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetric et Gynecology Scandinavica*, 99(7), 823-829.
- Zambrano, L. D., Ellington, S., Strid, P., Galang, R. R., Oduyebo, T., & Tong, V. T. Meaney-Delman, D. (2020). Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory – confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy tatus-United States, January 22–October 3, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(44), 1641-1647.
- Zhenmin, L. (2020). *Message on COVID-19 from USG*. United Nations. Retrieved April 22, 2020, from <https://www.un.org/development/desa/statements/mr-liu/2020/03/message-on-covid-19/>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Z., Liu, Y., ...Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 395, 1054–1062.

การศึกษาพยาบาลกับคนต่างรุ่นยุคศตวรรษที่ 21

เปรมฤดี ศรีวิชัย^{*1}

บทคัดย่อ

การศึกษาพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งความเปลี่ยนแปลงเกิดอย่างรวดเร็ว เป็นผลจากความเจริญด้านเทคโนโลยี ทำให้การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นไปได้โดยง่ายมากขึ้น ผู้สอนต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นโค้ช (coach) คือ สอนให้น้อย กระตุ้นให้ผู้เรียนเรียนรู้ให้มาก และกระตุ้นให้มีการสร้างสรรค์และพัฒนาตัวเอง ในขณะที่ผู้สอนในปัจจุบันต่างมีประสบการณ์หลากหลาย เป็นคนในรุ่น generation B (Gen B), generation X (Gen X) และ generation Y (Gen Y) ที่ต้องมีความเข้าใจผู้เรียนยุคใหม่ และปรับบทบาทการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของผู้เรียนที่อยู่ใน generation Z (Gen Z) ซึ่งเติบโตมาพร้อมกับเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยีซึ่งเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว อาจเป็นผลให้ผู้สอนและผู้เรียนมีความต่างกันมาก จึงควรมีความคิดวิเคราะห์เพื่อเข้าใจความแตกต่าง และแสวงหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้เรียนและผู้สอนต่างรุ่น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี และเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้ได้อธิบายลักษณะคนทั้ง 4 รุ่น ประกอบด้วย Gen B, Gen X, Gen Y และ Gen Z และเสนอวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมระหว่างผู้สอนรุ่นต่าง ๆ กับผู้เรียน Gen Z ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเป็นประโยชน์ในการจัดการศึกษาให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การศึกษาพยาบาล, คนต่างรุ่น, ศตวรรษที่ 21

วันที่รับ: 28 พฤศจิกายน 2563 วันที่แก้ไข: 18 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 23 สิงหาคม 2564

^{*} พยม. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก
อีเมล: premruedee.s@bcnpy.ac.th

Nursing education for different generations in the 21st Century

Premrudee Sriwichai^{*1}

Abstract

Nursing education in the 21st century has changed rapidly, as a result of advance technology. It makes self-study more easily possible. The teacher roles have changed to be a coach, that is, doing less actual teaching and more motivating the students to learn on their own, as well as be creative and develop himself or herself. Instructors have different experiences; they are generation of baby boomer, generation X, and generation Y. They must adjust their roles as a teacher to be consistent with the characteristics and behavior of the current students, generation Z, who were growing up with access to internet and technology advancement. For teachers and learners of different generations, it is necessary to have interaction with each other and seek ways to encourage learners and teachers of different generations good interaction and learning effectively. This article explains in detail the 4 generations of Gen B, Gen X, Gen Y and Gen Z, which, if people in each generation have knowledge and understanding of each other's behavior, can learn together to improve the quality of education management.

Keywords: Nursing education, Different generations, The 21st Century

Submitted: November 28, 2020 Revised: August 18, 2021 Accepted: August 23, 2021

* MNS., Boromarajonani College of Nursing Phayao, Praboromarajchanok Institute
Email: premrudee.s@bcnpy.ac.th

