

ปีที่ 23 ฉบับที่ 44

มกราคม - มิถุนายน 2565

Vol. 23 No.44

January - June 2022

ISSN 1513-5454

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

JOURNAL OF NURSING SIAM UNIVERSITY

สารบัญ

ชื่อบทความ

หน้า

หน้า

การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19: กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร
ศิริพรรณ บุตรศรี, ปาริชาติ ชรากาหมุด

10-22

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว
วิรมณ กาสิวงค์ , สุประวีณ์ คงธนโชติพิทย

23-35

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า
ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1
วิรมณ กาสิวงค์ , สุประวีณ์ คงธนโชติพิทย

36-48

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการลำไส้ใหญ่ในทารกแรกเกิดที่มีไข้ทาบป่นน้ำคร่ำ
ขณะคลอดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน
ศุภธิดา ตติชยานนท์

49-60

การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท
จังหวัดเชียงใหม่
ยุพเรศ พญาพรหม, หัสญา ตันติพงศ์, พรพรรณ มนัสจกุล, ศรีณญาณธรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล

61-76

กระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมสมรรถนะปฏิบัติการทางการพยาบาล
ของนักศึกษาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สุจิตราภรณ์ ทับครอง, ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม, ธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์, พิไลพรรณ แก้วแก่นตา

77-91

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด: ความท้าทายของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์โควิด-19
เกศินี วุฒิวงศ์

92-103

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์

104-112

การบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในชุมชน
นวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์, วิจิต แสงสว่าง

113-122



มหาวิทยาลัยสยาม
Siam University
สำนักทะเบียนและวัดผล
Registration Office

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 23 ฉบับที่ 44 (มกราคม-มิถุนายน 2565) นะคะ ก่อนอื่นกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเราทั้งการหยิบอ่านและการส่งบทความมาลงพิมพ์ค่ะ ซึ่งบางท่านบอกว่ากระบวนการพิจารณาเรื่องที่จะลงพิมพ์ใช้เวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากวารสารของเราอยู่ใน TCI กลุ่ม 2 ดังนั้นกระบวนการทำงานจึงต้องใช้เวลาและต้องอยู่ในกรอบเวลาที่ TCI กำหนดนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 9 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจมากมาย เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19: กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร” เรื่องที่ 2 “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว” เรื่องที่ 3 เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1” เรื่องที่ 4 เรื่อง “อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการลำไส้ใหญ่ในทารกแรกเกิดที่มีไข้เทาปนน้ำคร่ำ ขณะคลอดในโรงพยาบาลระพุ่มแบน” เรื่องที่ 5 “การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1 “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมสมรรถนะปฏิบัติการทางการพยาบาลของนักศึกษาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” เรื่องที่ 2 “การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด: ความท้าทายของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์โควิด-19” และเรื่องที่ 3 “บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง” และเรื่องที่ 4 “การบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ กรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ ส่วนท่านผู้อ่านที่สนใจจะสมัครเป็นสมาชิกวารสารของเรา สามารถสมัคร ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค | มหาวิทยาลัยสยาม (บรรณาธิการ) |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาภาษาชาวไทย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุทยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 6. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 7. อาจารย์ เรือเอกหญิงนิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 8. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 10. ดร.ประภาศรี เบญจศิริลักษณ์ | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 12. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 13. อาจารย์ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. อาจารย์พัชรี รัตมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 15. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 16. อาจารย์อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 17. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 18. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 19. ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 20. เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 21. ดร.วราภรณ์ คำรศ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 22. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 23. อาจารย์ณิคมล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 24. อาจารย์สุธิดา ดีหนู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 25. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. อาจารย์รัฐกานต์ ขำเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. อาจารย์ศิรินา สันตังงาน | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 30. อาจารย์รัตนภรณ์ คำทะเนตร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 31. อาจารย์ธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์ | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.กมลเดชา ชาญเบญจพิฏ มหาววิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติญาณนท์ มหาววิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาววิทยาลัยสยาม

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ พัสสมณท์ คุ่มทวีพร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
12. รองศาสตราจารย์ ดร.นิวสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
13. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
14. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ มหาวิทยาลัยพายัพ
15. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โค้วาวิสารัช มหาวิทยาลัยสยาม
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์ชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อมรรักษ์ งามสวย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยกุล รัชกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ มหาวิทยาลัยบูรพา
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ มหาวิทยาลัยสยาม
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ มหาวิทยาลัยสยาม
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร มหาวิทยาลัยสยาม
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี มหาวิทยาลัยมหิดล
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา มหาวิทยาลัยรังสิต
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เขยสุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมผกา ปัญญะใหญ่ มหาวิทยาลัยพายัพ
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตภา ธรรมรัตนกุล สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



