



วารสารวิจัย การพยาบาลและสุขภาพ

Journal of Nursing and Health Research

ISSN 2985-1345 (Online)

Journal online

ปีที่ 24 เล่ม 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566

Vol.24 Issue 2 : May-August 2023

บรรณาธิการ

สารบัญ Content	หน้า page
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)	
ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน Problems and needs of community supports related to living in hardship among older people บัวหลัน หินแก้ว, ขนิษฐา นันทบุตร Bualun Hinkaew, Khanitta Nuntaboot	1-19
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง Factors related to the quality of life in older Thai patients with end stage kidney disease (ESKD) undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) วาสนา กันคำ, ปัทมา ธัญยานสิน และ วราภรณ์ ศรีจันทร์पाल Wassana Kankom, Papatchaya Thanyapansin & Waraporn Srijanpal	20-36
ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร Factors affecting success of using knowledge management process for organization development ณัฐपालิน นิลเป็ง, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, วริศา วรวงค์, สุพัตรา สินธุบัว และ ชุตติญา ทวยจันทร์ Natpalin Ninpeng, Phitinan Isarangura Na Ayudhaya, Varisa Voravong, Supattra Sinthubua & Chutiya Thuyjun	37-49
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Self-esteem and quality of life among the elderly during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, ชัชฎาภรณ์ พิศมร, เสกสรรค์ ทองดีบ, ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ และ พยอมน ถิ่นอ่อน Eakasit Chaipin1, Chatchadaporn Pissamorn, Sakesun Thongtip, Nathakrid Thammakawinwong & Payom Thinnuan	50-64
การออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน Design of creative space for early childhood โสฬภาพร พันธุลาวณีย์ และ วรณมา เพ็งศรี Sopaporn Panthulawan & Wanna Phengsri	65-80

สารบัญ Content	หน้า page
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ Development of anesthesia nursing care system for patients undergoing open heart surgery and thoracotomy: Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province มาลี เบนจปรากอร์, ศรีสุดา ไส้ทองคำ, เสาวนีย์ ชนะพาล, นิสา ครุฑจันทร์ และ จุฬาลักษณ์ ปิ่นวัฒนะ Malee Benjaparakorn, Srisuda Laithongkum, Saowanee Chanapan, Nisa Krutchan & Chulalak Pinwattana	81-97
พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนและการจัดการของผู้ดูแล Food Consumption Behaviors among Older Persons with Dementia in Community and Management of Caregivers พิสันต์ ประชาชู, สุพิชญา หวังปิตินาณชัย และ มุกดา เดชประพนธ์ Pisan Pachachoo, Supichaya Wangpitipanit & Mukda Detprapon	98-111
บทความปริทัศน์ (Review Article)	
การลดความเครียดในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม: บทบาทพยาบาล Stress reduction in caregivers of children with autism spectrum disorder: nursing roles สุกัญญา ทาโส และ พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง Sukanya Tasod & Pronpawee Keawmungmueang	112-124
บทบาทพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะลองโควิด Roles of Community Nurses in Health Promotion for People Living with Long COVID กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, อัจฉริยา เชื้อเย็น และ อรอนงค์ ธรรมจินดา Kanyapat Chaeye, Achariya Churyen & On-anong Thammajinda	125-138

ปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน

บัวหลัน หินแก้ว, พย.ม.^{1*}

ชนิษฐา นันทบุตร, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

สถานการณ์ของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มในการเกิดภาวะยากลำบาก จากการที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และมีแนวโน้มในการอยู่ลำพัง ไม่มีลูกหลานดูแล การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาข้อมูลเอกสาร และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 85 คน ประกอบด้วย 1) ภาคประชาชน กลุ่มองค์กรในพื้นที่ 2) หน่วยบริการสุขภาพ 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) แกนนำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากและครอบครัว ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากมี 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาวะแวดล้อม 4) ด้านสุขภาพ และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ 1) การดูแลของชุมชนควรตอบสนองปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก 2) จัดกิจกรรมปลูกฝังค่านิยมความรับผิดชอบ ความกตัญญูต่อผู้สูงอายุเพื่อให้คนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและไม่มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุ และ 3) จัดทำแผนในการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประชาชน และแกนนำในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะยากลำบาก, ปัญหา, ความต้องการ, ผู้สูงอายุ, การวิจัยเชิงคุณภาพ, ชุมชน

วันที่รับ: 1 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไข: 10 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 14 สิงหาคม 2566

¹ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล bualun@kkumail.com

² รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Problems and needs of community supports related to living in hardship among older people

Bualun Hinkaew, MS.N.^{1*}

Khanitta Nuntaboot, Ph.D.²

Abstract

The number of older people is increasing, and they are prone to live in hardship due to chronic illness, and decreased self-help in activities of daily living. They also tend to live alone without being care by their children. The purpose of this study was to investigate the problems and the needs for community care of older people living in hardship using qualitative research methods. Observation, in-depth interview, document study and focus group discussion were employed for data collection. Data were analyzed by content analysis. A total of 85 informants were selected by a purposive sampling method, consisting of the representatives of 1) the public sector and local organizations, 2) health service units, 3) local administrative organizations, 4) local leaders, village headmen and related agencies, and 5) older people living in hardship and their family members. The results show that the problems and the needs for community care of older people were in the following 5 dimensions: 1) social dimension, 2) economic dimension, 3) environmental dimension, 4) health dimension and 5) political and governance dimension. The recommendations from the research were as follows: 1) The care of the community should respond to the problems and needs of caring for the older people living in hardship. 2) Organizing activities to instill values and responsibilities of gratitude toward the elderly in the new generation. They are the ones who preserve the traditional and cultural values see the value of the elderly and do not abandon them, and 3) make a plan for taking care of the elderly by creating cooperation from agencies in the area, including local government organizations health promotion hospitals, people and leaders in the community.

Keywords: Hardship, Problems, Needs, Older people, Qualitative research, Community

Received: Dec 1, 2022 Revised: Aug 10, 2023 Accepted: Aug 14, 2023

¹ Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

* Corresponding author, E-mail: bualun@kkumail.com

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2573 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นสามเท่าระหว่างปี 2563 ถึง 2593 เป็น 426 ล้านคน (World Health Organization, 2022) สำหรับในอาเซียน มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 76 ล้านคน ร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด และในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรจำนวน 66.7 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 12.5 ล้านคน ร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2583 ประชากรเยาว์วัย (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.9 เหลือร้อยละ 12.8 ในวัยแรงงาน (15-59 ปี) ลดลงจากร้อยละ 65.0 เหลือ ร้อยละ 55.8 แต่อัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคนเป็น 20.5 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 18.8 เป็น ร้อยละ 31.4 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

จากการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทยนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงได้ดำเนินการเตรียมพร้อมรองรับกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการขึ้น โดยเฉพาะแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่กำหนดนโยบายและแผนการขับเคลื่อนในการดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคม ระบบสวัสดิการเพื่อรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542 มีภารกิจสำคัญในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น (พณิกา บุญจรัส, 2558) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนด้วยการกำหนดนโยบาย การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ภายใต้ขีดความสามารถของบุคลากร ระบบและกลไก โครงสร้างพื้นฐาน และงบประมาณในการสนับสนุน (ศิริวรรณ พิชัยรังษิณี, จิรบูรณ์ โตสงวน และ หทัยชนก สุมาลี, 2553)

ผลจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุอาจทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากเกิดปัญหาด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพา รวมถึงด้านการดำเนินชีวิตที่มีความยากลำบากเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ นำไปสู่ความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย โดยผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคเกาต์ รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก ขาดตาบอดปลายเท้า จึงมีความต้องการและความจำเป็นในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช, 2562) และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงเป็นการแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัวอย่างชัดเจน รวมถึงการเสียชีวิตของคู่สมรสหรือบุตร ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2560 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) จากสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพ และการใช้ชีวิตเพียงลำพังใน 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะยากลำบาก ทุกข์ยากในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัล

เพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากนั้นกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความหมาย คือ ผู้ประสบความเดือดร้อน ถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย ถูกทอดทิ้ง ประสบปัญหาด้านครอบครัว ด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม หรือถูกทารุณกรรม จนเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสื่อมเสียเสรีภาพหรือเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจหรือการกระทำทางเพศต่อผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563)

ภาวะยากลำบากได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง มีโอกาสประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากการเกษียณทำให้มีรายได้ลดลง ในบางรายยังคงทำงานหารายได้ แต่รายได้ที่ได้รับต่ำกว่าวัยหนุ่มสาว จึงขาดหลักประกันในการดำเนินชีวิต (กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, รัชนิ พงนา และพัฒน์ ศรีโษษฐ์, 2563) ในผู้สูงอายุบางรายมีผู้ดูแลแต่พบว่าผู้ดูแลเกือบ 2 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ และการดูแลในบางรายเกินศักยภาพของครอบครัว (ศิริณี ศรีหาคาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2557) รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีภาวะยากลำบาก จึงต้องอาศัยหน่วยงานอื่นในการช่วยเหลือ (เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, จุฑาธิป ศีลบุตร และกวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์, 2560; Ebersol & Hess, 2019)

ซึ่งในพื้นที่ยังพบปัญหาภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยเฉพาะ ได้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ โดยมีการสนับสนุนการจัดงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำหรับปรับสภาพบ้านผู้สูงอายุที่ยากไร้ สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ปรับพื้นที่ให้บริการที่นันทราวจับ ทางลาด ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบบริการ โดยสนับสนุนให้มีหมอนวดแผนไทย ให้บริการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ บริหารข้อด้วยวิธีทางเลือก เช่น การนวดผ่อนคลายและสนับสนุนให้จัดทำแผนที่สัญลักษณ์ แสดงตำแหน่งบ้านของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีการปรับเปลี่ยนการแก้ปัญหาภาวะยากลำบากในผู้สูงอายุในพื้นที่ไปบ้าง แล้วแต่สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา ยังพบปัญหาในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,003 คน ร้อยละ 31.70 ซึ่งมีการจำแนกผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี 465 คน ร้อยละ 46.36 ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี 343 คน ร้อยละ 34.19 กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป 195 คน ร้อยละ 19.45 อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 49 คน อัตราการพึ่งพิงของวัยเด็กต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 18 คน และมีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ 216 คน ร้อยละ 21.53

จากข้อมูลจะพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยประสบกับภาวะยากลำบากหลายด้าน กระบวนการทำงานที่ดีเพื่อสุขภาพชุมชนควรมีการเน้นการสร้างการดูแลที่เป็นไปตามความต้องการ ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ปัญหาของแต่ละชุมชน ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องมีการออกแบบงานและกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สนองตามความต้องการที่หลากหลาย ซึ่งการทำความเข้าใจภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุ จะนำมาสู่การวิเคราะห์สถานการณ์และนำสู่การกำหนดทิศทางการกำหนดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายปัญหาและความต้องการการดูแลภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

สถานที่และเวลาที่ดำเนินการวิจัย

ศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรสงคราม ที่เข้าร่วมพัฒนาเป็นตำบลสุขภาวะ เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ เป็นพื้นที่ต้นแบบเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก มีทุนทางสังคมและศักยภาพที่สะท้อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากของชุมชนอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการจัดตั้งกองทุนหรือสวัสดิการให้การช่วยเหลือกัน เช่น กองทุนเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เป็นต้น มีการเชื่อมโยงการทำงานทั้งกับครอบครัว ภาควิชาบริการสุขภาพ ภาควิชาประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2564-ตุลาคม 2565

ผู้ให้ข้อมูล (key information)

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านผู้นำทาง (gate keeper) ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหน่วยงานองค์กร เจ้าหน้าที่หน่วยบริหารสุขภาพ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประธานกลุ่มองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้เป้าผู้ให้ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 85 คน ดังนี้ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) จำนวน 79 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุมีภาวะยากลำบากและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุมีภาวะยากลำบากและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 30 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 3 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 3 คน 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่พิการติดเตียง จำนวน 3 คน 4) ผู้สูงอายุที่พิการ จำนวน 8 คน และ 5) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 13 คน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 4 คน กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 คน กลุ่มองค์กรท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น อสม. กลุ่มกองทุนสถาบันการเงินชุมชน จำนวน 34 คน และ 2) ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป (general informant) ได้แก่ เพื่อนบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก จำนวน 68 คน

เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key information) จำนวน 50 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีภาวะหรือที่มีประสบการณ์การเกิดความยากลำบากและได้รับผลกระทบจากความยากลำบาก ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้จดทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุที่ยังไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน 2) ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พิการและจิตเวช 3) ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย 4) ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรส ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับเด็ก 5) ผู้สูงอายุที่มีความยากจน และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ติดเตียง และ 6) ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครอบครัวและตกงานจากการระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 20 คน มีการเพิ่มเกณฑ์ในการคัดเข้าเป็นผู้ที่สื่อสารภาษาไทยได้ รวมทั้งไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของผู้ดูแลคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และผู้ให้ข้อมูลทั่วไป จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดออก

สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และมีปัญหาด้านการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย และมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎี ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ (research practicum) และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางในการสนทนากลุ่ม โดยแนวคำถามสร้างขึ้นให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา เช่น ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากในชุมชนของท่าน มีปัญหาและความต้องการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลอะไรบ้าง เป็นต้น

3. เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม (field note)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่อนุมัติ คือ HE 642072 เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2564 โดยใช้หลัก 1) หลักการเคารพในตัวบุคคล ได้แก่ ให้ข้อมูล การวิจัย บอกกล่าวถึงสิทธิที่จะได้รับ อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นและสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอด และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย 2) หลักสิทธิประโยชน์ อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก และ 3) หลักความยุติธรรม มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และคัดออก (exclusion criteria) หรือมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความลำเอียงหรืออคติของผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ และเข้าแนะนำตัวกับผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเริ่มค้นหาผู้นำทาง ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริหารสุขภาพ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และประธานกลุ่มองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ตลอดระยะเวลาการศึกษา มีผู้นำทางดำเนินการตลอดโครงการ

3. กำหนดผู้ให้ข้อมูล เลือกวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และผู้ให้ข้อมูลรองโดยเลือกจากการแนะนำ หรือแบบสายใยเชื่อมโยง (snowball or chain) ของผู้ที่ดำเนินการหลัก

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดการวิจัย ที่บ้านของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว หรือบ้านผู้ใหญ่บ้าน บ้าน อสม. บ้านประธานกลุ่มองค์กรในชุมชน ศาลากลางบ้าน องค์การบริหาร

ส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (observation) เริ่มต้นจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ฝ้าดูเหตุการณ์ต่างๆ ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น แล้วจึงใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรม อสม. กิจกรรมคลินิก ของ รพ.สต. การตรวจสุขภาพ เช่น การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เป็นต้น

2) การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล คนละ 45-60 นาที

3) การสนทนากลุ่ม (focus group) มีการสนทนากลุ่ม ประมาณ 5-8 คนเป็น ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง โดยมีการสนทนากลุ่มรวมทั้งหมด 4 ครั้ง ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลภาคสนามที่ได้มาจัดระเบียบ ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์จำแนกข้อมูล และวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อจำแนกประเด็น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่จดบันทึกข้อมูล

4) การบันทึกภาคสนาม (field notes) บันทึกโดยการวาดภาพประกอบ และทำแผนภาพความคิดในบางกรณี มีการเขียนบันทึกภาคสนาม ดังนี้ (1) การบันทึกภาคสนามจากสิ่งที่สังเกต ได้แก่ สภาพแวดล้อมในชุมชน สถานที่ตั้งของ อปท. (2) การบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ผู้ดูแลในครอบครัว และตัวแทนกลุ่มองค์กรในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือดูแล (3) การบันทึกปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากกับครอบครัวและชุมชน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ปรากฏ และ (4) การบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการสังเกต โดยมีการบันทึกแยกระหว่างข้อมูลจากการสังเกต การได้ยิน ปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน และ 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบและเป็นการยืนยันข้อมูลที่เก็บได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ เช่น สถิติและข้อมูลรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ของเชอร์เรีย (Schreier, 2012) เพื่อแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบของข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูล จำแนกประเภทของข้อมูลด้วยตารางวิเคราะห์เมทริกซ์ (matrix analysis) และวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อจำแนกประเด็นหลัก ประเด็นย่อย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รวบรวมมา และสร้างข้อสรุปข้อมูลชุดต่างๆ โดยการวิเคราะห์ตีความ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้หลักการของการตรวจสอบสามเส้า (triangulation technique) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลหลากหลายกลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล แกนนำกลุ่มในชุมชน องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) การเปรียบเทียบข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ คือ

การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการศึกษาจากเอกสาร นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เบื้องต้น แล้วนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องและให้ข้อมูลเพิ่มเติม

2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของกูบาและลินคอล์น (Guba and Lincoln, 1989) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) 2) ความสามารถเชื่อมโยงได้ (transferability) 3) ความสามารถพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และ 4) ความสามารถในการยืนยันผล (confirmability)

ผลการวิจัย

รายงานตามประเด็นข้อค้นพบดังนี้

1. ข้อมูลบริบทพื้นที่ที่แสดงถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากโดยชุมชน ดังนี้ ลักษณะเป็นชุมชนชนบท มีขนาดพื้นที่ 6,003 ไร่ หรือ 9.60 ตารางกิโลเมตร ลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่ม สภาพดินเป็นดินร่วน มีความอุดมสมบูรณ์ เหมาะต่อการทำการเกษตรกรรม ขนาดพื้นที่ทำเกษตรกรรม มีขนาด 4,690 ไร่ หรือ 7.25 ตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และรับจ้าง มีประชากรทั้งสิ้น 3,337 คน แบ่งเป็น ชาย 1,582 คน หญิง 1,755 คน มีครัวเรือนรวมทั้งสิ้น 1,236 ครัวเรือน มีทุนทางสังคมและศักยภาพในพื้นที่ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสุขภาพ และด้านการเมืองการปกครอง ได้แก่ ทุนและศักยภาพระดับบุคคลและครอบครัว จำนวน 28 คน ทุนระดับกลุ่ม/องค์กรชุมชน จำนวน 3 แหล่ง ทุนระดับชุมชน/หมู่บ้าน จำนวน 7 แหล่ง ทุนและตำบล จำนวน 2 แหล่ง และทุนแหล่งประโยชน์ จำนวน 9 แห่ง หน่วยงานภาครัฐ 1 แห่ง

2. ปัญหาความต้องการ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการ 5 ด้าน 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อม 4) ด้านสุขภาพ และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) ด้านสังคม ดังนี้ (1.1) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ประกอบด้วย (1.1.1) ผู้สูงอายุรับภาระเลี้ยงดูเด็ก (1.1.2) ขาดสวัสดิการ/สวัสดิการไม่พอ และ (1.1.3) ผู้ดูแลหลักมีภาระต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก และ (1.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (1.2.1) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และ (1.2.2) ต้องการพื้นที่ในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

(1.1) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก

(1.1.1) ผู้สูงอายุรับภาระเลี้ยงดูเด็ก

“...มีอยู่คนนึงนะ มันเลี้ยงไม่ได้ มันโทรศัพท์มา บอกว่าหลานไม่สบาย เป็นหอบ มันบอกให้ฉันไปรับฉันไม่มีเงินไปรับ ก็ไปยืมทองลูกสาวบาทหนึ่งเอาไปขาย และก็นั่งรถไปกับรับกับลูกชายคนที่สอง ก็ต้องกระเสือกกระสนไปเอามาเลี้ยง...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, 7 ตุลาคม 2564)

(1.1.2) ขาดสวัสดิการ/สวัสดิการไม่พอ

“...ถ้าพูดถึงพอมันคงไม่พอหรอก ก็ทยอยๆ กิน เดือนละ 1,400 บาท เนี่ย ก็กิน ก็ซื้อ ก็มีข้าวให้กิน ก่อนใจ ซื้อกะปิ น้ำปลาเอาไว้กินก่อน อะไรก็กินส่งเดชไป มันก็อยู่ได้ก็รอดตายไป...” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีความพิการ, 30 มกราคม 2565)

(1.1.3) ผู้ดูแลหลักมีภาระต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก

“...รายได้ก็ไม่มี เพราะว่าก็ต้องออกจากงานมาดูแล ก็มีค่าใช้จ่ายทางการเงินที่ต้องเอาไปใช้กับ คนพิการ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ของกินของคนป่วยอีก แล้วอุปกรณ์อื่นๆ บางทีมันก็ไม่พอ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลหลัก ในครอบครัว, 7 ตุลาคม 2564)

(1.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน

(1.2.1) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

“...เมื่อก่อนยายเดินไปเข้าชมรมผู้สูงอายุ พอแก่ไม่สบาย เดินไม่ค่อยไหว แก่ก็เลยไม่ไป...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลในครอบครัว, 30 มกราคม 2565)

(1.2.2) ต้องการพื้นที่ในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

“...เราอยากให้ผู้สูงอายุ มีพื้นที่ที่มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่สามารถมาเรียนรู้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่ในพื้นที่ยังไม่มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, 8 ตุลาคม 2564)

2) ด้านเศรษฐกิจ ดังนี้ (2.1) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ประกอบด้วย (2.1.1) ยากจน มีหนี้สิน (2.1.2) ผู้ดูแลขาดรายได้ (2.1.3) ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง และ (2.1.4) ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการจาก ช่องทางการจ่ายเบี้ยยังชีพ และ (2.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (2.2.1) ต้องการมีอาชีพเสริม มีรายได้ และ (2.2.2) ต้องการส่งเสริมการออม

(2.1) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก

(2.1.1) ยากจน มีหนี้สิน

“...ซึ่งพื้นที่ของเรามีครัวเรือนประมาณ 1,200 ครัวเรือน มีครัวเรือนที่เป็นหนี้สินประมาณ 300 ครัวเรือน เราก็จะช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากลำบากก็จะมีกลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มโครงการแก้ไขปัญหาความยากจน (กขคจ.) คือยืมเงิน แบบไม่ต้องเสียดอก ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกกำนัน, 8 ตุลาคม 2564)

(2.1.2) ผู้ดูแลขาดรายได้

“...จะมีบ้านหลังหนึ่งที่มีคนป่วยติดเตียงอยู่กันสองคน มีหลานสาวที่ทำงานร้านเสริมสวย พอมีคนป่วย ในบ้านสองคน หลานสาวก็ต้องออกจากงาน ขาดรายได้ เราก็คิดว่าจะช่วยเขาได้อย่างไรให้มีรายได้...” (สัมภาษณ์เชิงลึกนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, 6 ตุลาคม 2564)

(2.1.3) ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง

“...เดิมเจ้าของที่เขาเป็นหลาน แต่เขาตายไปแล้ว เจ้าของที่ใหม่ เขามาบอกว่าเขาขายที่ เราก็ไม่มีที่อยู่ เลยขายบ้าน 40,000 บาท ก็ต้องไปหาที่อยู่ใหม่ จ่ายค่าเช่าเดือนละ 1,800 บาท...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความพิการ, 30 มกราคม 2565)

(2.1.4) ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการจากช่องทางการจ่ายเบี้ยยังชีพ

“...เวลารับเงินผู้สูงอายุ จ้างมอเตอร์ไซด์ให้เขาคัดให้เพราะปวดไม่เป็น และก็ให้ค่าบุหรี่ยอดนี้ 65 บาท ก่อนหน้านี้ฝากบัตรเอทีเอ็มฝากไว้กับเขาน้องสามี เขาถอนออกหมดเลย ปากก็เลยไปทำสมุดใหม่มา แล้วฝากไว้ที่นายกานั่น แต่เอทีเอ็มอยู่ที่นี่...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, 5 ตุลาคม 2564)

(2.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน

(2.2.1) ต้องการมีอาชีพเสริม มีรายได้

“...คนเคยไม่ได้อยู่กับบ้าน ต้องออกไปทำงานทุกวัน พอมาเจอเหตุการณ์ที่ป่วยแบบนี้ จิตใจมันหดหู่ ยากทำงาน จะให้หมอออกไปรับรองคนพิการ จะได้ไปขายลอตเตอรี่...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, 30 มกราคม 2565)

(2.2.2) ต้องการส่งเสริมการออม

“...ไม่ได้มีเงินออมหรือเป็นสมาชิกของอะไรหรอกเงินที่มีอยู่ทุกวันนี้ก็เก็บเอา ก็เลยไม่ได้สมัครอะไร ลูกชายเงินทองไม่พอจะใช้ ทำงานเดือนชนเดือน งานไม่ค่อยมี พอไม่มีงาน ไม่มีเงิน จะเอาไหนไปออม...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความพิการ, 30 มกราคม 2565)

3) ด้านสภาวะแวดล้อม ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ประกอบด้วย (3.1) สภาวะแวดล้อมในครัวเรือนไม่มั่นคง ไม่เหมาะต่อการพักอาศัย (3.2) สภาวะแวดล้อมเป็นพิษ มีกลิ่นขยะ (3.3) สภาวะแวดล้อมในครัวเรือนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (3.4) สภาพถนนหนทางมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และ (3.5) สภาวะแวดล้อมในชุมชนยังไม่มีสถานที่สำหรับผู้พิการ/ต้องการอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ

(3.1) สภาวะแวดล้อมในครัวเรือนไม่มั่นคง ไม่เหมาะต่อการพักอาศัย

“...บ้านนี้เตี้ยตรอนสังกะสีน้ำมันรั่วหน้าฝน ทำเองก็หลายตั้งค้หมดตั้งเยอะ ฝนตกรั่วมากเลย เรานอนไม่ได้กางมุ้งเอาผ้าใบกาง อยากให้เปลี่ยนหลังคาสังกะสีมันรั่ว...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, 8 ตุลาคม 2564)

(3.2) สภาวะแวดล้อมเป็นพิษ มีกลิ่นขยะ สังเกตบ้านของผู้สูงอายุ เป็นบ้านสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูน เมื่อเข้าไปในบ้าน พบผู้สูงอายุอยู่คนเดียวใส่กางเกงขาสั้น ไม่ได้ใส่เสื้อนอนอยู่บนเก้าอี้ เสื้อผ้าที่ใส่แล้วรวมกันไว้ยังไม่ได้ซัก อีกมุมหนึ่งของบ้านมีหม้อหุงข้าวที่มีกลิ่น ผ่านการหุงมาแล้วหลายวัน และมีจานอาหารที่กินแล้ว ยังไม่ได้ล้างวางซ้อนกัน และในบ้านมีถุงที่ใส่ขยะและไม่ได้นำไปทิ้ง และในบ้านมีกลิ่นฉุน คล้ายปัสสาวะ (บันทึกภาคสนาม, 8 ตุลาคม 2564)

(3.3) สภาวะแวดล้อมในครัวเรือนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

“...บ้านแกเป็นบ้านไม้ แล้วแกเดินขึ้นลง บันได ขึ้นไปนอน มันชัน แกหุดตาไม่ค่อยดี อยู่ดีๆ บางทีขาแกก็อ่อนแรง กลัวแกหกล้มเกิดอุบัติเหตุ จึงทำเรื่องขอสนับสนุนในการจัดทำบ้านเพื่อให้แกอยู่ข้างล่าง...” (สัมภาษณ์เชิงลึกประธานอาสาสมัครสาธารณสุข, 6 ตุลาคม 2564)

(3.4) สภาพถนนหนทางมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

พบถนนเส้นที่มุ่งหน้าเข้าสู่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีทางโค้งที่เป็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 1 จุด ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 (บันทึกภาคสนาม, 6 ตุลาคม 2564)

(3.5) สภาวะแวดล้อมในชุมชนยังไม่มีสถานที่สำหรับผู้พิการ/ต้องการอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ

“...ของเรายังไม่มีศูนย์กายอุปกรณ์ที่ชัดเจน แต่ก็จะมีที่ชาวบ้านเขาไม่ใช้ เขาเอามา เราจึงมีให้ยืม...”

(สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ, 6 ตุลาคม 2564)

4) ด้านสุขภาพ พบปัญหาและความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ซึ่งประกอบด้วย

(4.1) ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (4.2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก และ (4.3) กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพ/อาสาสมัคร

(4.1) ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ พบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ประกอบด้วย

(4.1.1) ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากความเสื่อมตามวัย (4.1.2) มีความพิการ (4.1.3) สมอเสื่อม สับสน ซึมเศร้า (4.1.4) เสี่ยงอุบัติเหตุ/หกล้ม ตกบันได (4.1.5) เจ็บป่วยและมีภาวะฉุกเฉิน และต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ดังนี้

(4.1.1) มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากความเสื่อมตามวัย

“...จะพูดยังไงดี แขนขาไม่มีแรง มือก็ชา อยากทำงานนะ แต่เราเดินไปหาไม่ไหว พวกทางมะพร้าว เดินไปแล้วมันเหนียวง่าย หมอบอกหัวใจเริ่มโตตามอายุ แล้วมันจะเหนียวง่าย แล้วหมอก็ให้กินยาเรื่อยมาเลย...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง, 8 ตุลาคม 2564)

(4.1.2) มีความพิการ

“...ฉันทำอะไรเองไม่ได้ ปวดหลัง ปวดแขนขา ทรมาน นอนอยู่อย่างนี้ ขาขยับไม่ได้ เมื่อไหร่จะตายๆ ไปเสียที...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความพิการ, 5 ตุลาคม 2564)

(4.1.3) สมอเสื่อม สับสน ซึมเศร้า

“...ป้าที่เป็นพี่สาวแกหลง ๆ ลืม ๆ จำอะไรไม่ค่อยได้แล้ว ต้องมี เจ้าหน้าที่เอาข้าวมาให้ และบางครั้งก็มาป้อนข้าวให้แก...” (สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนบ้าน, 9 ตุลาคม 2564)

(4.1.4) เสี่ยงอุบัติเหตุ/หกล้ม ตกบันได

“...หมอเคื่อบอกว่าเป็นพาร์กินสัน เดินลำบากครับ เดินแล้วขาไม่ยอมก้าว เดินแล้วหกล้มบ่อยครับ และเท้ามันลื่นครับผม ลูกไม่ได้ ต้องมีคนช่วย ขยับให้ทุกชั่วโมงครับ หมอบอกว่ามันจะเป็นขึ้นเรื่อย ๆ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีความพิการ, 9 ตุลาคม 2564)

(4.1.5) เจ็บป่วยและมีภาวะฉุกเฉิน และต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

“...สถานการณ์โควิดส่วนแรกเลยคือคนไข้ที่จะต้องไปปรียาและไปตรวจกับโรงพยาบาล เราก็มีการประสานการทำงานเพื่อให้เขาได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ตอนเช้าก็ต้องไปเจาะเลือดคนไข้และให้ญาติถือเลือดไปที่โรงพยาบาล และมีการไปปรียาให้...” (สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ, 6 ตุลาคม 2564)

(4.2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก พบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ประกอบด้วย (4.2.1) มีภาวะท้อแท้ เครียด จากการดูแล และ (4.2.2) ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระเลี้ยงดูสมาชิกคนอื่นที่

ต้องการการช่วยเหลือ และความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน ได้คือ ต้องได้รับการดูแลส่งเสริมศักยภาพในการดูแล

(4.2.1) มีภาวะท้อแท้ เครียด จากการดูแล

“... เอาเรื่องเหมือนกันดีหนึ่งดีสองแม่ก็เรียก เราก็บอกแม่หนูนอนก่อน แกก็เรียก เราก็ต้องตื่นมันเครียดนะ แต่เราก็ต้องอดทน ที่แรกจะให้แม่ไปอยู่ที่ศูนย์ แต่เราถามเพื่อนบ้าน เขาบอกตอนนี้มีตรวจโควิด คิดราคา 30,000 บาท ก็เลยไม่เอาไป...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, 8 ตุลาคม 2564)

(4.2.2) ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระเลี้ยงดูสมาชิกคนอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ

“...พ่อก็แก่ เราก็เหนื่อยทั้งหุงหาอาหารให้กิน หลานก็ไม่สบายก็ต้องไปเฝ้า เนิยไปนอนโรงพยาบาล 11 วัน ไปโรงพยาบาลแม่กลอง โรงพยาบาลภักดีส่งไป เพราะแพทย์เฉพาะทางไม่มีก็ต้องไปนอน เราต้องไปโรงพยาบาลเอาน้ำยาล้างไตไปให้ทุกวัน ไม่ล้างมันก็อยู่ไม่ได้...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุติดสังคม, 9 ตุลาคม 2564)

ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน คือ ต้องได้รับการดูแลส่งเสริมศักยภาพในการดูแล

“...อสค.เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยผู้ที่ได้รับการอบรมจะมาจากสมาชิกในครอบครัว มีการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการออกไปประกาศให้ ซึ่งจะมี อสม. ดูแลอีกทีหนึ่ง ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มกราคม 2565)

(4.3) กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพ/อาสาสมัคร พบปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย (4.3.1) การเตรียมความพร้อมของทุกช่วงวัยในการดูแลผู้สูงอายุ (4.3.2) การจัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอในการให้บริการ และ (4.3.3) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก

(4.3.1) การเตรียมความพร้อมของทุกช่วงวัยในการดูแลผู้สูงอายุ

“...เรามีการสร้างเด็กและเยาวชนที่เป็นอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) น้อย ก็คือนำเด็กและเยาวชนที่อยู่ในบ้านของเรามาช่วยโครงการ ให้เขามารับการอบรมและไปดูกับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านของตนเอง...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใหญ่บ้าน, 6 ตุลาคม 2564)

(4.3.2) การจัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอในการให้บริการ

“...ชุมชนเรามีแต่คนแก่ บางคนถ้าล้มหมอนนอนเสื่อ ถ้าไม่มีทีม care givers หรือทีมในการดูแล มีเงินแต่ไม่สามารถหุงหาอาหารได้ก็ไม่มีประโยชน์ ดังนั้นชุมชนต้องจัดให้มีคนดูแลผู้สูงอายุเพราะคนในชุมชนมีผู้สูงอายุมากขึ้น...” (สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลระบบการดูแลระยะยาว, 6 ตุลาคม 2564)

(4.3.3) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก

“...ช่วงที่เขารับเข้าทำงาน มันเป็นช่วงที่มีโควิดระบาด เลยไม่ได้ไปอบรมพัฒนาทักษะครบตามกำหนดชั่วโมงที่เขาตั้งไว้ แต่ที่อนามัยหมอบเขาจะสอนในเรื่องของการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุว่าต้องทำยังไง รวมถึงสมาชิกในทีมก็ช่วยสอน...” (สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลระบบการดูแลระยะยาว, 6 ตุลาคม 2564)

5. ด้านการเมืองการปกครอง ซึ่งมีลักษณะในการมีส่วนร่วมรณรงค์การเมืองของประชาชนในชุมชน เช่น ร่วมเป็นกรรมการเลือกตั้ง ร่วมทำแผนตำบล และการมีช่องทางการสื่อสารในพื้นที่เพื่อรับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ เช่น การมีเวทีประชาคม วิฑูยชุมชน และป้ายประกาศ เป็นต้น พบปัญหา ดังนี้ (5.1) การสื่อสารข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัว และ (5.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ (5.2.1) การทำแผนชุมชน/ตำบล และ (5.2.2) ร่วมเวทีประชาคม/ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ

(5.1) การสื่อสารข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัว

“...บางทีการสื่อสารข้อมูลมันไม่สามารถที่จะไปถึงผู้สูงอายุได้ เช่น เราบอก อสม. ว่าเอาผู้สูงอายุมาฉีดยา นะ แต่คนถ่ายทอดไปอาจจะได้บอกอย่างที่เราให้บอก ทำให้ผู้สูงอายุไม่มาฉีดยา...” (สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 6 ตุลาคม 2564)

(5.2) ความต้องการการดูแลช่วยเหลือภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน

(5.2.1) การทำแผนชุมชน/ตำบล

“...ของเรามีการจัดทำแผนที่ชุมชน บ้านที่เป็นผู้สูงอายุใช้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุที่ก้มหน้าและถือไม้เท้า กลุ่มที่ติดบ้านติดเตียงก็จะใช้เป็นรูปคนที่ป่วย และนอนติดเตียง เพื่อสื่อสารให้ง่ายต่อการช่วยเหลือ ...” (สัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ, 6 ตุลาคม 2564)

(5.2.2) ร่วมเวทีประชาคม/ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ

“...ที่นี้จะให้ความสำคัญกับเวทีประชาคมหมู่บ้านมาก เพราะว่ามันเป็นการสร้างการมีส่วนร่วม อย่างในกรณีซ่อมบ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก จะต้องมีการนำเข้าเวทีประชาคมหมู่บ้านให้รับรู้ร่วมกัน หากไม่สามารถมาร่วมได้ ต้องส่งสมาชิกหรือตัวแทนมาเข้าร่วมประชุมประชาคม...” (สัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ, 6 ตุลาคม 2564)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบปัญหาและความต้องการการดูแลภาวะยากลำบากของผู้สูงอายุในชุมชน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาวะแวดล้อม 4) ด้านสุขภาพ และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง ดังนี้

1) ด้านสังคม จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ลำพังเพียงคนเดียว หรือเป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน รวมทั้งเป็นกลุ่มที่มีการสูญเสียชีวิตของคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น ในบางกรณีลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด นานๆ ครั้งจะกลับมาเยี่ยม ทำให้ไม่มีคนแบ่งเบาภาระภายในบ้าน ในบางรายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัว เกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสมาชิกในครอบครัวขาดศักยภาพในการดูแล ซึ่งส่งผลต่อตัวผู้สูงอายุเอง จากข้อมูลพื้นที่อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 49 คน อัตราการพึ่งพิงของวัยเด็กต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 18 คน อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 49 คน อัตราการพึ่งพิงของวัยเด็กต่อวัยแรงงาน 100 คน เป็น 18 คน และสะท้อนถึงวัฒนธรรมของครอบครัวที่บุตรหลานขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อครอบครัว ทำให้ชุมชนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์ บุญรอดชู, อุไร จเรประภาพร, กำไล สมรักษ์ และ รุ่งนภา บุญรอดชู (2564) พบปัญหาและ

ความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสโดยไม่มีบุตรหลานดูแล และผู้สูงอายุในชุมชนถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านรับภาระในการเลี้ยงหลานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสังคมทุนนิยมที่ลูกหลานต้องไปทำงานในเมือง เพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว และต้องการการช่วยเหลือทางสังคม การสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังต้องการการส่งเสริมภูมิปัญญา ต้องการให้ค้นหาปราชญ์ คนเก่งด้านต่างๆ และส่งเสริมการถ่ายทอดต่อคนรุ่นหลังให้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ การ์มา, อะดา-คาร์ดิน และแฮนเลอร์-ชูสเตอร์ (Karma, Ada-Katrin & Handler-Schuster, 2021) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง หรือมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ การสร้างเครือข่ายและรับการช่วยเหลือจากชุมชนท้องถิ่นถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีแหล่งความช่วยเหลือบริเวณใกล้เคียงโดยเฉพาะเพื่อนบ้าน

2) ด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ รายได้ที่มาส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพและบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ รวมถึงการทำงานที่ได้รับค่าจ้างที่ต่ำและกองทุนบำเหน็จบำนาญไม่มีความเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีพอยู่ได้ และในบางรายได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเพียงเล็กน้อย และไม่สม่ำเสมอ หากใช้ฐานเศรษฐกิจของบุคคลที่มีรายได้ พบว่า ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามมาตรฐาน โดยเฉพาะกับวิถีของชุมชนที่มีความเป็นชนบทที่มีวิถีชีวิตกับการทำเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงไก่ กวาดทางมะพร้าว นอกจากนี้มีปัญหานี้สินและรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวมีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ มีหนี้สิน โดยพื้นที่มีครัวเรือนประมาณ 1,200 ครัวเรือน มีครัวเรือนที่เป็นหนี้สินประมาณ 300 ครัวเรือน หน่วยงานที่มีอยู่ในชุมชนจึงให้การช่วยเหลือ ซึ่งมีการกู้ยืมเงินจากกองทุนหมู่บ้าน หรือสถาบันการเงิน/แหล่งเงินกู้ในพื้นที่ เช่น กองทุนหมู่บ้าน โดยผู้นำชุมชน คณะกรรมการกองทุน มีข้อมูล รู้จักครอบครัวของผู้สูงอายุ และรับรู้สถานการณ์จึงให้ความช่วยเหลือ จากการศึกษาของณัฐจิตตา เทวาลิศสกุล, วณิฏา ศิริวรสกุล และชัชสรณัฐ ยอดเยี่ยม (2559) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์ บุญรอดชู และคณะ (2564) พบปัญหาและความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุอยากจนไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่ได้สะสมทรัพย์สินเงินทองไว้ ขาดการพัฒนาศักยภาพด้านอาชีพต้องพึ่งพาครอบครัว สังคม ทั้งด้านสุขภาพ และการเงิน ซึ่งจากการศึกษาของอัมภรณ์ ภูระยา และชนิษฐา นันทบุตร (2562) พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นต้องมีฐานข้อมูลทั้งข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลเชิงสังคม และความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการจัดทำแผน จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เสริมสร้างความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการช่วยเหลือกัน

3) ด้านสภาวะแวดล้อม พบว่าโดยส่วนใหญ่บ้านที่ผู้สูงอายุอยู่เป็นของตนเอง แต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากทั้งสภาพแวดล้อมในบ้านที่ผู้พัก หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือ การพลัดตกหกล้ม และไม่ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ต้องอาศัยที่คนอื่นอยู่รวมทั้งการเช่าที่อยู่อาศัยและจ่ายเป็นรายเดือน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าเช่าบ้าน เดือนละ 1,000 บาท และจากข้อมูลของ อบต.ครัวเรือนที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง 359 ครัวเรือน ร้อยละ 49.65 นอกจากนี้สภาพแวดล้อมเป็นพิษ มีกลิ่นขยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ นอริณี ตะหวา และ ปวีตร ชัยวิสิทธิ์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุหกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 17.8 สำหรับสภาพแวดล้อม