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อการศึกษา และหัวใจของการเรียนรู้ คือมุ่งเน้นการสร้างให้ผู้เรียนเป็นนักคิดและนักพัฒนา ส่งผลให้บทบาทของครูเปลี่ยนแปลงไป ต้องมีการปรับเปลี่ยนลักษณะการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเป้าหมายของการศึกษาในยุคศตวรรษที่ 21 ครูไม่สามารถเป็นผู้สอนอย่างเดียวเหมือนในอดีต แต่ต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองด้วย จึงมีบทบาทเป็นผู้ออกแบบการเรียนรู้ ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ สร้างสรรค์และพัฒนาองค์ความรู้ได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ในบริบทของการศึกษา ทั้งผู้สอนและผู้เรียนต่างมีบทบาทที่สำคัญที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ของผู้สอนและผู้เรียน ที่ได้รับความสนใจ คือการมีช่วงอายุที่แตกต่างกัน มีคำเรียกคนที่มีช่วงอายุต่างกันและมีลักษณะแตกต่างกันว่า คนต่างรุ่น ซึ่งหมายถึง กลุ่มคนต่างอายุต่างวัย ที่มีลักษณะเฉพาะ และความแตกต่างทางลักษณะครอบครัว การศึกษา ความต้องการส่วนบุคคล จริยธรรมค่านิยม ความคิดและทัศนคติ ในสถานศึกษาพยาบาลประกอบด้วยผู้สอนที่ต่างรุ่น อายุเช่นกัน ประกอบด้วย Baby boomer (Gen B), Generation X (Gen X), และ Generation Y (Gen Y) และผู้เรียนอยู่ในยุค Generation Z (Gen Z) (กัญญาตา ประจุศิลปะ, 2561) ในปัจจุบัน ผู้เรียนส่วนใหญ่อยู่รุ่น Gen Z ที่เติบโตมาพร้อมกับความสามารถเข้าถึงเทคโนโลยี และค่อนข้างมีพฤติกรรมเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่อาจารย์พยาบาลต้องทบทวนบทบาทและวิธีการสอนของตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียน การศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับความ ต่างรุ่นระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนเป็นอย่างมาก โดยมุ่งหวังให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนด้านการศึกษาพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บทความเรื่องนี้จะนำเสนอโดยสังเขปเกี่ยวกับ การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 และอธิบายลักษณะของคนแต่ละรุ่น และพฤติกรรมการเรียนรู้ของ Gen Z การเรียนการสอนและการปรับตัวระหว่างผู้สอนแต่ละรุ่นกับผู้เรียน Gen Z และข้อเสนอแนะในการจัดการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล Gen Z

การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21

แนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยใช้แนวทางการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้ใหม่ และสร้างสิ่งประดิษฐ์ใหม่โดยใช้กระบวนการทางปัญญาหรือกระบวนการคิด กระบวนการทางสังคมหรือกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในการเรียน และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ เครือข่ายองค์การความร่วมมือเพื่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (เครือข่าย P21, มปป.) ได้กำหนดกรอบความคิดในการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ให้ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการงานและการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้เรียนทุกคนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาหลักด้านวิชาการ ร่วมกับทักษะที่จำเป็นในสามด้าน ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะด้านสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ นั่นหมายความว่า ภายใต้บริบทการสอนความรู้ทางวิชาการ ผู้เรียนต้องเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ประสบความสำเร็จในโลกปัจจุบัน เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การสื่อสารและความร่วมมือกัน เนื่องจากบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการพัฒนาเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก เพื่อสร้างทักษะให้กับนักศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการยุคศตวรรษที่ 21 โดยจัดให้มีวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล และทักษะอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาการพยาบาล (มคอ. 1)

ซึ่งพัฒนาขึ้นบนฐานของแนวคิดทักษะศตวรรษที่ 21 การเรียนการสอนจึงมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาเพิ่มเติม อาทิ การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และสุขภาพในปัจจุบัน ได้มีพัฒนาวิธีการสอนแบบต่างๆ เช่น การพัฒนาทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) การพัฒนาการกระบวนการคิดและการตัดสินใจ ด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด (reflective thinking) และการใช้สถานการณ์จำลอง (simulation based learning) เป็นต้น (วิศิตา พุกแก้ว และชนทอง วัฒนะประดิษฐ์, 2559; วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี, และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, 2559; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2561) รวมทั้งการจัดการเรียนรู้ออกจากสถานการณ์จริงในสถานบริการที่หลากหลาย ทั้งโรงพยาบาลและชุมชน นอกจากนี้ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) การเรียนการสอนออนไลน์ ได้ถูกนำมาใช้ เป็นอีกวิธีการสอนหลักของการศึกษาพยาบาล ซึ่งหมายความว่า การเรียนการสอนต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การจะบรรลุถึงเป้าหมายทักษะศตวรรษที่ 21 มุ่งองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งคือ การตระหนักถึง การยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ หรือความแตกต่างของผู้เรียน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ดังนั้นการมีความเข้าใจลักษณะของคนรุ่นต่างๆ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเรียนรู้