- | | |
|-----------------------------------|--|
| 39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เฟไธ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 40. ดร.ไพรินทร์ ณิชโชติสุขัญ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 41. ดร.พุทธรธรรม ชูเชิด | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 42. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา | มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ |
| 43. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 44. ดร.จิตรลดา พิริยาศสน์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี |
| 45. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร | มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 46. ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 47. ดร.จารุณี สรภุข | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 48. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 49. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 50. ดร.จุรีวรรณ มณีแสง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 51. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 52. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่งานจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี

8. ขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ในการอ้างอิงบทความที่เคยลงในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม อย่างน้อย 1-2 เรื่อง
9. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน) และ 3,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
10. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวอยู่วุฒิการศึกษาชัดเจนขอขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยภาษาอังกฤษบรรทัดต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.25 เซนติเมตร **ยกเว้น** เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา

8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์
9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 6th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างถึงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย (ชื่อนามสกุลผู้นิพนธ์ทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศ (นามสกุลทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก, ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างถึงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อเรื่อง. //ชื่อวารสาร, //ปีที่ (ฉบับที่), /หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อหนังสือ. //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5 และผู้แต่ง 6. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่งมากกว่า 6 คนขึ้นไป

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5, /ผู้แต่ง 6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่ผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ

ผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.



- ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพ

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19: กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

Model Development of Participatory Processes for Early Childhood Access to Quality Food in Amidst The Pandemic of Covid-19: A Case Study Romklat Community, Latkrabang District, Bangkok

Received: January 30, 2022

Revised: February 25, 2022

Accepts: April 4, 2022

ศิริพรรณ บุตรศรี (วท.ด.)¹, ปาริชาติ ชรากาหมุด (ส.ม.)²

Siripun Bootsri (Ph.D.), Parichart Charakamud (M.P.H)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนากระบวนการเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยชุมชนร่มเกล้า จำนวน 200 คน ใช้เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยในชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้เข้าถึงอาหารคุณภาพ และติดตามเยี่ยมบ้านเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและส่งเสริมพัฒนาการ การอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ของกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมมีการพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหา โดยการนำทรัพยากรจากชุมชนทุนมนุษย์และสังคม ค้นหาผู้รอบรู้ และกระตุ้นการมีส่วนร่วมจนสามารถจัดทำกลไกขับเคลื่อน ทำแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จากการถอดบทเรียน พบว่า ปัจจัยความสำเร็จคือ การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เชื่อมโยงกับระดับนโยบาย ทำให้ชุมชนได้รับงบประมาณและการสนับสนุนเชิงวิชาการจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ผลจากการขับเคลื่อนในชุมชนร่มเกล้า เป็นจุดเริ่มต้นให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร สามารถเปิดจัดอาหารกลางวันและอาหารเสริม(นม)แก่เด็ก เป็นกรณีพิเศษ ทำให้เด็กเข้าถึงอาหารกลางวันคุณภาพครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13

คำสำคัญ: กระบวนการมีส่วนร่วม, การเข้าถึงอาหารคุณภาพของเด็กปฐมวัย

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, Thailand

Corresponding author: puingbee@hotmail.com

²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, Thailand

Abstract

This participatory action research aimed to study the process of building participation and developing a model for early childhood children accessing quality food in the situation of the COVID-19 epidemic. The sample group was 200 early childhood children in Romklao community using qualitative research tools: in-depth interview semi-structured focus group discussion etc. The results showed that early childhood in the community encouraged access to quality food and follow-up home visits to monitor nutritional status and promote development correct child rearing with parents involved outcomes of a community-based participatory process model Participants develop problem-solving abilities. By bringing resources from the human capital community and society search for knowledgeable people and stimulate participation until a mechanism can be created make a plan to implement it in a concrete way. From the lessons learned, it was found that the success factor was creating a mechanism for participation of network partners at the local level connected to the policy level. This allows the community to receive budget and academic support from network partners involved in both the public and private sectors. The results of the drive in the Romklao community It is the starting point for the pre-school child development center. Under the office of Social Development Department in Bangkok can provide lunch and supplementary food (milk) for children is a special case make children have access to quality lunches covering the 13th health zone.