ของบ้านที่อยู่ปัจจุบัน มีปัญหา ร้อยละ 61.50 เช่น ไม่มีราวบันได อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และกลิ่นรบกวนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมในชุมชนยังไม่มีสถานที่สำหรับผู้พิการ/ต้องการอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ซึ่งยังไม่มีศูนย์กายอุปกรณ์ที่ครบวงจร จากการศึกษาของจงรักษ์ ชาตวิวัฒน์ (2561) ที่ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการชุมชนในเขตเมือง: ศึกษากรณี 2 ชุมชนในเขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร พบปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้าน ต้องการราวติดตามห้องน้ำและทางเดิน และผู้สูงอายุที่ติดเตียงลักษณะของห้องน้ำออกแบบมาไม่ตรงกับความต้องการ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานอย่างมากและต้องการราวติดตามห้องน้ำและทางเดิน เพื่อเอามาใช้ในการฝึกเดิน และสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตย์ บุญรอดชู และคณะ (2564) พบปัญหาสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มเนื่องจากบ้านพักไม่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหว หน่วยงานสาธารณสุขไม่เตรียมทางเดินไว้สำหรับผู้สูงอายุทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจึงต้องการขยายสวัสดิการของชุมชนไว้ปรับปรุงบ้านเรือนสำหรับผู้สูงอายุ

4) ด้านสุขภาพ จากข้อมูลของ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ บางคนพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกาย โดยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยในพื้นที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 27 คน ร้อยละ 8.91 ในบางรายที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยในพื้นที่มีผู้พิการทางกายเคลื่อนไหว 45 คน ร้อยละ 14.85 นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยกะทันหัน ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนในการนำส่งโรงพยาบาล แต่สถานการณ์ในการนำส่งไม่เอื้ออำนวยกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เช่น การพลัดตกหกล้มในเวลากลางคืนและไม่มีลูกหลานนำส่งโรงพยาบาล การมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้าในการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ไม่ทราบว่าจะวางแผนอย่างไร และประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพและการจัดบริการสงเคราะห์จากภาครัฐให้กับประชาชน แต่ปัญหาที่พบคือการเข้าถึงแหล่งบริการดังกล่าว เป็นไปด้วยความยากลำบากเพิ่มมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และขาดผู้ดูแลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แวใจ พันภัย (2563) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสังขละ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านร่างกาย มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 7.01 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 67.01 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.48 เบาหวานร้อยละ 15.54 และเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีผู้สูงอายุติดบ้านเพิ่มขึ้นทุกปี และมีปัญหาสุขภาพใจ เกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้หมดกำลังใจ และสิ้นหวังที่ต้องรอรับการช่วยเหลือจากคนอื่น

ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากก็มีความท้อแท้ พักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก กลุ่มที่ดูแลผู้สูงอายุก็มีความเครียดท้อแท้ วิตกกังวลและต้องการการช่วยเหลือโดยในบางรายต้องออกจากงานและมารับภาระในการเลี้ยงดู สอดคล้องกับการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคู้ตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยต้องพยายามปรับตัวหรือสภาพจิตใจและอารมณ์และเกิดปัญหาด้านการเงินมากที่สุด และมีความรู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการจัดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้จัดการความเครียด การจัดการด้านการเงิน การสร้างอาชีพและหารายได้เสริม (ณิชาธิ์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ,

วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ และ ไพรวลัย โคตรตะ (2563) นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยติดบ้านติดเตียงมีความต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุอยากมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลหรือเกิดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ บางครั้งส่งผลให้ไม่อยากดูแลผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่ผู้ดูแลแอบไปร้องไห้ ไปพูดคุยระบายกับญาติกับเพื่อนบ้าน ซึ่งผู้ดูแลอยากให้มีคนให้คำปรึกษา และเมื่อพิจารณาถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรทางด้านสุขภาพหรือจิตอาสา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากซับซ้อนต้องได้รับการพัฒนาในด้านศักยภาพในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นันทบุตร (2551) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกันทั้งแบบทำเดี่ยวผ่านระบบการแผนการดูแล เช่น การติดตามดูแลที่บ้านกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ ซับซ้อน ยุ่งยาก เช่น การดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น

5) ด้านการเมืองการปกครอง จากข้อมูลของ อบต.บางคนที่ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การไปเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพบปะพูดคุยแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ยังต้องการเข้าร่วมการจัดทำแผนชุมชนตำบล การร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ และร่วมเวทีประชาคม เพื่อแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน โดยจากข้อมูลของพื้นที่ พบว่า การใช้สิทธิของประชาชนในพื้นที่ เลือกตั้งในระดับท้องถิ่นที่ผ่านมา ร้อยละ 83.12 และในปัจจุบันผู้สูงอายุและครอบครัว มีการใช้สื่อและเทคโนโลยีในการสื่อสารมากขึ้น เช่น การใช้กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ค เพื่อเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ในด้านสวัสดิการ จากข้อมูลพื้นที่พบว่ามีผู้ใช้การสื่อสารแบบปากต่อปากจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 83.76 แต่พบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถใช้โทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนในการขอรับสวัสดิการหรือความช่วยเหลือผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ เช่น การลงทะเบียนในการเข้ารับการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านการเกษตร รถประจำตัวสัมพันธเข้าถึงได้ไม่คล่องตัว ทำให้บางครั้งไม่สามารถรับรู้ข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินณณิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558) ที่ศึกษาปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตชีวาในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม และจากการศึกษาของ แวใจ พันภัย (2563) พบว่า กลุ่มด้อยโอกาสไม่มีรถรับส่งในการไปร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่สามารถเข้าถึงกิจกรรมที่รัฐและชุมชนจัดให้ และจากการศึกษาของชาวเวจและคณะ Savage et al. (2021) พบว่าผู้สูงอายุต้องการรักษาไว้ซึ่งการทำกิจกรรมและการเข้าร่วมทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ข้อเสนอแนะต่อพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลชุมชนควรมีการคัดกรองโรคเบื้องต้น และจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน รวมทั้งเฝ้าระวังการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่
- 2) ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ 1) ด้านสังคม จัดกิจกรรมส่งเสริมความรักและสามัคคีกันในชุมชน ให้สังคมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน 2) ด้านเศรษฐกิจ ส่งเสริมการสร้างงาน ส่งเสริมอาชีพให้กับคนในชุมชน และ

จัดหาตลาดในการจำหน่ายสินค้าที่มีอยู่ในชุมชน 3) ด้านสภาวะแวดล้อม ออกแบบพื้นที่ในการรองรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ ให้สามารถไปใช้บริการได้ 4) ด้านสุขภาพ จัดหาคนในพื้นที่ให้เป็นอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพ และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง จัดช่องทางในการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงปัญหาและความต้องการในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยผสมวิธี
- 2) การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่ เทศบาลเมือง หมู่บ้านจัดสรร เป็นต้น วิเคราะห์สังเคราะห์แนวทางการดูแลของชุมชนเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเฉพาะ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ
- 3) พัฒนาการจัดการความรู้และพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก เรียนรู้การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากในพื้นที่ เพิ่มศักยภาพชุมชนในการจัดการตนเอง โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก ในชุมชนทุกท่านที่กรุณาร่วมให้ข้อมูล และศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.. (2563). คู่มือการดำเนินการโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะยากลำบาก ประจำปีงบประมาณ 2563 (ฉบับปรับปรุง). สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2565, จาก <http://www.chainat.m-society.go.th>
- กันนิฐา มาเหิม, ปิยนุช ภิญโญ, รัชณี พจนา และ พัฒน์ ศรีโอษฐ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความต่างระหว่างหญิงและชาย: การวิจัยชาติพันธุ์วรรณานอภิมาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 138-147.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 118-132.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, จุฑาธิป ศีลบุตร และ กวินรัตน์ สุทธิสุคนธ์. (2560). การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากโดยองค์กรสาธารณสุข. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 10(3), 159-181.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). *การดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. นนทบุรี: อูษาการพิมพ์.

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สามลดา. จงรักษ์ ชาตวิภูวิน. (2561). ปัญหาของผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการชุมชนในเขตเมือง: ศึกษากรณี 2 ชุมชน ในเขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสังคม*, 41(2), 67-96.
- จิณณ์นิศา พงษ์ดี และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอลำดวย จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 561-576.
- ณิชาธิ์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 1, 1-19.
- ณัฐจิตตา เทวเลิศสกุล, วณิศา ศิริวรรณ และ ชัยสรณ์ รอดยิ้ม. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. *วารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 9(1), 529-545
- นอริณี ตะหวา และ ปวีตร ชัยวิสิทธิ์. (2559). การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1), 31-39.
- ปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ และ ไพรวลัย โคตรตะ. (2563). ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 147-155.
- พนัสนิภา บุญจรัส. (2558). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของผู้สูงอายุ ตำบลธาตุน้อย อำเภอลำดวย จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 8(2), 1-8.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561*. นครปฐม: บริษัทพรินเตอร์ จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2564*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- แววจี พันธ์. (2563). ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอสงนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 32-48.
- ศิริณี ศรีหาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบุรณ โดสงวน และ หทัยชนก สุมาลี. (2553). *บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมสุขภาพนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)*

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- อาทิตย์ บุญรอดชู, อุไร จเรประภาพร, กำไล สมรักษ์ และ รุ่งนภา บุญรอดชู. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบสมรรถนะของชุมชนท้องถิ่น ตำบลคีรีวง อำเภอปลายพะยา จังหวัดกระบี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 171-179.
- อัมภรณ์ ภูระย้า และชนิษฐา นันทบุตร. (2562). ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 22-31.
- Ebersol, P. & Hess, P. (2019). *Theories of aging. In toward healthy aging human need and nursing response* (10thed). St Louis: Mosby.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Philadelphia: Sage.
- Karma, B. Ada-Katrin, B & Handler-Schuster, D. (2021). Exploring health-relate needs of elderly people (70+) at home: a qualitative study from Switzerland. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1-7.
- Savage, R., K, H., Bashi, A. M., Bronskill, S. E., Faulkner, C., Grieve, J., . . . Rochon, P. A. (2021). Perspectives on ageing: a qualitative study of older people's expectations, priorities, needs and values from two Canadian provinces. *Age And Aging*. 50(5), 1811-1819. doi:10.1093/ageing/afab136
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

วาสนา กันคำ, พย.ม.¹ปัทมา ัญญพานสิน, พย.ม.^{1*}วรารณ ศรีจันทร์พาล, กศ.ด.¹

บทคัดย่อ

โรคไตวายเรื้อรัง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องในผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกฟอกไตทั้ง 6 แห่งในจังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2561-มีนาคม 2562 จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตในโรคไต (KDQOL-36) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=48.23$, $SD=14.57$) ร้อยละ 58.40 อายุ ($r=-0.25$) และระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ($r=-0.24$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ขณะที่การติดเชื้อในช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน ($r=-0.21$) และภาวะความเป็นภาระจากโรคไต ($r=-0.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) นอกจากนี้การมีโรคร่วม ($\chi^2=14.33$) มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีอายุมาก มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องเป็นระยะเวลานาน มีการติดเชื้อในช่องท้อง และการมีโรคร่วม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ ด้านผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน และด้านภาวะความเป็นภาระของโรคไต อย่างจริงจังและต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, การล้างไตทางช่องท้อง

วันที่รับ: 4 เมษายน 2566 วันที่แก้ไข: 20 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 23 สิงหาคม 2566

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล papatchaya.t@bcnpy.ac.th

Factors related to the quality of life in older Thai patients with end stage kidney disease (ESKD) undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)

Wassana Kankom, M.Phil, (Nursing)¹

Papatchaya Thanyapansin, M.N.S.^{1*}

Waraporn Srijanpal, Ph.D.¹

Abstract

Thai ESKD patients undergoing CAPD. one hundred and one older people were recruited for the study from six peritoneal dialysis clinics in Phayao province from December 2018 to March 2019. The instruments consisted of information on demographics and the Thai version of the KDQOL-36 questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's correlation, and Chi-Square test. The results found that the overall quality of life in older CAPD patients was low ($\bar{x}=48.23$, $SD=14.57$) at 58.40%. Age ($r=-0.25$) and time receiving peritoneal dialysis (months) ($r=-0.24$) were significantly negatively associated with the quality of life in the physical domain ($p<.05$). While the episode of peritonitis ($r=-0.21$) was significantly negatively associated with quality of life in the domain of effects of kidney disease and burden of kidney disease ($r=-0.23$, $p<.05$). These results also found that comorbidities had a statistically significant correlation with quality of life in the burden of kidney disease ($\chi^2=14.33$; $p<.05$). Therefore, the group of older people undergoing CAPD who are older, longer receiving CAPD, and experiencing episodes of peritonitis and comorbidities should be assertively addressing and continuing to improve their quality of life in the physical, effect of kidney disease, and burden of kidney disease domain.

Keywords: End stage kidney disease, Older people, Quality of life, Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)

Received: Apr 4, 2023 Revised: Aug 20, 2023 Accepted: Aug 23, 2023

¹ Lecture, Boromarajonnani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail: papatchaya.t@bcnpy.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลก จำนวนผู้สูงอายุป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการมีโรคประจำตัว เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (Wu, Poulikakos, Hurst, Lewis, & Chinnadurai, 2023) เมื่อเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการล้างไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นหนึ่งในการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ว่ามีประสิทธิภาพดี (Li & Kwong, 2017) และเมื่อเทียบเท่ากับการฟอกไตทางหลอดเลือด มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า (Li & Kwong, 2017; Zazzeroni, Pasquinelli, Nanni, Cremonini, & Rubbi, 2017) จึงทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่เลือกการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มมากขึ้น (Brown, Bargman, & Li, 2015; Wu et al., 2023) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งนโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (The peritoneal dialysis first: PD first policy) ในปี พ.ศ. 2551 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องชนิด CAPD โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้อง ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 20,216 คน ในปี 2559 จำนวน 24,001 คน ในปี 2560 จำนวน 26,070 คน ในปี 2561 จำนวน 30,869 คน ในปี 2562 และ จำนวน 34,467 คน ในปี 2563 และจำนวนผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 2,800 คน (อายุ 65-74 ปี) ในปี พ.ศ.2562 เพิ่มขึ้นเป็น 3,500 คน ในปี พ.ศ.2563 และช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 2,100 คน ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 3,500 คน ในปี 2563 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

ถึงแม้ว่าการล้างไตทางช่องท้องเป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น สดวกสามารถทำได้เองที่บ้าน ประหยัดเวลาและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่เนื่องจากกระบวนการสูงอายุอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การไหลเวียนของหลอดเลือดมาเลี้ยงเยื่อบุช่องท้องลดลง เยื่อบุช่องท้องหนาตัวมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการล้างไตลดลง 2) เซลล์เยื่อบุช่องท้องมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการอักเสบหรือการติดเชื้อ (peritonitis) ได้ง่าย 3) เสี่ยงต่อการเกิดลำไส้อักเสบและลำไส้อุดตัน 4) ภาวะท้องผูกได้ง่าย ทำให้ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้น้ำยารั่วและสายล้างไตทางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวกลางนำน้ำยา PD ผ่านเข้าออกช่องท้องได้ (Setyapranata & Holt, 2015) และ 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการจากการสูญเสียโปรตีนไปกับน้ำยาล้างไต (Wu et al., 2023) ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการล้างไตทางช่องท้องในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ล้างไตทางช่องท้อง มีอัตราการตายสูง ผลลัพธ์ทางคลินิกต่ำ และอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า ประชากรช่วงวัยอื่น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าวัยอื่น (Lai, Amabile, & Bargagli, 2018; Satirapoj et al., 2017) และโดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกายเป็นสำคัญเมื่อได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และการล้างไตทางช่องท้องยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องร่วมด้วย (Lai et al., 2018) โดยมีการศึกษาย้อนหลังในประเทศจีนในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 1,200 ราย มีอัตราการเกิดภาวะการติดเชื้อในช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ จึงควรให้ความสำคัญกับการลดอุบัติการณ์ของการเกิดการติดเชื้อดังกล่าวในผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ (Song et al., 2022) ในประเทศไทยมีการศึกษาระดับปริญญาของ ปราณี ทองคำ (2563) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 2 ราย พบว่า มีผู้ป่วย 1 ราย ที่มีการติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง แพทย์จึงยุติการรักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง และเปลี่ยนเป็นการรักษาโดยการฟอกไตทางหลอดเลือด นอกจากนี้การล้างไตทางช่องท้องยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในผู้สูงอายุได้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า จากการที่ไม่สามารถล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะฟุ้งฟิง และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ (Griva et al., 2015) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งจากการศึกษาของสมพร ชินโนรส และชุตินา ตีปัญญา (2563) พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ แตกต่างกับผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.56, p=.01$)

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง ดังนั้น การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องโดยทั่วไปให้มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางคลินิกโรคไต หมายถึง อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เช่น คันตามผิวหนัง เป็นตะคริว เบื่ออาหาร อ่อนแรง หายใจเหนื่อย คลื่นไส้ ไม่สบายท้อง ด้านผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำงานบ้าน ความสามารถในการเดินทางไปที่ต่างๆ การจำกัดน้ำดื่ม การจำกัดอาหาร การพึ่งพาแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ลักษณะรูปลักษณ์ภายนอก และการมีเพศสัมพันธ์ ด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต หมายถึง รู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ด้านภาวะสุขภาพกาย หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น ขึ้นลงบันได ถูบ้าน เดินไกลๆ และด้านภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกทางด้านจิตใจเช่น รู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ (Thaweethamcharoen et al., 2013) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ และลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการรับรู้ถึงการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพทางร่างกาย การสูญเสียบทบาททางเพศ ความรู้สึกการเป็นภาระของครอบครัว การขาดอิสระในชีวิต (สมพร ชินโนรส และชุตินา ตีปัญญา, 2563) และ มาเลกมะกัน และคณะ (Malekmakan et al., 2016) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง กับผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหลอดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหลอดเลือด (Malekmakan et al., 2016) โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Kim et al., 2015) และยังมีปัจจัยด้านระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นทำให้ประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนน้ำยาในช่องท้องลดลง และอาจจะเกิดพังผืดบริเวณช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น (วิโรจน์ ต้นติโกสม, 2563) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวกับ การมีโรคร่วมหลายโรค ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง (Martínez, Restrepo, & Arango, 2015)

จากผลการศึกษาของ อุทุมพร ขำคม และคณะ (2015) พบว่า ระดับอัลบูมินต่ำ มีผลทำให้ผู้ป่วยบวม และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ฟอกไตลดลง

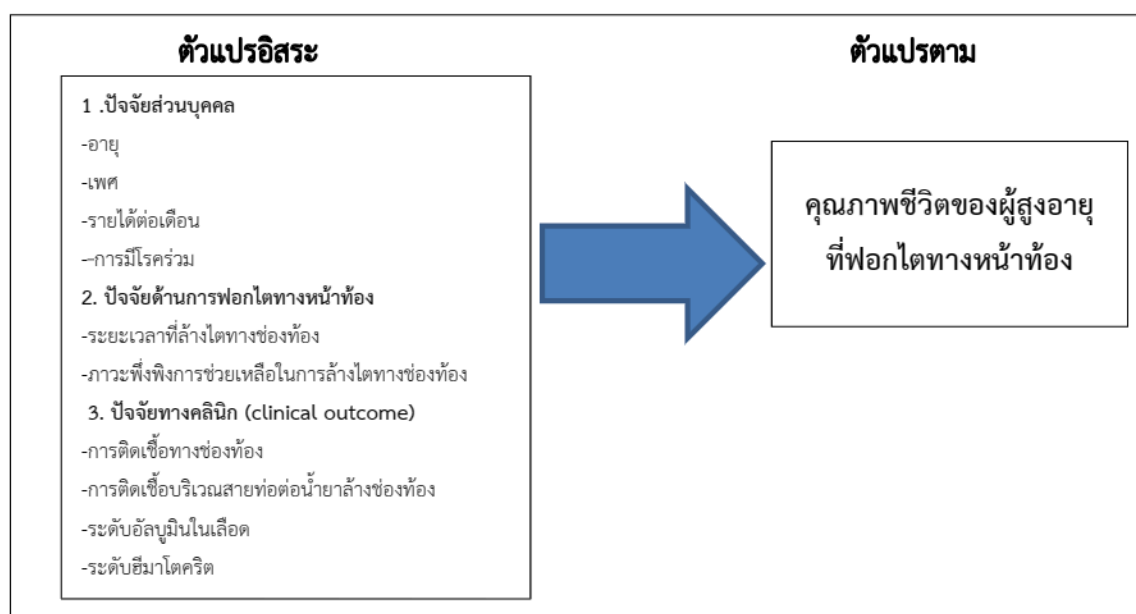
โรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการลงทะเบียนการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งนี้จากสถิติโรงพยาบาลพะเยาจากการศึกษาข้อมูลศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่การที่รัฐบาลมีนโยบาย นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก โดยสถิติตั้งแต่ปี 2561-2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 226, 302, 340, 355 และ 366 คน ตามลำดับ (ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา, 2565) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยของคลินิกโรคไต พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการติดเชื้อและอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องมาตรวจตามนัดยังคลินิกล้างไตทางช่องท้องเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลจากคลินิกล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยาซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องที่อาศัยอยู่ในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดพะเยา ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคอย่างปลอดภัยและมีอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องใน

จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยศึกษาในคลินิกล่างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยา ในระหว่าง เดือนธันวาคม 2561-มีนาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่รักษาด้วยการล่างไตทางช่องท้อง จำนวน 226 คนที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกล่างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดพะเยา จำนวน 6 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลแม่ใจ และโรงพยาบาลเชียงม่วน ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2562

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากกลุ่มประชากร ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2561- มีนาคม 2562 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่รับบริการ ณ คลินิกล่างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดพะเยา จำนวน 6 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลแม่ใจ และโรงพยาบาลเชียงม่วน
2. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล่างไตทางช่องท้องเป็นระยะ เวลาตั้งแต่ 6 เดือน (เนื่องจากมีประสบการณ์ในการล่างไตทางช่องท้องอย่างเพียงพอ)
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้
4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการรักษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ ทรอนด์ (Thorndike, 1978 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยนากร (2553) ที่ระบุว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรมากกว่าหรือเท่ากับ 10 (จำนวนตัวแปรอิสระ) + 50 ซึ่งการศึกษานี้มีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 9 ตัว คือ ตัวแปรต้น แทนค่าในสูตร $n = 10 \times 10 + 50 = 150$ คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพียง 101 คน จึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ต่อเดือน การมีโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โรค ปัจจัยด้านการล่างไตทางช่องท้อง คือ ระยะเวลาที่ล่างไตทางช่องท้อง ภาวะพึงพิงการช่วยเหลือในการล่างไตทางช่องท้อง ปัจจัยทางคลินิก คือ การติดเชื้อทางช่องท้อง การติดเชื้อบริเวณสายท่อต่อหน้าล่างช่องท้อง ระดับอัลบูมินในเลือด และระดับฮีมาโตคริต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไต (KDQOL-36) แปลเป็นภาษาไทย โดย ฐนิตา ทวีธรรมเจริญ (Thaweethamcharoen et al., 2013) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (KDQOL-36) ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมิน KDQOL-SF เวอร์ชัน 1.3 ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด มีทั้ง 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็น rating scale เช่น ทำได้น้อยลงมาก เท่ากับ 1 คะแนน ทำได้บ้างเท่ากับ 2 คะแนน ทำได้เต็มเท่ากับ 3 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) อาการทางคลินิกโรคไต จำนวน 12 ข้อ 2) ผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านภาวะสุขภาพกาย จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านภาวะสุขภาพจิต จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนจาก 0 ถึง 100 คะแนน เกณฑ์คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (น้อยกว่า 50 คะแนน) ปานกลาง (50-69 คะแนน) ระดับสูง (70-79 คะแนน) และระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน) ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .706

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา รหัสโครงการ HE-62-01-0003 29 พฤศจิกายน 2561 โดยรับรองการเก็บข้อมูลครอบคลุมศูนย์โรคไตทั้งจังหวัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเหตุผลในการเก็บข้อมูลวิจัย และแจ้งให้ผู้ช่วยเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ การเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อ นอกจากนี้รายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพะเยา โดยมีขั้นตอนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าศูนย์ล้างไตทางช่องท้องทุกแห่งที่มีศูนย์คลินิกล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดพะเยา โดยการทำหนังสือขออนุญาตไปยัง โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลแม่ใจ และโรงพยาบาลเชียงม่วน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และนัดหมายวันเวลาเพื่อเก็บกลุ่มตัวอย่าง

2. ในวันนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผู้วิจัยอ่านคำชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยเพื่อตัดสินใจยืนยัน หรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิเสธความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หรือในกรณีที่อยู่ในระหว่างการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบคำถามและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาอย่างอิสระ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิโดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 96 คน และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่สามารถอ่านได้ด้วยตนเองจำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank correlation coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) หลังจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน อายุระหว่าง 60-83 ปี อายุเฉลี่ย 64.53 ปี ($SD=4.92$) เพศชายจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 เพศหญิงจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาทหรือต่ำกว่า จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 85.10 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 97.03 ระยะเวลาที่รับการรักษาการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในช่วง 6-144 เดือน (6 เดือน ถึง 12 ปี) โดยมีค่าเฉลี่ย 41.31 เดือน (ประมาณ 3.5 ปี) ($SD=32.28$) มีภาวะฟุ้งฟิงในการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 40.60 มีการติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) และมีการติดเชื้อบริเวณสายท่อต่อหน้าลำช่องท้อง (catheter exit-site infection) ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมามีจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.80 และจำนวน 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.90 ตามลำดับ ข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอัลบูมินในเลือดและมีระดับค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าค่าปกติ จำนวน 74 ราย คิดเป็น ร้อยละ 73.30 และ จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.30 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง ($n=101$)

ตัวแปร	จำนวนคน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	59	58.40
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	39	38.60
คุณภาพชีวิตระดับสูง	3	3.00

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=48.23$, $SD=14.57$) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอาการทางคลินิกของโรคไต มีมากที่สุด ($\bar{x}=69.55$, $SD=14.93$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไตต่ำที่สุด ($\bar{x}=35.02$, $SD=29.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง รายด้าน และโดยรวม (n=101)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
อาการทางคลินิกของโรคไต	69.60	14.93	ปานกลาง
ผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน	55.91	19.50	ปานกลาง
ภาวะความเป็นภาระจากโรคไต	35.00	29.01	ต่ำ
คุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ	36.20	9.45	ต่ำ
คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ	44.45	7.95	ต่ำ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	48.23	14.57	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง

ผลการศึกษา พบว่า อายุ ($r=-0.25$) และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ($r=-0.24$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) การติดเชื้อทางช่องท้อง มีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบต่อโรคไตต่อชีวิตประจำวัน ($r=-0.21$) และด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต ($r=-0.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง

ตัวแปร	อาการทางคลินิก ของโรคไต		ผลกระทบโรคไต ต่อชีวิตประจำวัน		ภาวะความเป็น ภาระจากโรคไต		คุณภาพชีวิต ทางด้านกายภาพ		คุณภาพชีวิต ทางด้านจิตใจ	
	(r_s)	p	(r_s)	p	(r_s)	p	(r_s)	p	(r_s)	p
1. อายุ	-0.15	.13	-0.17	.08	-0.19	.01	-0.25**	.00	-0.07	.43
2. ระยะเวลาล้างไต ทางช่องท้อง	-0.16	.10	.28	-0.10	-0.05	.58	-0.24**	.01	0.06	.57
3. การติดเชื้อ ทางช่องท้อง	-0.03	.75	-0.21*	.03	-0.23*	.02	-0.18	.06	-0.13	.21
4. การติดเชื้อบริเวณสาย ท่อต่อล้างช่องท้อง	.08	.40	.02	.89	.02	.81	.04	.72	-.16	.11
5. ระดับอัลบูมิน	.03	.77	.13	.22	.05	.63	.08	.47	.14	.16
6. ระดับฮีมาโตคริต	-.01	.88	-.18	.06	-.04	.42	.00	.56	.07	.44

$p^*<.05$, $p^{**}<.01$

ผลการศึกษา พบว่า การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาวะความเป็นภาระจากโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=14.33$, $p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องโดยใช้สถิติ Chi-Square

	อาการทางคลินิก ของโรคไต		ผลกระทบโรคไตต่อ ชีวิตประจำวัน		ภาวะความเป็นภาระ จากโรคไต		คุณภาพชีวิตทางด้าน กายภาพ		คุณภาพชีวิตทางด้าน จิตใจ	
	Chi-Square	Sig 2-tailed	Chi-Square	Sig 2-tailed	Chi-Square	Sig 2-tailed	Chi-Square	Sig 2-tailed	Chi-Square	Sig 2-tailed
เพศ	5.22	.26	1.20	.87	8.53	.07	1.57	.20	2.54	.46
รายได้ต่อเดือน	4.46	.34	4.89	.29	1.21	.87	.43	.51	2.99	.39
โรคร่วม	2.33	.67	1.57	.81	14.33*	.006*	.55	.45	1.33	.72
ภาวะพึ่งพิงในการล้างไตทางช่องท้อง	3.05	.54	1.90	.75	2.51	.64	.29	.58	5.08	.16

$p^* < .05$

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิต ทั้ง 5 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=48.23$, $SD=14.57$) ถึงร้อยละ 58.50 ซึ่งมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาล้างไตทางช่องท้องของศูนย์คลินิกโรคไตจังหวัดพะเยา ซึ่งจากผลการศึกษารั้ครั้งนี้ในด้านข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม มากที่สุดถึง ร้อยละ 97.03 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์ ซึ่งโรคเหล่านี้หากควบคุมไม่ได้อาจส่งผลต่ออัตราการกรองของไตลดลง และโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องได้ง่าย หรือเมื่อเกิดการติดเชื้อทำให้อัตราการหายช้า เมื่อศึกษาข้อมูลด้านรายได้เฉลี่ยพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท หรือต่ำกว่า แสดงถึงมีฐานะยากจนย่อม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามไปด้วย ซึ่งการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ขาดโอกาสเข้าถึงอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดีต่อโรคไต โดยเฉพาะโปรตีนจากไข่ขาวที่ต้องได้รับประทานอย่างน้อย 6 ฟองต่อวัน (ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา, 2561) เนื่องจากผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีโอกาสขาดโปรตีนอัลบูมินที่สูญเสียไปกับน้ำยาล้างไตทางช่องท้องได้มาก จึงต้องได้รับประทานโปรตีนจากไข่ขาวซึ่งมีอัลบูมินเป็นส่วนประกอบอย่างเพียงพอตามที่มาตรฐานที่กำหนด แต่จากการให้ข้อมูลของบุคลากรในคลินิก บอกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถรับประทานได้ ครบ 6 ฟองต่อวันตามที่แนะนำ โดยผู้ป่วยบางรายให้เหตุผลว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่สามารถซื้อไข่ขาวมารับประทานจำนวน 6 ฟองต่อวันได้ (ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา, 2561) สอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษารั้ครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับค่าอัลบูมินในกระแสเลือดต่ำกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และยังส่งผลทำให้ระดับค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าค่าปกติถึงร้อยละ 23.80 ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตควรพิจารณาด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ครอบครัวมีรายได้น้อยอาจจะส่งผลกระทบต่อการขาดแคลนปัจจัยทางการเงินเพื่อซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดแลบริเวณสายท่อต่อน้ำยาล้างช่องท้อง เช่น 70 % แอลกอฮอล์ แผ่นพลาสติกปิดแผล สำลี และ

ถือขปราศจากเชื้อ ซึ่งผู้สูงอายุต้องล้างแผลวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน และถูรอบของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตอย่างน้อยวันละ 4 รอบ ผู้สูงอายุต้องล้างมือตามขั้นตอน และใช้น้ำยา หรือสบู่ที่ผสมน้ำยาป้องกันการติดเชื้อที่มีราคาสูงกว่าสบู่หรือน้ำยาล้างมือทั่วไป ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทางมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากบางรายขาดแคลนยานพาหนะในการเดินทางมายังคลินิกล้างไตทางช่องท้อง บางรายไม่มียานพาหนะเป็นของตนเอง ต้องใช้บริการรถโดยสารสาธารณะซึ่งห่างไกลจากบ้านที่อาศัย อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดมีภาวะพึ่งพิงการล้างไตทางช่องท้องจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น จึงทำให้ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง มีความต้องการความช่วยเหลือในการล้างไตทางช่องท้องสูง บางรายไม่สามารถทำเองได้ต้องพึ่งสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้อง (Genestier et al., 2010; Hsieh et al., 2010; Cheng et al., 2013; Kim et al., 2015; Lo & Tong, 2016)

ปัจจัยด้านคลินิกมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำได้ ที่สำคัญคือการติดเชื้อ การมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ และระดับฮีมาโตคริตในเลือดต่ำ ปัจจัยทางคลินิกเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะหากมีการติดเชื้อทางช่องท้องและการติดเชื้อบริเวณสายท่อต่อหน้าล้างช่องท้อง อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาจากต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีอัตราการติดเชื้อทางช่องท้องสูง (Lim, Dogra, McDonald, Brown, & Johnson, 2011; Taveras, Bekui, Gorban-Brennan, Raducu, & Finkelstein, 2012; Kim et al., 2015) และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีอัตราการติดเชื้อและอัตราการตายสูง และระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่า (Kanjanaabuch et al., 2011; Pattanachaiwit et al., 2011; Sakthong & Kasemsup, 2012; Satirapoj et al., 2017) 6) การที่ผู้สูงอายุที่มีระดับอัลบูมินและระดับฮีมาโตคริตต่ำกว่าค่าปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกิริพจน์ และคณะ (Satirapoj et al., 2017) พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าค่าปกติ และมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีระดับคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ พบว่า ด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=35.00$) เนื่องมาจากการมีภาระจากโรคไตทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตถูกรบกวนด้วยโรคไตมากเกินไป ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคไตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการต้องล้างไตทางช่องท้องในแต่ละช่วงของวัน ทำให้เกิดความเครียด ความกังวล ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือบุคคลในครอบครัวทำให้ชีวิตต้องขึ้นอยู่กับผู้อื่นทำให้รู้สึกเป็นภาระให้กับครอบครัว จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ค่อนข้างต่ำกว่าด้านอื่น (Segall et al., 2017) เมื่อพิจารณาด้านคุณภาพชีวิตด้านกายภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามวัย ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่เชิงปฏิบัติลดลง ประกอบกับขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องใช้ความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติ เช่น การยกถุงน้ำยาล้างไตแขวนกับเสา ในทุกๆ รอบของการล้างไตทางช่องท้อง ให้น้ำที่ด้านร่างกายลดลงไป อาจจะทำให้ผู้สูงอายุใช้แรงในการยกเพิ่มมากขึ้น ร่างกายมีความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น (ดาราวรรณ รองเมือง และ อินทิรา สุขรุ่งเรือง,

2564) จึงทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจลดลงไปด้วย เนื่องจากความสามารถทางกายลดลงย่อมทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับการใช้ชีวิต รวมถึงการดูแลตนเอง ในการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้สูงอายุโรคไตเมื่อความสามารถทางร่างกายลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจลดลงตามไปด้วย ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องตลอดชีวิต ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดขึ้นได้ง่าย (ดาราวรรณ รองเมือง และ อินทิรา สุขรุ่งเรือง, 2564) อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสมพร ชินโนรส และ ชุตินา ดีปัญญา (2563) ที่ศึกษา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องกับผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหลอดเลือด พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันกับระดับผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง และการศึกษาของ กริว่า และคณะ (Griva et al., 2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่า

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งแปลผลได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องมีอายุเพิ่มมากขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพลดลง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอยลง เช่น ประสิทธิภาพการกรองของไต การเคลื่อนไหว สายตาการมองเห็นลดลง ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ร่างกายมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขณะทำการล้างไตทางช่องท้อง เช่น ต้องยกถุงน้ำยาจำนวน 1-2 ลิตร เพื่อแขวนไว้กับเสา ในขั้นตอนการแลกเปลี่ยนน้ำยาล้างไต หรือ ในระหว่างการเดินทางมาตรวจตามนัด ณ คลินิกล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ คิม และคณะ (Kim et al., 2015) พบว่า ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องในเกาหลีใต้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อระยะเวลาที่ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องเพิ่มมากขึ้นอาจจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพลดลง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 3.5 ปี ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อร่างกายเพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนน้ำยาในช่องท้องลดลง และอาจจะเกิดพังผืดบริเวณช่องท้องเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น (วิโรจน์ ตันติโกสม, 2563) อาจจะส่งผลต่อความสามารถด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน ด้วยไม้ถูพื้นเดินเร็วๆ หรือเดินเล่นไกลๆ ลดลง การขึ้นบันไดหลายๆ ชั้น ลดลง ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ และไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางช่องท้องมีความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันลดลงและ ร้อยละ 89 ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Cupisti et al., 2017; Ulutas, Farragher, Chiu, Cook, & Jassal, 2016)

การมีโรคร่วม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านความเป็นภาระจากโรคไตลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณภา สระทองหน และ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ (2562) พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ฟอกไตทางหน้าท้อง มีโรคร่วมคือเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และพบว่ามียกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ต้องได้รับการรักษาโรคร่วมดังกล่าว ต้องมีวิธีการดูแลตัวเองที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ต้องฉีดยาอินซูลิน รับประทานยาสม่ำเสมอทุกวัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ตลอดจนการมาตรวจตามนัดโรคประจำตัวในทุกเดือน ซึ่งอาจไม่สามารถมาพบกับการตรวจตามนัดจากคลินิกฟอกไตทางช่องท้อง ทำให้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยถูกรบกวนมากขึ้น ใช้เวลาในการดูแลรักษาตนเองเพิ่มมากขึ้น และอาจจะเป็นภาระพึ่งพิง สำหรับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยทั้งด้านการล้างไตทางช่องท้อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมาตรวจตามนัด อาจจะเป็นภาระของญาติที่ต้องให้การดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้นและส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะความเป็นภาระจากโรคไตเพิ่มมากขึ้น

การติดเชื้อในช่องท้อง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบโรคไต ต่อชีวิตประจำวัน และระดับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ อาจต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และบางรายอาจต้องการผู้ดูแลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเมื่อเกิดภาวะความไม่สบาย เช่น ปวดท้อง อืดท้อง อาจไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการนำผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวันและความรู้สึกความเป็นภาระจากโรคไตเพิ่มมากขึ้น จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ส่งผลกระทบให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน ต้องได้รับยาปฏิชีวนะ เกิดอาการไม่สบายเพิ่มมากขึ้น เช่น ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อึดแน่นท้อง น้ำยาล้างไตขุ่น มีไข้ คลื่นไส้อาเจียน (ดราวรรณ รองเมือง และ อินทิรา สุขรุ่งเรือง, 2564) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน และระดับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไตซึ่งจากผลการวิจัยนี้ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบโรคไตต่อชีวิตประจำวัน และระดับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความเป็นภาระจากโรคไตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำกว่า ร้อยละ 50

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการตระหนักถึงผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และรับการฟอกไตเป็นระยะเวลาที่นาน ที่อาจทำให้ประสิทธิภาพหน้าที่ร่างกายด้านกายภาพอาจจะลดลง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะความพึงพอใจในการดูแลที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนา เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง โดยเน้นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาและการมีส่วนร่วมทีมสหสาขาของคลินิกโรคไต
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องในผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟอกไตทางหน้าให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ หัวหน้าหน่วยล้างไตทางช่องท้อง แพทย์และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพะเยา หัวหน้าศูนย์ล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลเชียงราย โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลแม่ใจ และโรงพยาบาลเชียงม่วนที่อนุญาตและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องและญาติ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ดาราพรรณ รองเมือง และ อินทิรา สุขรุ่งเรือง. (2564). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), 161-172.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปราณี ทองคำ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (พ.ศ.2562) กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 477-484.
- วิโรจน์ ดันติโกสม. (2563). *การติดเชื้อในช่องท้อง: ปัญหาการล้างไตทางช่องท้อง*. สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2566, จาก <https://www.chewa.co.th/?p=3355>
- ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา. (2561). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. รายงานประจำปี คลินิกล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลพะเยา*. พะเยา: โรงพยาบาลพะเยา.

- ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องจังหวัดพะเยา. (2565). ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. รายงานประจำปี คลินิกล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลพะเยา. พะเยา: โรงพยาบาลพะเยา.
- สมพร ชินโนรส และ ชุติมา ดีปัญญา (2563). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(2), 40-54.
- สุพัฒน์ อาสนะ วรรณภา สระทองหน และ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ (2562). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 12 (1), 141-149
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.2563 [รายงานประจำปี] จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- อุทุมพร ขำคม, นันทิยา วัฒนา, และดวงใจ รัตนธัญญา. (2015). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27 (2), 60-70.
- Brown, E. A., Bargman, J. M., & Li, P. K. (2015). Managing older patients on peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 35(6), 609-611.
- Cheng, C. H., Shu, K. H., Chuang, Y. W., Huang, S. T., Chou, M. C., & Chang, H. R. (2013). Clinical outcome of elderly peritoneal dialysis patients with assisted care in a single medical centre: a 25 year experience. *Nephrology*, 18(6), 468-473.
- Genestier, S., Meyer, N., Chantrel, F., Alenabi, F., Brignon, P., Maaz, M., . . . Faller, B. (2010). Prognostic survival factors in elderly renal failure patients treated with peritoneal dialysis: a nine-year retrospective study. *Peritoneal Dialysis International*, 30(2), 218-226. doi:10.3747/pdi.2009.00043
- Griva, K., Goh, C. S. Y., Kang, A., Yu, Z., Chan, M. C., Wu, S. Y., . . . Foo, M. W. Y. (2015). Quality of life and emotional distress in patients and burden in caregivers: a comparison between assisted peritoneal dialysis and self-care peritoneal dialysis. *Quality of Life Research*, 25(2), 373-384. doi:10.1007/s11136-015-1074-8
- Griva, K., Yu, Z., Chan, S. W., Krisnasamy, T., Yamin, R. B. A., Zakaria, F. B., . . . Foo, M. W. Y. (2014). Age is not a contraindication to home-based dialysis - Quality-of-Life outcomes favour older patients on peritoneal dialysis regimes relative to younger patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1902-1914. doi:10.1111/jan.12355
- Hsieh, C. Y., Fang, J. T., Yang, C. W., Lai, P. C., Hu, S. A., Chen, Y. M., ... Hung, C. C. (2010). The impact of type of assistance on characteristics of peritonitis in elderly peritoneal dialysis patients. *International Journal of Urology Nephrology*, 42(4), 1117-1124. doi:10.1007/s11255-010-9838-0

- Kanjanabuch, T., Chanchaoenthana, W., Katavetin, P., Sritippayawan, S., Praditpornsilpa, K., Ariyapitipan, S., . . . Lumlertgul, D. (2011). The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: a nationwide survey. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94 (Suppl 4), 7-12.
- Kim, H., An, J. N., Kim, Y. S., Kim, M., Kim, H., Kim, Y., . . . Investigators, C. F. E. (2015). Elderly peritoneal dialysis compared with elderly hemodialysis patients and younger peritoneal dialysis patients: competing risk analysis of a Korean prospective cohort study. *PLOS ONE*, 10(6), e0131393. doi: 10.1371/journal.pone.0131393
- Lai, S., Amabile, M., & Bargagli, M. (2018). Study Group on Geriatric Nephrology of the Italian Society of Nephrology (SIN) Peritoneal dialysis in older adults: evaluation of clinical, nutritional, metabolic outcomes, and quality of life. *Medicine*, 97, e11953.
- Li, P. K., & Kwong, V. W. (2017). Current challenges and opportunities in PD. *Seminars in nephrology*, 37(1), 2–9. doi: 10.1016/j.semnephrol.2016.10.002.
- Lim, W. H., Dogra, G. K., McDonald, S. P., Brown, F. G., & Johnson, D. W. (2011). Compared with younger peritoneal dialysis patients, elderly patients have similar peritonitis-free survival and lower risk of technique failure, but higher risk of peritonitis-related mortality. *Peritoneal Dialysis International*, 31(6), 663-671.
- Lo, SH., & Tong, BC. (2016). Quality of life before and after commencing peritoneal dialysis in Hong Kong elderly. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 11(2), 48-53.
- Martínez, H. L., Restrepo, C. A., & Arango, F. (2015). Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica. *Acta médica colombiana*, 40(1), 13-19.
- Malekmakan, L., Roozbeh, J., Zonnoor, S. L., Azadian, F., Sayadi, M., & Tadayoni, A. (2016). The comparison of quality of life among peritoneal and hemodialysis patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(4), 127-132.
- Satirapoj, B., Limwannata, P., Kleechaiyaphum, C., Prapakorn, J., Yatinan, U., Chotsriluecha, S., ... Supasynhdh, O. (2017). Nutritional status among peritoneal dialysis patients after oral supplement with ONCE dialyze formula. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 145-151. doi:10.2147/IJNRD.S138047
- Segall, L., Nistor, I., Van Biesen, W., Brown, E. A., Heaf, J. G., Lindley, E., . . . Covic, A. (2017). Dialysis modality choice in elderly patients with end-stage renal disease: a narrative review of the available evidence. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 32(1), 41-49.
- Setyapranata, S. & Holt, S. G. (2015). The gut in older patients on peritoneal dialysis. *journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 35(6), 650–654. doi: 10.3747/pdi.2014.00341

- Song, P., Yang, D., Li, J., Zhuo, N., Fu, X., Zhang, L., . . . Liu, Y. (2022). Microbiology and outcome of peritoneal dialysis-related peritonitis in elderly patients: a retrospective study in China. *Frontiers in Medicine*, 9, 799110.
- Taveras, A. E., Bekui, A. M., Gorban-Brennan, N., Raducu, R., & Finkelstein, F. O. (2012). Peritoneal dialysis in patients 75 years of age and older--a 22-year experience. *Advances in peritoneal dialysis. Conference on Peritoneal Dialysis*, 28, 84–88.
- Thaweethamcharoen, T., Srimongkol, W., Noparatayaporn, P., Jariyayothin, P., Sukthinthai, N., Aiyasanon, N., ... Vasuvattakul, S. (2013). Validity and Reliability of KDQOL-36 in Thai Kidney disease patient. *Value in Health Regional Issues*, 2(1), 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2013.02.011>
- Wu, H. H. L., Poulikakos, D., Hurst, H., Lewis, D., & Chinnadurai, R. (2023). Delivering personalized, goal-directed care to older patients receiving peritoneal dialysis. *Kidney Diseases*, 1–13. doi: 10.1159/000531367
- Zazzeroni, L., Pasquinelli, G., Nanni, E., Cremonini, V., & Rubbi, I. (2017). Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Kidney and Blood Pressure Research*, 42(4), 717-727. doi:10.1159/000484115

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร

ณัฐบาลิน นิลเป็ง, ประ.ด¹ ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, ประ.ด.^{1*}

วรวิศา วรวงษ์, พย.ม.¹ สุพัตรา ลินธิบัว, พย.ม.¹

ชุตินญา ทวยจันทร์, วท.บ.²

บทคัดย่อ

กระบวนการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการพัฒนาสถานศึกษาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของระดับความสำเร็จการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร อยู่ในระดับมาก โดยขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3) ปัจจัยด้านการวัดผล ด้านการสื่อสาร และด้านกระบวนการและเครื่องมือ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .922 (*R*) และปัจจัยทั้งสามสามารถพยากรณ์ถึงความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ได้ ร้อยละ 84.40 ดังนั้น การดำเนินการด้านกระบวนการจัดการความรู้เพื่อไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการวัดผล การสื่อสาร กระบวนการและเครื่องมือ

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการความรู้, ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ, ระดับความสำเร็จ, การพัฒนาองค์กร

วันที่รับ: 2 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไข: 8 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2566

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: phitinan@bcnc.ac.th

² นักวิเคราะห์นโยบายและแผน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Factors affecting success of using knowledge management process for organization development

Natpalin Ninpeng, Ph.D.¹ Phitinan Isarangura Na Ayudhaya, Ph.D.^{1*}

Varisa Voravong, MS.N.¹ Supattra Sinthubua, MS.N.¹

Chutiya Thuyjun, B.S.²

Abstract

The implementation of knowledge management practices is important tool for educational institutions to become a learning organization. This research aimed to study the success levels of knowledge management process and investigate factors affecting the success of knowledge management in organizational development. The population was 84 teachers and staffs of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. The research instrument was questionnaires about the opinion of success levels in knowledge management and the factors influencing the success of knowledge management process that created by the researchers. The researchers developed research questionnaire based on principle of knowledge management and management process with Cronbach's alpha coefficient of .98. The data were analyzed by using descriptive statistic and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that 1) the overall success levels of knowledge management process were at high level. When classified by aspect, it was found that the knowledge identification was promoted at the highest level. 2) The success level of factors influencing in knowledge management process were at high level; especially the communication factor was promoted at the highest level. 3) There are three factors influencing the success of knowledge management process including the measurement, the communication, and the process and instrument. All three factors had predictive power for success in knowledge management process with a correlation coefficient was .922 at the .005 level, and contributed about 84.4% in the success of knowledge management process implementation. The results of this study can be used to develop policies and strategies that will contribute to a high-performance organization and continue serving as a model for other organizations.

Keywords: Knowledge management process, Factors affecting success, Success level, Organization development

Received: Jun 2, 2023 Revised: Aug 8, 2023 Accepted: Aug 24, 2023

¹ Lecture, Boromarajonani College of Nursing Chiang mai, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,

* Corresponding author E-mail: phitinan@bcnc.ac.th

² Plan and Policy Analyst, Boromarajonani College of Nursing Chiang mai, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,

บทนำ

องค์กรทางการศึกษามีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นกระบวนการต่อเนื่องตามแบบพลวัต ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การนำเอานวัตกรรม หรือการสร้างสรรค์เทคโนโลยี มาใช้เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ และพัฒนาการบริหารงานขององค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ มีศักยภาพ มีความสามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น จะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีและวิทยาการปัจจุบันมีการพัฒนาเพื่อสร้างความได้เปรียบเชิงแข่งขันที่ยั่งยืนในการบริหารคุณภาพขององค์กร โดยเฉพาะสถานศึกษา การบริหารจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาควรปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ทั้งในด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเกิดความต้องการ ในการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ และส่งผลให้กลุ่มองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาต้องแข่งขันด้วยความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ การจัดการความรู้ในองค์กรเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาบุคลากรในสถานศึกษาเพื่อให้เกิดแนวคิด ทักษะ และกระบวนการในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองและผู้เรียน (กิตติมา ใจปลื้ม, นิลาวลณ์ จันทะรังสี, อัมพล เจริญนนท์, เริงวิษญ์ นิลโคตร และ วัยวุฒิ บุญลอย, 2564; พัทณี กาสุรีย์, วันเพ็ญ นันทะศรี และ สมเกียรติ พลจะจิตต์, 2561)

การจัดการความรู้ (knowledge management) เป็นกระบวนการสำคัญในการบริหารความรู้ของบุคลากรหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยแต่ละองค์กรอาจมีการนิยามหรือมุมมองที่แตกต่างกันไป การจัดการความรู้เป็นการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและการเติบโตขององค์กร หากองค์กรไม่มีการจัดเก็บความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคลากรขององค์กรอย่างเป็นระบบ ความรู้ก็จะไม่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรได้อย่างที่ควรจะเป็น (สุกฤษฎี อัญบุตร และ พิมพ็อุไร ลิ้มปัทม์, 2562) เนื่องจากความรู้ส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลภายในองค์กร ความรู้ในการทำงานนั้นมาจากผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเอง ซึ่งได้รับความรู้ทั้งเชิงทฤษฎีและประสบการณ์จากภายนอกแล้วนำมาปรับใช้กับการทำงานเพื่อสร้างความรู้ด้วยตนเอง ดังนั้น พลังของความรู้ (knowledge power) ต้องใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลประโยชน์สูงสุดและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในองค์กร ความสำคัญของการพัฒนาระบบการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดีในระบบการศึกษาของประเทศไทย ที่ต้องจัดการศึกษาตามมาตรฐานของระบบประกันคุณภาพการศึกษา (quality assurance) การจัดการความรู้เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริหารงาน (ชญาณิศ โฆษิตพิมานเวช และ เอกราช โฆษิตพิมานเวช, 2665) ดังนั้น สถาบันอุดมศึกษาที่ต้องการก้าวสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (high performance organization: HPO) จึงมีความจำเป็นต้องจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้ ต้องนำการจัดการความรู้ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จมากขึ้น โดยใช้ประโยชน์จากความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคล เพื่อให้องค์กรใช้ประโยชน์จากวิธีการวิเคราะห์ที่รวบรวม จัดระเบียบ และบูรณาการวางแผนการจัดการความรู้โดยจัดทำแผนกลยุทธ์ที่มีมาตรฐาน สร้างกิจกรรม แลกเปลี่ยนความรู้ จัดฐานความรู้ เป็นหมวดหมู่ที่เข้าถึงง่าย (สุทธิพร สายทอง, 2559) การจัดการความรู้ยังเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการเติบโต และความมั่นคงขององค์กรด้วย การผลิตองค์ความรู้ในระดับสูงที่มีคุณค่า การธำรงรักษาองค์ความรู้ การเผยแพร่ความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งกระบวนการ

จัดการความรู้ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับสังคมและความต้องการของสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบการศึกษา ซึ่งจำเป็นต่อการสร้างมาตรฐานคุณภาพ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมไทย (กนกศักดิ์ ทินราช และ วิภาดา ประสารทรัพย์, 2566).

การพัฒนาองค์กร (organization development) แบบยั่งยืนต้องอาศัยพื้นฐานของการพัฒนาองค์กร คือ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อองค์กรมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนแล้วสามารถถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ และเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของผู้ปฏิบัติ เพื่อที่บุคลากรได้มีความเข้าใจเป้าหมายขององค์กร มีความรู้ความสามารถในการปรับตัว เข้าถึงการเปลี่ยนแปลง บุคลากรสามารถช่วยผลักดันการพัฒนาองค์กรให้ไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้สำเร็จ สอดคล้องกับ (Marquardt, 1996) ได้กล่าวถึง แนวคิดของการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ประกอบด้วยหลักการ 5 ประการคือ การเรียนรู้การปฏิบัติงาน การแปรรูปลักษณ์ การให้อำนาจ การจัดการความรู้ และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ดังนั้นการที่สถาบันอุดมศึกษาจะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้จำเป็นที่จะต้องมีการนำการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาองค์กรทางด้านการศึกษา การจัดการความรู้เป็นวิธีการรักษาความรู้ภายในองค์กร ที่เกิดจากบุคลากรเมื่อ เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลากรในองค์กร หรือการเกษียณอายุ จะส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กร การจัดการความรู้จะช่วยให้องค์กรสามารถสร้างและถ่ายทอดความรู้ความสามารถ ทั้งยังเป็นการรวบรวมความรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์กร (เอกกนก พนาดำรง, 2560) ดังนั้นการจัดการความรู้จึงเป็นแนวทางส่งเสริมการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรและยกระดับเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่จัดการเรียนการสอนวิชาชีพการพยาบาล และมุ่งผลิตบัณฑิต พยาบาลที่มีคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการศึกษาให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีภารกิจหลักที่จะต้องปฏิบัติ 4 พันธกิจหลัก คือ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุง ศิลปะและวัฒนธรรม ซึ่งการดำเนินการตามภารกิจทั้ง 4 ประการ ดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และต้องสร้างความมั่นใจแก่สังคมว่า สามารถพัฒนาองค์ความรู้และผลิตบัณฑิต ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้มากขึ้น วิทยาลัยฯ จึงดำเนินการจัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มาตรา 47 ให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐาน และการศึกษาระดับอุดมศึกษา ประกอบด้วย ระบบการประกันคุณภาพภายใน และระบบการประกันคุณภาพภายนอก (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562, 2562, 1 พฤษภาคม) เพื่อให้การจัดการศึกษามีคุณภาพ และได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพ และพัฒนาองค์กรสู่การเป็นสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำ กระบวนการจัดการความรู้ในองค์กร คือการรวบรวมองค์ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล หรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเอง ส่งเสริมการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ โดยอาศัย 3 กระบวนการหลัก คือ การก่อให้เกิดความรู้ การรวบรวมความรู้ และการถ่ายทอดความรู้ (Ruggles, 1997) ผ่านการดำเนินงานตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน (วิจารณ์ พานิช, 2559) ได้แก่ 1) การบ่งชี้ความรู้ (knowledge identification) 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (knowledge creation and acquisition) 3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ

(knowledge organization) 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (knowledge codification and refinement) 5) การเข้าถึงความรู้ (knowledge access) 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (knowledge sharing) และ 7) การเรียนรู้ (learning)

การจัดการความรู้สามารถช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพ และเพิ่มพูนศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร ในองค์กร ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ในองค์กรเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ คน กระบวนการ และเทคโนโลยี โดยใช้กระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง (change management process) มาวิเคราะห์ การดำเนินงานการจัดการความรู้ ซึ่งกระบวนการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้องค์กร เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้กระบวนการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงยังเป็นกรอบความคิดแบบหนึ่ง ของการจัดการความรู้ เพื่อให้องค์กรที่ต้องการจัดการความรู้ได้มุ่งเน้นถึงปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร ที่จะมีผลกระทบ ต่อการจัดการความรู้ โดยกระบวนการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเตรียมการและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การสื่อสาร 3) กระบวนการและเครื่องมือ 4) การเรียนรู้ 5) การวัดผล และ 6) การยกย่อง ชมเชยและให้รางวัล (อรรพรรณ น้อยวัฒน์, 2556) ซึ่งสุมาลี บุญเรือง และ ศราวุธ สังข์วรรณะ (2560) ศึกษาปัจจัย ที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พบว่า ปัจจัยด้านการวัดผลเป็นปัจจัย ที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยมากที่สุด เช่นเดียวกับ วันวิสาข์ คงทน (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านการวัดและประเมินผลมีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ ในระดับมาก นอกจากนี้ พงษ์ศักดิ์ เพ็ชรเกิด (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการและเครื่องมือ และปัจจัยการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความรู้

ดังนั้นการจัดการความรู้จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถาบันอุดมศึกษาต้องมีการกำหนดขอบข่าย และประเภทของความรู้ที่มีความสำคัญต่อ หน่วยงานองค์กร โดยพิจารณาจากยุทธศาสตร์นโยบาย เป้าหมาย และวิธีการทำงานขององค์กร ภารกิจ และเนื้อหา งานที่อยู่ในความรับผิดชอบ รวมทั้งระบุกุุ่มคนที่มีส่วนร่วมในการจัดการความรู้หรือชุมชนนักปฏิบัติ ผู้ใช้บริการ และ ผู้ที่มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนนโยบายการจัดการความรู้ แล้วกำหนดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ร่วมกัน (นันทรัตน์ เจริญกุล, 2564) ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้นำการจัดการความรู้ หรือ knowledge management (KM) มาเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยในการแสวงหาจัดการแบ่งปันองค์ความรู้ เพื่อขยายขอบเขต การเรียนรู้ของบุคลากร ทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไข การพัฒนา และนวัตกรรมต่าง ๆ ตามมา แต่ยังคงพบปัญหาการรายงานผล การจัดการความรู้ที่ไม่ชัดเจนทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของวิทยาลัยไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย รวมถึงบุคลากร บางส่วนไม่มีความรู้ ขาดความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา และภาระงานประจำมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของวิทยาลัย นำไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กรของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2565 ทุกคน จำนวน 103 คน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์คืน จำนวน 84 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.55 จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 84 คน เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีค่าอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) = 0.18, ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05, ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ตามภาระงาน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน
2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการดำเนินการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การบ่งชี้ ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (knowledge Sharing) และ 7) การเรียนรู้ (วิจารณ์ พานิช, 2559; สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2552; Ebrahim, Samer, Amine, & Mufleh, 2011) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนตามความคิดเห็น (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ
3. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดกระบวนการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง (change Management Process) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การเตรียมการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การสื่อสาร 3) กระบวนการและเครื่องมือ 4) การเรียนรู้ 5) การวัดผล และ 6) การยกย่อง ชมเชยและให้รางวัล (อรรธรณ น้อยวัฒน์, 2556 ; สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2548) เป็นแบบมาตราส่วน ตามความคิดเห็น (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด

4.50-5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด

1.50-2.49 หมายถึง มีระดับน้อย

3.50-4.49 หมายถึง มีระดับมาก

1.00-1.49 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

2.50-3.49 หมายถึง มีระดับปานกลาง

แบบสอบถาม ทั้ง 2 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญ ด้านการทำการจัดการความรู้ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of congruence : IOC) เป็นตัวชี้วัด ซึ่งแบบสอบถามทั้งสองส่วน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 จำนวน 65 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม (Cronbach's alpha) อยู่ที่ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ (เอกสารหมายเลข BCNCT18/2565) และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการฯ ผู้วิจัยให้เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย เมื่ออาสาสมัครสนใจและตกลงใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้ว หากผู้ร่วมวิจัยต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ร่วมวิจัยโดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เพื่อให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามให้อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน
3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean: $\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise เพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการจัดการความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน เป็นอาจารย์ ร้อยละ 65.48 และบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 34.52 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.72 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มากที่สุด ร้อยละ 44.05 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.52 และมีประสบการณ์ในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 73.81 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 14.29 และต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 11.90

2. ระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร

ระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.99$, $SD=0.80$) โดยในขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.24$, $SD=0.76$) รองลงมา คือ ขั้นตอนการจัดความรู้ให้เป็นระบบ ($\bar{x}=4.13$, $SD=0.82$) และขั้นตอนการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=3.77$, $SD=0.90$) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร ($n=84$)

ความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้			ระดับความสำเร็จ
	$\bar{x}$	SD	
1. การบ่งชี้ความรู้	4.24	0.76	มาก
2. การสร้างและแสวงหาความรู้	4.05	0.69	มาก
3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ	4.13	0.82	มาก
4.การประมวลและกลั่นกรองความรู้	3.82	0.77	มาก
5.การเข้าถึงความรู้	3.82	0.92	มาก
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้	4.09	0.71	มาก
7. การเรียนรู้	3.77	0.90	มาก
ระดับความสำเร็จโดยรวม	3.99	0.80	มาก

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.96$, $SD=0.81$) โดยปัจจัยด้านการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.25$, $SD=0.69$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการเตรียมการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{x}=4.14$, $SD=0.77$) และปัจจัยด้านการวัดผล มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=3.66$, $SD=0.95$) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้	การแปลผล	
	$\bar{X}$	SD
1. การเตรียมการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4.14	0.77
2. การสื่อสาร	4.25	0.69
3. กระบวนการและเครื่องมือ	3.79	0.75
4. การเรียนรู้	3.91	0.79
5. การวัดผล	3.66	0.95
6. การยกย่องชมเชยและให้รางวัล	3.99	0.90
ระดับความคิดเห็นโดยรวม	3.96	0.81

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร

พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการวัดผล ด้านการสื่อสาร และด้านกระบวนการและเครื่องมือ โดยทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .922 (R) ซึ่งปัจจัยทั้งสามสามารถพยากรณ์ถึงความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ได้ ร้อยละ 84.4 (Adjusted R^2) และสามารถเขียนเป็นสมการ การพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ ดังต่อไปนี้ $-Z_{\text{ความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้}} = .465 (Z_{\text{การวัดผล}}) + .337 (Z_{\text{การสื่อสาร}}) + .230 (Z_{\text{กระบวนการและเครื่องมือ}})$ - ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้โดยรวม

ปัจจัย	B	Beta	SE	t	p value
Constant	.481		.198	2.435	.017*
การวัดผล	.323	.465	.048	6.697	.000***
การสื่อสาร	.355	.337	.066	5.387	.000***
กระบวนการและเครื่องมือ	.211	.230	.074	2.871	.005**

$R = .922$, Adjusted $R^2 = .844$, $F = 151.237$, $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

อภิปรายผล

1. การศึกษาระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงถึงองค์กรได้นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ขั้นตอนการจัดความรู้ให้เป็นระบบ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ และขั้นตอนการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า ขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นที่จะนำมาจัดการความรู้ ซึ่งเริ่มจากการตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้ของกลุ่มงาน กำหนดคุณเอื้อ คุณอำนวย คุณกิจ คุณลิขิตที่บุคลากรในองค์กรรับรู้และสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน จึงมีความคิดเห็นของระดับความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรมน จันทรเจริญ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีต่อการจัดการความรู้ของสถานศึกษาด้านอาชีวศึกษา พบว่า การจัดการความรู้ในสถานศึกษาด้านอาชีวศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และด้านการบ่งชี้ความรู้มีการปฏิบัติสูงสุดซึ่งสถานศึกษามีการกำหนดภารกิจเป้าหมาย แผนปฏิบัติการไว้ชัดเจนเป็นรูปธรรม แต่มีประเด็นย่อยในขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้ด้านการพิจารณาขอบเขตของกระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management focus areas) ที่ เป็นความรู้ที่สนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ในระดับกลุ่มงานและ เป็นความรู้ที่สำคัญต่อองค์กร มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในขั้นตอนนี้ ซึ่งองค์กรควรนำไปพัฒนาปรับปรุงการบ่งชี้ความรู้ในการจัดการความรู้ครั้งต่อไป

ส่วนขั้นตอนการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยในขั้นตอนการเรียนรู้ พบว่า การรายงานผลการบันทึกการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ภายในกลุ่มงานและภายในองค์กร และรายงานผลข้อควรปรับปรุงแนวปฏิบัติเป็นประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงถึงองค์กรยังมีการดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมความรู้ การจัดเรียงและจัดเก็บความรู้ การแบ่งปัน และส่งเสริมการใช้ความรู้ตามขั้นตอนการเรียนรู้ในกระบวนการจัดการความรู้ได้ไม่เต็มที่ ควรนำไปพิจารณาในการจัดการความรู้ขององค์กรต่อไป เนื่องจากขั้นตอนการเรียนรู้มีความสำคัญในกระบวนการเรียนรู้เป็นอย่างมาก มีส่วนช่วยสร้างและส่งเสริมการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการสร้างสรรคและสิ่งใหม่ๆ ให้กับองค์กร เมื่อบุคลากรเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จะช่วยให้องค์กรเรียนรู้และเติบโตไปด้วย บุคลากรจะนำความรู้ใหม่นี้มาใช้เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติม เป็นวงจรที่ไม่มีวันสิ้นสุดที่เรียกว่า วงจรการเรียนรู้ (กนกศักดิ์ ทินราช และ วิภาดา ประสารทรัพย์, 2566)

2. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่า 1) ปัจจัยด้านการวัดผล ($p < .001$) 2) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ($p < .001$) และ 3) ปัจจัยด้านกระบวนการและเครื่องมือ ($p < .005$) มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านการวัดผล มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในการพัฒนา องค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เนื่องมาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีการติดตามและประเมินผลในการจัดการความรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ขององค์กร ผู้รับผิดชอบกิจกรรมต้องมีการประเมินผลทุกครั้งเพื่อเป็นการรับรู้ผลสรุปจากการจัดกิจกรรมว่าได้ดำเนินการตามตัวชี้วัดชัดเจน นอกจากนี้ทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรค ควรพัฒนาปรับปรุงในกระบวนการและกิจกรรม อาจต้องจัดการความรู้ใหม่หรือสร้างวิธีใหม่ในการจัดการความรู้หากพบว่าการนำความรู้ไปใช้มีปัญหาสอดคล้องกับบริบทของงานต่อไป จึงสามารถวัดได้ว่าบุคลากรในหน่วยงานเกิดการเรียนรู้ และมีการพัฒนาองค์ความรู้สำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี บุญเรือง และ ศราวุธ สังข์วรรณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พบว่า ปัจจัยด้านการวัดผลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการ

ความรู้ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของวันวิสาข์ คงทน (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านการวัดและประเมินผลมีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ ในระดับมาก และตัวแปรด้านการวัดและประเมินผล สามารถอธิบายการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.000$)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านกระบวนการและเครื่องมือ มีผลต่อความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ซึ่งในการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาองค์กรนั้น หากใช้โมเดลปลาหัวซึ่งพัฒนาแนวคิดโดย ดร.ประพนธ์ ผาสุกยัต (2550) (กิตติมา ใจปลื้ม และคณะ, 2564) แห่งสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) มาอธิบายได้ว่า การสื่อสาร และกระบวนการและเครื่องมือที่ใช้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นส่วนที่ 2 ตัวปลา (knowledge sharing) คือ ส่วนกลางลำตัวที่เป็น “หัวใจ” ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน (share & learn) เพื่อให้เกิดการไหลเวียนความรู้ภายในองค์กร ตลอดจนการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เปรียบเสมือนการทำงานร่วมกันเป็นทีม ผ่านการสนทนา อภิปราย และลงมือปฏิบัติจริง เป็นการดึงความรู้ ความสามารถ ศักยภาพ และประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลออกมาเพื่อนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาองค์กร ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น มีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทางและหลายรูปแบบ สามารถเข้าถึงได้สะดวกในการจัดการความรู้ ซึ่งช่องทางการสื่อสารภายในองค์กร ได้แก่ การจัดประชุมทั้งระดับผู้บริหาร เพื่อวางแผนการดำเนินงานตามระบบและกลไกการดำเนินงาน และประชุมประจำเดือน มีการให้บุคลากรในกลุ่มงานแจ้งผลการดำเนินงานผ่านแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการจัดการความรู้เมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะ และการสื่อสารผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะจัดปลายปีงบประมาณ สำหรับการสื่อสารเผยแพร่สู่บุคคลภายนอกทำการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ดี หรือคู่มือการปฏิบัติงาน หรือ flow chart ผ่านทางเว็บไซต์ (web site) ของวิทยาลัยฯ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงพัฒนาช่องทางสื่อสารเป็นเว็บบอร์ด (web board) เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้กว้างไกลมากขึ้น มีระบบเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้สะดวก และมีการสื่อสารกับบุคลากรในทุกระดับเพื่อทำความเข้าใจทำให้เห็นประโยชน์ของการจัดการความรู้จนเกิดความสำเร็จของการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ เพ็ชรเกิด (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการและเครื่องมือ และปัจจัยการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีผลต่อการจัดการความรู้ในทุกกระบวนการจัดการความรู้ตั้งแต่การกำหนดความรู้ การแสวงหาความรู้ การสร้างความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดเก็บความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งจะเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ หากองค์กรมีการจัดการความรู้ตามขั้นตอนได้ครบถ้วนทุกปัจจัย และทุกกระบวนการจัดการความรู้ ก็จะทำให้การจัดการความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยจะพบว่า ขั้นตอนการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ควรมีการนำผลการวิจัยมาปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้ โดยเน้นการส่งเสริมการนำความรู้มาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ แก้ปัญหา และทำให้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ไปใช้ จากนั้นเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ หมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการความรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ควรใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างในกลุ่มทีมงาน หรือระดับกลุ่มในองค์กรเพิ่มขึ้น เพื่อให้เอื้อต่อการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ที่มีความหลากหลาย และบุคลากรสามารถเข้าถึงความรู้ได้ทุกกลุ่ม เช่น ช่องทางสื่อสารบนเว็บบอร์ด (web board) หรือการใช้แอปพลิเคชัน (application) เช่น ไลน์ (line) ดิจตอก (tiktok) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม เพื่อสามารถนำไปพัฒนากระบวนการจัดการความรู้โดยรวม ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพในอนาคตของวิทยาลัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ตอบสนองต่อพันธกิจของสถาบัน

เอกสารอ้างอิง

- กนกศักดิ์ ทินราช และ วิภาดา ประสารทรัพย์. (2566). การจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษา. รายงานการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 5 (หน้า 716-724). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กิตติมา ใจปลื้ม, นิลาวัลย์ จันทะรังสี, อัมพล เจริญนนท์, เรืองวิชัย นิลโคตร และวัญฉวี บุญลอย. (2564). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสถานศึกษาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. วารสารมหาจุฬานาคทรรศ, 8(6), 46-60.
- ชญาณิศ โฆษิตพิมานเวช และ เอกราช โฆษิตพิมานเวช. (2665). การนำผลการประกันคุณภาพการศึกษาไปปรับปรุงสถานศึกษา. วารสารมณีเชษฐารามวัดจอมมณี, 5(2), 149-167.
- นันทรัตน์ เจริญกุล. (2564). การบริหารนโยบายและกลยุทธ์การศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ศักดิ์ เพ็ชรเกิด. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง. วารสารวิชาการ ปชมท., 10(1), 185-195.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562. (2562, 1 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 57 ก. หน้า 124-128.

- พัชนี กาสุริย์ วันเพ็ญ นันทะศรี และ สมเกียรติ พละจิตต์. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 3. *วารสารบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 15(71), 23-29.
- วันวิสาข์ คงทน. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *วารสารวิทยบริการ*, 24(2), 112-128.
- วิจารณ์ พานิช. (2559). *ขอบฟ้าใหม่ในการจัดการความรู้*. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- สุกฤษฎี อัญบุตร และพิมพ์อุไร ลิ้มปัทม์. (2562). การจัดการความรู้ของส่วนกำลังรบสังกัด กองทัพอากาศ. *National Defence Studies Institute Journal*, 10(1), 66-79.
- สุทธิพร สายทอง และพระครูสังวรสุตกิจ. (2559). พหุวิธีการจัดการความรู้สู่การพัฒนาวิทยาลัยสงฆ์ในเขตภาคเหนือตอนบน. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 5(2). 85 – 96.
- สมาลี บุญเรือง และศราวุธ สังข์วรรณะ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(4), 225-237.
- สุรมน จันท์เจริญ. (2562). ปัจจัยที่มีต่อการจัดการความรู้ของสถานศึกษาด้านอาชีวศึกษา. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 4(3), 15-30.
- อรรธรณ น้อยวัฒน์. (2556). มุมการจัดการความรู้. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564 จาก https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book56_4/km.html
- เอกกนก พนาดำรง. (2560). มุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning Organization) ด้วย KM. *Siriraj Medical Bulletin*, 9(2), 90-92.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Marquardt, M.J. (1996). Building the Learning organization: A systems approach to quantum improvement and global success. New York: McGraw-Hill. Retrieved from https://www.academia.edu/6335732/Building_the_Learning_Organization_A_Systems_Approach_to_Quantum_Improvement.
- Ruggles, R. (1997). *Knowledge Management Tools*. London: Routledge. Retrieved from doi:10.4324/9780080509846

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น พร.ด.^{1*} ชัชฎาภร พิศมร, วท.ม.¹ เสกสรรค์ ทองดี, พร.ด.²
ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์, ส.ด.³ พยอม ถิ่นอ่อน พร.ด.⁴

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะเครียดจนทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตลดลงได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 342 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.81, SD=0.79$) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.39, SD=0.81$) มากกว่านั้นพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังนั้น ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่รับ: 27 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไข: 7 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 25 สิงหาคม 2566

¹ อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: eaksit.pin@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชานามยศาสตร์และกายภาพบำบัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Self-esteem and quality of life among the elderly during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic

Eakasit Chaipin, Ph.D.^{1*} Chatchadaporn Pissamorn, M.S.¹ Sakesun Thongtip, Ph.D.²
Nathakrid Thammakawinwong, Dr.P.H.³ Payom Thinuan, Ph.D.⁴

Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic may increase health risks in the elderly, both physical and mental, which lead to stress, low self-esteem, and a decreased quality of life. This cross-sectional descriptive study aimed to study the perception of self-esteem (SE) and quality of life (QoL) and the relationship between the perception of SE and QoL among the elderly during the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 342 elderly people aged 60 years and over. Data were collected using perception of SE and the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI). The Cronbach's alpha values of the SE and WHOQOL-BREF-THAI assessment questionnaires were 0.71 and 0.87, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient. The results of the study showed that most of the elderly had a perception of SE at a high level ($\bar{x}=2.81$, $SD=0.79$) and had all aspects of quality of life at a moderate level ($\bar{x}=3.39$, $SD=0.81$). Moreover, it was found that perception of SE was associated with QoL among the elderly with statistical significance ($p<.01$). Therefore, during the COVID-19 pandemic, relevant agencies should organize promotion activities to build SE and improve the QoL for to life happiness in the elderly.

Keywords: Self-Esteem, Quality of life, Elderly, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic

Received: Nov 27, 2022 Revised: Aug 7, 2023 Accepted: Aug 25, 2023

¹ Lecturer, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University, Lampang Province

* Corresponding Author: E-mail: eaksit.pin@gmail.com

² Assistant Prof., School of Public Health, University of Phayao, Phayao Province

³ Assistant Prof., Faculty of Science, Lampang Rajabhat University, Lampang Province

⁴ Lecturer, Faculty of Nursing Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Province

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมอย่างกว้างขวาง มีรายงานพบผู้ติดเชื้อทั้งหมดทั่วโลก ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 763,665,202 ราย มีผู้เสียชีวิตทั้งหมดจำนวน 6,912,080 ราย ในทวีปยุโรปมีผู้ติดเชื้อสูงสุด จำนวน 275,545,701 ราย รองลงมาทวีปอเมริกาจำนวน 191,999,130 ราย และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 606,923,641 ราย ตามลำดับ (World Health Organizations, 2023) สำหรับประเทศไทย ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 4,730,490 ราย มีผู้เสียชีวิตแล้ว 33,947 คน (World Health Organization Thailand, 2023) โดยมีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 170,861 ราย (กรมควบคุมโรค, 2566) มีข้อมูลสนับสนุนว่าผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง อาจได้รับผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นในทุกช่วง 10 ปี หากมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง อาจจะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 2.2 เท่า (ปิยนุช ประภูณวัฒน์, 2565)

ในประเทศไทยนับตั้งแต่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จึงมีแนวปฏิบัติให้ผู้สูงอายุกักตัวอยู่ภายในบริเวณบ้านมากที่สุด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สถานการณ์ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตประจำวันหลายๆ ด้าน จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะความเครียด เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ดังมีรายงานก่อนหน้านี้ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสซาร์ ในปี พ.ศ. 2549 ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความเครียดและซึมเศร้า และมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (Vahia et al., 2020) มีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกแยกตัวออกจากสังคมโดยจัดให้อยู่แต่ในบ้าน ลดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเหงา มีอาการนอนไม่หลับ เกิดภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทางใจ ทำให้การรับรู้ตนเองต่ำและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Kar, 2020 ; Steptoe & Di Gessa, 2021) ดังนั้น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ตลอดจนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเรื่องสำคัญ ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ในระยะยาว

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน (ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, 2565) โดยเฉพาะผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตเกือบทุกด้าน มีรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีภาวะซึมเศร้าและทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง (Marzo et al., 2022 ; Vahia et al., 2020) การศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีปัญหาทางด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย การแยกตัวจากสังคมทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงจำเป็นต้องให้การสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต และจิตสังคมเพื่อลดผลกระทบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (Kurniawidjaja et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแย่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตการทำงานโดยทำให้ขาดรายได้ รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Bailey et al., 2021) และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชากรสูงอายุในระยะยาวได้ (Webb & Chen, 2022)

การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับมาก ซึ่งหน่วยงานภาครัฐควรให้การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ การให้ความช่วยเหลือเยียวยาและมาตรการทางด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และ โชติ บดีรัฐ, 2565) ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทางด้านสุขภาพ หรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนจะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์ในจังหวัดลำพูน วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม จำนวน 11,794 ราย มีผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 52 ราย ในอำเภอป่าซางมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม จำนวน 214 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2565) ตำบลท่าต๋ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ซึ่งเผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต้องปฏิบัติตามนโยบายในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด การปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคจะนำไปสู่ความเข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุ ตลอดจนนำข้อมูลไปสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการปรับตัวกับการใช้ชีวิตแนวใหม่ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตตามปกติและมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลท่าต๋ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 12 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 5,255 คน คำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม N4 Studies การประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 326 คน (Ngamjarus, 2016) เพื่อเป็นการลดความผิดพลาดจึงได้เพิ่มร้อยละ 5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 342 คน การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 12 หมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุในตำบลท่าต๋ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่วิจัยระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคคลที่อยู่อาศัยร่วมในปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร อาชีพหลัก รายได้จากอาชีพหลัก มีรายได้จากบุตรหลานเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว สุขภาพโดยรวม การเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรมในชุมชนและความสุขในชีวิตโดยรวม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยนำเครื่องมือแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาจาก Rosenberg Self-Esteem Scale มาทำการแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 1 ท่านได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก คือข้อ 1, 3, 4, 7, 10 และคำถามเชิงลบ คือข้อ 2, 5, 6, 8, 9 ระดับการเห็นคุณค่าตนเองเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Rosenberg, 1965) การแปลผลคะแนนโดยแบ่งช่วงคะแนนเนื่องจากข้อคำถามการเห็นคุณค่าในตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ จะได้สูตรภาคพื้น (40-10)/4 = 7 แปลผลคะแนนโดย 10.00-17.00 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยอย่างยิ่ง 17.01-25.00 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองน้อย 25.01-33.00 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองมาก และ 33.01-40.00 คะแนน มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชนในมหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน พบว่าเนื้อหาข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จึงนำมาหาค่าดัชนีของความสอดคล้อง (item-objective congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.87-1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2545) เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Likert Rating Scales ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 มีคุณภาพชีวิตในระดับน้อยที่สุด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้

กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับและจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม อธิบายถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โครงการวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขอนุมัติ 051/2564 รับรองวันที่ 14 กรกฎาคม 2564 ถึง 14 กรกฎาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมงคลชัย ประชานชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตุ้ม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนใน 12 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออก เขียนได้ จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะประชากรใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rho) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 50.80 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.00 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.60 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่ครอง ร้อยละ 92.70 ในขณะที่มีคนในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนบ้านคอยให้การดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ 89.20 นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่มีอาชีพหรือภาวะการมีงานทำ ร้อยละ 62.40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($\bar{x}=3,389.76$, $SD=4,091.60$) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 61.10 ในด้านสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ ร้อยละ 79.50 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่ได้สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.50 และไม่ได้ดื่มสุรา ร้อยละ 77.30 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.60 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการทำงานในชีวิตประจำวันเลย ร้อยละ 82.70 ในขณะที่มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับ ร้อยละ 78.40 ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต ร้อยละ 92.40 มีเพียงจำนวนเล็กน้อยที่ไม่มีความสุขในชีวิต ร้อยละ 7.60 ตามลำดับ

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก ($\bar{x}=2.81$, $SD=0.79$) โดยความรู้สึกในด้านบวก มีค่าอยู่ในระดับมาก ได้แก่ โดยทั่วไปแล้วรู้สึกมีความพึงพอใจในตัวเอง ($\bar{x}=2.95$, $SD=0.73$) และมีความรู้สึกในด้านดีต่อตัวเอง ($\bar{x}=2.95$, $SD=0.74$) รองลงมา รู้สึก