ลักษณะของคนแต่ละรุ่น

ในบริบทของศตวรรษที่ 21 ที่เทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญต่อการศึกษา และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างคนรุ่นต่าง ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างมากขึ้น ในบริบทการจัดการศึกษาทางการพยาบาล ผู้สอนหรือครูพยาบาลในปัจจุบันมีหลายรุ่น ประกอบด้วย Gen B, Gen X, และ Gen Y ในขณะที่ผู้เรียนอยู่ใน Gen Z ซึ่งมีความหลากหลาย มีความแตกต่างในหลายๆ ด้าน ดังนั้นเราควรทราบถึงลักษณะเด่นของคนต่างรุ่นแต่ละรุ่น (Knight, 2014) จะช่วยให้การเรียนรู้และเข้าใจบุคคลในวัยต่าง ๆ ในที่นี้ขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะใน 4 generation ที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจกันทั้งผู้สอนและผู้เรียน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558; เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา, และ ธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2559; กัญญดา ประจุศิลป์, 2561) ดังนี้

Baby Boomer (Gen B) เกิดในปี พ.ศ. 2489 - 2507 ปัจจุบัน (พ.ศ. 2564) อายุอยู่ในช่วงอายุ 57-75 ปี มีชีวิตในช่วงสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นยุคที่บ้านเมืองสงบหลังจากสงคราม จึงต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าทางวิทยาการใหม่ ๆ หรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ โทรศัพท์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต คนกลุ่มนี้มีครอบครัวที่มั่นคง ทุ่มเทชีวิตให้กับการทำงาน ชอบทำงานเป็นทีม ไม่ชอบกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน ไม่เปลี่ยนงานบ่อย ลักษณะนิสัย ใช้ชีวิตเรียบง่าย เป็นคนจริงจังเคร่งครัดเรื่องขนบธรรมเนียม ประเพณี ประหยัด อุดมถ่อม ค่านิยมร่วมเป็นคนมองโลกในแง่ดี จงรักภักดีต่อองค์กรการสูง ทำให้คนกลุ่มนี้ต้องพัฒนาตนเอง โดยมุ่งเน้นเรื่องด้านสุขภาพ ด้านเทคโนโลยี ด้านทักษะความสามารถในการทำงานเฉพาะด้าน รวมถึงด้านการเงิน เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการทำงาน อาจารย์พยาบาล Gen B จะมีความแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็น Gen Z มาก จึงต้องมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เริ่มยอมรับนวัตกรรมในการสอน เชื่อว่าเทคโนโลยีและนวัตกรรมต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ เชื่อมั่นว่าครูมีความสำคัญต่อความสำเร็จของผู้เรียน และลักษณะการสอน ผู้เรียนมีโอกาสนในการแสดงความคิดเห็น ผู้หญิงได้รับโอกาสมีอาชีพและเข้าถึงการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้สอนถือว่าเป็นแบบอย่างที่ดีของคนในสังคม (Duse & Duse, 2016) ในปัจจุบันบุคคลกลุ่มนี้มักเป็นผู้บริหารสูงสุดของสถาบัน การศึกษาพยาบาล

Generation X (Gen X) เกิดในปี พ.ศ. 2508-2523 ปัจจุบัน (พ.ศ. 2564) อายุอยู่ในช่วงอายุ 41-56 ปี บุคคลหรือกลุ่มบุคคลนี้อยู่ในยุค ฟังเพลงเพื่อชีวิต ใช้โทรศัพท์ในการสื่อสาร ค่านิยมร่วมเป็นคนขี้สงสัย รักสนุก ชอบความไม่เป็นทางการ คนคนนี้น่ามาจากครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่ให้ความสำคัญกับการทำงานลูกโดดเดี่ยว มีความคิดว่า

การศึกษาเป็นสิทธิและเครื่องมือสู่ความก้าวหน้า แต่ต้องสมดุลกับชีวิตส่วนตัว การเงินใช้หลักบริหารทางการเงิน ประหยัด ระวังการใช้จ่ายเงิน ปัจจุบันคนยุค Gen X มีแนวคิดและการทำงานในลักษณะรู้ทุกอย่างทำทุกอย่างได้ เพียงลำพังไม่พึ่งพาใคร เป็นตัวของตัวเองสูง มีความคิดเปิดกว้าง มีความคิดสร้างสรรค์ คิดนอกกรอบ เป็นคนมีระบบ และทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน บริหารงานและชีวิตได้อย่างสมดุล เมื่อ Gen X เป็นครู จะชอบการสอนมากกว่าการวิจัย และลักษณะการสอนจะมีความสามารถใช้เทคโนโลยีในการสอน (Duse & Duse, 2016)