KEYWORDS: Participatory Processes, Early Childhood Access to Quality Food

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่ง และมีคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ช่วงวัยสำคัญที่เป็นจุดเริ่มต้นคือช่วงวัยเด็ก ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาทุนมนุษย์ ที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่า

มากที่สุด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) เมื่อประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้คือ เด็กปฐมวัยขาดการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องหยุดโรงเรียน ขาดพฤติกรรมทางด้านสังคม (กรมควบคุมโรค, 2564), (องค์การยูนิเซฟ, 2563) ครอบครัวมีความยากลำบากมากขึ้น ผู้ปกครอง หรือพ่อแม่ของเด็กที่ประกอบอาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย หรืออาชีพอิสระต้องพึ่งพารายได้แบบวันต่อวัน



รายได้ครอบครัวลดลง ร้อยละ 95.6 (กรมสุขภาพจิต, 2564) ส่งผลกระทบต่อความสามารถเข้าถึงอาหาร โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย ซึ่งต้องการพลังงานและสารอาหารต่อหน่วยน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่ เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตและสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือน โดยเฉพาะเด็กในครัวเรือนที่มีฐานะยากจน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผลการศึกษาการบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ทารกและเด็กเล็กในสังคมไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในทารกและเด็กเล็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยต้องประสบกับปัญหาการขาดแคลนอาหาร หน่วยงานรัฐจำเป็นต้องวางแผนแก้ปัญหาการขาดแคลนอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านการเจริญเติบโตและการพัฒนาการในครอบครัวเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ที่ควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือในช่วงวิกฤต (ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย จิตติกร โตโพธิ์ไทย ปาริณา ศรีวนิชย์ และเอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2564)

จากรายงานระบบรายงานภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2562 (The Multiple Indicator Cluster Survey, MICS6) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) พบว่า มีภาวะเตี้ยร้อยละ 13.3 ภาวะผอมแห้งร้อยละ 7.7 และภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 9.2 เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีภาวะเตี้ยร้อยละ 17 ภาวะผอมแห้งร้อยละ 4.5 และภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 17.2 จะเห็นได้ว่า เด็กปฐมวัยในเขตเมืองมีแนวโน้มมีภาวะเตี้ยและน้ำหนักเกินสูงกว่าพื้นที่อื่น และจากการสอบถามในคลินิกเด็กดี สถาบันพัฒนาสุขภาพ เขตเมือง กรมอนามัย พบว่า ผู้ปกครองขาดความรู้เรื่องอาหารตามวัย ภาวะโภชนาการ

ที่เหมาะสมกับวัย เข้าใจผิดว่าเด็กอ้วนคือเด็กสุขภาพดี ขาดความรู้เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการ และการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็ก จึงส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัยในชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม และ มีความเสี่ยงต่อภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการในสถานการณ์ดังกล่าว (กรมสุขภาพจิต, 2564)

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร จึงปรับแผนการดำเนินงานโครงการเดิมให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พื้นที่ชุมชนแออัดเขตเมือง ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องศึกษาพัฒนารูปแบบ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยร่วมกัน (สุภางค์ จันทวนิช, 2547)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เพื่อเด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการที่ดี รวมถึงการดูแลเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมยกระดับคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยในเขตเมืองให้เติบโตเต็มศักยภาพ ทั้งมิติดบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำองค์ความรู้

จากการพัฒนารูปแบบขยายผลสู่พื้นที่เขตเมืองอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