ว่าตนเองมีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง ($\bar{X}=2.90$, $SD=0.67$) และรู้สึกว่าเป็นคนที่มีคุณค่าเทียบเท่ากับคนอื่น ๆ ($\bar{X}=2.80$, $SD=0.75$) ตามลำดับ ส่วนความรู้สึกในด้านลบ มีค่าอยู่ในระดับมาก ได้แก่ บางครั้งรู้สึกว่าตัวเองไม่มีประโยชน์อะไร ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.91$) รองลงมามีความรู้สึกว่าตนเองมีความล้มเหลวอยู่เสมอ ($\bar{X}=2.91$, $SD=0.89$) และบางครั้งรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย ($\bar{X}=2.89$, $SD=0.90$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($n=342$)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
1) โดยทั่วไปแล้วรู้สึกมีความพึงพอใจในตัวเอง	2.95	0.73	มาก
2) รู้สึกว่าบางครั้งตนเองไม่มีอะไรดีเลย	2.89	0.90	มาก
3) รู้สึกว่าตนเองมีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง	2.90	0.67	มาก
4) ตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้ ทัดเทียมกับคนอื่น ๆ	2.80	0.75	มาก
5) รู้สึกว่าไม่มีสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง	2.75	0.88	มาก
6) รู้สึกว่าบางครั้งตนเองไม่มีประโยชน์อะไร	2.94	0.91	มาก
7) รู้สึกว่าตนเองเป็นคนมีคุณค่าอย่างน้อยก็ทัดเทียมกับคนอื่น ๆ	2.89	0.75	มาก
8) ได้แต่หวังว่าจะมีความนับถือในตัวเอง	2.11	0.74	ปานกลาง
9) โดยทั่วไปแล้วรู้สึกว่าตนเองมักจะเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวอยู่เสมอ	2.91	0.89	มาก
10) มีความรู้สึกในด้านดีต่อตัวเอง	2.95	0.74	มาก
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม	2.81	0.79	มาก

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.93$) สำหรับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\bar{X}=3.35$, $SD=0.93$) คุณภาพชีวิตด้านสังคม ($\bar{X}=3.27$, $SD=0.95$) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.46$, $SD=0.80$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($\bar{X}=3.39$, $SD=0.81$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ($n=342$)

คุณภาพชีวิต	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (จำนวนคน/ร้อยละ)						SD	ระดับคุณภาพชีวิต
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{X}$		
ด้านร่างกาย								
1) การเจ็บปวดตามร่างกาย จนไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการ	38 (11.10)	97 (28.40)	143 (41.80)	60 (17.50)	4 (1.20)	3.31	0.93	ปานกลาง
2) ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน	8 (2.30)	50 (14.60)	154 (45.00)	103 (30.10)	27 (8.00)	3.27	0.89	ปานกลาง
3) ท่านพอใจกับการนอนหลับ	4 (1.20)	23 (6.70)	133 (38.90)	146 (42.70)	36 (10.50)	3.55	0.82	มาก
4) ท่านพอใจที่สามารถทำอะไรให้ผ่านไป ได้ในแต่ละวัน	12 (3.50)	47 (13.70)	119 (34.80)	138 (40.40)	26 (7.60)	3.35	0.93	ปานกลาง

คุณภาพชีวิต	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (จำนวนคน/ร้อยละ)						SD	ระดับคุณภาพชีวิต
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$		
5) ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานและอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	54 (15.80)	69 (20.20)	120 (35.00)	83 (24.30)	16 (4.70)	3.18	1.11	ปานกลาง
6) ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานที่ท่านเคยทำได้	2 (0.60)	43 (12.50)	133 (38.90)	138 (40.40)	26 (7.60)	3.42	0.83	ปานกลาง
7) ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	17 (5.00)	39 (11.40)	124 (36.30)	125 (36.50)	37 (10.80)	3.37	0.99	ปานกลาง
คะแนนรวมด้านร่างกาย						3.35	0.93	ปานกลาง
ด้านจิตใจ								
8) ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสงบ มีความสุข มีความหวัง	4 (1.20)	29 (8.50)	122 (32.70)	143 (41.8)	54 (15.80)	3.62	0.88	มาก
9) ท่านมีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด	11 (3.20)	25 (7.30)	127 (37.10)	147 (43.00)	32 (9.40)	3.49	0.88	ปานกลาง
10) ท่านรู้สึกพอใจในตนเองเพียงใด	5 (1.50)	27 (7.90)	93 (27.20)	166 (48.50)	51 (14.90)	3.68	0.87	มาก
11) ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	13 (3.80)	30 (8.80)	98 (28.70)	141 (41.20)	60 (17.50)	3.60	1.00	มาก
12) ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหนงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง	128 (37.40)	93 (27.20)	75 (21.90)	41 (12.00)	5 (1.50)	3.87	1.09	มาก
13) ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด	2 (0.60)	22 (6.40)	95 (27.80)	149 (43.60)	74 (21.60)	3.79	0.87	มาก
คะแนนรวมด้านจิตใจ						3.68	0.93	มาก
ด้านสังคม								
14) ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	3 (0.90)	25 (7.30)	110 (32.20)	155 (45.30)	49 (14.30)	3.65	0.84	มาก
15) ท่านพอใจจากการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ หรือชุมชน	7 (2.00)	25 (7.30)	153 (44.70)	129 (37.80)	28 (8.20)	3.43	0.83	ปานกลาง
16) ท่านพอใจกับชีวิตทางเพศ	80 (23.40)	45 (13.20)	121 (35.40)	83 (24.30)	13 (3.70)	2.72	1.18	ปานกลาง
คะแนนรวมด้านสังคม						3.27	0.95	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม								
17) ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	0 (0.00)	14 (4.00)	111 (32.50)	175 (51.20)	42 (12.30)	3.72	0.73	มาก
18) ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย	4 (1.20)	18 (5.30)	105 (30.70)	150 (43.80)	65 (19.00)	3.74	0.87	มาก
19) ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	10 (2.90)	55 (16.10)	199 (58.20)	66 (19.30)	12 (3.50)	3.04	0.78	ปานกลาง
20) ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	1 (0.30)	28 (8.20)	147 (43.00)	139 (40.60)	27 (7.90)	3.48	0.77	ปานกลาง

คุณภาพชีวิต	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (จำนวนคน/ร้อยละ)						SD	ระดับคุณภาพชีวิต
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$		
21) ท่านได้รู้เรื่องราว ข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	1 (0.30)	37 (10.80)	44 (42.10)	139 (40.60)	21 (6.20)	3.42	0.76	ปานกลาง
22) ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	4 (1.20)	31 (9.00)	137 (40.10)	142 (41.50)	28 (8.20)	3.46	0.82	ปานกลาง
23) สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ ดีต่อสุขภาพของท่าน	3 (0.90)	27 (7.90)	127 (37.10)	149 (43.60)	36 (10.50)	3.55	0.82	มาก
24) ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนได้ง่าย	8 (2.30)	42 (12.30)	164 (48.00)	106 (31.00)	22 (6.40)	3.27	0.84	ปานกลาง
คะแนนรวมด้านสิ่งแวดล้อม						3.46	0.80	ปานกลาง
25) ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน	6 (1.80)	27 (7.90)	183 (53.50)	91 (26.60)	35 (10.20)	3.36	0.84	ปานกลาง
26) ท่านพอใจกับคุณภาพชีวิต	3 (0.90)	23 (6.70)	173 (50.60)	116 (33.90)	27 (7.90)	3.41	0.77	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม						3.39	0.81	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.290, p<.01$) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ($r=.307$) ด้านจิตใจ ($r=.344$) ด้านสังคม ($r=.227$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($r=.283$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($n = 342$)

ระดับคุณภาพชีวิต	สัมประสิทธิ์ Spearman's (r_s)	
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	
	(r_s)	P-value
ด้านร่างกาย	.307**	.000*
ด้านจิตใจ	.344**	.000*
ด้านสังคม	.227**	.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม	.283**	.000*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.290**	.000*

** $p<.01$

อภิปรายผล

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมส่วนใหญ่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก แม้ว่า จะอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเช่นนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าต๋ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน มีความสัมพันธ์และรู้จักกันทั้งชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ดี ร้อยละ 79.50 ทำให้มีเครือข่ายทางสังคมที่แน่นแฟ้น ในขณะที่ส่วนใหญ่มีคู่ครอง ร้อยละ 92.70 มีคนในครอบครัว และมีเพื่อนบ้านหรือชุมชนคอยดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ 89.20 อีกประการหนึ่งการที่มีอาชีพหรือมีงานทำ ร้อยละ 62.40 อาจทำให้รู้สึกว่าสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ อีกทั้งการมีพฤติกรรมที่ดี เช่น ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.30 หรือสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.50 ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี อาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขถึงร้อยละ 92.40 มีเพียงร้อยละ 7.60 เท่านั้น ที่พบว่าไม่มีความสุขในชีวิต ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ทำให้สามารถปรับตัวต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ดี เช่น สามารถควบคุมความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ หรืออาการซึมเศร้าจากการที่จะต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตรูปแบบใหม่ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าความรู้สึก มีคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกิดจากการมองเห็นตนเองในด้านบวกในสามประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การนับถือตนเองว่าเป็นคนมีสุขภาพดี มีความสามารถและมีรายได้ 2) การทำประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นและช่วยเหลือสังคม และ 3) การได้รับการปฏิบัติจากผู้อื่นที่แสดงถึงการเอาใจใส่และ การยอมรับ (เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น และ ลักษณะ พงษ์ภุมมา, 2563) นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมดังกล่าวจะมีลักษณะช่วยสร้างความสัมพันธ์ สร้างสุขภาพ สร้างการยอมรับ สร้างการเรียนรู้ สร้างความสำเร็จ สร้างประโยชน์และสร้างความสนุกสนาน (เอกพันธ์ คำพิระ, อัมพร ยานะ และ อรัญญา นามวงศ์, 2563) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้ มีคนคอยดูแลและช่วยเหลือ มีการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองได้ดี รวมถึงยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ จึงอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา ความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอเมริกา พบว่า การที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความวิตกกังวล ภาวะความเครียดและสามารถควบคุมอารมณ์ไว้ได้เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (Wilson, Lee & Shook, 2021) มีรายงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิดและพฤติกรรม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (มาธูรี อุไรรัตน์และมาลี สบายยิ่ง, 2560) อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของเซเฟิร์ต (Seifert, 2021) ศึกษาผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการรับรู้ในตนเองของผู้สูงอายุ ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ แสดงให้เห็นว่าในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รัฐบาลมีมาตรการควบคุมให้ผู้สูงอายุกักตัว อยู่ที่บ้าน ผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุ

ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว มีรายได้ต่ำ การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตตามมาได้ ข้อค้นพบที่แตกต่างจากผลการศึกษาดังกล่าวอาจจะเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบริบทของชุมชนที่มีความแตกต่างกัน มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและแบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน

1.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, $SD=0.81$) เมื่อพิจารณาจากระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายด้าน พบว่า มีเพียงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.93$) ส่วนคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง การที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่สูงมากเช่นนี้อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การมีปัญหาด้านร่างกายหรือมีโรคประจำตัว รวมทั้งมีปัญหาคุณภาพ การนอนหลับ ในบางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย และมักคิดว่าตนเองทำอะไรล้มเหลวอยู่เสมอ ปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และเหตุผลสำคัญอีกด้านหนึ่งในท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ซึ่งในชุมชนมีผู้ให้ความช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน ความสามารถที่ยังพอจะพึ่งพาตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ มีการพึ่งพาอาศัยกันภายในชุมชน ทำให้รู้สึกว่ามีความมั่นคงปลอดภัย สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จึงทำให้คุณภาพชีวิตไม่ลดลงและอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกด้าน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.56$, $SD=0.83$) (อิทธิพล ดวงจินดา, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และ ศรีสุรางค์ เคหะนาค, 2564) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกห่างออกจากสังคม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Bergman, Cohen-Fridel, Shrira, Bodner & Palgi, 2020 & Sepúlveda-Loyola et al., 2020) และแตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดพิจิตร พบว่า ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.88$, $SD=0.67$) ทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพจิตและ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีภาวะวิตกกังวล มีความตึงเครียด รู้สึกกลัวและอ้างว้าง (เกศรินทร์ วิงพัฒน์และโชติ บดีรัฐ, 2565)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.290$, $p<.01$) การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ได้แก่ รู้สึกมีความพึงพอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง สามารถทำอะไรได้ทัดเทียมกับคนอื่น มีความรู้สึกด้านดีต่อตนเอง ย่อมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะผู้สูงอายุยังสามารถทำงานและ

ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ มีรายได้ที่สามารถพึ่งพาตนเอง อีกทั้งยังมีลูกหลานและคนคอยดูแลเอาใจใส่ จึงทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ติดตามไปด้วย จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามยังมีความรู้สึกด้านลบอยู่บางด้าน เช่น บางครั้งรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย ไม่มีความภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ความรู้สึกเช่นนี้อาจจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตอยู่เพียงระดับปานกลาง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562) พบว่า การที่ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงจะส่งผลให้มีการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความมั่นใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้าและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (Zalutskaya, et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในคลินิกประเทศตุรกี พบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Yildiz, Kazgan, Kurt, & Ugur, 2021). ดังนั้น การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนจึงควรจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมและให้คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งควรส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อค้นพบจากการวิจัย ผู้สูงอายุมองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านลบอยู่หลายด้าน เช่น บางครั้งรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย ไม่มีความภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ดังนั้น ทั้งในช่วงการแพร่ระบาดและภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านลบที่มีต่อตนเองให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้มีมุมมองต่อตนเองที่ดีขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อค้นพบจากการวิจัย ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ได้แก่ สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านสังคม และสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ในช่วงการแพร่ระบาดและภายหลังจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างสัมพันธภาพทางสังคมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เพื่อจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในช่วงภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้จากความอนุเคราะห์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านมงคลชัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือตลอดจนผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงาน COVID-19 ประจำวันข้อมูลประจำประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566, จาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>
- กรมสุขภาพจิต. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2564, จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566, จาก <http://covid19.anamai.moph.go.th>
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). (2563). ผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID-19. สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565, จาก <https://thailand.unfpa.org/th/elderly-COVID19>
- เกสรินทร์ วิงพัฒน์ และ โชติ บดีรัฐ. (2565). ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบึง อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยแก่นสารวิชาการ, 7(7).137-148.
- เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น และ ลักษณะ พงษ์ภุมมา. (2563). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7(1). 76-89.
- ปิยนุช ประภูณวัฒน์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 7(1). 64-71.
- ปริญญารักษ์ ธนะบุญปวง. (2565). การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(1). 86-96.
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 20(2). 58-65.
- มาธูรี อุไรรัตน์และมาลี สบายยิ่ง. (2560). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารรุสมีแล. 38(1). 29-44
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2565). สถานการณ์ Covid 19. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2566, จาก <https://www.lamphunhealth.go.th/office/frontend/web/>

- อิทธิพล ดวงจินดา, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์และศรีสุรางค์ เคหะนาค. (2564). การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(4). 111 – 126.
- เอกพันธ์ คำพิระ,อัมพร ยานะและอรัญญา นามวงศ์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(2) 44-57:
- Bailey, L., Ward, M., DiCosimo, A., Baunta, S., Cunningham, C., Romero-Ortuno, R., ... & Briggs, R. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(9), 648-653.
- Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1371-1375.
- Kurniawidjaja, M., Susilowati, I. H., Erwandi, D., Kadir, A., Hasiholan, B. P., & Al Ghiffari, R. (2022). Identification of depression among elderly during COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, doi:10.1177/21501319221085380.
- Kar, N. (2020). COVID-19 and older adults: in the face of a global disaster. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 1-2.
- Marzo, R. R., Khanal, P., Ahmad, A., Rathore, F. A., Chauhan, S., Singh, A., ... & Su, T. T. (2022). Quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic in asian countries: a cross-sectional study across six countries. *Life*, 12(3), 365.
- Ngamjarus, C. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. NJ: Princeton University Press.
- Seifert, A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on self-perception of aging among older adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 233372142199932. doi:10.1177/2333721421999320
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(9), 938-947.
- Steptoe, A., & Di Gessa, G. (2021). Mental health and social interactions of older people with physical disabilities in England during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. *The Lancet Public Health*, 6(6), 365-373.

- Vahia, I. V., Blazer, D. G., Smith, G. S., Karp, J. F., Steffens, D. C., Forester, B. P., ... & Reynolds, C. F. (2020). COVID-19, mental health and aging: A need for new knowledge to bridge science and service. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 695-697.
- Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1).
- World Health Organization. (2023). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update. From April 2023* Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19>.
- World Health Organization Thailand. (2023). *WHO Thailand Weekly Situation Update COVID-19 Situation, Thailand 25 April 2023*, Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2023_04_25_tha-sitrep-262-covid-19_th.pdf?sfvrsn=d87dd558_1.
- Wilson, J. M., Lee, J., & Shook, N. J. (2021). COVID-19 worries and mental health: the moderating effect of age. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1289-1296.
- Yildiz, S., Kazgan, A., Kurt, O., & Ugur, K. (2021). Evaluation of depression, self-esteem and hopelessness in patients admitted to psychiatry outpatient clinic in geriatric population during COVID-19 outbreak. *Medicine*, 10(4), 1285-1292.
- Zalutskaya, N., Smurova, A., Gomzyakova, N., Krasnova, Y., Shchegoleva, N., & Neznanov, N. (2021). Anxiety level research in elderly people during the COVID-19 pandemic.

การออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน

โสภภาพร พันธูลาวัฒน์, ประด.ด.^{1*}วรรณภา เพ็งศรี, กศ.ม.²

บทคัดย่อ

แนวคิดของการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ เริ่มจากในครอบครัว และต่อยอดไปในชุมชน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย โดยอาศัยการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพและมีระบบสนับสนุนที่ดีเพื่อให้ประสบความสำเร็จ งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน บ้านร่องห้า จ.พะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ประกอบด้วย ผู้ปกครองที่นำบุตรหลานมาฝึกพัฒนาการในศูนย์เด็กเล็กจำนวน 30 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน และเด็กวัยรุ่นที่อายุ 14 ถึง 16 ปี จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลระหว่างมีนาคม-สิงหาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ คือคำถามปลายเปิดสำหรับการประชุมกลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ผลการวิจัย พบว่าพื้นที่สร้างสรรค์ คือ พื้นที่ของ“หอเจ้าบ้าน” สร้างฐานกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ฐานปั่นปายเชือก ฐานชิงช้า รูปแบบในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ประกอบด้วย องค์ประกอบตามรูปแบบร่องห้าโมเดล (RONGHA Model) รายละเอียด ดังนี้ R: regulation ประกาศใช้กติกาชุมชน ให้เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนทำร่วมกัน O: organization การจัดการคือ คน เงิน เวลา สิ่งของ โดยการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารทรัพยากรการบริหาร และประสานงานในทุกๆ กิจกรรม N: need สำรวจความต้องการของผู้ปกครอง และนำมาออกแบบกิจกรรม G: guide ให้ความรู้กับสมาชิกในชุมชนจากวิทยากรภายนอกและปราชญ์ชาวบ้าน H: health and happily จุดเน้นของกิจกรรม คือ ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ และ A: assistance องค์การภาครัฐและเอกชนในท้องถิ่นให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนต้องอาศัยความร่วมมือของเทศบาล พ่อแม่-ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: พื้นที่สร้างสรรค์, เด็กวัยก่อนเรียน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, รูปแบบร่องห้าโมเดล

วันที่รับ: 26 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไข: 10 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 26 สิงหาคม 2566

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล sopaporn.p@bcnpy.ac.th

² ครูชำนาญการพิเศษ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องห้า จังหวัดพะเยา

Design of creative space for early childhood

Sopaporn Panthulawan, Ph.D^{1*}

Wanna Phengsri, M.Ed.²

Abstract

The concept of creative space arrangement starts in the family and extends to the community to promote development in early childhood. It relies on interdisciplinary collaboration and a strong support system to succeed. This research is participatory action research. The objectives of this research were to develop a creative space for an early childhood model in Ban Rong Ha, Phayao. The population was divided into three groups: 30 parents who brought their children to practice development in the child care center; 30 community leaders; and 10 adolescents between the ages of 15 and 20 years. Data were collected from March to August 2022. The research instrument was open-ended questions for focus group discussion. The feasibility of the questionnaire was considered by three experts. The data were analyzed through thematic analysis. The results showed that creative spaces were the spiritual spaces of community. There are various activity-learning bases, such as climbing and swings. The models of the creative space were RONGHA Model. The details are as follows: R: Regulation is defined as declaring community rules that creating a creative space is an activity that members of the community do together. O: Organization is defined as organizing the administrative elements of man, money, time, and material by appointing a working group to manage administrative resources. And coordinate every activity. N: Need is defined as a survey of parents' requirements and conduct to design the activities. G: Guide, the guide defines introducing knowledge to community members by experts and folk philosophers. H: Health and happiness are defined as the focus of the activity being to promote physical and mental health and A: Assistance is defined as local government and non-governmental organizations providing assistance. Therefore, the development of a creative space requires cooperation from the local government, parents, community leaders, and teachers of early childhood. The design of activities in accordance with the community context is necessary.

Keywords: Creative space, Early childhood, Participatory action research, RONGHA Model

Received: Mar 26, 2023 Revised: Aug 10, 2023 Accepted: Aug 26, 2023

¹ Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: sopaporn.p@bcnpy.ac.th

² Senior professional level teacher, The early childhood development center, Ban Rongha, Phayao

บทนำ

ปัญหาของการพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ 1 ใน 10 ของเด็กประสบภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือรุนแรง (เตี้ย) ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน ปานกลางหรือรุนแรง (ผอม) พบในสัดส่วน ร้อยละ 5.4 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบสูงสุดในเด็กอายุ 0-5 เดือน ร้อยละ 12.4 และร้อยละ 50.9 ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ มีการปล่อยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 6.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) สงสัยพัฒนาการของเด็กปฐมวัยล่าช้า ร้อยละ 28 (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเยี่ยม (2565) ที่พบว่า สงสัยพัฒนาการของเด็กปฐมวัยล่าช้า ด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 33.8 รองลงมา คือกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 11.8 การปรับตัวด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง ร้อยละ 3.4 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 3.3 พัฒนาการที่สมวัยของเด็กปฐมวัย มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สูงสุด 10 ชั่วโมงต่อวัน

การแก้ไขปัญหาคือการพัฒนาการจึงเป็นบทบาทหลักของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลที่จะต้องเลี้ยงดูและส่งเสริมประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่เด็กในช่วงอายุนี้นี้ แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจ สังคม ปัจจุบันส่งผลให้การดูแลเด็กปฐมวัยเปลี่ยนไป พ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตัวเอง โดยเฉพาะเด็กในช่วง 0-2 ปี ได้รับการเลี้ยงดูโดยให้ญาติดูแล ฝากเพื่อนบ้านรับเลี้ยง ฝากสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน เด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี จะใช้บริการสถานพัฒนาเด็กและตามอัยการด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยจึงกลายเป็นบทบาทที่สำคัญของครูปฐมวัยและพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ ด้วยการพัฒนาระบบการเรียนรู้ผ่านสื่อ ภูมิปัญญา พื้นที่กิจกรรมทางกาย ในแนวคิดการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็ก โดยเน้นที่การสร้างสุขภาวะที่ดี 4 ด้าน คือ กาย จิต สังคม และปัญญา ด้วยนโยบาย 3 ดี ซึ่งหมายถึง สื่อดี พื้นที่ดี และภูมิดี ภายใต้โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้วยการพัฒนาศักยภาพครูปฐมวัยเพื่อให้เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านสื่อ พื้นที่สร้างสรรค์ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน พ่อแม่ ผู้ปกครองในพื้นที่ มีการนำแนวทาง 3 ดี มาจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับเด็ก โดยให้คำนิยามของคำว่า สื่อดี หมายถึง สื่อการเรียนรู้/อุปกรณ์/กระบวนการ/กิจกรรมที่ผลิตขึ้นเป็นวัสดุธรรมชาติเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้คิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง มีความปลอดภัย การจัดพื้นที่ดี หมายถึง การออกแบบพื้นที่ร่วมกันทั้งครู เด็ก ผู้ปกครอง ชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นพื้นที่ทางกายภาพที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก การจัดกระบวนการให้เกิดภูมิดี หมายถึง การใช้ภูมิความรู้ ภูมิปัญญาในชุมชน มาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้สร้างสรรค์ เด็กเกิดภูมิคุ้มกันในการป้องกันตนเอง รู้เท่าทัน มีความสามารถในการเรียนรู้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

แนวคิดของการจัดพื้นที่ดี หรือพื้นที่สร้างสรรค์ เริ่มจากในครอบครัว เช่น มุมศิลปะสร้างสรรค์ มุมดนตรีและการเคลื่อนไหว มุมทำทาสีเสริมพลัง มุมทราย ดิน แป้งปั้น มุมน้ำ แปลงผักธรรมชาติ และมุมสงบถ้ากลัวส่วนตัว และมีความมุ่งหวังให้พัฒนาการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ต่อยอดไปในชุมชน เพื่อให้เกิดสมรรถนะในเด็ก ให้เด็กเรียนรู้สิ่งใหม่ ผึกคิดวิเคราะห์ ผึกแก้ปัญหา ตัดสินใจ ประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน จึงส่งเสริมให้มีพื้นที่สร้างโอกาสและประสบการณ์ในการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กที่เหมาะสมและรอบด้านตามวัยโดยการมีส่วนร่วมของเด็ก ครอบครัวและชุมชน มีเป้าหมายให้เกิดการทำงานร่วมกันในรูปของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย คือ

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากชุมชน คือ แหล่งรวมองค์ความรู้ มีสถานที่ทำการต่าง ๆ เด็กต้องเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชน ผ่านกิจกรรมที่ได้ปฏิสัมพันธ์กับชุมชนด้วยตนเองแต่ กฎหมาย จุลสงค์ และ ปิ่นพยับ หนูนวล (2563) พบปัญหาที่เกิดจากการสร้างเครือข่ายชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืนพบว่า ขาดการเชื่อมประสานระหว่างครอบครัวและชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะ กลุ่มเด็กปฐมวัย ช่วงอายุตั้งแต่เกิดจนถึง 5 ปี ครอบครัวและชุมชน ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องห้า ตั้งอยู่ในตำบลบ้านต้อม อยู่ในเขตเมือง องค์การทางศาสนา คือ วัดศูนย์กลางของความเชื่อ คือ หอเจ้าบ้าน ที่เป็นที่บวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านนับถือสืบต่อกันมานาน อาชีพหลักของประชาชนคือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ค้าขาย รับราชการ อาชีพเสริมหัตถกรรม และรับจ้างทั่วไป ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องห้าให้บริการในการดูแลเด็ก ระหว่างอายุ 2 ถึง 5 ปี จำนวน 8 หมู่บ้าน มีเด็กปฐมวัยที่อยู่ในความดูแลของศูนย์ จำนวน 53 คน ได้จัดกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องผ่านโครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ 3 ดี ซึ่งมีครอบครัวที่ร่วมโครงการ 15 ครอบครัว มีการจัดกิจกรรมเรียนรู้ผ่านสื่อสร้างสรรค์ทั้งในระดับครอบครัวและระดับชุมชน แต่พบปัญหาคือ จำนวนครอบครัวที่เข้าร่วมยังมีจำนวนน้อย ยังไม่สามารถที่จะสรุปองค์ความรู้ให้เป็นครอบครัวต้นแบบได้ และยังขาดความต่อเนื่องในการประสานงานกับองค์กรภายในชุมชน การมีส่วนร่วมของ องค์กรชุมชนทุกฝ่ายยังมีน้อยและยังขาดความเป็นรูปธรรม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์ โดยมีเป้าหมายให้เกิดการทำงานร่วมกันในรูปของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยใช้แนวคิดหรือกรอบแนวคิดของ เคมมิส, แมคแท็กการ์ด, และนิกสัน (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) เนื่องจาก กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะสามารถพัฒนาและการแก้ไขปัญหาที่มุ่งไปที่การค้นหาแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่เกิดจากการระดมสมองของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้การพัฒนา มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนบ้านร่องห้า จังหวัดพะเยา ซึ่งคาดหวังว่าพื้นที่สร้างสรรค์จะเป็นจุดรวมในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่มาส่งเด็กเล่นในพื้นที่สร้างสรรค์แห่งนี้จะมีโอกาสในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถเป็นพื้นที่ที่ทุกคนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน
2. พัฒนารูปแบบพื้นที่สร้างสรรค์อย่างมีส่วนร่วมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยใช้วงจรการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) ตามแนวคิดของ เคมมิส, แมคแท็กการ์ด, และนิกสัน (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง 15 มีนาคม – 15 สิงหาคม 2565

ผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง เลือกคนที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม โดยครอบคลุมทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ และเป็นคนที่สามารถให้ข้อมูลประเด็นสำคัญได้ (key Informant) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปกครอง คือ บิดา มารดา หรือ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน คือ นายกเทศมนตรีตำบลบ้านต๋อม คณะผู้บริหารสมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ เจ้าอาวาส ตัวแทนประชาคมหมู่บ้าน ประธานแม่บ้าน รวม 30 คน กลุ่มที่ 3 เด็กวัยรุ่น จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. กลุ่มผู้ปกครองที่นำบุตรหลานมาฝึกพัฒนาการในศูนย์ เด็กเล็กบ้านร่องห้า
2. กลุ่มเด็กวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 14 ถึง 16 ปี เป็นตัวแทนจากกลุ่มเยาวชนที่ได้รับการแต่งตั้งโดยเทศบาลบ้านต๋อม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุมชน จบจากศูนย์เด็กเล็กบ้านร่องห้า ปัจจุบันเรียนที่โรงเรียนบ้านร่องห้า สามารถบอกความต้องการแทนเด็กได้

ทั้ง 2 กลุ่มอาศัยอยู่ในเขตบ้านต๋อม เขต 1 (8 หมู่บ้าน) อย่างน้อย 1 ปี ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การพูด เข้าใจภาษาไทยได้ดี และสมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (exclusion criteria) คือ ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยสร้างคำถามปลายเปิดสำหรับการประชุมกลุ่ม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพื้นที่สร้างสรรค์ ตามแนวคิด 3 ดี ประกอบด้วย สื่อดี พื้นที่ดีและภูมิดี ภายใต้โครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแบ่งเป็นตามระยะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ (planning) ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ชุดที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับเด็ก/บทบาทในชุมชน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชุดที่ 2 คือ แนวคำถามปลายเปิดเพื่อวางแผนสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ แบ่งออกเป็น 3 ชุดคำถามย่อย โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ปกครอง 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 3) กลุ่มเด็กวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (action) และ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (observing) โดยการถ่ายภาพประกอบ ในขั้นตอนของการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ซึ่งขออนุญาตก่อนบันทึกภาพ และขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ (reflecting) ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ชุดที่ 1 คือ แนวคำถามปลายเปิดเพื่อการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ แบ่งออกเป็น 3 ชุดคำถามย่อย โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ปกครอง 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 3) กลุ่มเด็กวัยรุ่น ชุดที่ 2 คือ แนวคำถามปลายเปิดเพื่อการออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์ แบ่งออกเป็น 3 ชุดคำถามย่อย โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ปกครอง 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 3) กลุ่มเด็กวัยรุ่น

พิจารณาเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบงานการศึกษาในชุมชน แก่ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ และทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 3 คน กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน

กลุ่มเด็กวัยร่น จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นคนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้พิจารณาความเข้าใจภาษาที่ใช้ในประโยคคำถาม ความยากง่ายของการใช้คำและปรับสำนวนให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

พิจารณาความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) งานวิจัย ด้านความน่าเชื่อถือ (credibility) ต่อความจริงของข้อมูลที่ค้นพบ คณะผู้วิจัยที่มีความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง อีกทั้งคณะผู้วิจัยมีความคุ้นชินกับบริบทของพื้นที่ สำหรับการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ค้นพบ โดยให้ครูประจำศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 3 คน ทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบและยืนยันความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูล (review triangulation) ด้านการได้รับการยืนยัน (conformability) ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ และเป็นคนที่สามารถให้ข้อมูลประเด็นสำคัญได้ (key Informant) ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่เป็นธรรมชาติของชุมชน และผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหา และแนวทางการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยปราศจากอคติ ด้านการนำไปขยายผล (transferable) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากสรุปผลตามหลักการของการบริหารองค์การ เพราะการดำเนินงานในชุมชนใด ๆ เปรียบเสมือนการดำเนินงานในองค์กร และการวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยใช้วงจรการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) สามารถแสดงความไวใจในผลการวิจัยได้ (dependable) (Leininger, 2002)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เลขที่การรับรอง REC 012/64 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ระบุชื่อในการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงว่าสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบ การเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (planning) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปกครองกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเด็กวัยร่น ให้ความรู้เกี่ยวกับที่มาของโครงการ 3 ดี กิจกรรม 3 ดี ประโยชน์ของพื้นที่สร้างสรรค์ และนำเสนอตัวอย่างของกิจกรรมการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ แก่กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม โดยครูชำนาญการพิเศษประจำศูนย์ฯ ที่ได้เข้าร่วมโครงการมหัศจรรย์สื่อสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วางแผนการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ โดยร่วมกันคัดเลือกสถานที่และออกแบบกิจกรรม ดำเนินการในเดือน มีนาคม 2565 โดยการใช้ความรู้ใช้วิธีบรรยาย ส่วนการวางแผนการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ใช้แนวคำถามปลายเปิดเพื่อวางแผนสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ในการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (action) ดำเนินการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในเดือน มีนาคม 2565 และทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 โดยการปรับปรุงพื้นที่สร้างฐานกิจกรรม และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ใช้การสังเกตพฤติกรรมในการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (observing) ติดตามการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ โดยการปฏิบัติตามกำหนดการจัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ตามตารางกิจกรรมใช้การสังเกตพฤติกรรมในการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (reflecting) โดยการระดมสมองกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2566 โดยใช้คำถามปลายเปิดในการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์, การออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์ โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ตามขั้นตอน ดังนี้ เริ่มต้นจากถอดข้อความจากข้อมูลที่รวบรวมได้ นำมาสร้างรหัส (code) จากการจัดกลุ่มข้อมูลที่สัมพันธ์กัน จากนั้นกำหนดหัวข้อ (theme) และทบทวนหัวข้อกับข้อมูลที่รวบรวมได้ (Braun & Clarke, 2006)

ผลการวิจัย

บริบทชุมชน ชุมชนบ้านร่องห้า ตั้งอยู่ตำบลบ้านต๋อม มีทั้งหมด 18 หมู่บ้าน มีถนนพหลโยธิน ตัดแบ่งตำบลบ้านต๋อม ออกเป็น 2 เขต เขตที่ 1 ประกอบด้วยจำนวน 8 หมู่บ้าน เขตที่ 2 ประกอบด้วยจำนวน 10 หมู่บ้าน บ้านร่องห้าตั้งอยู่ในเขต 1 อยู่ในเขตเมือง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 ศาสนาอื่นประมาณ ร้อยละ 20 มืองค์กรทางศาสนา ได้แก่ วัด ศูนย์กลางของความเชื่อ คือ หอเจ้าบ้าน ที่เป็นที่บวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวบ้านนับถือสืบทอดกันมานาน อาชีพหลักของประชาชน คือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ค้าขาย รับราชการ อาชีพเสริมหัตถกรรม และรับจ้างทั่วไป มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องห้า รับผิดชอบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับเขต 1 ส่วนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านต๋อมดง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องไผ่ รับผิดชอบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับเขต 2

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน เพศชาย 9 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-55 ปี ร้อยละ 46.67 มีอาชีพแม่บ้าน เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย โดยเป็น ย่า-ยาย และมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน เพศหญิง 6 คน มีอายุระหว่าง 45 -50 ปี ร้อยละ 33.33, 50-55 ปี ร้อยละ 46.67 และมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่

กลุ่มที่ 3 เด็กวัยรุ่น จำนวน 10 คน ทุกคนเรียนอยู่โรงเรียนบ้านร่องห้า ศึกษาในระดับมัธยมต้น เป็นเพศชายและหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน และเกิดในชุมชนบ้านร่องห้า ทุกคนเคยมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านร่องห้า

ผลการศึกษารายงานตามขั้นตอนตามกรอบการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผลการวางแผนสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ มีประเด็นย่อยที่พบ ดังนี้

ผลการศึกษาสามารถสรุปประเด็นที่สำคัญได้ทั้งหมด 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 การคัดเลือกพื้นที่สร้างสรรค์ ผลที่ได้คือ ชุมชนบ้านร่องห้า มีพื้นที่ว่างเปล่าและเป็นสถานที่จัดกิจกรรมประจำปีของชุมชนอยู่แล้ว เรียกว่า “หอเจ้าบ้าน” ใช้ทำพิธีบวงสรวงสิ่งศักดิ์ ปีละ 1 ครั้ง มีอาคารเอนกประสงค์อยู่ในพื้นที่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ของหมู่ 13 หมู่บ้านใกล้เคียง คือ หมู่ 15 ซึ่งมีเด็กหมู่ 13 และหมู่ 15 มาเรียนที่ศูนย์เด็กเล็กจำนวนมาก มีพื้นที่กว้างขวาง มีต้นไม้ใหญ่ให้ความร่มรื่น จึงเหมาะสมกับการทำพื้นที่สนามเด็กเล่นให้กับเด็ก ดังเช่น

การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ให้ความเห็นว่า “ในหมู่บ้านของเรามีพื้นที่ว่าง คือ หอเจ้าบ้านที่เหมาะสมเพราะมีทั้งต้นไม้ใหญ่ และอาคารเอนกประสงค์”

1.2 การออกแบบกิจกรรมในพื้นที่สร้างสรรค์ ผลที่ได้ คือ พื้นที่สร้างสรรค์ ควรมีลักษณะเป็นบ้านต้นไม้เนื่องจากมีต้นไม้ใหญ่ให้ความร่มรื่น ในชุมชนมีไม้ปริมาณมาก ล้อมรอบด้วยฐานกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ฐานปิ่นปักหมวก ฐานปิ่นปักผม ฐานชิงช้า ฐานกระดานลื่น ฐานทราย ฐานการเดินทรงตัว การก่อสร้างใช้งบประมาณสนับสนุนจากโครงการหัตถกรรมสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสมาชิกในชุมชนร่วมบริจาควัสดุ เช่น ทราย กระเบื้องมุงหลังคาไม้ ท่อน้ำพีวีซีขนาดใหญ่เพื่อทำกระดานลื่น ล้อยางรถยนต์เก่า ซึ่งเป็นพื้นที่ทางกายภาพที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ตามแนวคิดการจัดพื้นที่ดี ภายใต้โครงการหัตถกรรมสร้างสรรค์ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และให้ครูประจำศูนย์เด็กเล็กออกแบบกิจกรรมและพาเด็กไปทำกิจกรรมในพื้นที่สร้างสรรค์อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน เช่น การให้เด็กผลิตเทียนพรรษา การผลิตกระทง และกำหนดกติกาชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม คือ 1) ชุมชนร่วมกันสื่อสารเรื่องการดูแลเด็ก เยาวชนในชุมชน 2) ชุมชนต้องมีกิจกรรมสร้างสรรค์ในพื้นที่สร้างสรรค์ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ 3) ทุกคนในชุมชนร่วมช่วยกันดูแลรักษาความสะอาดพื้นที่สร้างสรรค์ ดังเช่นการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ให้ความเห็นว่า “มีต้นไม้ใหญ่ ร่มรื่นมาก ควรสร้างบ้านต้นไม้ให้เด็กเล่น” “ควรมีฐานการเล่นหลาย ๆ ฐาน รอบๆบ้านต้นไม้”

1.3 การออกแบบกิจกรรมที่ทำในพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง โดยกำหนดให้จัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งจัดทำตารางกิจกรรมและกำหนดผู้รับผิดชอบ

วัน-เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้ประชาสัมพันธ์
พฤษภาคม	พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ : ปลุกต้นไม้ พืชสมุนไพร ผลิตปุ๋ยหมัก	คณะทำงาน	ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย
มิถุนายน	ตลาดนัด 3 ดี	ศูนย์เด็กเล็ก/วัด	ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย
กรกฎาคม	กิจกรรมฝึกแปลงร่าง เสริมสุขภาพ หล่อเทียนพรรษาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น	ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้ปกครอง/ผู้สูงอายุ/ วัด	ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย
สิงหาคม	กิจกรรมอุ่นไอรัก (วันแม่): ผลิตสื่อสร้างสรรค์ วันแม่	ศูนย์เด็กเล็ก/วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี พะเยา	ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านผ่านเสียงตามสาย

2. ผลการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ตามแผน (action) สามารถดำเนินการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ตามที่ได้ร่วมกันออกแบบและทำกิจกรรม ตามแผนที่กำหนดไว้ ดังเช่นการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ให้ความเห็นว่า “ช่วยกันสร้างโดยใช้ไม้ที่มีในหมู่บ้าน และประชาสัมพันธ์ให้คนในหมู่บ้านช่วยกันบริจาควัสดุ”

3. ผลการสังเกต (observing) ติดตามการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ พบว่า ทุกกิจกรรมการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ และกิจกรรมที่กำหนดไว้ สามารถดำเนินการในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง แต่ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม คือ กลุ่มผู้ปกครองกลุ่มเดิม

4. ผลการสะท้อนข้อมูลปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข (reflecting) ผลการสะท้อนข้อมูลปัญหา

อุปสรรคและแนวทางแก้ไข มีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

4.1. ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ มีประเด็นย่อยที่สำคัญ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1.1 ปัญหาและอุปสรรคที่พบตามความเห็นของกลุ่มผู้ปกครอง คือ 1) มีการใช้พื้นที่เฉพาะกลุ่มศูนย์เด็กเล็ก และใช้ทำพิธีบวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ปีละ 1 ครั้งเท่านั้น ทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการใช้พื้นที่ 2) เป็นพื้นที่ว่างเปล่า ไม่มีผู้ดูแลหลัก ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องได้ 3) การใช้พื้นที่เป็นการเพิ่มภาระให้กับหมู่ 13 เสียค่าไฟฟ้า น้ำ 4) ป่วย-ตายาย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม 5) กิจกรรมเน้นที่เด็กเล็กจึงขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) เวลาในการทำกิจกรรมไม่เหมาะสม ผู้ปกครองไม่สามารถมาร่วมได้ 7) การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงและมีความกระชั้นชิด จึงทำให้ร่วมกิจกรรมของลูกไม่ได้ 8) ขาดวัสดุ อุปกรณ์ ในการผลิตสื่อในครอบครัว ดังเช่น การสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ให้ความเห็นว่า “อยากมาร่วมกิจกรรมกับเด็ก ๆ แต่ควรแจ้งเวลาในการทำกิจกรรมล่วงหน้า จะได้เคลียร์การเคลียร์งานมาร่วมได้”