Generation Y (Gen Y) เกิดในปี พ.ศ. 2524-2539 อายุอยู่ในช่วงอายุ 25-40 ปี (พ.ศ. 2564) มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ ชอบเสพข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ขี้เบื่อ ชอบสังคม มีอิสระในความคิด กล้าซัก กล้าถามในทุกเรื่องที่ตัวเองสนใจ ไม่หวั่นกับคำวิจารณ์ มีความเป็นสากลมาก มองว่าการนิยมชมชอบวัฒนธรรม หรือศิลปินต่างชาติเป็นเรื่องธรรมดา มีการศึกษาดี มีลักษณะนิสัยชอบการแสดงออก ไม่ชอบถูกบังคับให้อยู่ในกรอบ คนกลุ่มนี้สามารถทำอะไรหลาย ๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน แต่ไม่โดดเด่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ต้องการสร้างสมดุลของชีวิตทั้งงาน และการเล่น ค่านิยมในการทำงานของคนรุ่นนี้ คือ มองหางานในองค์กรที่มั่นคง ต้องการรายได้สูง ต้องการความก้าวหน้าเร็ว และต้องการค่าตอบแทนเป็นรางวัล (Zemke, Raines, & Filipczak, 2000) ปัจจุบัน คนกลุ่มนี้อยู่ในทั้งช่วงวัยเรียน และวัยทำงาน และจากการที่ยุคนี้เป็นยุคที่มีเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงไม่น่าแปลกใจที่คนกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสาร ชอบงานด้านไอที ใช้ความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เมื่อ Gen Y เป็นครู จะมีความคาดหวังให้ ผู้เรียนชอบการแข่งขัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เชื่อมโยงกับเทคโนโลยีมากขึ้น และส่งผลให้ผู้เรียนขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีลักษณะการสอน ที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ และต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการสอน (Duse & Duse, 2016)

Generation Z (Gen Z) คือ คนที่เกิดในปี พ.ศ. 2540-2555 ปัจจุบัน (พ.ศ. 2564) อายุอยู่ในช่วงอายุ 9 - 24 ปี กลุ่ม Gen Z มีความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมาตั้งแต่ยังเด็ก เพราะพ่อแม่ใช้สิ่งเหล่านี้ในชีวิตประจำวัน มีความเป็นผู้ใหญ่เร็วเพราะมีความพร้อมเปิดรับประสบการณ์ จากการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย มีความสามารถในการตัดสินใจ และการคิดแบบผู้ใหญ่ แต่มักไม่ชอบการเสี่ยง ระวังตัว และมีความกลัว สิ่งต่างๆ เพราะชีวิตมักได้รับการปกป้องจากพ่อแม่ เนื่องจากการเป็นลูกคนเดียวหรือพี่น้องอีกคนหนึ่งคน ซึ่งมักเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาระหว่างพ่อแม่ กับครูในโรงเรียน (McQueen, 2011) นอกจากนี้คนกลุ่มนี้ยังมีความคิดสร้างสรรค์ รอบรู้ มีโลกส่วนตัวสูง เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง (สุปราณี พลชนะ, 2563) นอกจากนี้ Gen Z ยังชอบอ่านหนังสือน้อยมาก และมีแนวโน้มติดสื่อสังคมออนไลน์ พวกเขาเติบโตมาพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกมากมายที่อยู่แวดล้อม แต่สิ่งหนึ่งที่เด็ก Gen Z แตกต่างจากรุ่นอื่น ๆ สมัยที่ยังเป็นเด็กอยู่ก็คือ เด็ก Gen Z นี้จะเห็นภาพที่พ่อแม่ต้องออกไปทำงานทั้งคู่ ต่างจากรุ่นก่อนๆ ที่อาจจะมีย่าออกไปทำงานคนเดียว ด้วยเหตุผลนี้ เด็ก Gen Z หลาย ๆ คนจึงได้รับการเลี้ยงดูจากคนอื่นมากกว่าพ่อแม่ของตัวเอง เนื่องจากเกิดมาในยุคที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย จึงทำให้เยาวชนในยุคนี้มีการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิต และยากที่อยู่อย่างปราศจากอินเทอร์เน็ต เมื่อ Gen Z เป็นนักศึกษาพยาบาล จะมีเป้าหมายเฉพาะในการเรียน ส่วนใหญ่จะมุ่งให้สำเร็จการศึกษาโดยไม่ค่อยคำนึงถึงในสิ่งที่ต้องได้รับการเรียนรู้ที่คุ้มค่า นักศึกษาบางคนเลือกศึกษาตามเพื่อนเพราะลักษณะของคนรุ่นนี้จะติดเพื่อน และคิดว่าเพื่อนคือผู้ช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับตน นักศึกษาที่เรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์จึงไม่ค่อยจริงจังกับการศึกษาเพื่อนำความรู้ไปประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทำให้นักศึกษายุคนี้ไม่สนใจติดตามเนื้อหาการเรียนการสอนแบบเคร่งครัด ขาดการเรียนรู้ในการศึกษาเพื่อที่จะเข้าใจในบทเรียนอย่างถ่องแท้ จากการมีวิถีชีวิตที่สะดวกสบาย เข้าถึงแหล่งข้อมูลง่าย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558; 2562)