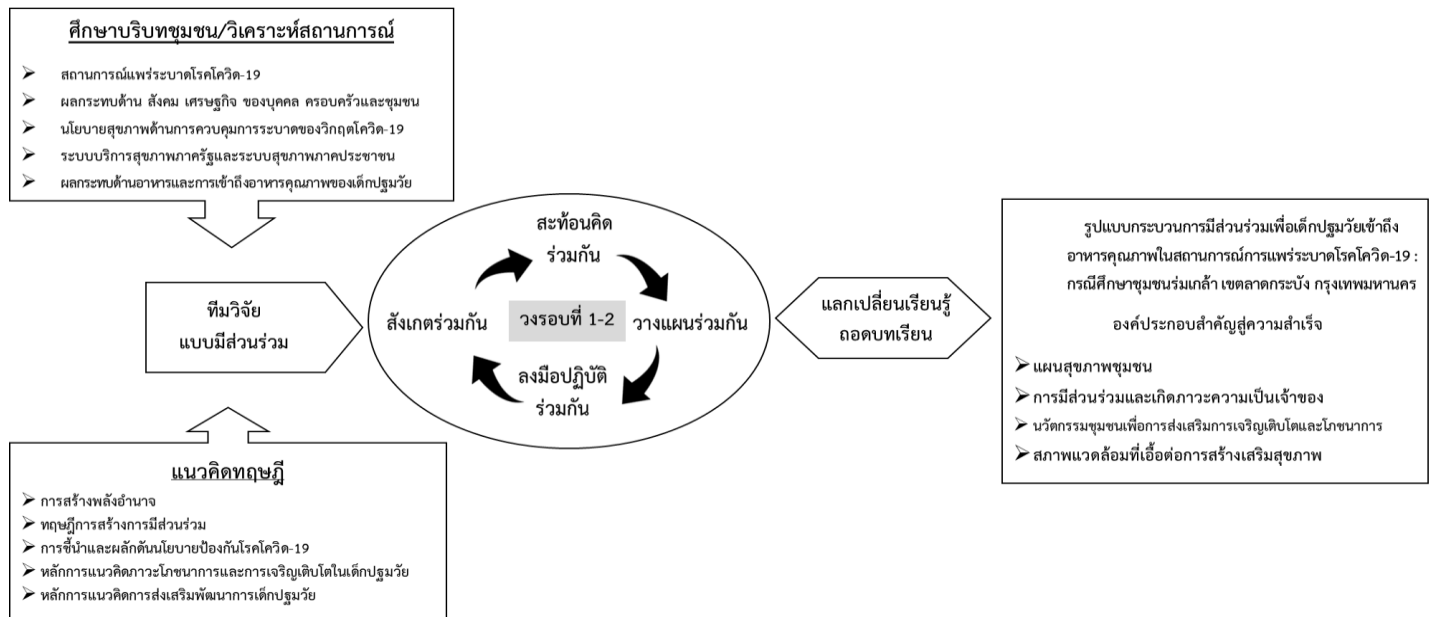
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Crane & O'Regan, 2010 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ

1.1 แบบสำรวจข้อมูลบริบทชุมชน ได้แก่ ลักษณะทั่วไป ประวัติของชุมชน ข้อมูลประชากร ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่สาธารณะประโยชน์ในชุมชน โครงสร้างองค์กรชุมชน ปฏิทินชุมชน แผนที่เดินดิน ระบบสุขภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อสุขภาวะเด็กปฐมวัย ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติต่อเด็กปฐมวัยที่มีในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การสนับสนุนช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่ได้รับผลกระทบโรคโควิด-19 แนวคำถามลักษณะการเปรียบเทียบเกี่ยวกับวิถีการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

1.3 แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง ด้วยการตั้งประเด็นคำถาม 3 ลักษณะ ได้แก่ แนวคำถามลักษณะบรรยาย



แบบการสนทนากลุ่ม เจาะประเด็น และแลกเปลี่ยนทัศนะในประเด็นสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ชุมชนเผชิญอยู่ บทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัย มาตรการการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ชุมชนมีทุนทางสังคม ศักยภาพชุมชนภูมิปัญญาท้องถิ่น การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยในอนาคต โดยการเชิญกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันมาร่วมสนทนา ได้แก่ 1) กลุ่มผู้แทนผู้ปกครอง ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง 8 คน 2) กลุ่มครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 4 คน 3) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลอนามัยชุมชน 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน และ 4) กลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบลงสู่การปฏิบัติ

2.1 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของเด็กในความดูแล ภาวะโภชนาการ (ใช้เกณฑ์อ้างอิงเด็กแรกเกิด-5 ปี พ.ศ. 2558 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual, DSPM) สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมทั่วไป ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมส่วนตัว อนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาตรการการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม และการควบคุมป้องกันโรคในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 และอื่น ๆ ที่สังเกตได้

2.2 แนวคำถามสำหรับประชุมติดตามผลและสะท้อนผล ได้แก่ เป้าหมายหรือความคาดหวัง เป็นไปตามเป้าหมายหรือความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่เกิดขึ้นเป้าหมายหรือ

ความคาดหวังและไม่เป็นไปตามความคาดหวัง กลับไปทำอะไรต่อ หรือปรับปรุงการทำงานอย่างไร