4.1.2 ปัญหาและอุปสรรคที่พบตามความเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชน คือ 1) ขาดคนรับผิดชอบพื้นที่ที่ชัดเจน จึงไม่เหมาะกับการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง 2) การให้ชุมชนเป็นกรณีริเริ่มกิจกรรมเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะคนในชุมชนต้องทำงานหารายได้ 3) “หอเจ้าบ้าน” เป็นสถานที่ที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของคนในชุมชน การจะทำกิจกรรมใดๆ ต้องระวังเรื่องการลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งเป็นความเชื่อความศรัทธาของคนในชุมชน ดังเช่นการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ให้ความเห็นว่า “หอเจ้าบ้านเป็นสถานที่ที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของคนในชุมชน การจะทำกิจกรรมใด ๆ ต้องระวังเรื่องการลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งเป็นความเชื่อความศรัทธาของคนในชุมชน โดยเฉพาะ ชาวบ้านหมู่ 13”

4.1.3 ปัญหาและอุปสรรคที่พบตามความเห็นของเด็กวัยรุ่น คือ 1) ขาดการทำความสะอาดพื้นที่ทำให้ไม่ดึงดูดให้เข้าไปทำกิจกรรม น่ากลัวเพราะเป็น “หอเจ้าบ้าน” ซึ่งเป็นสถานที่ที่ใช้บวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อของชุมชน 2) ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกลุ่มอื่น ๆ ดังเช่นการสนทนากลุ่มเด็กวัยรุ่น ให้ความเห็นว่า “หอเจ้าบ้านมีความน่ากลัว เป็นที่ที่ใช้ทำพิธีบวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์”

4.2 แนวทางแก้ไขปัญหาการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองในการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหพื้นที่สร้างสรรค์ จำนวน 3 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

4.2.1 แนวทางแก้ไขปัญหาการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ตามความเห็นของกลุ่มผู้ปกครอง คือ 1) การทำกิจกรรมต้องให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเข้ามาร่วมด้วย เนื่องจากเด็กจะนำข้อมูลไปเล่าให้ผู้ปกครองฟังที่บ้าน 2) ควรดึงปราชญ์ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม เพราะคือธรรมชาติของชุมชน 3) ควรนำเด็กอนุบาลจากโรงเรียนประถมมาร่วมด้วย 4) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุจึงควรมีผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมด้วย 5) สรรหาวิทยากรภายนอกมาให้ความรู้เป็นระยะๆ และมีการทำกิจกรรมซ้ำๆ เพื่อเพิ่มทักษะในการผลิตสื่อ 6) จัดสรรเวลาที่เหมาะสม คือ วันเสาร์ช่วงเช้า 7) ควรทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้งในช่วงกลางเดือน 8) ควรมีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมผ่านผู้ใหญ่บ้าน ผู้ปกครอง และแจ้งล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ 9) ขอสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการทำกิจกรรมจากเทศบาล แกนนำชุมชน และผู้ปกครอง 10) ลักษณะกิจกรรมควรเป็นการลงมือทำร่วมกัน ดังเช่นการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ให้ความเห็นว่า “ควรทำกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ช่วงกลางเดือน เพราะไม่ซ้ำซ้อนกับกิจกรรมอื่น ๆ”

4.2.2 แนวทางแก้ไขปัญหาการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ตามความเห็นของกลุ่มผู้นำชุมชน คือ

1) ควรจัดกิจกรรมที่ศูนย์เด็กเล็กเป็นหลัก เนื่องจากสะดวกและมีคนดูแลตลอดเวลาและมีปัจจัยเพื่อการพัฒนา
มากกว่า ที่สร้างไว้ในพื้นที่หอเจ้าบ้าน ควรใช้เป็นที่สำหรับโชว์ผลงานจะเหมาะสมกว่าการไปเริ่มต้นกิจกรรมที่นั่น
2) ควรสื่อสารทำความเข้าใจกับชุมชน หมู่ 13 ให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดเรื่องการใช้พื้นที่“ศาลเจ้าบ้าน”
3) การออกแบบกิจกรรมไม่ควรโลดโผนเพื่อเป็นการเคารพสถานที่ คงกิจกรรมตามประเพณีไว้ เช่น การเลี้ยงผี
เนื่องจากการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมให้เด็กรุ่นหลังได้รับรู้และสืบทอด 4) เปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มได้เข้ามาร่วม
กิจกรรม ไม่จำกัดเพียงแค่กิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก 5) ควรสอบถามความต้องการของคนในชุมชน เพราะถ้าเป็นความ
ต้องการจากชุมชนจะมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง 6) ควรมีคณะทำงานเป็นผู้ออกแบบ เป็นแกนนำในการทำ
กิจกรรมแต่ละครั้ง 7) บูรณาการงบประมาณกับเทศบาล 8) ควรกำหนด/ประกาศใช้นโยบาย หรือข้อตกลงร่วม หรือ
กฎกติกาเพื่อให้ชุมชนได้เข้าใจ 8) จัดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์ให้กับคนส่วนใหญ่ ดังเช่นการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน
ให้ความเห็นว่า“ควรจัดกิจกรรมที่ศูนย์เด็กเล็กเป็นหลัก เพราะสะดวกและมีคนดูแลตลอดเวลา”

4.2.3 แนวทางแก้ไขปัญหาการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ตามความเห็นของเด็กวัยรุ่น (อายุ 14-16 ปี)

คือ 1) ต้องการออกแบบให้มีพื้นที่นั่งสำหรับผู้ปกครอง มีพื้นที่ออกกำลังกาย ระหว่างรอบอุตรหลานทำกิจกรรม
2) จัดหาคนไปทำความสะอาด 3) เชิญชวนเด็กและผู้ปกครองมาเล่น 4) ควรปลูกผักปลอดสารพิษ 5) จัดกิจกรรมให้น้อง ๆ
มีความคิด เรื่องการทำอาหารหรือขนมไทยของท้องถิ่น หรือเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพที่ผลิตจากวัตถุดิบจากธรรมชาติ
ที่ปลอดสารพิษและสารเคมี 6) จัดตลาดเดือนละ 1 ครั้ง ดังเช่นการสนทนากลุ่มเด็กวัยรุ่น ให้ความเห็นว่า “ควรมี
กิจกรรมทำอาหารหรือเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพที่ผลิตจากวัตถุดิบจากธรรมชาติที่ปลอดสารพิษและสารเคมี”

4.3 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ รายละเอียด ดังนี้ ผลการสังเคราะห์
องค์ประกอบของการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ ทำให้เกิดรูปแบบพื้นที่สร้างสรรค์อย่างมีส่วนร่วมสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน
มีลักษณะเป็น RONGHA Model โดยมีแนวทาง ดังนี้

1) ประกาศใช้กติกาชุมชน (R: regulation) ให้สมาชิกในชุมชนร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ เพราะ
การพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างองค์กรใน ชุมชน ระดับครอบครัว ในการมีส่วนร่วม
พัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง

2) การจัดองค์กร (O : organization) เพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ ที่ประกอบด้วย คน แต่งตั้งคน
ที่เป็นผู้นำ คือ ตัวแทนจากเทศบาล จำนวน 2 คน และคณะทำงานที่ประกอบด้วย แกนนำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน หรือ
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน ผู้ปกครองของเด็ก หมู่บ้านละ 2 คน ครูประจำศูนย์เด็กเล็ก โดยเป็นคนที่อยู่
ในหมู่บ้านเขต 1 เพื่อเป็นตัวกลางในการประสานงาน มีหน้าที่วางแผนกิจกรรม ประชาสัมพันธ์กิจกรรมในแต่ละครั้ง
ขับเคลื่อนกิจกรรม ประสานงาน ตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนประเมินผลการจัดกิจกรรม โดยมีสายการบังคับบัญชา
จากบนลงล่างเพื่อให้มีอำนาจในการบริหารจัดการ ตัดสินใจแก้ปัญหาได้ และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
ของคณะทำงานให้ชัดเจน เงิน วางแผนด้านงบประมาณ โดยบรรจุไว้ในแผนประจำของเทศบาล เพื่อให้สามารถดำเนิน
กิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ตลอดจนถึงการจัดสรรงบประมาณที่ใช้ในการดูแลสถานที่ ที่เป็นพื้นที่สร้างสรรค์

เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ เวลา จัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด คือ ในวันเสาร์ ช่วงเช้า เดือนละ 1 ครั้ง วัสดุ วางแผนจัดสรร สรรหา วัสดุ อุปกรณ์ในการจัดทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

3) การสำรวจความต้องการของผู้ปกครอง (N: need) เป็นระยะ นำความต้องการมาออกแบบ กิจกรรม ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ เยาวชนและนักเรียนในชุมชน แสดงออก ทางด้านความคิดสร้างสรรค์ได้อย่างหลากหลาย

4) การแนะนำความรู้ (G: guide) จากองค์กร วิทยากรภายนอก หรือจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ถ่ายทอด ความรู้ทั้งเรื่องส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และเสริมเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปกครอง เช่น สมุนไพร หรือ เรื่องความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน

5) เน้นการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต (H : health and happily) ทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อาหาร การออกกำลังกาย การปลูกผักและสมุนไพร เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ของเด็กโดยการได้ยกอุปกรณ์ในการปลูกผักและสมุนไพร อีกทั้งผู้ปกครองที่มารอเด็ก ได้มีความรู้ และไม่รู้สึกรำคาญกับการมารอคอย

6) การสนับสนุนจากองค์กรในท้องถิ่น (A: assistance) และบูรณาการงบประมาณ กิจกรรม ร่วมกัน ระหว่าง เทศบาล โรงเรียน วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์เด็กเล็ก โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุน ให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายจากภาคท้องถิ่น กลไกสนับสนุนทางการเงิน และวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนแรงผลักดัน ให้เกิดการร่วมกิจกรรมผ่านนโยบายของท้องถิ่น การบูรณาการกิจกรรมร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน การใช้ครอบครัวต้นแบบ

อภิปรายผล

1. ผลการค้นหาค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ พบว่า มีการใช้พื้นที่เฉพาะกลุ่มศูนย์เด็กเล็ก มี ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการทำกิจกรรม พื้นที่สร้างสรรค์เน้นที่เด็กเล็ก จึงขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน การประชาสัมพันธ์ ไม่ทั่วถึงและมีความกระชั้นชิด ขาดวัสดุ กิจกรรมที่จัดในอุปกรณ์ ในการทำกิจกรรม การให้ชุมชนเป็นคนริเริ่มกิจกรรม เป็นเรื่องที่ทำไต่ยาก นอกจากนี้พื้นที่สร้างสรรค์ตั้งอยู่ในหมู่ 13 กลุ่มที่เข้าร่วมมากที่สุด คือ สมาชิกในหมู่ 13 เนื่องจาก ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ คือ ปู่ย่าตายาย จึงไม่สะดวกในการเดินทาง ผลการศึกษาที่พบสามารถอธิบายได้ว่า การมีพื้นที่ สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนได้มีการริเริ่มกิจกรรมที่สมาชิกในชุมชนเห็นถึงประโยชน์ของกิจกรรม แต่การใช้พื้นที่ จะเกิดประโยชน์เฉพาะกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากการที่นำเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้ปกครองต้องมาส่ง และเฝ้าบุตรหลานจนกว่าจะเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้เวลาประมาณครึ่งวัน ด้วยเหตุนี้การพัฒนาพื้นที่จะสามารถสร้าง ประโยชน์ให้เกิดกับผู้ปกครอง โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมจะเกิดประโยชน์มากขึ้น ทั้งในรูปแบบให้ความรู้ หรือการเสริมทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง สุวรรณภุมมาและสำเริง ไกยวงศ์ (2561) ที่พบว่า คนในชุมชน มีความต้องการด้านสังคม ต้องการความรู้เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นให้น่าอยู่ ต้องการการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้กับเด็ก และเยาวชน ดังนั้นการใช้พื้นที่สร้างสรรค์จะเกิดประโยชน์มากขึ้นถ้าจัดกิจกรรมครอบคลุมกลุ่มผู้ปกครองด้วย

2. ผลการออกแบบพื้นที่สร้างสรรค์ สามารถสังเคราะห์ได้ 6 องค์ประกอบ ตามรูปแบบร่องห้าโมเดล (RONGHA Model) มีรายละเอียดดังนี้ ประกาศใช้กติกาชุมชน (R : regulation) ให้สมาชิกในชุมชนร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง การจัดองค์กร (O: organization) เพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ ที่ประกอบด้วย

คน เงิน เวลาและสิ่งของโดยการแต่งตั้งคณะทำงานจากคนในชุมชนเพื่อบริหารทรัพยากรทางการบริหารและประสานงานในทุกๆ กิจกรรม สำรวจความต้องการของผู้ปกครอง (N : need) เป็นระยะๆ นำความต้องการมาออกแบบกิจกรรม ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ เยาวชนและนักเรียนในชุมชน แนะนำให้ความรู้ (G: guide) กับสมาชิกในชุมชน ทั้งจากวิทยากรภายนอกและปราชญ์ชาวบ้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ (H: health and happily) องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในท้องถิ่นให้การช่วยเหลือ (A: assistance)

ผลการศึกษาที่พบสามารถอธิบายได้ว่า การประกาศใช้กติกาชุมชน (regulation) ให้สมาชิกในชุมชนร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน เพราะการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างองค์กร และสมาชิกในชุมชน สิ่งสำคัญของการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ให้เกิดความต่อเนื่อง จึงควรส่งเสริมให้ชุมชนได้ปฏิบัติตามกติกาชุมชน เพื่อเป็นข้อปฏิบัติเพราะกติกาชุมชนเป็นกฎเกณฑ์หรือข้อตกลงที่กำหนดขึ้นที่ช่วยให้คนในสังคมทำกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และทำให้ทุกคนอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2553) ดังนั้นเมื่อสมาชิกในชุมชนปฏิบัติตามกติกาชุมชนแล้วผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามกติกาชุมชนอย่างต่อเนื่องจะกลายเป็นวิถีวัฒนธรรมชุมชนอย่างยั่งยืน สิ่งสำคัญที่จะทำให้กติกาชุมชนมีประสิทธิภาพ จึงต้องนำกติกาไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชนได้ (อมรรัตน์ กุลสุจริต, เพ็ญประภา ภัทรานุกรม, สุจิตรา สามัคคีธรรม, ปรีชา ปิยจันทร์, และหฤทัย กมลศิริสกุล, 2563)

การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ต้องมีการจัดองค์กร (organization) คือ ประกอบด้วย 1) คน โดยแต่งตั้งคณะทำงาน ซึ่งเป็นตัวแทนมาจากทุกหมู่บ้าน 2) เงิน วางแผนด้านงบประมาณ โดยบรรจุไว้ในแผนประจำปีของเทศบาล 3) เวลา จัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด 4) วัสดุ วางแผนสรรหาวัสดุ ในการจัดทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ซึ่งคน งบประมาณ และวัสดุ เป็นทรัพยากรทางการบริหารโดยอาศัยการบริหารจัดการ ซึ่งจะสามารถทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดระเบียบทรัพยากรทางการบริหารเพื่อสร้างพื้นที่สร้างสรรค์จึงเริ่มต้นจากทรัพยากรมนุษย์ โดยการเลือกคณะทำงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะเข้าใจธรรมชาติของชุมชนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ ปณณธร เอียรชัยพฤษ (2560) ที่กล่าวว่า การบริหารงานโดยอาศัยคนที่มีความเข้าใจธรรมชาติขององค์กรจะสามารถใช้หลักการบริหารให้เกิดประโยชน์ บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ และต้องอาศัยการวางแผน การควบคุม การประสานงาน จนทำให้คนในองค์กรเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อีกประการหนึ่ง คือ การวางแผนงบประมาณ การควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ จะทำให้การบริหารงานสำเร็จได้ตามเป้าหมาย ดังเช่นการศึกษาของ กัญญาภัทร ศรีเมือง (2560) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องมีการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ร่วมเสนอแนวทางการแก้ปัญหา

สำรวจความต้องการของผู้ปกครอง (need) และนำความต้องการมาออกแบบกิจกรรม การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ต้องพัฒนาให้ประชาชนในชุมชนคิดและตัดสินใจบนพื้นฐานความต้องการของชุมชนเอง เพื่อให้เกิดความคิดว่างานเป็นของทุกคนในชุมชนและช่วยกันดูแล แต่จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ชุมชนจึงมีความต้องการเพื่อพัฒนาชุมชนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของเสาวภา สุขประเสริฐ (2562) พบว่า ความต้องการของชุมชน มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านการออม 2) ด้านสวัสดิการชุมชน 3) ด้านการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์

จากทุนชุมชน 4) ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมปอง สุวรรณภูมิ และ สำเริง ไกยวงศ์ (2561) ที่พบว่า ประชาชนมีความต้องการด้านสังคม มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลผู้สูงอายุ การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้กับเยาวชน ความต้องการดังกล่าวเป็นการแสดงความต้องการที่ตอบสนองต่อการพัฒนาตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคม ดังนั้นการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน จึงควรต้องออกแบบกิจกรรมโดยชุมชน ตอบสนองความต้องการของชุมชน และครอบคลุมสมาชิกในชุมชนทุกกลุ่ม อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนได้ใช้พื้นที่สร้างสรรค์นี้ร่วมกัน

มีการแนะนำความรู้ (guide) จากวิทยากรภายนอก หรือจากภูมิปัญญาท้องถิ่น การพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์จำเป็นต้องมีภาครัฐคอยให้การสนับสนุนในส่วนที่เกินขีดความสามารถของประชาชน จำเป็นต้องอาศัยคณะทำงานที่มีภาวะผู้นำเพื่อนำชุมชนสู่การเปลี่ยนแปลง โดยปรีชา พันธสิดา (2565) พบว่า ความต้องการการพัฒนาท้องถิ่น คือ การมุ่งค้นคว้าวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและพัฒนาท้องถิ่น ต้องการให้มีกิจกรรมวิเคราะห์และแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงเป็นประเด็นที่ชุมชนมีความเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้เรื่องสมุนไพร สอดคล้องกับปฏิญญายูเนสโกเพื่อการเดินทางอย่างยั่งยืน (The UNESCO Sustainable Tourism Pledge) ที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน และอนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรม จึงต้องการการแบ่งปันความรู้ในสิ่งที่ชุมชนมีให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญด้วยการให้ความรู้แก่ชุมชนจะสามารถให้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2021) ดังนั้นการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ควรเริ่มต้นที่การเพิ่มศักยภาพของประชาชนในชุมชนเพื่อให้มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือ แนะนำให้ความรู้จากวิทยากร ราษฎ์ชาวบ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่องโดยใช้พื้นที่สร้างสรรค์ให้เกิดประโยชน์ ถือเป็นกระบวนการให้การศึกษาไปสู่การพัฒนาคน และพัฒนาท้องถิ่น

กิจกรรมที่ควรจัดในพื้นที่สร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง คือ การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตแก่คนในชุมชน (health and happily) ทุกกลุ่มทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อาหาร การออกกำลังกาย การปลูกผักและสมุนไพร ปัจจุบันการณรงค์ชักชวนให้ประชาชนสนใจรักษาสุขภาพและป้องกันโรคผ่านสื่อต่าง ๆ หลากหลายช่องทาง สามารถสร้างความตระหนักให้กับประชาชนได้ ดังนั้นการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน จึงควรมุ่งเน้นที่ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจะเป็นกิจกรรมที่ยั่งยืนต่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์จึงควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559) พบว่า เด็กประสบภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (เตี้ย) ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน (ผอม) พบในสัดส่วนร้อยละ 5.4 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และพบสูงสุด在孩子อายุ 0-5 เดือน ร้อยละ 12.4 สำหรับสุขภาพของคนที่ย่างตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 35.9 มีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 59.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.0 และประชาชนในชุมชน ร้อยละ 25 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สุธาสนี ศรีนุ่น และ คณะ, 2560) ประชาชนต้องการจัดการกับความเครียด และต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกหน่วยบริการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และตรวจสุขภาพประจำปี (วลัยนารี พรหมลา, สุกัลยา ศรีท้าวธรรมกุล, พิลาส สว่างสุนทรเวช และ พินิดา จิระไพศาลพงศ์, 2562) ดังนั้นการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ จึงควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุน (assistance) จากองค์กรในท้องถิ่น และบูรณาการงบประมาณ กิจกรรม ร่วมกัน ระหว่าง เทศบาล โรงเรียน วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์เด็กเล็ก โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายจากภาคท้องถิ่น การเงิน และวัสดุอุปกรณ์ แต่ ฤทธา จุลสงค์ และ ปิ่นพยับ หนูนวล (2563) พบว่า ขาดการเชื่อมประสานระหว่างครอบครัวและชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ชุตติมา ทองวชิระ และคณะ (2561) พบว่า ปัญหาของการพัฒนาสุขภาวะชุมชน คือ ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน องค์กรที่สำคัญในชุมชน คือ องค์กรบริหารส่วนตำบล ควรสนับสนุนโดยจัดทำแผน/งบประมาณ ช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริม เกี่ยวกับการดำเนินการด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว องค์กรบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการเป็นผู้นำและริเริ่มโครงการ จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีการวางแผนให้ความรู้แก่ประชาชน ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วม จัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นในการเริ่มต้นและดำเนินโครงการ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข และคณะ, 2563) นอกจากนี้บอยซ์และแคทซ์ (Boyce & Katz, 2019) ที่กล่าวถึงบทบาทของแกนนำในชุมชน คือ การวางระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง สื่อสารข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อโรคระบาด สื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ปกครองและเด็กในการป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดจากปัญหาทางสังคม สอดคล้องกับ ธัญญพัทธ์ ภูริพิณสินธ์ (2565) ที่พบว่า บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรต่าง ๆ ในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน คือการเสริมสร้างค่านิยมและจิตสำนึก ของชุมชนในการร่วมมือกันดูแลประโยชน์สาธารณะ สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรประชาชนและประชาคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมจัดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ดังนั้นความร่วมมือของเทศบาล พ่อแม่-ผู้ปกครอง แกนนำชุมชน ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้พื้นที่สร้างสรรค์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดความต่อเนื่อง

2) การพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ต้องอาศัยปัจจัยในการสนับสนุนหลายอย่าง เช่น คน งบประมาณ เวลา วัสดุ ดังนั้นการกำหนดให้เป็นกิจกรรมที่บรรจุไว้ในแผนงานประจำของเทศบาล จะทำให้การบริหารกิจกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการใช้พื้นที่สร้างสรรค์ที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน 5 ด้าน คือ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา จุลสงค์ และปิ่นพัย หนูนวล. (2563). แนวทางการสร้างเครือข่ายชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน. ใน กุชงค์ เสนานุช (บ.ก.), รายงานการประชุมการสัมมนาทางวิชาการเนื่องในโอกาสวันสถาปนา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ครบรอบปีที่ 66 เรื่อง สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน (295- 310) . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2566, จาก https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_document/Proceeding66year.pdf
- กัญญาภัทร ศรีเมือง. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8 25-26 มีนาคม 2559 (หน้า 201-212). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ชุดิมา ทองวชิระ, สุชาดา ไทผล, ณัฐพัชร์ เกียรติวรกานต์, สมศักดิ์ เจริญพูล, จันทรวงศ์ ทรวงเดช, ณัฐธิดา กิจเนตร, ... สุทัศน์ ด้านตระกูล. (2561). ชุมชนสุขภาวะบนพื้นฐานศักยภาพของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาชุมชนท่าเสาดีจ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 5(ฉบับพิเศษ), 51-61.
- ธัญญพัทธ์ ภูริพิณสินธ์. (2565). การกระจายอำนาจกับการพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย. วารสาร มจร บาลีศึกษายุทธศาสตร์บริหาร, 8(1), 85-100.
- ปรีชา พันธสิดา. (2565). ความต้องการของผู้นำชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีต่อการพัฒนาท้องถิ่นของวิทยาลัยพณิชยบัณฑิต. Journal of Roi Kaensarn Academi, 7(5), 377-386.
- ปณณธร เขียวชัยพฤกษ์. (2560). การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 6(2), 253-267.
- วลัยนารี พรหมลา, สุกัลยา ศรีทราธรรมกุล, พิลาส สว่างสุนทรเวช และพินิดา จิระไพศาลพงศ์. (2562). ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยรามคำแหง (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 22(1), 12-18.
- สมปอง สุวรรณภุมมา และสำเริง ไกยวงศ์. (2561). ความต้องการและความคาดหวังของชุมชนท้องถิ่นเกี่ยวกับการให้บริการวิชาการแก่สังคมของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 7(1), 78-90.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, สุกัญญา เอ็มอัมมธรรม, มัทนา บัวศรี, เปาซี วานอง, อัญญา แสงแก้ว, เว่ย หยาง, ... และสุภาพงษ์ ญาณไพศาล. (2563). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการบริหารจัดการขยะชุมชนสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่, 21(2), 112-127.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). แนวคิด 3 ดี สร้างสุข. สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2565, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/44952-%.html>.

- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2553). *กตึกา*. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2565, จาก <http://legacy.orst.go.th/knowledges>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2565, จาก <https://www.unicef.org/thailand>.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *พ่อแม่เลี้ยงลูกยุคโควิด เพิ่มเวลาให้ลูก ลดการดูจอของเด็ก ส่งเสริมพัฒนาการสมวัย*. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2565, จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/163139/>
- สุธาสิณี ศรีนุ่น, ลภัสรดา หนู่มคำ, วณิดา ทองใบ, จิราภรณ์ กรรมบุตร, สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง, ประกายเพชร วินัยประเสริฐ, ... แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล. (2560). *ภาวะสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(1), 55-66.
- สุพัตรา บุญเจียม. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7*. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 4(1), 40-60.
- อมรรัตน์ กุลสุจริต, เพ็ญประภา ภัทรานุกรม, สุจิตรา สามัคคีธรรม, ปรีชา ปิยจันทร์, และหฤทัย กมลศิริสกุล. (2563). *กระบวนการติดตั้งระบบและกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาครอบครัวซับซ้อนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนบางบัว เขตบางเขน และชุมชนหลังแฟลตร่วมพัฒนา เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร*. *วารสารร่วมพฤษภ*, 38(3), 7-21.
- Boyce, M. R., & Katz, R. (2019). Community health workers and pandemic preparedness: current and prospective roles. *Frontiers in Public Health*, 7(62), 1-5. doi:10.3389/fpubh.2019.00062.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. In: Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R., *The Action Research Planner*. (1-31). Springer, Singapore.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2021). *The UNESCO sustainable tourism pledge*. Retrieved March 21, 2023, from <https://www.unesco.org/en/articles/UNESCO-sustainable-travel-pledge>

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

มาลี เบญจพลากร, พย.บ.^{1*} ศรีสุดา ไล่ทองคำ, พ.บ.² เสาวนีย์ ชนะพาล, พย.ม.¹

นิสา ครุฑจันทร์, พย.ม.³ จุฬาลักษณ์ ปิ่นวัฒนะ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและการประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ 1. ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลฯ 2. พัฒนาและตรวจสอบระบบบริการพยาบาลฯ และ 3. ทดลองและประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลฯ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาลจำนวน 35 ราย บุคลากรการแพทย์อื่นๆ 4 ราย เวชระเบียนผู้ป่วย 36 ราย และผู้ป่วยจำนวน 36 ราย เลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงและใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบตามลำดับที่เข้ารับการผ่าตัด เครื่องมือ ประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง ร่างระบบบริการพยาบาลฯ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจแบบเปิดและทรวงอกแบบประเมินสมรรถนะของวิทยาลัยพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า หลังจากนำระบบการบริการพยาบาลฯ ไปใช้ กลุ่มทดลองมีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย และค่าปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายต้องการในการใช้พลังงาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านสมรรถนะของวิทยาลัยพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังผู้ป่วยการบริหารการระงับความรู้สึกและยาอื่นๆ การตัดสินใจแก้ปัญหาในภาวะวิกฤต การประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ สามารถช่วยวางแผนการระงับความรู้สึกและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกทำให้ทีมวิทยาลัยพยาบาลมีความมั่นใจในการระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและทรวงอกมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการพยาบาล, การระงับความรู้สึก, ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

วันที่รับ: 18 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไข: 28 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล benmali596@gmail.com

² นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Development of anesthesia nursing care system for patients undergoing open heart surgery and thoracotomy: Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province

Malee Benjaparakorn, B.S.N.^{1*} Srisuda Laithongkum, M.D.² Saowanee Chanapan, M.S.N.¹
Nisa Krutchan, M.S.N.³ Chulalak Pinwattana, B.S.N.¹

Abstract

The nursing service system for anesthesia for open heart and thoracic surgery patients is essential for patients' safety both during and after surgery. This research and development aimed to develop and evaluate the quality of the nursing service system for anesthesia for open heart and thoracic surgery patients. The research process consisted of three steps: 1) study the situation of the nursing service system; 2) develop and verify the nursing service system; and 3) experiment with and evaluate the use of the nursing service system. The sample comprised 35 nurse anesthetists, 4 other medical personnel, 36 medical records, and 36 patients. Purposive sampling and systematic random sampling were used in the order of surgery. The instruments consisted of the semi-structured group discussions, the nursing service system open heart and thoracic surgery patient record form, the nursing anesthetist competency assessment form, and the satisfaction assessment form on the Nursing Service System for Nurse Anesthetists. The results of the study after applying the nursing service system showed that the experimental group had the highest efficiency of ejection fraction (EF) and the metabolic equivalent was statistically significantly higher than in the comparison group ($p < .05$). Furthermore, the anesthesia nursing competency found that the mean average of patient assessment before applying anesthesia, surveillance administration of anesthesia and other drugs, decision-making in crisis situations, assessment of patients in the recovery period after anesthesia until transfer to the intensive care unit, and coordination between multidisciplinary teams were higher than before the development of the nursing service system, which was statistically significant ($p < .01$). Moreover, the satisfaction of the nursing service system was statistically significantly higher than before the development ($p < .01$). The results of the development of the nursing services system could enhance planning anesthesia and increase patient safety. It helps create standards for patient care before, during, and after anesthesia, giving the nurse-anesthetist team more confidence in anesthesia with patients undergoing open heart surgery and thoracotomy.

Keywords: Development of nursing service system, Anesthesia, Heart and Thoracic Surgery

Received: Mar 18, 2023 Revised: Aug 28, 2023 Accepted: Aug 29, 2023

¹ Registered Nurse, Sawanpracharak Hospital

* Corresponding author email: benmali596@gmail.com

² Medical Physician, Sawanpracharak Hospital

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) รายงานว่าประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น โดยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกประมาณ 250,000 คนต่อปี (Baumgartner et al., 2017) และในแต่ละปีมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง ร้อยละ 6 (Virani et al., 2021) สถิติการผ่าตัดหัวใจที่เก็บรวบรวมโดยสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 9,577 คนต่อปี เป็น 11,465 คนต่อปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2563) ซึ่งการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก (open heart surgery) ประกอบด้วย การทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft : CABG) การขยายลิ้นหัวใจ (valvuloplasty) การซ่อมเส้นรอบวงของขอบลิ้นหัวใจให้แคบลงเพื่อให้กลับลิ้นที่ห่างกันเข้ามาชิดกัน (annuloplasty) และการเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งขณะผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมแทนลิ้นหัวใจเดิม (valve replacement) (Hardin, 2019) ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดหัวใจจะได้รับการระงับความรู้สึกให้มึนใจว่าจะนอนหลับและปราศจากความเจ็บปวดตลอดการผ่าตัด ดังนั้น การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกนั้นต้องได้รับการดูแลและประเมินผู้ป่วยโดยละเอียดเพื่อให้การผ่าตัดได้ผลดี แม้ว่าในการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกมีพัฒนาวิธีการให้การระงับความรู้สึกที่ดีขึ้นกว่าในอดีตมากแต่ยังถูกจัดว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตมากเช่นกัน (Matos, Silva, De Jesus, Guimarães, & Cordeiro, 2020)

การผ่าตัดหัวใจและทรวงอกจำเป็นต้องมีระบบการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยเนื่องจากขั้นตอนการระงับความรู้สึกจากการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบการหายใจ ระบบประสาท และระบบไต รวมถึงหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Stephens & Whitman, 2015) ส่งผลต่อการตายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ และอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการครองเตียง อัตราการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น มีการศึกษา พบว่าการระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกมีขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ต้องมีความระมัดระวังอย่างมาก ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์รวมทั้งยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกและยาช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่าง ๆ มากกว่าการระงับความรู้สึกผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกได้มาก เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะเสียชีวิตมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งถ้ามีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างระงับความรู้สึก มักจะเกิดปัญหาตามมาจนถึงหลังผ่าตัด ซึ่งวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานประสานร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ในการเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ โดยต้องมีความเชี่ยวชาญในการบริหารยาต่าง ๆ ด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง รวมทั้งต้องประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการระงับความรู้สึกได้อย่างรวดเร็ว ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้จำเป็นต้องป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น โดยอาศัยการมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ดี ตลอดช่วงกระบวนการระงับความรู้สึก ตั้งแต่ระยะเตรียมตัวก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึก โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ วิสัญญีแพทย์ เจ้าหน้าที่เครื่องปอดหัวใจเทียม และพยาบาลที่หอผู้ป่วยหัวใจและทรวงอก จึงจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้และส่งเสริมการกลับคืนสู่ภาวะปกติของการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เร็วขึ้น รวมถึงลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ (Engelman et al., 2019) วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย

ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ การใส่ท่อช่วยหายใจ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ตลอดจน การให้สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือดขณะและหลังผ่าตัด รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง หลังการระงับความรู้สึก และสนับสนุนให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (วรรณ อังคสุวรรณ และ กุลฉัตร หอมบุตร, 2561)

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เริ่มเปิดให้บริการในส่วนห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก แก่ผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 มุ่งเน้นการยกระดับบริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดหัวใจกลับบ้าน และลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลมีผู้ป่วยส่งต่อมา เพื่อรับการผ่าตัดด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่วและโรคปอดแพบและมะเร็งปอดเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังสถิติ ในปี พ.ศ. 2561-2564 พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 638 ราย เป็น 968 ราย 1,129 และ 1,530 รายตามลำดับ (แผนกสถิติและข้อมูล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2563) การมีผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านวิสัญญี โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัยมากขึ้น จากการศึกษาของ แสงเพชร กาฝากส้ม, บุญพิชชา จิตต์ภักดี และ ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ (2563) พบว่า ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่พึงประสงค์และมีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาลที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระยะ ก่อน ขณะ และหลังระงับความรู้สึก การจัดระบบบริการโดยวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและวางแผนในการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและพัฒนา ระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีเดิมนั้นมีการหมุนเวียน วิสัญญีพยาบาลเข้าไประงับความรู้สึก จากการทบทวนรายงานการประชุมประจำเดือน พบว่า วิสัญญีพยาบาล ขาดประสบการณ์ในการระงับความรู้สึก ทำให้การทำงานช้า การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ครบ ในการแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในระหว่างระงับความรู้สึกยังขาดประสิทธิภาพ จากปัญหาที่กล่าวมา วิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เกิดจากระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกที่ยังไม่พัฒนา เช่น วิสัญญีพยาบาลยังมีสมรรถนะไม่เพียงพอ ระบบการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยขาดความรู้ในภาวะสุขภาพของตนเองก่อน มาระงับความรู้สึก อุปกรณ์และยาเตรียมระงับความรู้สึกยังไม่พร้อมใช้งานและไม่เพียงพอ มีระบบการสื่อสาร การทำงานในทีมไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดแนวคิดเพื่อการพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ในการนำระบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกนี้เพื่อลดระยะเวลาในการระงับความรู้สึก ลดความผิดพลาดในการเตรียมอุปกรณ์ และการเตรียมยาในการระงับความรู้สึก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและประเมินผลลัพธ์ทั้งจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการในการนำ ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้วไปใช้ ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งผลการศึกษาที่พัฒนาขึ้นจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก
2. พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก
3. ทดลองและประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (research and development study) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ระยะที่ 2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก และ ระยะที่ 3 ทดลองและประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ศึกษาในโรงพยาบาล สรรค์ประชากรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลฯ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ศึกษาสถานการณ์จากมุมมองของวิสัญญีพยาบาลและจากเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โดยกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกวิสัญญีไม่น้อยกว่า 5 ปี 2) เคยอบรมการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและยินยอมและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 35 ราย และเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โดยศึกษาจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในปี 2563-2564 มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกเฉพาะรายที่นัดมาผ่าตัดเท่านั้น (elective case) 2) อายุอยู่ในช่วง 20-80 ปี 3) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 48 ชม. ศึกษาจากเวชระเบียนหลังย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคือ เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลม (tracheostomy tube) ได้กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียน จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจแบบเปิดและทรวงอกจำนวน 19 ข้อ เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว ข้อมูลประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (EF) อัตราการใช้ออกซิเจนที่ร่างกายต้องการในการใช้พลังงานเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ (METs) และระยะเวลาของการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย 2) แบบประเมินตนเองของวิสัญญีพยาบาลตามสมรรถนะและความชำนาญในด้านการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี (functional competency) จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลผลระดับสมรรถนะของพยาบาลวิสัญญี คือ สมรรถนะระดับสูง (71-105 คะแนน) สมรรถนะระดับปานกลาง (36-70 คะแนน) และสมรรถนะระดับต่ำ (0-35 คะแนน) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เป็นแบบประเมินที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating

scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แผลผลเครื่องมือมี 5 ระดับของความพึงพอใจ เช่น ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับสูง (4.01-5.00) จนถึง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับต่ำ (1.01-2.00)

เครื่องมือเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (semi structure focus group discussion guideline) โดยครอบคลุมเนื้อหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน สิ่งสนับสนุน และความต้องการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลก่อน ขณะ และหลังรับความรู้สึก ตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างแนวคำถาม ประกอบด้วย ต้องการอุปกรณ์อะไรเพิ่มเติม อัตรากำลังเพียงพอหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบบริการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence; IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 0.8 และนำเครื่องมือ 2 ชุดไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างกับในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคเหนือจำนวน 15 ราย และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .85 ตามลำดับ (Burns & Grove, 2009) ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย นำแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามคำแนะนำและทดลองนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิสัญญีจำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เวลาการตอบแบบสอบถามโดยสะดวก ไม่มีการจำกัดเวลาและเก็บแบบสอบถามคืนหลังตอบแบบสอบถามครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การยกร่างระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์หัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่ 1 คน วิสัญญีพยาบาลประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 1 คน พยาบาลแผนกหัวใจและทรวงอก 1 คน และเจ้าหน้าที่เครื่องปอดหัวใจเทียม 1 คน เพื่อพิจารณายกร่างระบบการพยาบาลฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผลการวิจัยในระยะที่ 1 และ 2) ผลการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) ตาม 3 องค์ประกอบของทฤษฎีระบบ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) 3) ผลลัพธ์ (outcome) ดำเนินการโดยการประชุมระดมสมอง (brainstorm) กับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก โดยนำผลการศึกษาศึกษาสถานการณ์ที่ได้ทั้งจากข้อมูล

สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลและจากเวชระเบียนผู้ป่วยมาร่วมกับทบทวนและพัฒนาระบบบริการพยาบาลฯ เดิม โดยให้ครอบคลุมทั้งการพยาบาลผู้ป่วย ในระยะก่อน ขณะ และหลังรับความรู้สึก

2. การตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการรับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

นำร่างระบบบริการพยาบาลฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก 1 คน วิสัญญีพยาบาลประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 1 คน พยาบาลแผนกหัวใจและทรวงอก 1 คน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และแก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหาและนำร่างระบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปให้กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลจำนวน 5 คน พิจารณาการใช้งาน และประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อคุณภาพของร่างระบบบริการพยาบาลฯ ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 ทดลองและประเมินผลการใช้ระบบบริการพยาบาลในการรับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและทรวงอก

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ให้ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในเวชระเบียน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย และ 2) วิสัญญีพยาบาลกลุ่มเดิมในระยะที่ 1 จำนวน 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจแบบเปิดและทรวงอกและทรวงอก จำนวน 19 ข้อ 2) แบบประเมินตนเองของวิสัญญีพยาบาลตามสมรรถนะและความชำนาญในด้านการรับความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกและ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบบริการพยาบาลฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

นำระบบบริการพยาบาลฯไปใช้กับผู้ป่วยจริง 36 ราย ประเมินโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจแบบเปิดและทรวงอก จำนวน 19 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนการผ่าตัดจำนวน 13 ข้อ โดยสอบถามจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการก่อนการรับความรู้สึก โดยประเมินจากค่า METs EF และระยะเวลาการรับความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลฯ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และเริ่มประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วประเมินสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาลและประเมินความพึงพอใจในการใช้ระบบบริการพยาบาลฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลลัพธ์ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลโดยใช้สถิติ paired t-test หลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในทุกๆระยะของการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม และจรรยาบรรณนักวิจัย ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และไม่ก่อให้เกิด

ความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร และโครงร่างวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (รหัสหนังสือรับรอง นว 0033.102.5/ว.96 รหัสโครงการเลขที่ 28/2565) ได้รับรองโครงการวิจัย 23 สิงหาคม 2565 ถึง 22 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยรายงานผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ผลการวิจัยพบว่า