พฤติกรรมการเรียนรู้ของ Generation Z

พฤติกรรมของผู้เรียนมีผลต่อการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ พบว่า Gen Z มีพฤติกรรมและ แนวโน้มดังต่อไปนี้ คือ (Grail Research, 2011; Duse & Duse, 2016)

1. มีการเติบโตมาพร้อมกับอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยี การเข้าถึงเทคโนโลยีทำให้ Gen Z ต้องพึ่งพาและเรียนรู้จากเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 31 ของผู้เรียน Gen Z ในสหรัฐฯ ต้องการ iPad มากกว่าอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ รองลงมาคือคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 29 และ ไอพอด (iPod touch) ร้อยละ 29 นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของเด็กผู้หญิง เข้าชมเว็บไซต์ช้อปปิ้งออนไลน์เป็นประจำ ร้อยละ 13 ของเด็กผู้หญิงซื้อสินค้าทางออนไลน์เป็นประจำ และร้อยละ 35 ของเด็กผู้หญิง เป็นเจ้าของอุปกรณ์เกมพกพา ในการสำรวจทั่วโลก Gen Z ปฏิเสธทีวีแบบเดิม โดยส่วนใหญ่ จะใช้ streaming Video On Demand (VOD) โดยร้อยละ 51 ดูผ่านคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล และร้อยละ 43 ดูผ่านมือถือ (Grail Research, 2011)

2. มีการใช้สื่อสารสนเทศที่ใช้งานง่ายและโต้ตอบได้ คนกลุ่มนี้เป็นคนทำงานหลายอย่าง (Multitaskers) ในเวลาเดียวกัน จึงมีความต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยให้พวกเขาทำกิจกรรมที่หลากหลายได้ในเครื่องเดียว ที่มีการออกแบบที่เรียบง่าย และโต้ตอบกันได้ ตัวอย่างเช่น โน้ตบุ๊ก และอุปกรณ์หน้าจอสัมผัสอย่าง iPad ที่สามารถดึงดูดเด็ก ๆ จากการที่มีขนาดเล็กและใช้งานง่าย นอกจากนั้นยังรวมถึงแพลตฟอร์มโซเชียลที่ช่วยให้ผู้ใช้สามารถโพสต์ข้อความ รูปภาพ ลิงค์เสียง วิดีโอสไลด์ โชว์ ฯลฯ ไปยังบล็อกที่กำหนดเองในบัญชี Twitter หรือ Facebook โดยใช้ แอปพลิเคชันง่าย ๆ ดังนั้นอุปกรณ์ทางการศึกษาที่มีคุณสมบัติช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้เรียน อุปกรณ์เหล่านี้เป็นที่ชื่นชอบของผู้เรียน โดยต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (Grail Research, 2011)

3. มีความรับผิดชอบต่อสังคม Gen Z เกิดมาในโลกที่ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ด้วยการเปิดรับต่อข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น พวกเขาจึงคาดหวังว่าจะมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น การเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ขนาดใหญ่ ทำให้ Gen Z ตระหนักถึงความท้าทายในยุคปัจจุบัน เช่น การก่อการร้าย การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นต้น โดยวัยรุ่นร้อยละ 74 ทั่วโลกมองว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภาวะโลกร้อนเป็นภัยคุกคามที่ยิ่งใหญ่กว่ายาเสพติด ความรุนแรง หรือสงคราม ดังนั้นวัยรุ่นจำนวนมากทั่วโลกพร้อมกับครอบครัวกำลังเปลี่ยนพฤติกรรมการซื้อไปสู่การเลือกผลิตภัณฑ์และบริษัทที่รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งหลายบริษัทยักษ์ใหญ่จึงเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาธุรกิจที่อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น สำนักงานใหญ่ของ McDonald สนับสนุนให้สาขาทุกแห่งปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้พลังงาน และการออกแบบการเรียนรู้สำหรับผู้เรียน Gen Z เพื่อลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ นอกจากนี้ยังได้เปิดตัวโปรแกรมการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็กเพื่อเผยแพร่ข้อความเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม (Grail Research, 2011)