2.3 การจัดบันทึกภาคสนามจากการสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

2.4 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย พยาบาลอนามัยชุมชน นักจิตวิทยา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และผู้แทนผู้ปกครอง ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ดังภาพที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 การสังเกตร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้อง ติดตามเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ความต้องการการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองประเมินภาวะโภชนาการด้วยกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต กรมอนามัย แยกเพศชายหญิงและอายุ และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิด ประชุมนำเสนอผลการสำรวจผลกระทบต่อสุขภาวะเด็กปฐมวัยในชุมชน และฉายภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย ระดมสมองโดยการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ร่มเกล้า เขตลาดกระบัง ผู้แทนผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน บุคลากรสาธารณสุข (พยาบาลอนามัยชุมชน นักจิตวิทยา และอาสาสมัครสาธารณสุข) เพื่อออกแบบและวางแผนการสำรวจปัญหาเชิงลึก ผลกระทบด้าน



ภาพที่ 2 กระบวนการดำเนินการวิจัย

สุขภาพจากสถานการณ์โรคโควิด-19 นำไปสู่การพิจารณาเลือกประเด็นปัญหาและวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคประชาชนแบบอย่างมีส่วนร่วม โดยชุมชนมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือเด็กปฐมวัยและครอบครัวผู้เปราะบาง เพื่อช่วยให้สามารถเข้าถึงอาหารคุณภาพและได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน จัดทำแนวทางการดำเนินงานโครงการ โดยจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมกับทีมปฏิบัติการ และพัฒนาศักยภาพทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาลอนามัยชุมชน นักจิตวิทยา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และผู้แทนผู้ปกครอง ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบังอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) จัดอบรมด้านการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครอง เพื่อผลิตอาหารเสริมตามวัย การส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในชุมชน 2) จัดทำแนวทางติดตามเฝ้าระวัง

พัฒนาการและการเจริญเติบโตฝึกทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 3) พัฒนาแผนปฏิบัติการโดยแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองสนับสนุนด้านวิชาการ ทีมแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งดำเนินงานตามแนวทางในแต่ละประเด็นที่กำหนด แกนนำชุมชนร่วมกับสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองดำเนินการของงบประมาณเงินสนับสนุนอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ทีมอาสาสมัครผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนเปิดจัดทำอาหารกลางวันและนมกล่องส่งมอบให้เด็กในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมเด็กปฐมวัยที่ได้รับผลกระทบ

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติร่วมกัน คณะทำงานได้แก่ กลุ่มทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย พยาบาลอนามัยชุมชน นักจิตวิทยา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และผู้แทนผู้ปกครอง



ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบังดำเนินงานเพื่อเด็กปฐมวัย เข้าถึงอาหารคุณภาพ ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม และสนับสนุนยังชีพเด็ก อุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ หนังสือนิทาน ของเล่น สมุดระบายสี เป็นต้น ร่วมติดตามเยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินผลในชุมชนและศูนย์เด็กเล็ก

ขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยดำเนินการสะท้อนผลและปรับปรุงกระบวนการระหว่างนำรูปแบบไปปฏิบัติตามแผน โดยจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้น ถอดบทเรียนความสำเร็จ อุปสรรคในการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับชุมชน เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสม จำนวน 2 วนรอบ ตามกระบวนการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มที่วิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลอนามัยชุมชน 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน 4 คน และผู้แทนผู้ปกครองชุมชน ร่มเกล้า เขตลาดกระบัง 8 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษารวบรวมข้อมูล คือ เด็กปฐมวัย ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนร่มเกล้าโซน 7, 9, 10 และ 11 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Stratified Random Sampling) หลังจากนั้น ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในชุมชนร่มเกล้าโซน 7, 9, 10 และ 11 จำนวน 50, 30, 75 และ 45 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 200 คน