1) การประเมินตนเองของวิสัญญีพยาบาลตามสมรรถนะและความชำนาญในด้านการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำและต้องการปรับปรุงได้แก่ การสื่อสารประสานงานกับทีม การประเมินสภาพผู้ป่วย ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงและต้องรักษาไว้ ได้แก่ สมรรถนะการเตรียมยา การเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิต

2) ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำและต้องการปรับปรุง ได้แก่ การนำไปใช้จริงและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและทีมวิสัญญีพยาบาล ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง และต้องรักษาไว้ ได้แก่ การเกิดความร่วมมือด้านสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และยา

3) ผลการวิเคราะห์สรุปเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน การดูแลก่อน ขณะ และหลังระงับความรู้สึก ประกอบด้วย ความไม่พร้อมของเลือด เตียงในแผนกผู้ป่วยหนักมีจำกัด สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานการดูแลก่อน ขณะ และหลังระงับความรู้สึก ประกอบด้วย เครื่องวัดออกซิเจนของสมอง และความต้องการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลก่อน ขณะ และหลังระงับความรู้สึก ประกอบด้วย การสื่อสารในทีม และการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที

4) ผลการวิเคราะห์ทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง จำนวน 36 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและขณะผ่าตัดในห้องผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด (เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19) ได้แก่ ภาวะเลือดออกจำนวนมากที่แผล ร้อยละ 35.64 ภาวะหัวใจเต้นช้าและเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 46.83 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล ร้อยละ 17.53 ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ร้อยละ 3 และภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 1 โดยจากการวิเคราะห์สาเหตุโดยการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุป พบว่า เกิดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว ความไม่พร้อมของเตียงหลังผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบระบบไม่เพียงพอ

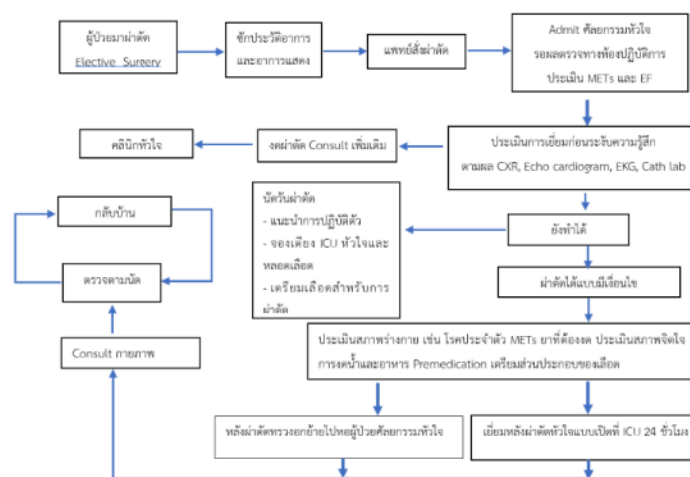
2. พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณภาพร่างระบบบริการพยาบาลที่ประเมินโดยผู้ทรง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำและต้องการปรับปรุง ได้แก่ ความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อระงับความรู้สึก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงและต้องรักษาไว้ ได้แก่ การประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงช่วยวางแผนระงับความรู้สึก ส่วนคุณภาพระบบบริการพยาบาลที่ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ และต้องการปรับปรุง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงและ

ต้องรักษาไว้ ได้แก่ มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง และหลังระงับความรู้สึกผู้วิจัยปรับแก้ระบบตามข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ สรุปผลก่อนการพัฒนาระบบในร่างระบบการบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก จำแนกออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่การดำเนินการของระบบบริการพยาบาล ประกอบไปด้วย นโยบายการพยาบาล คือ มุ่งเน้นการยกระดับบริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดหัวใจใกล้บ้านและลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้ วิสัยทัศน์พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกวิสัญญีมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 35 ราย และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการพยาบาล ได้แก่ เครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ต่างๆ การใส่ท่อช่วยหายใจ เลือด และสารน้ำ 2) กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนในการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก กล่าวคือ ตั้งแต่ระยะเตรียมตัวก่อน ระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึก 3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ของการบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ประกอบด้วย ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก การประเมินสมรรถนะตนเองและความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบของวิสัญญีพยาบาล หลังการปรับพัฒนาระบบตามสภาพการณ์ปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาจำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างมี 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1.1) การประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก 1.2) อัตรากำลังของวิสัญญีพยาบาลเพียงพอมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม 1.3) วัสดุอุปกรณ์สำหรับการระงับความรู้สึกมีเพียงพอพร้อมใช้งาน 2) ด้านกระบวนการมี 3 องค์ประกอบย่อย คือ 2.1) การระงับความรู้สึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ 2.2) การสื่อสารระหว่างทีมวิสัญญีพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 2.3) การบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤตระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านผลลัพธ์มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ 3.1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย 3.2) คุณภาพการบริการ 3.3) ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบที่พัฒนาเกิดการนำมาใช้และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

Flow ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและทรวงอก



3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

หลังจากนำระบบการบริการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 36 คน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการใช้ระบบการพยาบาล ฯ และกลุ่มทดลอง พบว่า ค่า ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (EF) ของกลุ่มทดลอง และ ค่า METs สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาของการระงับความรู้สึกไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการนำระบบการพยาบาลฯ ไปใช้ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=36$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=36$)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	X	SD	X	SD		
1. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (EF)	51.25	9.28	39.60	8.76	2.53	0.02*
2. METS	1.50	0.51	1.28	0.45	1.96	0.05*
3. ระยะเวลาของการระงับความรู้สึก (ชั่วโมง)	3.78	2.45	5.29	7.84	0.94	0.35

$p < .05$

3.2 ผลลัพธ์ของวิสัยทัศน์พยาบาลด้านสมรรถนะและความชำนาญในด้านการระงับความรู้สึก

หลังการนำระบบการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ความสามารถในการเฝ้าระวังผู้ป่วยการบริหารยาระงับความรู้สึกและยาอื่น ๆ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในสภาวะวิกฤต ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และความสามารถประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมงานวิสัญญี สูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบสมรรถนะของวิสัยทัศน์พยาบาลโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยระงับความรู้สึกก่อนและหลังการนำระบบการพยาบาล ฯ ไปใช้ ($n=35$)

สมรรถนะของวิสัยทัศน์พยาบาล	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p
	X	SD	X	SD		
1. ความสามารถในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	2.94	0.24	3.00	0.00	1.435	.16
2. ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก	2.49	0.51	3.00	0.00	6.000	.00**
3. ความสามารถในการเตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนการระงับความรู้สึก	2.97	0.17	3.00	0.00	1.000	.32
4. ความสามารถในการเฝ้าระวังผู้ป่วยการบริหารยาระงับความรู้สึกและยาอื่น ๆ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก	2.69	0.47	3.00	0.00	3.948	.00**
5. ความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในสภาวะวิกฤต	2.66	0.48	3.00	0.00	4.212	.00**

สมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p
	X	SD	X	SD		
6.ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะพักฟื้น หลังให้ยาระงับความรู้สึกจนกระทั่งย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต	2.63	0.49	3.00	0.00	4.482	.00**
7.ความสามารถประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมงานวิสัญญี	2.34	0.48	3.00	0.00	8.073	.00**

p* < .01

3.3 ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบบริการพยาบาลฯ ของวิสัญญีพยาบาล

หลังการนำระบบบริการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลฯ ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อระบบการพยาบาลฯ (n=35)

ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p
	X	SD	X	SD		
1. ทำให้เกิดความพร้อมด้านสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ การแพทย์ และยาอย่างเพียงพอ	2.97	0.17	4.80	0.41	24.607	.00**
2. ทำให้เกิดความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยให้การระงับ ความรู้สึกก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึก	2.91	0.28	4.89	0.32	27.125	.00**
3. ทำให้การปฏิบัติงานง่าย สะดวกเกิดความชัดเจน	2.94	0.24	4.80	0.41	23.415	.00**
4. สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและทีม วิสัญญีพยาบาล	2.86	0.36	4.66	0.48	17.798	.00**
5. การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก โรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ในตัว ท่าน	2.83	0.38	4.71	0.46	18.690	.00**
6. การพัฒนารูปแบบสัญลักษณ์การบันทึกทางการพยาบาล ช่วยให้ท่านปฏิบัติงานสะดวกขึ้น	2.89	0.32	4.80	0.41	21.839	.00**
7. ช่วยประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ช่วยวางแผนการ ระงับความรู้สึกลดโอกาสเกิดปัญหาเพิ่มความปลอดภัยมาก ยิ่งขึ้น	2.91	0.28	4.83	0.38	23.776	.00**
8. ช่วยสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง และหลัง ระงับความรู้สึก ระยะพักฟื้นก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยหนัก	2.86	0.36	4.83	0.38	22.352	.00**
9. ทำให้ทีมวิสัญญีพยาบาลมีความมั่นใจในการระงับ ความรู้สึกกับผู้ป่วยมากขึ้น	2.86	0.36	4.83	0.38	22.352	.00**

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะรับรู้ความรู้สึกต่อระบบการพยาบาลก่อนการพัฒนาและหลังการนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาแล้วไปใช้ ($n=35$) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	p
	X	SD	X	SD		
10. ทำให้เกิดการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.94	0.24	4.96	0.36	26.582	.00**
11. โดยรวมท่านมีความพึงพอใจต่อร่างระบบบริการพยาบาลในการรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ในครั้งนี้	2.94	0.24	4.94	0.24	35.526	.00**

** $p<.01$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลในการรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

จากศึกษาทบทวนเวชระเบียนหลังการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการในด้านผู้ป่วยจากการประเมินสภาพก่อนการผ่าตัดค่า METs และค่า EF น้อย ทำให้ใช้ระยะเวลาการรับรู้ความรู้สึกนานหลายชั่วโมงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรับรู้ความรู้สึกมากที่สุด คือ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้วร่วมกับเต้นผิดจังหวะ รองลงมา คือ ภาวะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมนานกว่า 120 นาที และภาวะไตวายเฉียบพลันทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการรับรู้ความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและพัฒนาสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่ทั้งจากตัวผู้ป่วยโดยตรงและระบบการดูแลทั้งทีมแพทย์และวิสัญญีพยาบาลที่อาจจะต้องปรับรูปแบบการดูแลเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการรับรู้ความรู้สึก ดังนั้นเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตผู้ป่วยตามบทบาทและสมรรถนะของวิสัญญี พยาบาลจึงต้องมีการให้ยาอย่างถูกต้องขณะรับรู้ความรู้สึกเพื่อควบคุมอัตราหรือจังหวะการเต้นของหัวใจรวมถึงการใส่อุปกรณ์กระตุ้นหัวใจ (pacemaker) แบบชั่วคราว และภาวะแทรกซ้อนรองลงมา คือ ภาวะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมนานกว่า 120 นาที ภาวะไตวายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของศศิยา ศิริรัตนวรารกุล (2563) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า การผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมมีผลโดยตรงต่อการทำงานของไตและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดย พบว่า ระยะเวลาที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมนานกว่า 150 นาที และระยะเวลาในการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตา นานกว่า 90 นาที มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.005$) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะดังกล่าวมาตามบทบาทวิสัญญีพยาบาลควรมีสมรรถนะการทำงานให้อยู่ในระดับสูงเพื่อให้การเตรียมให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดระหว่างรับรู้ความรู้สึกและควรมีการให้คำแนะนำประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการแนะนำการหยุดสูบบุหรี่ สอนวิธีบริหารปอดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยตั้งก่อนการรับรู้ความรู้สึก จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อภาวะการฟื้นตัวช่วยเหลือหายใจเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักต่ออัตราทุพพลภาพ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดอัตราการตาย

2. พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่พัฒนาขึ้น พบว่าระบบบริการพยาบาลฯ ดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านการประเมินผลลัพธ์ ทั้งนี้ผลการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงที่ทำการประเมินผลลัพธ์ในด้านผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงสถานการณ์โควิดทำให้ผู้ป่วยที่เตรียมยาระงับความรู้สึกตามเกณฑ์ต้องถูกงดเนื่องจากผลการตรวจโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยเป็นบวก และจากการเปรียบเทียบกับการศึกษาพัฒนาระบบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ผ่านมา พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี คำอู และ กาญจนา วิเชียร (2564) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด การวางแผนการผ่าตัด วางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด และการศึกษาของปนัดดา อินทรลาวัณย์ และคณะ (2565) ที่พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ออกจากห้องสวนหัวใจ การดูแลใน 24-48 ชั่วโมงแรก การประเมินความพร้อมและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่ได้รับการระงับความรู้สึกกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลจากบุคลากรวิชาชีพพยาบาลที่มีประสบการณ์และมีการเตรียมความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลอย่างเพียงพอและพร้อมใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ คล้ายอุดม (2564) ที่พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ยุงยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง ต้องอาศัยบุคลากรทางวิชาชีพที่มีความรู้ มีประสบการณ์ และมีความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นรูปแบบการพยาบาลฯ ควรประกอบด้วยกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน และได้รับการดูแลจากวิชาชีพพยาบาลที่มีประสบการณ์จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้

3. การทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

3.1 ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดีเกี่ยวกับการมีจำนวนเท่าของการใช้พลังงานในกิจกรรมใดๆ เทียบกับขณะนั่งพัก (METs) และค่า EF ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ระบบการพยาบาลที่พัฒนาด้านสมรรถนะความสามารถในด้านประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังผู้ป่วย การบริหารยาระงับความรู้สึกและยาอื่นๆ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก เป็นผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ เป็นผลจากด้านความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในสภาวะวิกฤตช่วงระหว่างผ่าตัดจึงเกิดการปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial protection) ระหว่างใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมและบริบทพยาบาลด้านการประสานงานร่วมกับการผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพที่หัวใจทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องล่าง (LVEF) ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีศนา วะสี และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยการใช้การจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลเชิงรายประชากรศาสตร์ ที่มีผลต่อการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยการใช้การจัดการรายกรณี พบว่า ไม่มีผู้เสียชีวิตในช่วงของการดูแลทั้งก่อนและหลัง เช่นเดียวกับ อัมพร คำหล้า, วรลดา วงศ์วัฒนฤกษ์, ศรีญญา จุฬาริ, จันทร์ทิรา เจียรณัย และ กิตติพงษ์ แก้วตา (2560) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสำหรับ

ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 3 ราย คิดเชื่อที่แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 2.94 ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบและระยะทดลองรูปแบบ ร้อยละ 7.00 และ 5.56 ตามลำดับ สำหรับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด หลังการใช้รูปแบบ เฉลี่ยเท่ากับ 13.17 วัน ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบ และระยะทดลองรูปแบบ 17.83 วัน และ 14.04 วัน ตามลำดับ

3.2 ผลลัพธ์ด้านวิสัยทัศน์พยาบาล พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาลมีสมรรถนะในด้านที่เกี่ยวกับบทบาทของวิสัยทัศน์พยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบเกือบทุกด้าน เช่น ด้านความสามารถในการประเมินสภาพก่อนการรับความรู้สึก ความสามารถในการเฝ้าระวังผู้ป่วยการบริหารยาและรับความรู้สึกและยาอื่น ๆ ระหว่างให้ยาและรับความรู้สึก เนื่องจากระบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ช่วยเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพการเรียนรู้ของวิสัยทัศน์พยาบาลในการรับความรู้สึก สำหรับการผ่าตัดหัวใจและปอด ทำให้ทักษะการทำงานดีขึ้น ความผิดพลาดน้อยลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของ ยุพิน บุญปลั่ง, อรุณีย์ ไชยชมภู, อุบลรัตน์ ชุ่มมะโน, ปารณนา วุฒิชิมภู และ วณา วงศ์งาม (2564) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลและรับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาล มีคะแนนความรู้เฉลี่ยการดูแลและรับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกเพิ่มขึ้นจาก 8.0 คะแนน เป็น 9.0 คะแนน ($p < .001$) และยังช่วยเพิ่มความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนวิสัยทัศน์ถึง ร้อยละ 69.2 (95% CI 50.2, 88.1; $p < .001$)

3.3 ด้านความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลฯ

พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลตามแนวทางของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ สูงกว่า ก่อนการพัฒนาระบบอาจเนื่องจาก ข้อดีของระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยวางแผนการรับความรู้สึก ลดโอกาสเกิดปัญหา เพิ่มความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ช่วยสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง และหลังรับความรู้สึก ทำให้ทีมวิสัยทัศน์พยาบาลมีความมั่นใจในการรับความรู้สึกกับผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจารุจิต ประจิตร, อัสนี วันชัย และ จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2563) เรื่อง ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลวิสัยทัศน์โรงพยาบาล เทพรัตนนครราชสีมา ที่พบว่า อัตราการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัดลดลงและอัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลง วิสัยทัศน์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลวิสัยทัศน์ที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก และ การศึกษาของสรวงสุตา ชันชัย และคณะ (2561) เรื่อง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยที่ใช้บริการวิสัยทัศน์ที่ศูนย์หัวใจ สิริกิติ์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยต่อบริการทางวิสัยทัศน์ ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากการพัฒนาระบบ ที่ช่วยในการทำงานให้เกิดความราบรื่น ไม่เกิดปัญหาในเพื่อนร่วมงาน มีการสื่อสารประสานงานที่ชัดเจน เกิดความไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน กล่าวโดยสรุป คือ พยาบาลหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการทางวิสัยทัศน์โดยรวมในทุกระยะอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามข้อที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การแนะนำตัวของทีมวิสัยทัศน์กับผู้ป่วยและบุคลากร การติดต่อประสานงาน ระหว่างทีมวิสัยทัศน์พยาบาลและหอผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำระบบบริการพยาบาลการระงับความรู้สึกไปเผยแพร่ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พร้อมติดตามผลเปรียบเทียบกับผลลัพธ์การนำระบบไปใช้ และควรขยายผลของการดำเนินงานประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอื่นๆต่อไป

2. สร้างทีมพัฒนาระบบบริการพยาบาลการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบอื่นร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์การดูแลที่เป็นเลิศ (best practice)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดด้วยโรคอื่นๆ โดยการนิเทศ กำกับ ติดตาม การประเมินสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกทุกคน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จารุจิต ประจิตร, อัสนี วันชัย และ จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2563). ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(3), 56-67.
- ปนัดดา อินทรลาวัณย์, มยุรี พรหมรินทร์, ธิติรัตน์ หนชัย, ธนุธร วงศ์ธิดา, นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช และ วราภรณ์ แยมมีศรี. (2565). รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 23(3), 101-116.
- ปริศนา วะสี, มยุรฉัตร ด้วงนคร, บุษบา อัครวนสกุล, วรณิภา จะเรียมพันธ์, ชนาวิทย์ สิทธิสมบัติ และ กฤตพัทธ์ ผีกฝน. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้การจัดการรายการกรณีในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(1), 27-39.
- แผนกสถิติและข้อมูลโรงพยาบาลสวรรคประชารักษ์. (2563). *สถิติข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ประจำปี 2562-2563*. นครสวรรค์: โรงพยาบาลสวรรคประชารักษ์.
- ยุพิน บุญปลั่ง, อรุณีย์ ไชยชมภู, อุบลรัตน์ ชุ่มมะโน, ปราบธนา วุฒิชัย และ วินา วงศ์งาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลและระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร*, 13(1), 1-21.

- วรรณ อังศุวรรณ และ กุลฉัตร หอมบุตร. แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2550-2559. *วิทย์ญีสาร*, 44(3). 98-106.
- ศศิยา ศิริรัตนวรางกูร. (2563). ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและทรวงอกที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วิทย์ญีสาร*, 46(1), 7-14.
- ศิริณี คำอุ และกาญจนา วิเชียร. (2564). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 509-520.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2563). รายงานสถิติการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย.
- สรวงสุตา ชันชัย, เกรียงศักดิ์ งามแสงสิริทรัพย์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, ภัทวัฒน์ เปล่งพานิช และ กชกร พลาชีวะ. (2561). ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยที่ใช้บริการวิสัญญีที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(6), 602 - 608.
- เสาวลักษณ์ คล้ายอุดม. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมและไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(1), 40-53.
- แสงเพชร กาฬากลัม, บุญพิชชา จิตต์ภักดี และ จิตินันท์ อัครเดชอนันต์. (2563). การพัฒนารอบสมรรถนะสำหรับวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(3), 30-42.
- อัมพร คำหล้า, วรลดา วงศ์วัฒนฤกษ์, ศรีญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย และ กิตติพงษ์ แก้วตา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 34-44.
- Baumgartner, H., Falk, V., Bax, J. J., de Bonis, M., Hamm, C., Holm, P. J., ... Wojakowski, W. (2017) . 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*, 38(36), 2739–2791.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). St. Louis Mo: Elsevier Saunders.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Engelman, D. T., Ben Ali, W., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., ... Boyle, E. M. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: enhanced recovery after surgery society recommendations. *JAMA surgery*, 154(8), 755–766. doi:10.1001/jamasurg.2019.1153
- Hardin, S. R., & Kaplow, R. (2019). *Cardiac surgery essentials for critical care nursing* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Matos, A. A., Silva, D. B., De Jesus, M. L., Guimarães, A. R., & Cordeiro, A. L. L. (2020). Incidence of complications after cardiac surgery. *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal*, 5(1), 25-28.
- Oliveira, T. M., Oliveira, G. M., Klein, C. H., Souza E Silva, N. A., & Godoy, P. H. (2010). Mortality and complications of coronary artery bypass grafting in Rio de Janeiro, from 1999 to 2003. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 95(3), 303–312. doi:10.1590/s0066-782x2010005000091
- Stephens, R. S., & Whitman, G. J. (2015). Postoperative critical care of the adult cardiac surgical patient: part II: procedure-specific considerations, management of complications, and quality improvement. *Critical Care Medicine*, 43(9), 1995–2014.
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., ... Tsao, C. W. (2021). Heart disease and stroke statistics-2021 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 143(8), e254–e743.

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และการจัดการของผู้ดูแล

พิสันต์ ประชาชู, พย.บ.¹

สุพิชญา หวังปิณฑิพย์, ประ.ด.^{2*}

มุกดา เดชประพนธ์, ประ.ด.²

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความต้องการในการจัดการของผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการของผู้ดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในจังหวัดหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 117 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ .77 และแบบสอบถามการจัดการพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมไม่ยอมไปห้องอาหารโต๊ะอาหารหรือบริเวณที่ใช้รับประทาน 2) ต้องการรับประทานอาหารในช่วงเวลาที่ไม่ใช่มื้ออาหาร และ 3) ไม่เคี้ยวอาหารก่อนกลืน ส่วนด้านการจัดการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรอให้ผู้สูงอายุมีอาการสงบก่อนแล้วจึงชวนให้รับประทาน และแสดงวิธีการรับประทานอาหารให้ดูเป็นตัวอย่าง และยังพบปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ควรแนะนำให้ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะในด้านการดูแล และการจัดการพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การจัดการผู้ดูแล, ชุมชน

วันที่รับ: 27 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 9 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ), โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล supichaya.wan@mahidol.ac.th

Food Consumption Behaviors among Older Persons with Dementia in Community and Management of Caregivers

Pisan Pachachoo, M.N.S.¹

Supichaya Wangpitipanit, Ph.D.^{2*}

Mukda Detprapon, Ph.D.²

Abstract

Older persons with dementia often have behavioral changes related to inappropriate food consumption behavior, which can negatively impact their quality of life and require changes in caregiving and management by caregivers. This descriptive study, conducted between June 2021 and January 2022, aimed to investigate the food consumption behavior and management of caregivers and factors associated with older persons with dementia in a specific province in the northeastern region of Thailand. The samples were 117 pairs of family caregivers and older persons with dementia. The research tools consisted of a personal information questionnaire, The Food Consumption Behavior Assessment for Older Persons with Dementia Scale with the reliability between a food consumption behavior assessment for older persons with dementia was .77, and The Food Consumption Behavior Management for Caregivers of Older Persons with Dementia Scale which had a reliability value of .88. Descriptive statistics and chi-square statistics were used to analyze the data. The results showed that the eating behaviors of older persons with dementia consisted of: 1) refusing to go to the dining room, table, or eating area; 2) wanting to eat at non-mealtimes, and 3) not chewing food before swallowing. As for the management of the caregivers, it was found that caregivers waited for the older persons to calm down before inviting them to eat and showing them how to eat. In addition, there was a statistically significant correlation between the age factor of caregivers and the dietary behavior of older adults with dementia ($p < .05$). The results of this study could recommend training skills in appropriate care and management of dietary behaviors of older persons with dementia, which are considered with the age factor of the caregivers of older persons with dementia.

Keywords: Dementia, Older persons, Food consumption behaviors, Management of caregivers, Community

Received: Feb 27, 2023 Revised: Aug 9, 2023 Accepted: Aug 29, 2023

¹ Master of Nursing Science student, Gerontological Nurse Practitioner Program Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

* Correspondence: supichaya.wan@mahidol.ac.th

Introduction

Dementia in older persons is a significant public health problem worldwide. The prevalence of the problem is found in developing countries and increases with advancing age. In 2001, a survey was conducted on the number of older persons with dementia worldwide for the first time. At the time, the prevalence was 21 million people with most cases occurring in America and Europe. In Asia, Japan found the number of dementia cases to double every 20 years. It is expected that the number of older persons with dementia will increase to 40 million and 81 million people in 2020 and 2040, respectively (Ferri et al., 2005). Dementia is a symptom cluster that affects memory, thinking, behavior, and daily activities. These symptoms can include difficulty recognizing changes in the environment, difficulty with language, poor concentration, and difficulty interacting with others (World Health Organization, 2020). This condition not only impacts the quality of life of older persons with dementia but also affects their relatives and family caregivers, as they are often cared for at home. According to data from 2020, Thailand has approximately six hundred thousand people with dementia, with projections estimating the number to reach 1 million in the next two decades. Older people, particularly those over 80, have a 50% incidence rate of dementia. The highest concentration of dementia patients is found in Bangkok Metropolis and the Northeastern region (Adulyanukosol, 2022).

As the condition progresses, older persons with dementia need people to take care of them. Family caregivers must care for demented patients 24 hours a day (Atsantachai, 2017). Furthermore, older persons with dementia require recovery of the activities of daily living and maintenance of functions (Atsantachai, 2017; Ruangsinpinya & Muangphaisa, 2018), and dementia-afflicted older persons with chronic illnesses can consume inappropriate food. The calories received per day might not be balanced as they receive insufficient nutrition from the body, depending on many factors such as the type, quantity, and frequency of food consumption. Older persons with dementia can have difficulty putting food into their mouths, chewing, and swallowing (Bernstein & Munoz, 2019). Thus, daily calories might not be balanced as these elders receive insufficient or unsuitable nutrition for their physical conditions (Moreno-Cámara et al., 2019). Family caregivers are crucial in caring for older persons with dementia, providing care, and managing financial matters. As the condition progresses, older persons with dementia require constant care, with family caregivers often providing 24-hour support. The primary goal of caring for older persons with dementia is maintaining their food consumption, life safety, and daily living as close to standard as possible. These efforts can help slow down brain degradation and improve brain function recovery. Hence, family caregivers have an essential role in caring for older persons with dementia regarding caregiving and medical expenses (Crawley & Hocking, 2011; Ruangsinpinya & Muangphaisan, 2018; World Health Organization, 2020).

Regular assessment and observation of repetitive behavior for safety in daily activities such as walking, sitting, sleeping, eating, and toileting is required among older dementia patients, while implementing home modifications such as clear walkways and stable item placement can enhance safety. Family caregivers should also assess home environments for safety, including the bathroom, dining room, kitchen, and elevated areas, making necessary changes such as installing

rails and help signal buttons. Regarding eating habits, a swallowing test should be conducted to assess any issues and teach proper techniques. Suitable foods and feeding methods should be designed, and any abnormalities should be noted. If complete swallowing defects are present, the caregiver should work with a physician to utilize a nasopharyngeal feeding tube, and caregivers should be trained in its use (Ross & Bowen, 2002; Adulyanukosol, 2022). Based on the literature reviews relating to food consumption and the nutritional condition of older persons with dementia, we can see that the research findings differ in many studies, depending on the area contexts in the research.

According to systematic literature reviews conducted domestically and abroad, there are different plans, cultural formats, and beliefs on food consumption in urban and rural areas (Liu, Galik, Boltz, Nahm, & Lerner, 2014). Moreover, it was found that studies of the food consumption behaviors of older persons with dementia in rural communities in Northeastern Thailand are limited. Hence, knowledge and understanding in the context of older persons with dementia are insufficient to understand how to manage food consumption behaviors for older persons with dementia. Furthermore, different lifestyles in consuming food, culture, and beliefs in rural communities caused the researcher to be interested in studying the food consumption behaviors of older persons with dementia in Northeastern communities in Thailand. The researcher expects the findings of this research to help build an understanding of the food consumption behaviors of older persons with dementia and the management of caregivers in these communities as a guideline in work and planning to care for older persons in Thai society. Food consumption behaviors are shaped by social and cultural influences and can impact physical health, such as the type of food consumed, the number of meals, and food consumption hygiene. This study aimed to analyze the food consumption behavior, management of caregivers, and factors associated with older persons with dementia in a specific province in the northeastern region of Thailand.

Research Objectives

1. To describe the food consumption behavior of older persons with dementia in the community in one province located in the northeastern region of Thailand.
2. To describe the management of caregivers in taking care of older persons with dementia in a community in one province located in the northeastern region of Thailand.
3. To study the factors related to the food consumption behavior of older persons with dementia in the northeastern region of Thailand.

Research Methodology

This study was descriptive research on the food consumption of older persons with dementia and the management of caregivers in the community studied. The population in this study was older persons with dementia and caregivers in the community under the Office of Public Health of Roi Et and was conducted between June 2021 and January 2022.

The samples in this study were selected by purposive sampling. The sample group used in this study consisted of two sample groups.

1. Sample Group 1 was older persons with dementia in the community under the care of the Office of Public Health of Roi Et. The inclusion criteria were as follows: (1) age from 60 years and over; (2) diagnosis of any stage of dementia by a physician; (3) oral food consumption only; and (4) provision of informed consent by the patient, a relative or person responsible for the older persons to join the research. The exclusion criteria were as follows: (1) refusal of the older person and relative/responsible people to provide data in the research; (2) restlessness on the part of the older person and refusal to stay still while collecting research data; and (3) older persons with dementia in the community who have no attendant. In all, the older persons with dementia accounted for 117 of the participants.

2. Sample Group 2 was caregivers of older persons with dementia in the community under the care of the Office of Public Health of Roi Et with inclusion criteria as follows: (1) ability to talk and communicate in Thai; (2) willingness to cooperate in the research, and (3) regular provision of help in eating. The exclusion criteria were as follows: caregivers of older persons with dementia in the community studied who refused to provide data in the research. The family caregivers taking care of the older persons with dementia accounted for 117 participants.

Research Instruments and Quality Assessment

The instruments used in the research consisted of 4 sets. The research employed a set of well-validated tools, including The Personal Information Questionnaire for Older Persons with Dementia, The Caregiver Characteristics Questionnaire, The Food Consumption Behavior Assessment for Older Persons with Dementia Scale, and The Consumption Behavior Management for Caregivers of Older Persons with Dementia Scale. These tools underwent stringent quality checks to ensure their validity and reliability.

1) The Personal Information Questionnaire for Older Persons with Dementia:

This comprehensive questionnaire, encompassing 16 sections, was designed based on an extensive literature review and covered a wide range of areas such as personal data, health, education, marital status, religion, living conditions, chronic diseases, family, income, phone and app usage, and welfare utilization. This questionnaire was used to gather essential demographic and health-related information from the older persons with dementia in the community studied.

2) The Caregiver Characteristics Questionnaire:

The researcher created a caregiver characteristics questionnaire consisting of nine sections tailored to the Thai context. This questionnaire focused on caregiver age, status, gender, education, marital status, religion, personal condition, family, and rights/welfare utilization. Its design was informed by a literature review and was intended to capture relevant information about the caregivers.

3) The Food Consumption Behavior Assessment for Older Persons with Dementia Scale:

Adapted from Durngaugh & Roberts (1996) and translated by Patchara Chotchaisthit (2019), this assessment form consisted of 29 sections and delved into the food consumption behavior of older persons with dementia over the month preceding data collection. The questionnaire utilized dichotomous (yes or no) questions, exploring various aspects of eating

behavior, and covered four key areas: denying/refusing behavior, oral-cavity behavior, eating plan behavior, and eating format behavior.

To establish meticulous validity and reliability, a comprehensive process was undertaken. Content validity underwent thorough verification by a panel of three experts comprising a physician, a nurse instructor specialized in older persons, and a nurse with experience in dementia care. This rigorous evaluation resulted in an impressive Content Validity Index (CVI) of 0.97. Incorporating the expert recommendations, adjustments were implemented prior to the initiation of data collection. To ensure the robustness of reliability, the questionnaires underwent pretesting with two distinct groups: older individuals diagnosed with dementia and caregivers who shared similar characteristics with the study participants. The outcome of this pretesting phase yielded a commendable interrater reliability coefficient of 0.77.

4) The Consumption Behavior Management for Caregivers of Older Persons with Dementia Scale:

Derived from the foundational work of Durngaugh & Roberts in 1996 and expertly translated by Patchara Chotchaisthit in 2019, the assessment form utilized in this study encompassed 41 comprehensive sections. This instrument provided a profound exploration into the dietary behaviors exhibited by older individuals grappling with dementia in the month leading up to the data collection phase. Employing a binary (yes or no) response format, the questionnaire meticulously probed various facets of eating behavior, spanning across four pivotal domains: manifestations of denial or refusal, oral-cavity dynamics, adherence to dietary plans, and preferences in eating approach. Notably, the evaluation of internal consistency yielded a robust confidence coefficient of 0.88, unequivocally affirming the reliability and homogeneity of the amassed data. This instrument was exhibited a high level of internal consistency and was indicated by a confidence value of 0.88, thereby affirming the reliability and consistency of the gathered data.

Ethical Considerations

In terms of human rights protection, the researcher submitted this research proposal to the Faculty's International Review Board (IRB) and was approved by the ethics committee of medicine, Ramadhibodi Hospital, Mahidol University (No COA.MURA2021/588). Next, the researcher proposed this research to the group developing service quality and formats, the Office of Public Health of Roi Et (No RO.0032.008/5140) from 19 July 2021 to 18 July 2022. Therefore, before collecting data, the researcher preserved the human rights of the sample group by notifying them of the research objectives, data collection procedures, potential benefits, or impacts stemming from participation in this research project. The researcher offered an opportunity for the research project participants to ask various questions before signing up to join the research project willingly. The research project participants were always allowed to withdraw from the research without notifying the results of the researcher by withdrawing from the research without any impact on the treatment of patients. In addition, in this study, the researcher trained four healthcare provider assistants in the utilization of the research tools. The introduction to the research was followed by an explanation of its objectives, the steps involved in data collection, the advantages of participating in the research, and a request for collaboration in posing queries to both the older persons with

dementia and their caregivers within the community studied. Clarity was provided to the sample group composed of older persons with dementia and their caregivers regarding their right to participate in the research. The participants were assured of their ability to discontinue their involvement at any juncture. In instances of uncertainty, participants were granted access to research data before finalizing their decision to participate. Those who opted to participate signed a consent form, thereby initiating the data collection process.

Data collection

The data collection process encompassed the comprehension of six distinct sets of questions spanning personal and health-related inquiries relevant to older persons with dementia in the community studied. The caregivers were presented with these questions individually, and their responses were recorded as they made their selections. The researcher's role was impartial, merely facilitating responses and addressing caregiver queries without influencing their answers. The questionnaire completion timeframe ranged from 15 to 20 minutes. For caregivers unable to provide immediate responses, arrangements were made for scheduled telephone interviews to ensure data collection convenience. After data collection, notable findings emerged indicating issues related to eating among older persons with dementia and community caregivers. In response, the research provided informed dietary recommendations. These recommendations were formulated based on the insights garnered from caregivers' contributions and involved collaboration with the responsible nurses at the Sub-district Health Promotion Hospital to develop practical solutions. To ensure the integrity of the data, the researcher undertook a meticulous verification process to ascertain both completeness and validity. Instances, where data were found to be incomplete, prompted the researcher to revisit willing participants and administer the same questionnaire once more. This iterative process persisted until the desired sample size was achieved. Ultimately, the collected data underwent meticulous preparation and were subjected to rigorous statistical analysis to allow for the extraction of meaningful insights in line with the research objectives.

Data Analysis

Data were analyzed by using a computer program for processing the characteristics of the sample group, health information of the sample group, and caregivers by descriptive statistics. The part on food consumption of older persons with dementia and the management of caregivers in the community were analyzed by descriptive statistics with frequency, percentage, and mean for categorical distribution. Also, factors related to the food consumption behavior of older persons with dementia were analyzed by using the Chi-square test.

Results

The results of this study were divided into 3 parts as follows:

1. The personal data of older persons with dementia

The analyzed data of the 117 older persons with dementia in the community showed a majority of females (54.70%) versus males (45.30%). Ages ranged from 65 to 89 years with the highest representation in the 65-75 age group (49.57%), followed by 76-80 (32.48%) and 81-89 (17.95%). Most participants had primary education levels (99.15%), while marital status varied

with 51.28% married, 34.19% widowed, and 14.53% single. Income sufficiency revealed 56.41% to have sufficient income with savings, and 53.59% to have sufficient income with no savings. In terms of functional independence (Barthel ADL Index), 69.23% had moderate (Score 9-11) and 30.77% severe (Score 5-8) levels. Regarding body mass index (BMI), the distribution was as follows: underweight (0.86%), normal weight (7.69%), overweight (22.22%), Level 1 Obesity (33.33%), and Level 2 Obesity (35.90%), as shown in Table 1.

Table 1 Characteristics and health information of community-based older persons with dementia

Characteristics	Number	Percentage
Gender		
Male	53	45.30
Female	64	54.70
Age (yrs.)		
65-75	58	49.57
76-80	38	32.48
81-89	21	17.95
Educational Level		
No Education	1	0.85
Primary Education	116	99.15
Marital Status		
Single	17	14.53
Married	60	51.28
Widowed	40	34.19
Income Sufficiency		
Sufficient, Savings	66	56.41
Sufficient, No Savings	51	53.59
Barthel ADL Index		
Severe (Score 5-8)	36	30.77
Moderate (Score 9-11)	81	69.23
Body Mass Index: BMI (kg/m²)		
Underweight (<18.5)	1	0.86
Normal Weight (18.5–22.99)	9	7.69
Overweight (23–24.99)	26	22.22
Obesity Level 1 (25–29.99)	39	33.33
Obesity Level 2 (30 or greater)	41	35.90

2. The Characteristics of family caregivers

The data set of family caregivers consisted of 117 participants with a gender distribution of 31.62% males versus 68.38% females. In terms of age, the range varied from 28 to 49 years with the majority falling within the 28-35 age group (41.88%), followed by 36-40 (22.22%), 41-45 (31.62%), and 46-49 (4.27%). Regarding educational background, the participants had a distribution of 34.18% with high school diplomas, 15.39% with vocational training certificates, and 50.43% holding bachelor's degrees. Marital status was divided between 29.91% single and 70.09% married individuals. Family roles consisted of 44.44% as heads of the household and 55.56% as family members. In terms of health care insurance rights, 58.97% had universal

coverage, while 41.03% had civil servants and social security scheme (SSS) Medical benefits, as shown in Table 2.

Table 2 Characteristics of family caregivers caring for community-based older persons with dementia.

Characteristics	Number	Percentage
Gender		
Male	37	31.62
Female	80	68.38
Age Range (yrs.)		
28-35	49	41.88
36-40	26	22.22
41-45	37	31.62
46-49	5	4.27
Educational Level		
High School Dip.	40	34.18
Vocational	18	15.39
Bachelor's Degree	59	50.43
Marital Status		
Single	35	29.91
Married	82	70.09
Family Membership		
Head of the Household	52	44.44
Family Member	65	55.56
Health Care Insurance Rights		
Universal Coverage	69	58.97
Civil Servants & SSS Medical Benefits	48	41.03

2.The food consumption behaviors of older persons with dementia and management of family caregivers living in the community

The data provided gives us valuable insights into how older individuals with dementia behave and how family caregivers manage those behaviors. The table shows different behaviors and their occurrence rates. For instance, denying/refusing behavior happens around 21.12 times on average, making up about 25.37% of cases. Oral cavity behavior, occurring about 20.88 times on average, accounts for 25.08%. Additionally, behaviors related to eating plans and eating formats happen around 20.80 and 20.44 times on average, with corresponding percentages of 24.99% and 24.56%. Caregivers' strategies are also highlighted: managing denying/refusing behavior happens around 21.14 times on average, making up 33.01%; managing oral-cavity behavior is seen about 11.07 times on average, or 17.28%; managing behavioral aspects of eating patterns occurs approximately 14.42 times on average, or 22.51%; and finally, managing behavioral aspects of eating formats happens about 17.42 times on average, or 27.20%. This information gives us a clearer picture of these behaviors and the caregiver's role in addressing them as shown in Table 3

Table 3 Percentage of food consumption behaviors of older persons with dementia and management of family caregivers who living in the community.

Food Consumption Behavior	Food Consumption Behavioral findings	
	Mean (Number of times)	Percentage
Behavior of Older Persons with Dementia		
1) Denying/Refusing Behavior	21.12	25.37
2) Oral cavity behavior	20.88	25.08
3) Behavior on eating plans	20.80	2124.99
4) Eating format behavior	1020.44	24.56
Management of Family Caregivers		
1) Management of denying/refusing Behavior	21.14	33.01
2) Oral-cavity behavior management	11.07	17.28
3) Behavioral management of eating patterns	14.42	22.51
4) behavioral management of eating formats	17.42	27.20

2. Factors related to the food consumption behavior of older persons with dementia

The study analyzed the relationship between the personal factors of caregivers and the food consumption behavior of older persons with dementia, as well as the management of caregivers living in the community studied. The table provided displays the personal factors of caregivers and the food consumption behaviors of community-based older persons with dementia. The p-values indicate the significance of the relationships between these factors and food consumption behaviors. The characteristics include gender, age group, educational level, BMI category, and other attributes of older persons and family caregivers. The results found that the age of caregivers was significantly correlated with the dietary behavior of older persons with dementia ($p < .05$), as shown in Table 4.