4. มีการเชื่อมต่อตลอดเวลาผ่านอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ และเว็บไซต์เครือข่ายสังคมทำให้ Gen Z สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ Gen Z ให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อกับเพื่อนผ่านอินเทอร์เน็ต การส่งข้อความโต้ตอบแบบทันทีผ่านโทรศัพท์มือถือ และเว็บไซต์เครือข่ายสังคม และเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจของพวกเขา รวมไปถึงการเปิดรับวัฒนธรรม ภาษาและความคิดในวงกว้าง เด็กกลุ่มนี้จึงรู้สึกโซเชียลเน็ตเวิร์คสำคัญกว่าชีวิตด้านอื่น ๆ รวมถึงครอบครัว (Duse & Duse, 2016)

5. ผู้เรียน Gen Z มักมีสมาธิสั้น และติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเรียนการสอนควรเน้นเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญและทันสมัย และสลับกับการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการใช้การทดสอบแบบสั้นๆ ออนไลน์ (Quiz) หรือการใช้เกมส์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษา (Duse & Duse, 2016)

6. ผู้เรียน Gen Z ชอบการเรียนรู้จากสิ่งเกิด ในลักษณะของภาพ หรือภาพที่มีการเคลื่อนไหวมากกว่าตัวหนังสือ หรือการบรรยาย อาจารย์พยาบาลควรพยายามประยุกต์ใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้เรียน Gen Z (Duse & Duse, 2016)

การเรียนการสอนและการปรับตัวระหว่างผู้สอนแต่ละรุ่นกับผู้เรียน Gen Z

เมื่อผู้สอน Gen B สอนผู้เรียน Gen Z

อาจารย์พยาบาลเป็นคนยุค Gen B ซึ่งเป็นนักอนุรักษ์นิยม มุ่งความสำเร็จ ทุ่มเทให้กับการทำงาน มีความรักดีต่อองค์กรสูง แต่ในการสอนก็มีความยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น ยอมรับการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยี ส่วนผู้เรียนยุค Gen Z มีลักษณะไม่สนใจวัฒนธรรมดั้งเดิม ติดเพื่อน ชอบทำงานเป็นทีม มักเรียกร้องสิทธิ มีความรักดีต่อองค์กรต่ำ แต่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การดำรงชีวิตเกือบทุกอย่างอยู่ในโลกออนไลน์ ดังนั้นผู้สอนควรทำความเข้าใจผู้เรียน โดยจัดการเรียนการสอน หรือมอบหมายงานในลักษณะกลุ่ม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และให้ผู้เรียนใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้การเรียนรู้ดำเนินไปได้ดี เพราะนักศึกษาจะให้ความร่วมมือกับกลุ่มเพื่อน ให้ความสำคัญในกิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อน (อภิชา อินสุวรรณ, ณัฐพรินทร์ แพทยานนท์, ฐิติพร ฐิติจำเจริญพร, และปณิดา เดชวงศ์ญา, 2561)

เมื่อผู้สอน Gen X สอนผู้เรียน Gen Z

อาจารย์พยาบาล Gen X เป็นคนมีระบบและทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน ทำทุกอย่างได้เพียงลำพังไม่พึ่งพาใคร เป็นตัวของตัวเองสูง มีความคิดเปิดกว้าง คิดสร้างสรรค์ มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน สำหรับผู้เรียน Gen Z ด้วยพฤติกรรมการเรียนรู้ของพวกเขา จะหาความรู้ได้ตลอดเวลา ผ่านเทคโนโลยีมีทันสมัย ผู้เรียน Gen Z ไม่ชอบการเรียนแบบบรรยาย เน้นข้อมูลสั้น ๆ ที่เข้าใจง่าย ๆ ผู้สอนควรปรับตัว โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนใช้เทคโนโลยี เช่น มือถือ ipad โน้ตบุ๊ก เป็นต้น มาเสริมกับกิจกรรมในการสืบค้นความรู้ทางวิชาการ และสร้างแรงจูงใจในการแข่งขันเพื่อชิงรางวัล แม้ว่าบางครั้งการสืบค้นข้อมูลที่ได้จะมาจากแหล่งที่ไม่ได้รับการรับรองทั้งหมด แต่ผู้สอนสามารถโน้มน้าวให้ผู้เรียนไปสืบค้นต่อในส่วนที่เป็นหนังสือหรือตำราหรือวารสารทางการแพทย์ และประเภทสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น e-book ฐานข้อมูลทางการแพทย์ เป็นต้น การเรียนการสอนข้างต้น อาจจะทำให้การเรียนการสอนสนุก และผู้เรียนรู้สึกมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน และควรสอดแทรกคำแนะนำการใช้ชีวิตที่สมดุลระหว่างการเรียนกับชีวิตส่วนตัวเพื่อให้ผู้เรียนมีความสุข รวมทั้งการให้ความสำคัญกับการจัดระบบและทิศทางการเรียนรู้ให้มีความชัดเจน (Duse & Duse, 2016)

เมื่อผู้สอน Gen Y สอนผู้เรียน Gen Z

อาจารย์พยาบาล Gen Y มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ รวมทั้งสามารถทำอะไรหลาย ๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน (กัญญาตา ประจุศิลป์, 2561) มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ไม่ชอบถูกบังคับให้อยู่ในกรอบ จึงสามารถปรับตัวเข้ากับผู้เรียนยุค Gen Z ได้ง่าย เพราะเป็นวัยใกล้เคียงกันกับผู้เรียน และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีได้เท่าเทียมกัน ทำให้มีทางเลือกในการเรียนให้ผู้เรียนได้หลากหลาย และสามารถออกแบบการสอนโดยอาศัยเทคโนโลยีเพื่อกระตุ้นความสนใจให้ผู้เรียน เรียนรู้และเข้าถึงได้ง่ายโดยผ่านอุปกรณ์การเรียนของแต่ละคน อาทิเช่น มือถือ ipad โน้ตบุ๊ก ที่สำคัญผู้สอนควรชี้แนะหรือสนับสนุนเกี่ยวกับแหล่งเรียนรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อส่งเสริมผู้เรียนได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้ในทางวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการจัดการศึกษาพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาล Gen Z

การตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างรุ่น ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เป็นไปตามแนวคิดสำคัญของการจัดการศึกษายุคศตวรรษที่ 21 คือ การยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ การตระหนักถึงลักษณะของผู้เรียนและลักษณะการเรียนรู้ของ ผู้เรียน Gen Z เพื่อเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียน Gen Z และมุ่งหวังให้เกิดทักษะการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตในศตวรรษที่ 21 ดังนั้นผู้เขียนมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล Gen Z ในยุคศตวรรษที่ 21 ดังนี้

1. ความแตกต่างระหว่างผู้เรียนและผู้สอน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอเมื่อเวลาเปลี่ยนไป แม้แต่คำจำกัดความที่ให้กับแต่ละรุ่นหรือวัย ก็อาจไม่สามารถอธิบายลักษณะของคนแต่ละคนได้ เนื่องจากลักษณะของแต่ละรุ่น ย่อมเปลี่ยนตามกาลเวลา และยังขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เป็นการลดช่องว่างความแตกต่างระหว่างรุ่น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเรียน การที่ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับการเรียนการสอน จะช่วยสร้างความตระหนักถึงความแตกต่างและความต้องการของผู้เรียน เพราะลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล หรือรุ่นต่าง ๆ มีความไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอเมื่อเวลาและสถานการณ์เปลี่ยนแปลง (dynamic)

2. การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลใช้เทคโนโลยีในปัจจุบัน เน้นไปในการค้นคว้าหาข้อมูล ความรู้ อย่างไรก็ตามการใช้ความรู้และทักษะเทคโนโลยี ในการสังเคราะห์ หรือสร้างสรรค์ ยังมีน้อย ดังนั้นควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลใช้ความคิดสร้างสรรค์ให้มากขึ้น ร่วมกับการใช้ทักษะทางเทคโนโลยีในการเรียนรู้ การสร้างสรรค์นวัตกรรมต่าง ๆ อันเป็นการสนับสนุนให้ใช้จุดเด่นของ Gen Z ไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ และสร้างสรรค์ เพื่อออกแบบวิธีการพยาบาลใหม่ ๆ โดยใช้เทคโนโลยี

3. ผู้เรียน Gen Z มีทักษะด้านเทคโนโลยีค่อนข้างดีเมื่อเปรียบเทียบกับคนรุ่นอื่นๆ อย่างไรก็ตามพิจารณา นักศึกษาพยาบาลแต่ละคนพบว่า มีทักษะและความสามารถทางเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ หลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะทางเทคโนโลยี ให้ทันสมัย และก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยการบรรจุวิชาที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีในหลักสูตรการเรียนการสอน หรือบูรณาการทั้งในวิชาการพยาบาลภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และในกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาล มีทักษะและความสามารถมากเพียงพอที่จะนำไปสู่การพัฒนาเทคนิคทางการพยาบาลต่าง ๆ ทั้งนี้ในระหว่างการศึกษา เป็นช่วงโอกาสที่ดี ที่จะพัฒนาความรู้และทักษะเทคโนโลยีให้แก่ นักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปปรับใช้ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีสมรรถนะสูงในด้านเทคโนโลยี