Table 4 The relationship between personal factors of caregivers and food consumption behaviors of community-based older persons with dementia

Characteristics	Food consumption behaviors of older persons		<i>p</i> -value
	Number	Percentage	
Older Persons			
Gender			
Male	53	45.29	0.26
Female	64	54.71	
Age (yrs.)			
65-75	58	22.22	0.61
76-80	38	31.63	
81-89	21	4.27	
Education			
No Education	1	0.85	0.95
Primary	116	99.15	
BMI			
Underweight	1	0.86	0.17
Normal Weight	9	7.69	
Overweight	26	22.22	
Level 1 Obesity	39	33.33	
Level 2 Obesity	41	35.90	
Family Caregivers			

Characteristics	Food consumption behaviors of older persons		<i>p</i> -value
	Number	Percentage	
Gender			
Male	37	31.62	0.38
Female	80	68.38	
Age (yrs.)			
28-35	49	41.88	0.03*
36-40	26	22.22	
41-45	37	31.63	
46-49	5	4.27	
Education			
High School Diploma	40	34.18	0.64
Vocational Certificate	18	15.39	
Bachelor's Degree	59	50.43	

**p* < .05

Discussion

This descriptive study explored food consumption behavior, caregiver management, and related factors among older persons with dementia in a specific northeastern province of Thailand. The study involved 117 pairs of participants older persons with dementia and their primary caregivers within the community studied. Thus, the food consumption behavior of older persons with dementia in the community and the management of caregivers in one province located in the northeastern region were examined. The findings shed light on the food consumption behavior among the elderly in this region. The findings align with previous research by Patchara Chotchaisthit (2019), Aukner, Eide, & Iversen (2013), and Marino de Oliveira Ramos & Chaiarello (2015), underscoring the vital role of caregivers in ensuring sufficient food intake. A significant portion of the community faces nutritional challenges, primarily Level 1 and 2 Obesity, influenced by dietary habits such as sticky rice consumption and limited physical activity. Denial or refusal behavior is notably prevalent among those with dementia during mealtimes, often due to memory-related challenges. Caregivers' struggles to comprehend the needs of dementia patients contribute to fatigue, which is consistent with the findings of Patchara Chotchaisthit (2019). Brain damage affecting the hippocampus leads to communication and behavior difficulties manifested as denial or refusal behavior. The study revealed that caregivers employ communication strategies, promote autonomy, and adapt to the environment to manage food consumption, addressing factors such as distractions and foraging tendencies. A study by Durngaugh & Roberts (1996) similarly highlights malnutrition risks in Alzheimer's patients due to reduced physical activity and diminished hunger recognition. Caregivers must tailor management techniques based on dementia stages and incorporate environmental adjustments to enhance safety.

This study aimed to investigate the factors related to the food consumption behaviors of older persons with dementia, and its findings are congruent with the research conducted by Patchara Chotchaisthit (2019). Among the diverse assessments performed, it was established that the age of family caregivers was significantly correlated with the dietary behavior of older persons (*p* < .05). Conversely, gender and education did not demonstrate significant correlations with

dietary behavior or caregiver management. However, the age of caregivers, particularly in the 28-35 age range, exhibited a noteworthy connection with the food behavior of older persons ($p < .05$), aligning with findings from previous studies on elder care and food behavior in Loei Province's Muang District (Ross & Bowen, 2002). The research underscores that food consumption behavior is intricately linked with the quality and quantity of food provided to older persons, underscoring the imperative for caregivers to be equipped to address their diverse needs throughout various life stages (Nasok & Panomai, 2019). Notably, the study identified a significant risk of malnutrition among older persons with dementia primarily attributable to reduced physical activity such as walking. These individuals often exhibit diminished awareness of hunger leading to less frequent and smaller meals. Consequently, behaviors such as denying/refusing and forgetfulness regarding available food become prevalent. To address these challenges, caregivers must adapt their management practices to support the older person's feeding ability (Marino et al., 2015; Siwichian, 2016; Nasok & Panomai, 2019). Caring for older persons with dementia necessitates caregivers to modify their practices to ensure the safety and well-being of older persons in their daily routines. This includes assessing the capacity of older persons to protect themselves, maintaining a clean and safe environment, implementing home modifications for enhanced safety and usability, and conducting swallowing tests to identify and address any issues related to food consumption (Liu et al., 2014; Liu, Galik, Boltz, Nahm, & Lerner, 2016; Kanin, Tatree, & Thanakamon, 2020). In cases of complete swallowing difficulties, caregivers should collaborate with physicians to consider nasopharyngeal tube feeding and receive appropriate training in its administration (Siwichian, 2016; Ramage-Morin, Gilmour, & Rotermann, 2017; Nasok & Panomai, 2019). These study findings hold significant implications for healthcare providers, enabling them to better assess food consumption behaviors and improve their caregiving practices in line with research by Lyketsos et al. (2002), Yannakouli et al. (2018), and Wahl et al. (2019). It is essential to develop and extend training programs to caregivers and relevant stakeholders to foster awareness and understanding of nutrition challenges within communities. Regular follow-up and supervision of care practices are crucial to ensure the well-being of older individuals with dementia. The study's implications also extend to academic institutions and local organizations specializing in elderly care, as collaboration with local administrative bodies can facilitate the integration of these insights into community-level care strategies, ultimately enhancing the overall quality of care provided to this demographic.

Recommendations

Recommendations for applying research results.

1. The research findings revealed a significant correlation between the age of caregivers and dietary behavior of older persons with dementia ($p < .05$). As a result, there is a call for training caregivers about appropriate techniques for managing the dietary behaviors of older persons with dementia, taking into account the age factor of the caregivers themselves. This holistic approach aims to enhance the care and support provided to this vulnerable demographic.
2. The study identified specific eating behaviors among older persons with dementia including: 1) avoidance of dining areas; 2) desire to eat outside regular mealtimes and 3) challenges

in chewing food before swallowing. Caregiver management strategies involve waiting for older persons to calm down before inviting them to eat and demonstrating proper eating techniques.

Recommendations for Further Study

Future studies should consider researching a larger sample or population to enhance the generalizability of the findings. Additionally, it is essential to control for potential confounding variables such as the accuracy of data collection regarding the observation of eating behavior by caregivers of older persons with dementia in the community. Conducting further studies with these considerations will contribute to advancing knowledge in the field and improving the understanding of caregiving practices on the impact on the nutritional well-being of older persons with dementia in the community.

Acknowledgments

The authors would like to thank the study participants and community leaders who collaborated with the interpreters to facilitate recruitment and data collection. We would also like to thank our colleagues, seniors, juniors, and classmates of the Gerontological Nurse Practitioner Program for their support. The authors would like to acknowledge the partial support from the Faculty of Graduate Studies, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

References

- Adulyanukosol, N. (2022). *TDJ Dementia in Thailand, Dementia, is Thailand ready?*. Retrieved October, 2, 2022, from <https://tabsoft.co/2OvbEG5>.
- Aukner, C., Eide, H. D., & Iversen, P. O. (2013). Nutritional status among older residents with dementia in open versus special care units in municipal nursing homes: an observational study. *BMC geriatrics*, 13(1). 1-7.
- Atsantachai, P. (2017). *Common health problems in the elderly and their prevention*. Department of Preventive Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Bangkok Thailand.
- Bernstein, M., & Munoz, N. (2019). *Nutrition for the older adult* (3th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Patchara Chotchaisthit. (2019). *Nutritional status food consumption in elderly persons with dementia and management of caregivers* (Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing). Mahidol University. Thailand.
- Crawley, H., & Hocking, E. (2011). *Eating well: supporting older people and older people with dementia*. UK: Caroline Walker Trust.
- Durnbaugh, T. & Roberts, S. (1996). Assessing problem feeding behaviors in mid-stage Alzheimer's disease: clients with mid-stage Alzheimer's disease may be eating far less than their caregivers believe. *Geriatric Nursing*, 17(2). 63-67.

- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Alzheimer's Disease International (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet (London, England)*, 366(9503), 2112–2117. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0
- Kanin, M. N. M., Tatree, B., & Thanakamon, L. (2020). Nutritional status and associated factors among elderly people in primary care center. *GSCARR*, 2, 28-35.
- Liu, W., Cheon, J. & Thomas, S.A. (2014). Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 14-27.
- Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E. S., Lerner, N., & Resnick, B. (2016). Factors associated with eating performance for long-term care residents with moderate-to-severe cognitive impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 348–360. doi:10.1111/jan.12846
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1475–83.
- Marino, L. V., Ramos, L. F., & Chiarello, P. G. (2015). Nutritional status according to the stages of Alzheimer's disease. *Aging clinical and experimental research*, 27(4), 507–513. doi:10.1007/s40520-014-0302-3
- Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. Á., Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Parra-Anguita, L., & Del-Pino-Casado, R. (2019). Perceived needs of the family caregivers of people with dementia in a Mediterranean setting: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 993. doi:10.3390/ijerph16060993
- Nasok, W. & Panomai, P. (2019). Food consumption behavior and factors affecting nutritional status of elderly in Muang district, Loei province. *Research and Development Journal, Loei Rajabhat University*, 1494-105.
- Ramage-Morin, P. L., Gilmour, H., & Rotermann, M. (2017). Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. *Health Reports*, 28(9), 17–27.
- Ross, G. W., & Bowen, J. D. (2002). The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *The Medical Clinics of North America*, 86(3), 455-476. doi:10.1016/s0025-7125(02)00009-3
- Ruangsinpinya, P. & Muangphaisan, W. (2018). *Prevention of dementia. In Challenges and Solutions for Healthy Aging*. Printmaking Co., Ltd. Nonthaburi.161-170.
- Siwichian, T. (2016). A study of the nutritional status and the factors relating to malnutrition status of the elderly receiving health service from pompert community medical center. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 6, 119-130.
- Wahl, D., Solon-Biet, S. M., Cogger, V. C., Fontana, L., Simpson, S. J., Le Contour, D. G., ... Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle, and dementia. *Neurobiology of Disease*, 130, e104481.
- World Health Organization. (2020). *Dementia*. Retrieved December 1, 2020, from <https://bit.ly/2JA83nx>.
- Yannakouli, M., Mamalakia, E., Anastasioua, C.A., Mourtzi, N., Lambrinoudaki, I., & Scarmeas, N. (2018). Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go? *Maturitas*, 114, 14-21.

การลดความเครียดในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม: บทบาทพยาบาล

สุกัญญา ทาโสด, พย.ม.^{1*}พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ภาวะออทิสซึมสเปกตรัม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็ก ซึ่งปัจจุบันแนวโน้มของเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ภาวะออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ด้านทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมที่ผิดปกติ และลักษณะบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม ส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิตอย่างมาก เด็กต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาภาระการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละวัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ นำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ตามมาได้ ผู้ดูแลมักจะเกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมตลอดเวลาและเป็นระยะเวลานาน พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลจิตเวชมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม ผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ดูแล การเกิดความเครียดในผู้ดูแล และบทบาทพยาบาลจิตเวชในการลดความเครียดของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้ดูแล, ภาวะออทิสซึมสเปกตรัม

วันที่รับ: 9 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 15 มิถุนายน 2566 วันที่ตอบรับ: 8 สิงหาคม 2566

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: sukanya.tasod@crc.ac.th

Stress reduction in caregivers of children with autism spectrum disorder: nursing roles

Sukanya Tasod, M.N.S. ^{1*}

Pronpawee Keawmungmueang, M.N.S. ¹

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a health problem that mainly appears in childhood. Presently, the rate of patients diagnosed with autism spectrum disorder has been increasing worldwide. ASD is a developmental disability associated with neurodevelopmental disorders. The range and severity of symptoms can vary widely. The symptoms include difficulty with communication, abnormal behaviors, and difficulty with social interactions. It greatly affects the children's daily lives. Children with ASD are completely dependent on their caregivers. This also affects the caregivers, as they must face different burdens daily, which could potentially lead to mental health-related issues. Caregivers frequently experience chronic stress as a result of providing continuous care to children with ASD for an extended period of time. Psychiatric nurses serve as a significant person to reduce stress in caregivers. Thus, psychiatric nurses should have sufficient knowledge of ASD, the psychological impact on caregivers, stress in caregivers, and the roles of psychiatric nurses in reducing caregiver stress. Therefore, nursing interventions are needed to relieve caregivers' stress and help them maintain their ability to support ASD children.

Keywords: Stress, Caregivers, Autism Spectrum Disorder

Received: Feb 9, 2023 Revised: Jun 15, 2023 Accepted: Aug 8, 2023

¹ Lecturer Faculty of Nursing, Chiang Rai College.

* Corresponding author, email: sukanya.tasod@crc.ac.th

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder; ASD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopment disorder) ที่มีความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งสามารถพบความผิดปกติในเด็กช่วง 2 ปีแรก จากการสำรวจของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาพบว่าในกลุ่มเด็ก 36 คน มีจำนวน 1 คน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม โดย 1 ใน 6 ของเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม จะพบโรคร่วมกับภาวะทางพัฒนาการบกพร่องอื่นๆ เช่น โรคสมาธิสั้น โรคสมองพิการ เป็นต้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าอุบัติการณ์ทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้น (Center of Disease Control and Prevention, 2023) ในประเทศไทยมีการสำรวจของกรมสุขภาพจิต เมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทุก 1,000 คน จะพบเป็นเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม จำนวน 6 คน (กรมสุขภาพจิต, 2562ก) และระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center) รายงานจำนวนผู้ป่วยคาดการณ์จากความชุกที่ได้จากการสำรวจ ประจำปีงบประมาณ 2565 พบเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม จำนวน 16,892 คน จากประชากรเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 2,814,823 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 20 สามารถใช้ชีวิตนอกบ้านได้อย่างประสบความสำเร็จ และร้อยละ 46 ต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้ดูแล เมื่อต้องออกนอกบ้าน (Videbeck & Videbeck, 2020) หากผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการเด็กตั้งแต่เล็กได้ ก็จะทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้และลดภาระของผู้ดูแลหรือสังคมน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบิดามารดาของเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด พบร้อยละ 70.4 ใช้เวลาในการดูแลอย่างน้อย 4-10 ชั่วโมงต่อวัน (สุประวิทย์ ทองชาติ และ อุมพร ตรงคมสมบัติ, 2556) ซึ่งมากกว่าการดูแลเด็กทั่วไป เนื่องจากผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม ผ่านกิจวัตรประจำวันและฝึกการเล่นร่วมกับเด็กคนอื่น ฝึกทักษะการสื่อสารและการแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งยังต้องรับมือกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจเกิดขึ้น และเมื่อเด็กโตขึ้นเข้าสู่วัยเรียนพบปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความกังวล เช่น เรียนไม่ทันเพื่อน เล่นกับเพื่อนไม่เป็น เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2557) นอกจากนั้นเมื่อผู้ดูแลทราบว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเด็กมีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ทำให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแลอาจรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ สิ้นหวัง หรือแม้แต่โกรธ บางรายสับสน และกังวลว่าจะดูแลเด็กอย่างไร เมื่อเริ่มยอมรับได้ว่าเด็กมีพัฒนาการผิดปกติและไม่เหมือนเด็กทั่วไป ผู้ดูแลจะมีการปรับโครงสร้างครอบครัว ซึ่งต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายมาก อาจเกิดความสัมพันธ์เชิงลบในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกกดดันที่เด็กถูกตัดสินว่าไม่เหมาะสมกับสังคม ถูกตีตราจากคนในสังคม ทำให้รู้สึกเศร้าใจและโดดเดี่ยว (รุ่งรัตน์ ศรีอานวย, 2561) รวมทั้งมีความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลของเด็กที่มีพัฒนาการปกติ (Alibekova et al., 2022)

การดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมนั้นอาจมีความยุ่งยากในการดูแล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละวัน พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ในการดูแลทั้งเด็กและผู้ดูแล หากเด็กมีปัญหาไม่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะใช้บทบาทการพยาบาลขั้นพื้นฐานในการช่วยเหลือผู้ดูแล แต่หากเด็กมีปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน มักพบปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ดูแล โดยเฉพาะความเครียด พยาบาลจึงต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมกับ

การบูรณาการความรู้ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาล (พิชามญช์ อินทะพัฒน์, 2565) บทความนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม ผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ดูแล การเกิดความเครียดในผู้ดูแล และทักษะการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการประเมินความเครียด ตลอดจนการจัดการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ตามบทบาทพยาบาลจิตเวชโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม เพื่อส่งเสริมศักยภาพ ให้กับผู้ดูแลในการดูแลตนเองและจัดการความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่าง มีคุณภาพ

โรคออทิสซึมสเปกตรัม

โรคออทิสซึมสเปกตรัม เป็นความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก โดยแสดงอาการผิดปกติออกมา ในลักษณะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ ทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เด็กแต่ละคนจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป (สถาบันราชานุกูล, 2557) อาการของ ภาวะออทิสซึมสเปกตรัมในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน โดยจำแนกได้ ดังนี้ ในเด็กเล็กช่วงอายุไม่เกิน 6 ปี สามารถ สังเกตได้จากพฤติกรรมไม่มองหน้าขณะพูด หรืออาจสบตาน้อย เรียกชื่อไม่หันมามอง ไม่สนใจฟังขณะพูดด้วย ชอบเล่นคนเดียว และมักเล่นกับสิ่งของมากกว่าคน ไม่เล่นบทบาทสมมติ หรือไม่ทำท่าทางเลียนแบบผู้ใหญ่ ไม่รู้จัก หน้าที่ของสิ่งของ เช่น การเอาของเล่นมาดม เป็นต้น มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ บางรายพูดซ้ำหรือไม่พูดเลย พูดภาษาแปลกๆ ที่คนอื่นไม่เข้าใจ ไม่ชี้นิ้วบอกความต้องการ แต่อาจจะร้องไห้หรือดึงมือไปแทน ชอบเล่นของเล่นซ้ำๆ สนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไปเป็นพิเศษ เด็กจะมีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น สะบัดมือ การปรบมือ การทิ้งศีรษะ เป็นต้น อาการ และพฤติกรรมดังกล่าว อาจพบตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง (สถาบันราชานุกูล, 2557; Videbeck & Videbeck, 2020) ในเด็กโต ช่วงอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมไม่สบตา ชอบเก็บตัวหรืออยู่ตามลำพัง ไม่ค่อยมีเพื่อน เข้ากับเพื่อนได้ ยาก ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ไม่เข้าใจสถานการณ์ทางสังคม ทำตัวไม่ถูกกาลเทศะกับสถานการณ์อยู่บ่อยๆ ไม่เข้าใจคำพูดซ้ำๆ หรือคำอุปมาอุปไมย สานต่อบทสนทนาไม่ได้ ชอบคิดหรือทำอะไรซ้ำๆ ปรับตัวได้ยาก ต้องทำ กิจกรรมประจำวันแบบเดิม ไม่ยืดหยุ่น หมกมุ่นอยู่กับเรื่องที่ตนเองสนใจ สะสมของแปลกๆ นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติ ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น จากการที่มีความบกพร่องของการสื่อสาร กับบุคคลอื่น ไม่สามารถระบายออกมาเป็นคำพูดได้ จึงเกิดความไม่พอใจจนถึงขั้นมีอารมณ์โกรธ และนำไปสู่การเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว โดยการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ทำร้ายตนเอง เช่น ตีศีรษะ โขกศีรษะกับพื้น กัดมือตนเอง 2) ทำร้ายผู้อื่น เช่น ตบหน้า กัด ใช้นิ้วจิ้มตา เตะ ถีบ ดึงผม และ 3) ทำลายสิ่งของ เช่น ล้มตุ้ ทุ้มเก้าอี้ ขว้างปาข้าวของ เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวจะมีความรุนแรงมากน้อย แตกต่างกันไป (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ และนฤตม์ พงษ์พรมมา, 2563)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัมจะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือเด็ก และผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดผลกระทบอื่นๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ดูแลที่ต้องให้การช่วยเหลือเด็กที่มี

ภาวะออทิสซึมสเปกตรัมตั้งแต่ช่วงวัยเด็กถึงผู้ใหญ่เป็นระยะเวลายาวนาน (ฐิตินันท์ อ้วนล่า และนรุทธิ์ แพงพรมมา, 2563)

ผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ดูแล

เมื่อผู้ดูแลทราบว่าเด็กที่เลี้ยงดูมาด้วยความรักเริ่มมีพัฒนาการผิดปกติ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ซึ่งมักพบปัญหาทางอารมณ์ที่รุนแรง และพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม ผู้ดูแลต้องรับมือกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก รวมถึงการใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อฝึกทักษะต่างๆ แก่เด็ก ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ จากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้ (สุทธนันท์ กัลละ, 2561) โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้ดูแล มีดังนี้

ความรู้สึกผิดและโทษตนเอง

ในระยะแรกที่ผู้ดูแลทราบการวินิจฉัยว่าเด็กมีอาการเข้าได้กับภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ผู้ดูแลอาจรู้สึกวุ่นวายสับสนและยากที่จะยอมรับการวินิจฉัย และเมื่อระยะเวลาผ่านไปจนผู้ดูแลยอมรับว่าเด็กมีภาวะออทิสซึมจริง อาจรู้สึกผิดหรือโทษว่าสาเหตุที่บุตรป่วยเกิดจากตนเองเลี้ยงดูไม่ดี (สุทธนันท์ กัลละ, 2561)

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลนี้เกิดจากความรัก ความห่วงใยในตัวเด็ก จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของเด็ก ได้แก่ การที่เด็กจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคตได้หรือไม่ จะสื่อสารกับผู้อื่นได้หรือไม่ กลัวว่าเมื่อเด็กโตขึ้นอาจต้องเร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องคนอื่นได้ เป็นต้น (สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด, 2559)

ความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ อับอายจากการถูกตีตรา

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม และเข้าเรียนในโรงเรียนร่วมกับเด็กทั่วไป อาจได้รับประสบการณ์หรือปฏิกิริยาจากคนรอบข้างในแง่ลบ เช่น การปฏิเสธให้เข้าร่วมกลุ่ม ถูกรังเกียจเมื่อแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม นอกจากการใช้ชีวิตในโรงเรียนแล้ว การใช้ชีวิตในสังคมที่บางครั้งเด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ลงไปนอนกลิ้งบนพื้นในสถานที่สาธารณะ เป็นต้น ทำให้ถูกคนในสังคมที่ไม่เข้าใจตีตราด้วยการแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูดและพฤติกรรมแง่ลบ ผู้ดูแลจึงรู้สึกเสียใจ และน้อยใจ ผู้ดูแลบางคนเกิดความรู้สึกอับอายภายในตนเอง รู้สึกว่าตนเองนั้นน่ารังเกียจจริงตามที่คนในสังคมตีตรา (จิราภา ศรีรัตน์, ประนอม รอดคำดี, และสุนิศา สุขตระกูล, 2561)

ภาวะซึมเศร้า

ผู้ดูแลของเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ดูแลของเด็กทั่วไป (Alkhateeb, Hadidi, & Mounzer, 2022) เป็นผลมาจากความรู้สึกผิด และการโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็ก (Berthold, 2022) ตามกระบวนการปรับตัวเมื่อเกิดการสูญเสีย (Kubler-Ross & Kessler, 2009) ซึ่งมี 5 ขั้น ได้แก่ ปฏิเสธ (denial) โกรธ (anger) ต่อรอง (bargaining) ซึมเศร้า (depression) และยอมรับ (acceptance) หลังจากผู้ดูแลทราบผลการวินิจฉัย แต่ไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงรู้สึกโศกเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ได้

ความเครียด

ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมจะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลของเด็กทั่วไป (Alkhateeb, Hadidi, & Mounzer, 2022) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะการส่งเสริมทักษะต่างๆ ให้แก่เด็ก ซึ่งผู้ดูแลต้องฝึกเด็กตลอดวันในระหว่างที่ดูแล เมื่อเด็กโตขึ้นยังคงมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลไม่สบายใจจากปัญหาพฤติกรรมและการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ปฏิกริยาของคนในสังคมต่อเด็ก เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (Ilias, Cornish, Kummar, Park, & Golden, 2018)

ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่พบในผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกผิด และโทษตัวเอง ความวิตกกังวล ความรู้สึกเสียใจ น้อยใจ อับอายจากการถูกตีตรา ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ส่งผลกระทบต่อการดูแลเด็กออทิสซึมสเปกตรัมอย่างมาก โดยเฉพาะความเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ในลำดับถัดไป

การเกิดความเครียดในผู้ดูแล

ทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่คุกคาม ซึ่งบุคคลประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงมีการปรับตัวเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดความเครียดหลายประการ (สุประวีณ์ ทองชิต และอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2556; Ilias et al., 2018) ดังนี้

1. จำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลที่ส่งผลต่อความเครียด โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเด็กมากกว่า 11 ชั่วโมงต่อวัน (สุประวีณ์ ทองชิต และอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2556)
2. รายจ่ายของครอบครัว เช่น ค่าเดินทางเข้ารับการรักษา อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับฝึกทักษะต่างๆ อีกทั้งในบางครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักต้องออกจากงานมาดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ทำให้เกิดปัญหาเงินของครอบครัว
3. ความรุนแรงของอาการ โดยเด็กที่มีอาการรุนแรง ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น รวมถึงเรียนรู้และฝึกวิธีระงับอาการของเด็กเพื่อป้องกันอันตรายต่อเด็กและผู้อื่น
4. การรับรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลเชิงลบที่มีต่อภาวะออทิสซึมสเปกตรัม เช่น การที่ผู้ดูแลมีความเชื่อว่าสาเหตุที่เด็กป่วยคือ ถูก “สาปแช่ง” เพราะพฤติกรรมไม่ดีที่ผ่านมา เป็นเวรกรรมของตน โทษตนเองจนกระทบกับจิตใจส่งผลให้เกิดความเครียดและโรคซึมเศร้าตามมา

หากผู้ดูแลประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์เหล่านี้ที่เผชิญอยู่มีผลกระทบต่อตนเอง จะทำให้เกิดความเครียดและกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และสังคม (พรพรรณ ศรีโสภา และ ธนวรรณ อาษารัฐ, 2560; อนุกุล เมฆสุทัศน์, 2562; Chu, Marwaha, Sanvictores, & Ayers, 2022) ดังนี้

1. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกาย (physiological response) จะพบอาการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปที่มีความเครียด อาการที่พบได้บ่อย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ตึงตัว ปวดหลัง ใจสั่น เป็นต้น

หากไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ จนมีความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกายที่ผิดปกติจนนำไปสู่โรคต่างๆ ได้ เช่น โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร ปัญหาการนอนหลับ โรคความดันโลหิตสูง

2. ปฏิกริยาการตอบสนองด้านอารมณ์ (affective response) เช่น กลัวว่าเด็กจะไม่สามารถพูดได้ รู้สึกผิดเพราะคิดว่าตนดูแลเด็กได้ไม่ดี หากมีความเครียดระดับสูงหรือเครียดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อสติปัญญาและความจำ มีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล

3. ปฏิกริยาการตอบสนองด้านความคิด (cognitive response) ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคาม (threat) อันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) อาจใช้วิธีการเพิกเฉย โกรธ ตำหนิ หลีกเลียงไม่รับรู้สิ่งใด จึงทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากผู้ดูแลประเมินเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความท้าทาย (challenge) หรือค้นหาข้อดีจากการที่มีเด็กออทิสซึมสเปกตรัมในครอบครัว เช่น คิดว่าการที่ได้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด เป็นโอกาสที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมีเวลาให้แก่นักสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น

4. ปฏิกริยาการตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และสรีรวิทยาของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกัน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เครียด การแยกตัวออกจากสังคม การใช้สารเสพติด และบกพร่องความสามารถในการทำงาน

5. ปฏิกริยาการตอบสนองด้านสังคม (social response) เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) การค้นหาความหมาย (search for meaning) โดยค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อทราบว่าเด็กมีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม จะมีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษา และวิธีการดูแลที่เหมาะสม

2) การใช้เหตุผลทางสังคม (social attribution) เป็นการนำเหตุผลทางสังคมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาสนับสนุนความเชื่อที่ดีของตน เช่น สังคมกำหนดบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการดูแลบุตร ดังนั้นไม่ว่าบุตรจะมีความผิดปกติเช่นไรก็ต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่บุตร

3) การเปรียบเทียบทางสังคม (social comparison) จะเปรียบเทียบทักษะและความสามารถของตนเองกับผู้ดูแลอื่นที่มีปัญหาล้ายกัน การเปรียบเทียบนั้นจะช่วยทำให้ประเมินความต้องการของตนเอง และขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการแก้ไขปัญหา เช่น การเข้าร่วมกลุ่มของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมช่วยให้เห็นปัญหาและวิธีการแก้ไขของผู้ดูแลอื่น จึงสามารถนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลของตน

การที่ผู้ดูแลมีความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ ทำให้การเลี้ยงดูไม่มีประสิทธิภาพ จนส่งผลกระทบต่อเด็ก เช่น การปล่อยปละละเลยและไม่ส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมแก่เด็ก เมื่อเด็กถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการฝึกทักษะ การดูแลตนเองที่เหมาะสม เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นภาระแก่สังคม บางรายใช้อารมณ์รุนแรงกับเด็ก ทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น บุคลากรทางการแพทย์จึงมีความจำเป็นในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมให้สามารถจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการลดความเครียดของผู้ดูแล

พยาบาลจิตเวชสามารถให้การพยาบาลในบทบาทอิสระโดยบูรณาการความรู้ และทักษะการพยาบาล ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งเสริมศักยภาพและความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลและจัดการความเจ็บป่วยของ สมาชิกในครอบครัว ให้สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งหากพิจารณาระดับการปฏิบัติการ พยาบาล การช่วยเหลือผู้ดูแลของเด็กที่มีปัญหาไม่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจะใช้การปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การสอน การให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะในการดูแลเด็กขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็ก รวมถึงการสอนวิธีจัดการ ความเครียดของตนเอง เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มักพบปัญหาทางสุขภาพจิต ตามมา พยาบาลจึงต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงร่วมด้วย โดยการบำบัดทางจิตสังคม ในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคล ครอบครัว หรือรายกลุ่มของผู้ดูแลเด็กในลักษณะเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลเด็กและ ดูแลตนเอง โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ (พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2565) ผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมินอาการของเด็กขณะอยู่ที่บ้าน ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การดูแลเด็กนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความอดทนและความร่วมมือ ในการฝึกฝนอย่าง สม่ำเสมอ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเครียดเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด ในผู้ดูแลได้ ดังนี้

1.การประเมินความเครียด

พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลในการประเมินความเครียดของผู้ดูแล ทั้งการสัมภาษณ์ เพื่อซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น การตรวจร่างกาย รวมถึงการใช้แบบประเมินความเครียด (พรพรรณ ศรีโสภ และ ธนวรรณ อาษารัฐ, 2560) ซึ่งแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ แบบประเมิน ความเครียดของกรมสุขภาพจิต 5 คำถาม ใช้ประเมินความถี่อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ การมีสมาธิน้อยลง รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย หรือว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ และไม่ยอมพบปะผู้คน สามารถแปลผลคะแนนความเครียดเป็นระดับ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2562)

2. การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ดังนี้

2.1. ใช้การจัดการแบบมุ่งเน้นที่การปรับอารมณ์ (emotional focus coping) โดยการฝึกให้พูดระบาย ความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อเรียนรู้ว่าจำเป็นต้องระบายออกมา หรือฝึกทักษะการหายใจแบบลึก เมื่อเกิด ความเครียด เพื่อลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เช่น การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสาน โดยการสะท้อนคิดจากประสบการณ์หรือจากความรู้สึก เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เน้นฝึกทักษะการจัดการกับ ความเครียดตามแนวทาง 3 ประการ คือการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียดการเพิ่ม ความต้านทานความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และพนิดา ศิริอำพันธกุล, 2560)

2.2. ใช้การจัดการแบบมุ่งเน้นการปรับความคิด (cognitive focus coping) ในกรณีที่ความเครียดมา จากการคิดการรับรู้ที่บิดเบือนจนก่อให้เกิดทุกข์ เช่น การรับรู้ที่ตนเองดูแลเด็กไม่ดีจึงทำให้เด็กมีภาวะออทิสซึม

สเปกตรัม ควรฝึกขยายมุมมองให้กว้างขึ้นว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากหลายปัจจัย ซึ่งไม่ได้เป็นผลมาจากการดูแลเด็กของตน พยายามมองหาข้อดีจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (พิชามญช์ อินทะพัฒน์, 2565) ซึ่งการจัดการแบบมุ่งเน้นการปรับความคิด เป็นรูปแบบหนึ่งของโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้การบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ที่ให้ผลลัพธ์ดีกว่าจัดการความเครียดด้วยวิธีอื่น (Curley, Colman, Rushforth, & Kotera, 2023)

2.3. ใช้การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem focus coping) ผ่านประเด็นปัญหาที่มีอยู่จริง เช่น ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ โดยค้นหาสาเหตุที่แท้จริงนอกเหนือจากการมีรายรับน้อย หรือการมีค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น ทั้งนี้อาจเสนอให้ผู้ดูแลทำบัญชีครัวเรือน เพื่อให้เห็นชัดเจนว่ามีค่าใช้จ่ายในครอบครัวรายการใดที่สามารถตัดหรือลดได้ และร่วมหาทางออกว่าสมาชิกครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือกันอย่างไร การใช้ศักยภาพที่มีอยู่หารายได้เสริม หรือสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานใด (พิชามญช์ อินทะพัฒน์, 2565) ผ่านการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยในเรื่องของการเตรียมพร้อมรับมือสำหรับสถานการณ์ตึงเครียดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และให้ความมั่นใจในทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยศักยภาพของตนเอง (Curley et al., 2023)

3. การแนะนำวิธีการจัดการความเครียดตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยทักษะการจัดการความเครียด (World Health Organization, 2020) ดังนี้

3.1. การรู้จักพื้นฐานอารมณ์ของตนเอง

ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ตึงเครียดนั้น ผู้ดูแลคิดหรือรู้สึกอย่างไร ฝึกง่าย ๆ ด้วยการใช้เท้าสัมผัสพื้น ยึดตัวตรง หายใจเข้าออกลึกๆ อย่างช้าๆ และมุ่งความสนใจไปที่สิ่งที่อยู่รอบๆ ตัว ตอบคำถามในใจ ว่ามองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส และสัมผัสได้ถึงอะไร สังเกตว่าตนเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และทำอะไรอยู่ เปรียบดังการฝึกสติกับลมหายใจ และอริยาบถในชีวิตประจำวัน รู้เท่าทันอารมณ์เครียดของตนเอง (พระสุรเชษฐ์ อิทธิเตโช และ พระครูพิศาลสารบัณฑิต, 2565)

3.2. การปลดปล่อยตนเองจากความคิดหรือความรู้สึกที่ยากลำบาก

ผู้ดูแลหลายคนคิดจะหลีกเลี่ยงหนีจากปัญหา ความคิด และความรู้สึกที่ยากลำบากเหล่านั้น บางคนแยกตัวดำหนิตนเอง ได้เถียงกับคนอื่น หรือแม้แต่การดื่มสุรา แต่วิธีการเหล่านี้ใช้ได้เพียงไม่นาน ปัญหาต่างๆ ก็กลับมาอีก วิธีการที่จะช่วยจัดการกับความคิดและความรู้สึกที่ยากลำบากนั้น มีลักษณะคล้ายกับการปลดตะขอจากเบ็ดความคิดและความรู้สึกที่ยากลำบากออกจากตนเอง มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มจากการสังเกตและเขียนความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจลงในกระดาษ ทั้งที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และระบุตำแหน่งที่รู้สึกไม่สบายของร่างกายที่เหมือนกับการถูกตะขอเบ็ดเกี่ยวอยู่ หลังจากนั้นเรียกชื่อความคิดหรือความรู้สึกที่สังเกตได้ เช่น นี่คือการกลัวเกี่ยวกับอนาคตของคุณ ฉันปวดหัว เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มคำว่า “ฉันสังเกต...” ในประโยคที่คิดในใจข้างต้น เช่น ฉันสังเกตว่า นี่คือการกลัวเกี่ยวกับอนาคตของคุณ ฉันสังเกตว่าฉันปวดหัว เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 กลับมาให้ความสนใจในสิ่งที่ทำอยู่ขณะนั้น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ อย่างเต็มที่ เช่น ผู้ดูแลบอกให้เด็กหยุดขว้างปาของเล่นแต่เด็กไม่หยุด จึงรู้สึกโมโห สามารถฝึกปลดตะขอได้โดยพูดในใจว่า “ฉันสังเกตว่าฉันรู้สึกโกรธ ถึงแม้ว่าฉันรู้สึกโกรธ ฉันเลือกที่จะให้คุณค่ากับการดูแลเอาใจใส่ลูก และเล่นกับลูกอย่างใจเย็น”

3.3. การสร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง ผู้ดูแลบางรายที่ออกจากงานมาดูแลเด็กอยู่ที่บ้าน อาจรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองได้ ด้วยการเป็นบิดา มารดาที่ดี มีความเอาใจใส่บุตรและครอบครัว เช่น การเล่นกับบุตรอย่างสม่ำเสมอ การฝึกทักษะการพูดแก่เด็ก การทำอาหารให้แก่คนในครอบครัว การสื่อสารเชิงบวกกับคนในครอบครัวอย่างมีเหตุผล

3.4. การให้ความกรุณาต่อตนเองและผู้อื่น ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การทะเลาะกับคนในครอบครัว การขาดรายได้ หรือปัญหาอื่นที่ทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกที่ยากลำบาก ผู้ดูแลต้องการได้รับความกรุณาหรือกำลังใจจากบุคคลอื่น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลควรให้ความกรุณาแก่ตนเอง ด้วยการให้กำลังใจและปลดปล่อยตนเองจากปัญหาต่างๆ ด้วยเช่นกัน

3.5. การสร้างเขตพื้นที่บรรจุกุศลใจ (making room) เปรียบเสมือนการสร้างห้องบรรจุกุศลใจหรือความรู้สึกที่ยากลำบาก เมื่อบางปัญหาไม่สามารถจัดให้หมดไปได้ จำเป็นต้องอยู่กับความคิดและความรู้สึกที่ทำให้เป็นทุกข์นั้น ผู้ดูแลสามารถลดความไม่สบายใจได้ ด้วยการจินตนาการถึงวัตถุที่จะบรรจุกุศลใจหรือความรู้สึกเป็นทุกข์ กำหนดขนาด รูปร่าง สี และอุณหภูมิ เช่น กล้องสีน้ำตาลที่เย็นมากบรรจุกุศลใจกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้านไว้ กล้องนั้นวางอยู่บนหน้าอก ให้ผู้ดูแลหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกช้าๆ จินตนาการว่าอากาศจากลมหายใจออกกำลังห่อหุ้มกล้องนั้น จากนั้นเก็บความไม่สบายใจไว้ในห้องและดำเนินชีวิตร่วมกับคนรอบข้างต่อไป

4. การสร้างเสริมอำนาจครอบครัว

เพื่อลดความรู้สึกการเป็นภาระดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม สร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็น รับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และฝึกฝนเทคนิคต่างๆ (El-Azzab, Ali, Garf, & Elsayed, 2022) โดยมีวิธีการ ดังนี้

4.1. การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสซึมสเปกตรัมในผู้ดูแล เรื่อง ความหมาย สาเหตุ สัญญาณ และอาการ ระดับภาวะออทิสซึมสเปกตรัม และประเภทของการรักษา รวมถึงการมุ่งเน้นให้จัดการกับการรับรู้การดูแล การสนับสนุนจากชุมชน วิธีการสร้างแรงจูงใจกับกลยุทธ์การแก้ปัญหาผ่านการอภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมเพื่อแบ่งปันประสบการณ์อย่างแท้จริง

4.2. การพัฒนาด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและลดภาระการดูแล ผ่านเทคนิคการฝึกอบรม การสาธิตและการสาธิตซ้ำ เช่น การจัดตารางการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารกับเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนกับผู้ดูแลอื่นๆ ฝึกฝนการจัดการตนเองให้มีพลังและการวางแผนรับประทานอาหารอย่างสร้างสรรค์และหลากหลาย ฝึกกลยุทธ์การผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกๆ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาความเครียดและอาการตึงเครียดที่ได้รับจากภาระการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม

4.3. ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองและความมั่นใจ โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ โดยให้แสดงทักษะที่ได้เรียนรู้อีกครั้ง ช่วยให้ผู้ดูแลตั้งความคาดหวังในตัวเด็กอย่างเหมาะสม พึงพอใจกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นแม้เพียงเล็กน้อย ซึ่งการคาดหวังตามจริงจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ลดความกดดันจากความคาดหวังที่ไม่สามารถเป็นจริงได้

4.4. การประเมิน และติดตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง การประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง และความมั่นใจในตนเองประเมินจากระดับความร่วมมือ ผ่านทางโทรศัพท์ภายใน 1 เดือน

เมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลของตนเองลดลง พยาบาลจำเป็นต้องประสานกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ร่วมกันหาแนวทางในการปรับบทบาทต่างๆ ให้มีความสอดคล้องกันตามบริบท พิจารณาถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในครอบครัวที่ต้องช่วยกันดูแลเด็ก อีกทั้งช่วยเป็นสื่อกลางในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ ให้เกิดการเกื้อกูลกัน และแนะนำให้ผู้ดูแลรองคอยสลับหน้าที่ วางแผนการจัดช่วงเวลาให้ผู้ดูแลหลักพักจากการดูแลเป็นช่วงๆ ให้มีเวลาส่วนตัว เพื่อให้มีพลังกลับมาดูแลเด็กต่อไป (พิชามญชุ์ อินทะพุดม, 2565)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงในการช่วยเหลือผู้ดูแลที่เกิดความเครียด ด้วยการประเมินความเครียด หากพบว่าผู้ดูแลมีความเครียด จำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด ทั้งการส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด การแนะนำวิธีการจัดการความเครียด และการสร้างเสริมอำนาจครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

โรคออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทที่ไม่สามารถรักษาอาการหลักของโรคให้หายขาดได้ จึงส่งผลกระทบต่อเด็ก และผู้ดูแล แต่สามารถช่วยเหลือในปัญหาด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อื่นๆได้ ซึ่งการดูแลจะเกิดประสิทธิภาพได้นั้น ผู้ดูแลและบุคลากรทางการพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม เพื่อลดผลกระทบต่างๆ โดยเฉพาะผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือความเครียดของผู้ดูแลจากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ พยาบาลจิตเวชสามารถให้การพยาบาลช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดได้ตั้งแต่การประเมิน การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การแนะนำวิธีการจัดการความเครียด และการสร้างเสริมอำนาจครอบครัวด้วยวิธีการต่างๆ หากผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการพยาบาลแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลจัดการและปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม และสามารถดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมไปในทิศทางที่ดีขึ้นต่อไป บทความนี้จึงมุ่งเน้นให้พยาบาลจิตเวชในหน่วยบริการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมและผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัมแก่ครอบครัวในการร่วมกันดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมเพื่อลดความเครียดซึ่งเป็นผลกระทบทางปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ พยาบาลควรให้การดูแลทั้งเด็กที่มีภาวะออทิสซึมและผู้ดูแลที่มีความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562ก). *ข้อสังเกตเด็กออทิสติก ทารก 2 เดือนไม่สบตา-รีบพบหมอ*. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29832>
- กรมสุขภาพจิต. (2562ข). *แบบประเมินความเครียด (ST5)*. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566, จาก <https://dmh.go.th/test/qtest5/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานร้อยละของผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ ปีงบประมาณ 2565*. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- จิราภา ศรีรัตน์, ประนอม รอดคำดี และสุนิสา สุขตระกูล. (2561). ประสบการณ์ของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียนที่รับรู้การถูกตีตรา. *วารสารทหารบก*, 19(2), 211-219.
- จิตินันท์ อ้วนล้ำ และ นรุตม์ แพงพรมมา. (2563). การพยาบาลเด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 68-76.
- พรพรรณ ศรีโสภา และ ธนวรรณ อาษารัฐ. (2560). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. *บูรพาเวชสาร*, 4(2), 79-89.
- พระสุรเชษฐ์ อิทธิเดช และ พระครูพิศาลสารบัณฑิต. (2565). การฝึกสติเพื่อแก้ปัญหาความเครียดในสังคมปัจจุบัน. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 7(1), 1081-1097.
- พิชามญช์ อินทะพุม. (2565). *การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิตา การพิมพ์
- รุ่งรัตน์ ศรีอานวย. (2561). ประสบการณ์ชีวิตของพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะออทิสซึม: เพื่อการใช้ประโยชน์ในการจัดบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ*, 7(1), 82-103.
- สถาบันราชานุกูล. (2557). *เด็กออทิสติก คู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุทธนันท์ กัลลกะ. (2561). การช่วยเหลือเด็กออทิสติก: กรณีศึกษา. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 24(3), 227-238.
- สุประวีณ์ ทองชิต และ อุมพร ตรังคมสมบัติ. (2556). ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 57(6), 737-750.
- สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด. (2559). ความต้องการการได้รับการช่วยเหลือของมารดาเด็กออทิสติก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 16-25.
- เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ และ พนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 284-291.
- อนุกุล เมฆสุทัศน์. (2562). *การตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียด*. เข้าถึงได้จาก <https://www.ay-sci.go.th/aynew/620831-4-2/>

- Alibekova, R., Chan, C. K., Crape, B., Kadyrzhanuly, K., Gusmanov, A., An, S., ... Rakhimova, M. (2022). Stress, anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorders in Kazakhstan: prevalence and associated factors. *Global Mental Health*, 9, 472-482.
- Alkhateeb, J. M., Hadidi, M. S., & Mounzer, W. (2022). The impact of autism spectrum disorder on parents in Arab countries: a systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 13(955442). doi: 10.3389/fpsyg.2022.955442
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-V)*. (5thed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Berthold, J. (2022). *Half of moms of kids with Autism have high depressive symptoms*. Retrieved January 16, 2023 from <https://www.ucsf.edu/news/2022/08/423546/half-moms-kids-autism-have-high-depressive-symptoms>
- Center for Disease Control and Prevention. (2023). *Data and statistics on autism spectrum disorder*. Retrieved April 24, 2023 from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., & Ayers, D. (2022). *Physiology stress reaction*. Retrieved January 20, 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>.
- Curley, K., Colman, R., Rushforth, A., & Kotera, Y. (2023). Stress reduction interventions for parents of children with autism spectrum disorder: a focused literature review. *Youth*, 3, 246–260. doi: 10.3390/youth3010017
- El-Azzab, S., Ali, S., Garf, F., & Elsayed, D. (2022). Effectiveness of nursing intervention based on family empowerment model on burden of care and self-efficacy for caregivers of children with autism disorder. *Egyptian Journal of Nursing & Health Sciences*, 3(1). 409-433.
- Ilias, K., Cornish, K., Kummar, A. S., Park, M. S. A., & Golden, K. J. (2018). Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9(280), 1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00280
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2009). *The five stages of grief*. Retrieved April 24, 2023 from <https://grief.com/images/pdf/5%20Stages%20of%20Grief.pdf>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Washington: Springer publishing company.
- Videbeck, S., & Videbeck, S. (2020). *Psychiatric-mental health nursing*. (8th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2020). *Doing what matters in times of stress: an illustrated guide*. Retrieved January 19, 2023 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

บทบาทพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะลองโควิด

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, ศษ.ม.^{1*}อัจฉริยา เชื้อเย็น, พย.ม.²อรอนงค์ ธรรมจินดา, พย.ด.¹

บทคัดย่อ

ภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) หรือ โรคโควิด-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการหลังจากหายป่วยในช่วง 1-3 เดือนแรก บางรายมีอาการผิดปกติของร่างกายหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทุกมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ และรวมถึงการดำเนินชีวิตปกติในครอบครัวและสังคม เพื่อลดการเกิดผลกระทบดังกล่าว ผู้มีภาวะลองโควิดควรมีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง การได้รับการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งพยาบาลชุมชนถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดผลกระทบจากภาวะลองโควิด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะลองโควิด ซึ่งประกอบด้วย การเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ การให้ความรู้ การเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง การให้คำปรึกษา การสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ได้รับทางสุขภาพ ประสานงานติดต่อผู้เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดี การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงรุกในการปฏิบัติตัวแบบชีวิตวิถีถัดไป รวมถึงการเป็นผู้นำหรือสมาชิกวิชาชีพพยาบาลในการสร้างเครือข่ายระหว่างชุมชน และร่วมมือกับสหวิชาชีพทางสุขภาพในการกำหนดทิศทางการดูแลผู้ที่มีภาวะลองโควิดในชุมชน การปฏิบัติตามบทบาทเหล่านั้นจะช่วยป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การประยุกต์ใช้บทบาทดังกล่าว ควรเริ่มคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จากนั้นพยาบาลชุมชนให้การพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม และการประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบูรณาการการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น เพื่อเตรียมพร้อมในสถานการณ์โรคระบาดอุบัติใหม่อื่นๆ ได้ต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลชุมชน, สร้างเสริมสุขภาพ, ผู้ที่มีภาวะลองโควิด

วันที่รับ: 5 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2566 วันที่ตอบรับ: 14 สิงหาคม 2566

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* ผู้ติดต่อหลัก อีเมล kanyapatchaeye@gmail.com

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Roles of Community Nurses in Health Promotion for People Living with Long COVID

Kanyapat Chaeye, M.Ed.^{1*} Achariya Churyen, M.N.S² On-anong Thammajinda, DNP¹

Abstract

Long COVID is a condition that develops after being infected with the coronavirus SARS-CoV-2 or COVID-19. Most Long COVID patients have long-lasting COVID symptoms after initial recovery for the first 3 months. Patients have abnormal conditions that can persist for more than one year, impacting their normal lives in physical and mental aspects, including their relations with family members and society. To reduce such impact, people with a history of COVID-19 infection should have sufficient knowledge of their condition and practice taking proper care of their health. They should receive proper care from community health workers. In these cases, community nurses play an important role in preventing the effects of Long COVID. The purpose of this article was to encourage community nurses to gain knowledge in understanding the role of health promotion for people with Long COVID. Roles consist of health care providers, educators, empowerment agents to encourage self-care, consultants, communicators of clear information, advocates of health rights, collaborators, good role models, and change agents in the next normal lifestyle practice. In addition, being a leader or member of the nursing profession creates networking between communities and collaborate with multi-disciplinary health professionals in determining the direction of caring for people living with long COVID in the community. This can help prevent and control long-term complications of COVID-19. However, the application of such roles starts with screening by village health volunteers and continues through the provision of holistic care by community nurses, who can coordinate referrals to hospitals with a higher potential for continuity of care. In addition, it is essential to integrate collaboration with other fields of health care to ensure the continuation of care and to prepare for other emerging epidemic situations.

Keywords: Community nurses, Health promotion, People living with long COVID

Received: Feb 5, 2023 Revised: Aug 5, 2023 Accepted: Aug 14, 2023

¹ Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

* Corresponding author, E-mail: kanyapatchaeye@gmail.com

² Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เริ่มมีรายงานการระบาดในประเทศจีนในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และมีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลกในเวลาอันรวดเร็ว จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลก จำนวน 671,515,675 คน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 6,843,813 คน (World Health Organization [WHO], 2022) การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกสำหรับบุคคลทุกช่วงวัย ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเกิดผลกระทบและความรุนแรงต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงมีอาการรุนแรง โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะหายได้เองโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และองค์การอนามัยโลกรายงานว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะอยู่ในร่างกายมนุษย์ได้ประมาณ 7 วัน (WHO, 2022) จึงอาจกล่าวได้ว่าคนส่วนใหญ่จะไม่แพร่เชื้อหลังจาก 7 วัน แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายหลังหายป่วยแล้ว 2-4 สัปดาห์ กลับมีภาวะที่มีการอักเสบของอวัยวะหลายระบบ (multisystem inflammatory syndrome, MIS) ในร่างกายพร้อม ๆ กัน เช่น อาการอ่อนแรง ปัญหาของระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท หลังการติดเชื้อโรคโควิด 19 แล้วประมาณ 2-6 สัปดาห์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามภาวะหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือภาวะลองโควิด ในการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) ไว้ว่า เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักพบโดยมาก 3 เดือนหลังจากช่วงการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (acute) และมีอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน ซึ่งอาจเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเป็นอาการเดิมที่อาจหลงเหลือหลังจากหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว (WHO, 2023a) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ภายหลังจากหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรมการแพทย์, 2565) เนื่องจากภาวะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหลายอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดกลุ่มอาการอักเสบของอวัยวะหลายระบบ โดยอธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะตอบสนองโดยเซลล์เม็ดเลือดขาวถูกกระตุ้นให้หลั่งสารก่ออักเสบ (cytokine) เพื่อกำจัดเชื้อไวรัส แต่เมื่อร่างกายยังคงมีเชื้อไวรัสดังกล่าวอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานาน ระบบภูมิคุ้มกันยังคงผลิตสารก่ออักเสบออกมาอย่างต่อเนื่องเพื่อกำจัดไวรัส จนทำให้เกิดภาวะพายุไซโตไคน์หรือระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองมากกว่าความเป็นจริง (cytokine storm) ส่งผลให้เนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ได้รับบาดเจ็บ พบมากในเนื้อเยื่อหัวใจและหลอดเลือด ปอด ไต สมอง และผิวหนัง ในรายที่การติดเชื้อรุนแรงอาจทำให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด (Hamers, Kox, & Pickkers, 2015) ทั้งนี้รายงานสถิติพบผู้ที่มีภาวะลองโควิด ประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก (WHO, 2023b) ส่วนข้อมูลจากกรมควบคุมโรค พบว่า อัตราการเกิดภาวะลองโควิดในประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีอาการหลังจากหายป่วยในช่วง 1-3 เดือนแรก พบได้ถึง ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคโควิด 19 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะลองโควิดสามารถพบได้ในระบบต่างๆ ของร่างกายที่แตกต่างกัน เช่น ระบบทางเดินหายใจ มีอาการเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก ระบบหัวใจและหลอดเลือดพบอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ระบบทางเดินอาหาร พบอาการปวดท้อง ท้องเสีย อยากอาหารลดลง

เบื่ออาหาร ระบบประสาทพบอาการ หลงลืม ความจำสั้น ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ด้านจิตใจ มักจะพบอาการวิตกกังวล หดหู่ซึมเศร้า อาการอื่น ๆ เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ผอมลง นอกจากนั้น ยังสามารถพบผลเลือดที่ผิดปกติ เช่น ค่าเอนไซม์ตับสูงขึ้นผิดปกติ ค่าการกรองและการทำงานของไต ลดลง ค่าการทำงานของฮอโมนไทรอยด์ผิดปกติ ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในผู้ป่วย เบาหวาน และค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (กรมการแพทย์, 2565; Carfi, Bernabei, Landi, & Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group, 2020) ข้อมูลของทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมิชิแกน หลังทำการ ทบทวนอย่างเป็นระบบ (Meta-analysis) เมื่อปี พ.ศ. 2564 พบความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด ในเดือนแรก ร้อยละ 37 ในเดือนที่สองพบความชุกของการเกิด ร้อยละ 25 และเดือนที่สามพบความชุกของการเกิดร้อยละ 32 (Chen et al., 2022) นอกจากนั้น รายงานการศึกษาในหลายประเทศ พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลองโควิด สัมพันธ์กับจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่จะรักษาหายแล้วและตรวจไม่พบสารพันธุกรรม ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ในร่างกาย แต่จะยังคงมีอาการแสดงผิดปกติอย่างต่อเนื่อง อาการแสดง ผิดปกติที่พบส่วนใหญ่ เช่น แน่นหน้าอก พบได้ร้อยละ 89 อ่อนเพลีย พบได้ร้อยละ 65 ไอเรื้อรัง พบได้ร้อยละ 59 และ หายใจหอบเหนื่อย พบได้ร้อยละ 61 เป็นต้น (Cabrera Martimbianco, Pacheco, Bagattini, & Riera, 2021; Chopra, V., Flanders, S. A., O'Malley, M., Malani, A. N., & Prescott, H. C., 2021) ซึ่งอาการแสดงผิดปกติของภาวะ ลองโควิด อาจพบได้นานถึง 6 เดือน และจะฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี (Arnold et.al., 2021)

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายของภาวะลองโควิดดังกล่าว ยังมีผลกระทบด้านจิตใจที่บางรายในขณะที่ผู้ป่วย มีภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผ่านวิกฤตินั้นมาได้ ก็มีความคิดหวาดระแวง กลัวไปหมดทุกอย่าง ด้วยไม่อยากติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำอีก ซึ่งบางรายรู้สึกเป็นภาระของคนที่อยู่แลหรือคนในครอบครัว ระยะยาว ที่ต้องมารับผิดชอบการดูแลเมื่อตนเองป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, สายสมร เถลยภิตติ และ ศศิพร อุ๋นใจชน, 2565) หรือบางรายรู้สึกเสียใจ และเศร้าใจที่ต้องเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปจากการป่วยด้วยโรคโควิด 19 จะเห็นได้ว่า โรคนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะยาวของผู้ป่วยหลังติดเชื้อ แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนหายแล้วก็ตาม รวมถึง การเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาวในการดูแลสุขภาพทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และ ทรัพยากร รัดขวางศรัทธา มอร์ด (2564) ได้กล่าวว่า “หากผู้ป่วยโควิด 19 ไม่กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากจนเกินไป หมั่นดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ หากพบว่ามีอาการภาวะลองโควิดที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ควรไปพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษา ผู้ป่วยที่มีอาการลองโควิด จะไม่ส่งผลในระยะยาวต่อร่างกาย หากผู้ป่วยรู้จักการดูแลรักษาร่างกายตนเองให้กลับมาแข็งแรง ก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ” ดังนั้น คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะลองโควิดมี แนวทางการดำเนินชีวิตในช่วงชีวิตถัดไปได้ดี

พยาบาลชุมชนมีหน้าที่ดูแลสุขภาพเน้นการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนผลักดันและกระตุ้นให้บุคคลผู้ที่มีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะหน้าที่ในการปกป้อง สุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากกลุ่มอาการต่าง ๆ ภายหลังหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะลองโควิด เพื่อให้

สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพในปัจจุบันตามบทบาทของพยาบาลชุมชน เช่น การเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้เสริมพลังอำนาจ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สื่อสาร ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้ประสานงานการดูแลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในชุมชน ผู้เป็นแบบอย่างด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก และการเป็นผู้นำหรือสมาชิกในวิชาชีพให้ประชาชนในชุมชนสามารถจัดการภาวะลองโควิด ในชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การลดการเกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ ภายหลังหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วัลลภา ดิษสระ และ บุญประจักษ์ จันทรวิน, 2563) ดังนั้นบทความทางวิชาการฉบับนี้ จะช่วยให้พยาบาลชุมชนมีความรู้และความเข้าใจในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะลองโควิดตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะลองโควิด

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพองค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ โดยการสร้างเสริมสุขภาพอาศัยกฎบัตรออกตามเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ 1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับภาวะลองโควิด ได้ดังนี้

1. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สามารถดำเนินการได้โดยใช้ 4 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการกฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งระดับประเทศ และระดับหน่วยงาน เช่น การมีนโยบายการคัดกรองผู้ที่มีภาวะลองโควิด มีแนวทางเฝ้าระวังที่ชัดเจนของแต่ละหน่วยงาน 2) มาตรการทางการเงินในการสนับสนุนอุปกรณ์ชุดตรวจหาเชื้อ 3) มาตรการทางภาษี โดยปรับภาษีลดของผู้ที่ดูแลสุขภาพ ไม่ป่วยเป็นโรคซ้ำ และ 4) มาตรการเปลี่ยนแปลงองค์กร เช่น มีการจัดตั้งศูนย์ที่รับผิดชอบภาวะลองโควิดโดยตรง หรือมีการวางแผนเตรียมรับมือกับการระบาดครั้งต่อไป เป็นต้น

2. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยต้องให้ความสำคัญในการณรงค์สร้างจิตสำนึกในการอยู่ร่วมกันที่เว้นระยะห่างทางสังคม ควรมีมาตรการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงาน การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำกิจกรรมกลุ่ม การพักผ่อนของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น แนะนำการทิ้งหน้ากากอนามัย ชุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Antigen test kit) และชุดอาหาร รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับการทำกิจกรรม และการพักผ่อนหย่อนใจ นอกจากนี้เพิ่มการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิด เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อโรคในที่อยู่อาศัยหรือพื้นที่ส่วนรวม ทำความสะอาด จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบอยู่เสมอ ไม่เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคหรือฝุ่นละอองซึ่งอาจเป็นสาเหตุกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยภาวะลองโควิดเกิดอาการแทรกซ้อนของโรคระบบทางเดินหายใจ

นอกจากนี้การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนก็นับเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ควรสนับสนุนให้ชุมชนค้นหาและพิจารณาศักยภาพของประชาชนในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผล เพื่อให้ประชาชนในชุมชนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดให้มีระบบประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้ที่ติดเชื้อหลังรักษาหาย รวมทั้งการมีระบบวางแผนการดูแลและการติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น เป็นแกนนำในการจัดตั้งกลุ่มไลน์ของชุมชนเพื่อสื่อสารและให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยลองโควิด เป็นต้น

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เป็นการพัฒนาผู้ที่ติดเชื้อหลังรักษาหายให้มีทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันต่อภาวะความเสี่ยงที่อาจจะเป็นติดเชื้อซ้ำ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และมีกลวิธีการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อเป้าหมายสุขภาพที่ดี เช่น การพัฒนาทักษะให้รับรู้สุขภาพของตนเอง การแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สามารถเชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ รู้เท่าทันสื่อสุขภาพที่ดีเพื่อนำไปดูแลสุขภาพของตน

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ทุกหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต้องร่วมกันทำงานเพื่อให้เกิดการจัดการภาวะสุขภาพที่เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานให้เข้ากับสถานการณ์สุขภาพที่เกิดขึ้น การติดตามข่าวสาร ค้นคว้าหาข้อมูล และประชุมร่วมกันในการดูแล บริหารระบบการจัดบริการผู้ที่ติดเชื้อหลังรักษาหาย แสวงหาองค์ความรู้ การทำวิจัย หรือการทำนวัตกรรม เกี่ยวกับการจัดการภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นกับประชาชน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 เกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยุทธศาสตร์การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอ โดยพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ความมั่นคงทางสุขภาพ เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน (โอกาส การยักยิบพงศ์, 2565) ถึงแม้จะยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เน้นการดูแลผู้ที่มีภาวะลองโควิดโดยตรง แต่ก็มีกรอบระบบการจัดการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาได้ เช่น การเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข การสร้างระบบสื่อสารทางสุขภาพ ซึ่งประเด็นนี้อาจเป็นทิศทางที่จะขับเคลื่อนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะลองโควิดได้ต่อไป

บทบาทพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ที่มีภาวะลองโควิด

จากการศึกษาของ มาลินี งามอาจ, นพวรรณ กันยา และ ทศพล แอนโก (2565) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะลองโควิดในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโดยการ ชักประวัติ ประเมินอาการ และตรวจร่างกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือการฟื้นฟูสุขภาพอย่างถูกต้อง ติดตามอาการและ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบทุกราย รวมถึงส่งต่อการรักษาที่เหมาะสมให้ได้รับการดูแลรักษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะลองโควิดครบทุกราย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยในชุมชนไม่มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต ดังนั้น บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้ที่มีภาวะลองโควิด จึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลชุมชนที่มีความสำคัญในระบบดังกล่าว ตามที่เครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้กำหนดบทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 10 บทบาท (ศิริพร ชัมภลชิต, มณี อาภานันท์กุล และ ประภาพร จินันทยา, 2559) โดยสามารถอธิบายแต่ละบทบาทได้ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (health care provider) ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อซ้ำเป็นสำคัญ พร้อมทั้งให้บริการตามขอบเขตความรับผิดชอบอย่างครบถ้วน ผสมผสานและต่อเนื่อง ทั้งนี้ตามแนวทางปฏิบัติของ NICE (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021) ให้มีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และยังมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรมการแพทย์, 2564) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การซักประวัติ

1.1.1 ประวัติทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว และยาที่ใช้ประจำ เป็นต้น

1.1.2 ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเฉียบพลัน เช่น วันที่ได้รับการวินิจฉัย (onset) อาการและความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ในระหว่างการรักษา

1.1.3 ประวัติอาการที่สงสัยภาวะลองโควิด เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย ใจสั่นและหลงลืม เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอาการที่ยังคงอยู่ หรืออาการที่เกิดขึ้นใหม่ ภายหลังติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบัน และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 การตรวจร่างกาย

1.2.1 วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

1.2.2 ติดตามอาการตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ที่อาจจะพบอาการผิดปกติ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยภาวะลองโควิดจะมีอาการหายใจไม่เต็มปอด เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ระบบทางเดินอาหารมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ความรู้สึกอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร ระบบประสาท มีอาการ หลงลืม ความจำสั้น ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และด้านจิตใจ มีอาการวิตกกังวล หดหู่ซึมเศร้า หากพบอาการดังกล่าวข้างต้น ควรรีบให้การช่วยเหลือ หรือส่งพบแพทย์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้น

1.2.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเพิ่มเติมตามการรักษาของแพทย์ พยาบาลชุมชน ควรติดตามผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจสมรรถภาพปอด ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่อาจมีภาวะลองโควิด และติดตามให้การช่วยเหลือต่อไป

1.3 การรักษาตามอาการ เช่น การดูแลให้ได้รับยารักษาโรคโควิด 19 ตามอาการและคำแนะนำในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การดูแลให้ได้รับยาพ่นหรือออกซิเจนที่บ้านตามความจำเป็น แนะนำการสังเกตอาการที่ควรมาพบแพทย์ เป็นต้น

1.4 การฟื้นฟูสภาพ โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย (passive exercise) เช่น การช่วยยกแขนขึ้น-ลง กางและหุบแขน เพื่อช่วยการขยายตัวของกล้ามเนื้อทรวงอก ในผู้ที่อ่อนแรงหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (active exercise) เช่น ทำบริหารปอด การนอนหลับพักผ่อน และกระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพของร่างกาย

2. บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพ (health educator) การให้ความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะลงโควิด สำหรับประชาชนประชาโดยสัมพันธ์ผ่านหลากหลายช่องทาง อาทิ ระบบเสียงตามสาย ในชุมชน บอร์ดให้ความรู้ หรือแผ่นโปสเตอร์ หรือแผ่นไว้นิล พร้อมกับคิวอาร์โค้ด (QR code) ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านอุปกรณ์ดิจิทัล หรือช่องทางโซเชียลต่างๆ เช่น กลุ่มไลน์ของชุมชน เฟซบุ๊กของหมู่บ้าน เป็นต้น และสอนทักษะการช่วยเหลือตัวเองหรือคนในครอบครัวหากเกิดอาการผิดปกติ

3. บทบาทการเป็นผู้เสริมพลังอำนาจ (empowerment agent) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ที่มีภาวะลงโควิด ในการดูแลสุขภาพตนเอง สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังใจให้ตระหนักรู้ภาวะสุขภาพของตนและกระตุ้นให้ดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น การใช้คำพูดในเชิงบวก การกระตุ้นเชิงชวนให้ทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การให้กำลังใจ ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะก้าวผ่านความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่

4. บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (consultant) พยาบาลต้องรับฟังข้อมูลจากผู้ที่มีภาวะลงโควิด ครอบครัว และชุมชน เช่น การรับฟังอาการ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ สอบถามปัญหาหรือความกังวลใจที่มีอยู่ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การชี้ช่องทางแก้ปัญหาคือเป็นผลกระทบจากการป่วย เช่น การขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย พยาบาลชุมชนอาจให้คำแนะนำในการสร้างรายได้จากอาชีพส่วนตัว หรือส่งเสริมให้มีการอบรมการสร้างอาชีพ เป็นต้น

5. บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร (communicator) พยาบาลมีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะลงโควิด ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง จำเพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละราย ทั้งนี้ควรเลือกใช้คำพูดที่เรียบง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ ควรอธิบายให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน พูดให้ชัดเจน ใช้จังหวะความเร็วปานกลาง และเน้นข้อมูลที่ปฏิบัติได้จริง ประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง ให้ความรู้ ความเข้าใจในการรับรู้ ข้อมูลที่เป็นความจริง แยกแยะข้อมูลเท็จได้

6. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ (advocators) พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับจากการตรวจรักษา การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สิทธิการเยียวยาจากรัฐบาล สิทธิที่จะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกต้อง เช่น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง แหล่งสิทธิประโยชน์ ข้อมูลการรักษา รวมทั้งสิทธิอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้พยาบาลควรมีการชี้แจงลักษณะพยาธิสภาพของโรค

แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจ ลดการรังเกียจกันและกัน ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มควมมีคุณค่าของผู้ป่วย อีกทั้งสร้างความเข้าใจให้กับบุคคลรอบข้างของผู้ที่มีภาวะลองโควิดการเป็นตัวแทนผู้ป่วย เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วยในการเรียกร้องสิทธิ เช่น ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ที่ด้อยโอกาส ในการเข้าถึงการรักษา เพื่อเกิดความเท่าเทียมในการรักษาด้วย

7. บทบาทการเป็นผู้ประสานงานการดูแล (coordinator of care) การประสานงานเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างมากในบทบาทของพยาบาล โดยการประสานงานกับสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากมีอาการรุนแรงมากขึ้น บทบาทที่ประสานงานกับชุมชน เช่น อสม. ด้านการคัดกรอง ประเมินดูแลเบื้องต้น เพื่อหาช่องทางในการติดตามอาการของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ที่มีภาวะลองโควิด ให้กับบุคลากรสุขภาพในชุมชน การประสานการดูแลระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ การส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม หรือส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตามข้อบ่งชี้ของภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ประสานสิทธิในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล

8. บทบาทการเป็นแบบอย่าง (role model) การเป็นแบบอย่างด้านการสร้างเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลควรสะท้อนความเป็นภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลเกิดความศรัทธาและน่าเชื่อถือด้านการสร้างสุขภาพ ได้แก่

8.1 การเป็นแบบอย่างการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนครอบคลุมทุกช่วงวัย เช่น การฉีดยาป้องกันโรคโควิด 19 การสวมใส่หน้ากากอนามัยที่คลุมบริเวณปากและจมูกอย่างมิดชิด การรักษาระยะห่าง โดยอยู่ห่างจากผู้อื่นประมาณ 1.5-2 เมตร หลีกเลี่ยงสถานที่หรือบริเวณแออัดและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ล้างมือบ่อย ๆ การพบปะสังสรรค์ที่น้อยลง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น

8.2 การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น มีความตระหนักรู้การสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม ควบคุมน้ำหนัก และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น รวมทั้งการมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

9. บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก (change agents) พยาบาลควรเป็นผู้นำในการสร้างกิจกรรมหรือโครงการในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการออกกำลังกายในชุมชน การนำพาประชาชนทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ การนำคัมภีร์นวัตกรรมมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพปอดผู้ที่มีภาวะลองโควิด การร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์หรือทางสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ค้นคว้าวิธีการป้องกันโรค การวิจัยหาแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซ้ำ ซึ่งเป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง

10. บทบาทการเป็นผู้นำหรือสมาชิกในวิชาชีพ (leader/member of professional) พยาบาลสร้างเครือข่ายระหว่างชุมชน ร่วมกันกับสหวิชาชีพทางสุขภาพในการกำหนดทิศทางการดูแล และเป็นสื่อกลางในการผลักดันองค์กรวิชาชีพในการเปลี่ยนแปลงระบบติดตามแก่ผู้ที่มีภาวะลองโควิด การทำวิจัยและ/หรือนวัตกรรม

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด ตลอดจนเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกในครอบครัว ผลักดัน อสม. ผู้นำชุมชน จัดสภาพแวดล้อมที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด

การประยุกต์ใช้บทบาทพยาบาลชุมชนกับผู้ป่วยที่มีภาวะลงโควิด

กรณีศึกษา ชายไทยคู่ อายุ 55 ปี อาชีพค้าขายอาหารจานเดียวที่ร้านเล็กๆ ในซอยของหมู่บ้าน หลังจากป่วยด้วยโรคโควิดมา 4 สัปดาห์ มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และมักมีอาการไอบ่อย ๆ โดยปกติแล้วผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 02.00 น. เพื่อไปจ่ายตลาดกับภรรยา ขายอาหารระหว่างเวลา 06.00-17.00 น. ของทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และส่วนใหญ่เข้านอนเวลา 22.00 น. ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ แต่ดื่มสุราเป็นบางครั้ง ร่วมกิจกรรมงานบุญที่วัดเป็นประจำ

การพยาบาล

1.เยี่ยมบ้านและซักประวัติเพิ่มเติมที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะลงโควิด เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โรคประจำตัว ยาหรือสมุนไพรที่ใช้นอกเหนือจากยาประจำ พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการและความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ประวัติการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษา อาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจเกิดภาวะลงโควิด ระยะเวลาที่เกิดอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน รวมถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากที่สุดขณะนี้ ตรวจร่างกาย เช่น การวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะสังเกตไข้ อัตราการหายใจและลักษณะการหายใจ ฟังปอด ฟังหัวใจ การเคลื่อนไหวของลำไส้ การเคลื่อนไหวของแขน ขา อาการที่บ่งชี้ถึงการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลต่อไป (บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ)

2.แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจร่างกายเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การตรวจเลือดพื้นฐาน การตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการอักเสบหรือติดเชื้อของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้นหรือส่งต่อในกรณีที่พบความผิดปกติที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลงโควิด (บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ)

3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะลงโควิด อาการ ความรุนแรง การป้องกันและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ พร้อมแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด และภาวะลงโควิด และแนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านพักและร้านค้าของตนเองให้สะอาด ไล่ มีการระบายอากาศที่ดี เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการหายของโรคที่เกิดกับระบบทางเดินหายใจ (บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพ)

4.พูดคุยให้กำลังใจ โดยมีการใช้คำพูดเชิงบวกเพื่อให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย เช่น “อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นนะคะ นี่เป็นเพราะคุณดูแลตัวเองได้ดี ลองนึกถึงวันที่ติดเชื้อวันแรกจนถึงวันนี้ คุณดูดีขึ้นมากนะคะ แล้วยังเป็นคนที่ได้รับผิดชอบต่อสังคมมาก ๆ คุณไม่ผินตนเองเปิดร้านค้าต่อไปทั้ง ๆ ที่ยังป่วย หากคุณพักผ่อนอย่างเต็มที่ ปฏิบัติตัวอย่างที่พยาบาลได้แนะนำไป คุณจะกลับมาขายของได้เหมือนเดิมเร็วขึ้นแน่ ๆ หากพบอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยหอบมาก ไอถี่ มีไข้ ให้ไปพบแพทย์ทันที เพื่อรับการรักษาแต่เนิ่น ๆ นะคะ นอกจากนี้คุณยังมีคนในครอบครัวที่คอยดูแลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี น่าอิจฉาจริง ๆ” เป็นต้น (บทบาทการเป็นผู้เสริมพลังอำนาจ)

5. ร่วมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย ส่งเสริมให้วางแผนทำกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกันที่บ้านหรือนอกสถานที่ ในระหว่างที่ยังไม่สามารถเปิดร้านค้าได้ เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ โดยใช้ผ้าขาวม้า เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดและอวัยวะอื่นๆในร่างกาย การดูทีวีร่วมกัน หรือสนับสนุนให้มีการวางแผนการพักผ่อนร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทุกวันอาทิตย์ เพื่อลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง (บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา)

6. พูดคุยโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่คลุมเครือหรือพูดให้เกิดความเข้าใจผิด พูดเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและอยู่ในความสนใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่คำศัพท์แพทย์ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ เช่น ไม่ใช่คำว่า “วัดบีพี” แทนคำว่า “วัดความดันโลหิต” เป็นต้น หากจะพูดเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้กำลังมาก (vigorous exercise) ควรพูดว่า “ให้ออกกำลังกายที่ไม่ทำให้เหนื่อยเกินไป” เป็นต้น เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเข้าใจง่าย (บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร)

7. ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสิทธิการดูแลรักษาตนเองในสถานพยาบาล รักษาความลับของผู้ป่วย และเป็นตัวแทนในการสร้างความเข้าใจกับชุมชน จากการที่ผู้ป่วยได้รับความรังเกียจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ลูกค้านำซื้อของที่ร้านน้อยลง ทำให้มีรายได้ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ)

8. ประสานงานกับ อสม. ในพื้นที่ เพื่อประเมินติดตาม อาการต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังประสานงานกับผู้นำในการสร้างกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางสังคมที่ดี (บทบาทการเป็นผู้ประสานงานการดูแล)

9. สวมใส่หน้ากากที่คลุมบริเวณปากและจมูกอย่างมิดชิดทุกครั้งที่ต้องพูดคุย หรือติดต่อกับผู้ป่วย การรักษาระยะห่างเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ และการไปเยี่ยมบ้าน การล้างมืออย่างถูกขั้นตอนหรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ และเป็นตัวแบบในการออกกำลังกายอยู่สม่ำเสมอ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง (บทบาทการเป็นแบบอย่าง)

10. คิดค้นนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น เครื่องบริหารปอด การบริหารปอด ให้แก่ผู้ป่วย การค้นคว้าข้อมูลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นเพื่อการเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงรุก)

11. กำหนดทิศทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับเทศบาลตำบลโดยการจัดประชุมเวทีชาวบ้าน เพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ (บทบาทการเป็นผู้นำหรือสมาชิกในวิชาชีพ)

สรุปกรณีศึกษา ชายไทยคู่ สัญญาณชีพกติ ไม่มีอาหารเหนื่อยหอบ ยังมีอาการไอเล็กน้อย เริ่มออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าทุกวัน งดดื่มสุรา และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

บทสรุป

ภาวะลองโควิดจัดเป็นภาวะที่คุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตหลังป่วยเล็กน้อย แตกต่างกันไป พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ในชุมชนกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ การให้บริการสุขภาพ การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา การสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ การเสริมพลังในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การประสานงานติดต่อผู้เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดี และยังเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวแบบวิถีถัดไป (next normal) การเป็นผู้นำหรือสมาชิกในวิชาชีพ ซึ่งการยึดมั่นในบทบาททั้ง 10 บทบาทช่วยให้พยาบาลชุมชนมีความเข้าใจในสถานการณ์ของโรคติดต่อและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการป่วยด้วยโรคโควิด 19 ของประชากรไทย พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลชุมชนสามารถประยุกต์ใช้บทบาทพยาบาล ทั้ง 10 บทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะลองโควิด เพื่อวางแผนโครงการคัดกรอง ติดตาม และดูแล เผื่อระวังภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อไปได้ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเอง โดยเริ่มคัดกรองผู้ที่มีภาวะลองโควิดในชุมชนโดย อสม. จากนั้นพยาบาลชุมชนทำการคัดกรองซ้ำ และให้การพยาบาลครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านสื่อดิจิทัล การจัดกิจกรรมลดความเครียด การจัดกิจกรรมกลุ่มสนทนา การจัดธรรมะสัจจะ การทำกลุ่มจิตอาสา การทำสมาธิ เป็นต้น หรือการประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อดูแลได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการบูรณาการการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนนโยบายจากภาครัฐ ทั้งนี้พยาบาลชุมชนอาจมีข้อจำกัดในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยลองโควิด จึงต้องมีการพัฒนาระบบเผื่อระวังและการดูแลโดยต้องมียุทธศาสตร์จากผู้บริหารชุมชนที่ชัดเจน การจัดตั้งกรรมการในการจัดทำแผนและเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมถึงจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการไว้ให้พร้อม มีระบบการติดตามประเมินผลการทำงาน และการสรุปผลที่ชัดเจนเพื่อเตรียมพร้อมในสถานการณ์โรคระบาดอุบัติใหม่อื่น ๆ ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2566, จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=157.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อาการหลงเหลือหลังจากหายป่วยโควิด 19 หรือเรียกว่า ภาวะ long COVID. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2566, จาก https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=31779.

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนยึดหลัก D-M-H-T-T เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19*. จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *กรมควบคุมโรค เผยคนที่หายป่วยโควิด อาจเกิดภาวะ “ลองโควิด” ได้ แนะนำมีอาการให้พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยสาเหตุ*. สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2566, จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=20647&deptcode=brc&fbclid=IwAR1VxuVb7W5ensjUZSfVsaUJH0I-ldvgetif-LRgOmE6PLY-SjzCj1Xk_mU
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, สายสมร เฉลยกิตติ และ ศศิพร อุ่นใจชน. (2565). บทบาทพยาบาลในการพยาบาลภาวะลองโควิด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14 (1), 214-221.
- มาลินี งามอาจ, นพวรรณ กันยา และ ทศพล แอนโก. (2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีภาวะ Long COVID ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียงตำบลนาเวียงอำเภอรายมุลจังหวัดยโสธร. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 2(3), 42-57.
- รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด. (2564). *ภาวะ long COVID (ลองโควิด)*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2566, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ภาวะ-long-covid-ลองโควิด-เมื่อโรค/>
- วัลลภา ดิษสระ และ บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2563). พยาบาลกับการจัดการป้องกันและการควบคุมการระบาดของ COVID-19 ในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(12), 89-104.
- ศิริพร ชัมภลจิต, มณี อาภานันท์กุล และ ประภาพร จินันทุยา. (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ: บทบาทพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัท มาตา การพิมพ์ จำกัด.
- โอภาส การย์กวินพงศ์ (2565). *นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568*. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2566, จาก <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php/2021-08-16-04-02-53/1133-2566-2568>
- Arnold, D. T., Hamilton, F. W., Milne, A., Morley, A. J., Viner, J., Attwood, M., ... Barratt, S. L. (2021). *Patient outcomes after hospitalization with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort*. *Thorax*. Retrieved from <https://thorax.bmj.com/content/76/4/399>
- Cabrera Martimbianco, A. L., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M., & Riera, R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10), e14357. doi: 10.1111/ijcp.14357
- Chopra, V., Flanders, S. A., O'Malley, M., Malani, A. N., & Prescott, H. C. (2021). Sixty-Day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 174(4), 576–578. doi:10.7326/m20-5661
- Chen, C., Hauptert, S. R., Zimmermann, L., Shi, X., Fritsche, L. G., & Mukherjee, B. (2022). Global prevalence of post-coronavirus disease 2019 (COVID-19) condition or long COVID: a meta-

analysis and systematic review. *The Journal of Infectious Diseases*, 226(9), 1593–1607. doi:10.1093/infdis/jiac136

Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F., & Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*, 324(6), 603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603

Hamers, L. a. C., Kox, M., & Pickkers, P. (2015). Sepsis-induced immunoparalysis: mechanisms, markers, and treatment options. *PubMed*, 81(4), 426–439. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24878876>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Retrieved 14 July 2023, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for health promotion. Document for WHO Publication*. Retrieved January 6, 2023, from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization. (2023a). *A clinical case definition for post COVID-19 condition in children and adolescents by expert consensus*. Retrieved March 28, 2023, from file:///Users/achariya churyen/Downloads/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-CA-Clinical-case-definition-2023.1-eng% 20(1). pdf

World Health Organization. (2023b). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved January 6, 2023, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.