4. การที่ผู้เรียน Gen Z มีสมาธิสั้น ชอบเรียนรู้ทักษะหลายๆ อย่าง ดังนั้นจึงชอบเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงมากกว่าจากการบรรยาย ดังนั้นควรให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรม และฝึกปฏิบัติให้มาก ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนได้ มีการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติในคลินิก เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำงานต่อไปในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นคุณภาพของการจัดการสอนภาคปฏิบัติจึงมีความสำคัญมาก (Kim, Chae, & Yoo, 2021)

5. ผู้เรียน Gen Z มีค่านิยมที่ยกย่องความรับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้นควรส่งเสริมกิจกรรมการเรียนการสอน ที่สนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลได้คิดเกี่ยวกับการหาทางออกให้กับปัญหาของสังคม และชุมชน และควรมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการแก้ปัญหา เช่น วิชาการพยาบาลชุมชน (community nursing) เป็นต้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปลูกฝังจิตสำนึกสาธารณะเมื่อพวกเขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ผศ.ดร.สันติ บุณยะชาติ ที่กรุณาช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักการในการเขียนบทความ การตรวจสอบเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษา ตลอดจนช่วยให้บทความมีความสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาดา ประจุศิลป์. (2561). *การจัดการทางการพยาบาลและภาวะผู้นำ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เครือข่าย P21. (มปป.) *ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21*. สืบค้นเมื่อ 14 กันยายน 2563, จาก http://www.myfirstbrain.com/teacher_view.aspx?ID=88620
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2558). การสอนบนคลินิกในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับนิสิต Generation Z. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 31(2), 130 -140.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2562). การสอนการคิดให้มีวิจารณ์ญาณในนักศึกษาพยาบาล Generation Z: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 21-30.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, บุญสืบ โสโสม, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม, กนกพร เทียนคำศรี, และสุนทรี สิทธิสงคราม. (2561). การเป็นผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21: มุมมองจากอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*, 4(2), 175-189.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี, และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.
- วิริศา พุกแก้ว และชันทอง วัฒนะประดิษฐ์. (2559). พุทธสันติวิธีเพื่อการเข้าถึงความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 4(1), 155 - 173.
- เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ, อรุณรัตน์ เทพนา, และธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2559). *การบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: TBS Product.
- สุปราณี พลชนะ. (2563). *นักศึกษาพยาบาล: ประเด็นความรุนแรงในการฝึก ปฏิบัติการพยาบาล*. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม, 2564, จาก <https://mid.nmd.go.th/wp-content/uploads/2020/01/22-ม.ค.63-อภิปรายความรุนแรงใน-รพ.-น.ท.หญิง-สุปราณี.pdf>
- อภิชา อินสุวรรณ, ณัฐพรินทร์ แพทยานนท์, ฐิติพร ฐิติจำเริญพร, และปนัดดา เดชวงศ์ญา. (2561). จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยบนพื้นฐานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และไทยแลนด์ 4.0 โมเดล. *วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ*, 28(2), 21-39.
- Duse, S. C., & Duse, D. M., (2016). *The teacher of the generation Z*. Retrieved June 29, 2021, from <https://www.researchgate.net/publication/311025822>
- Grail Research. (2011). *Consumers of Tomorrow Insights and Observations about Generation Z*. Retrieve June 6, 2021, from <https://docplayer.net/31078434-Consumers-of-tomorrow.html>
- Kim, J., Chae, D. & Yoo, J. Y. (2021). Reasons behind generation Z nursing students' intentions to leave their profession: a cross-sectional study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 1-8

- Knight R. (2014). *Managing people from 5 generations*. Harvard Business Review. Retrieved October 19, 2020, from <https://hbr.org/2014/09/managing-people-from-5-generations>.
- McQueen, M. (2011). *Ready or not...here come gen Z*. Retrieved August 15, 2021, from <http://michaelmcqueen.net/phocadownload/parentsteachers/Ready%20or%20not,%20here%20come%20Gen%20Z.pdf>.
- Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2000). *Generations at work: managing the clash of veterans, boomers, xers, and nexters in your workplace*. NY: AMACOM.