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากเป็นโครงการขับเคลื่อนงานในภาวะวิกฤตเร่งด่วน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยไม่ได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แต่ได้นำหลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรม มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ มีหนังสือแสดงความยินยอมหรืออนุญาตของชุมชนและขออนุญาตจากผู้ปกครองรายบุคคลก่อนเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติของชุมชน ข้อมูลประชากร ข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่สาธารณะ ประโยชน์ในชุมชน โครงสร้างองค์กรชุมชน ปฏิทินชุมชน แผนที่เดินดิน ระบบสุขภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) กำหนดแก่นสาระจากการตีความ (Thematic Analysis) แล้วนำมาหาข้อสรุปเพื่ออธิบายถึงความเชื่อมโยงของผู้ให้ข้อมูลและการใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการอธิบายก่อนที่จะสรุปเชื่อมโยงประเด็นทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ตัวแบบเชิงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอน สามารถสรุปเป็นตัวแบบได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลจากการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตร่วมกัน พบว่า เด็กปฐมวัยทั้ง 4 ชุมชน จำนวน 200 คน เป็นกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี จำนวน 70 คน (ร้อยละ 35) กลุ่มเด็กอายุ 3-6 ปี จำนวน 130 คน (ร้อยละ 65) และมีเด็กที่อยู่ในครอบครัวเปราะบาง จำนวน 60 คน ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก อายุ 0-2 ปี ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมผู้ปกครองมีความเครียดเมื่อแม่มีภาวะเครียด ทำให้น้ำนมไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารก และครอบครัวที่ถูกเลิกจ้างทำให้รายได้ลดลง ส่งผลให้ขาดรายได้จนไม่สามารถหาเงินเพื่อซื้อนมผงสำหรับลูกได้ ดั้งเดิม จึงนำมาซึ่งการขอความช่วยเหลือ การระดมทุน และการบริจาคนมผงและนมสำหรับเด็กจำนวนมาก จากหลากหลายช่องทางทั้งประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน- 2 ปี ไม่ได้กินอาหารเสริมตามวัยที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง อาหารที่ครอบครัวได้รับบริจาคในชุมชนเป็นถุงยังชีพที่ส่วนใหญ่เป็นอาหารแห้งสำเร็จรูป ไม่เหมาะสมกับเด็กเล็ก สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี เมื่อศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนถูกสั่งปิด ตามคำสั่งของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ส่งผลให้เด็กขาดการเล่นเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับอาหารกลางวันและนมกล่องที่เคยได้รับสนับสนุนในสถานการณ์ปกติ เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น กินขนมกรุบกรอบ บะหมี่สำเร็จรูป เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ถูยงชีพและอาหารสำเร็จรูปที่ได้รับบริจาคในชุมชน ไม่เหมาะสมกับเด็กวัยนี้ ส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตและการพัฒนาการตามวัยของเด็กในชุมชน พ่อแม่หลายคนไม่มีศักยภาพเพียงพอและไม่มีประสบการณ์มากพอในการเล่นเรียนรู้ร่วมกับเด็ก เด็กส่วนใหญ่ติดหน้าจอ เล่นโทรศัพท์มือถือ เล่นเกมมากขึ้น ทำให้มี

พฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนามเด็กเล่นในชุมชนถูกสั่งปิด ทำให้ขาดการเข้าถึงอาหารกลางวันและนมกล่อง นอกจากนี้ครอบครัวยังขาดความรู้เรื่องอาหารตามวัยเด็ก หากไม่รีบแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กในอนาคต

ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิด โดยคืนข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อระดมความคิดกำหนดทิศทางการให้การช่วยเหลือกลุ่มเด็กปฐมวัยในประเด็นการเข้าถึงอาหารคุณภาพและการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย โดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) สร้างกลไกการเข้าถึงอาหารคุณภาพสนับสนุนอาหารกลางวันแก่เด็กในชุมชนเป็นกรณีพิเศษช่วงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนถูกสั่งปิด ตามคำสั่งของ ศบค. เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2) ช่วยเหลือครอบครัวกลุ่มเปราะบางให้เข้าถึงอาหารคุณภาพและส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนร่วมกัน นำแนวทางพัฒนาที่วางแผนไว้นำไปสู่การดำเนินงานกิจกรรม 2 โครงการ ดังนี้ 1) โครงการชุมชนร่วมใจเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพ ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ครูหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมหลัก ดังนี้ อบรมพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงด้านการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต การจัดเมนูอาหารคุณภาพและอาหารเสริมตามวัย และการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM การผลิตสื่อออนไลน์ส่งเสริมการเรียนรู้ แบบชีวิตวิถีใหม่ 2) โครงการหนุนนอยอยู่บ้านต้านโควิด ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และ



ผู้เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมหลัก ดังนี้ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสา ในการผลิตอาหารเสริมตามวัย และการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางในติดตามเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติร่วมกัน ดังนี้ 1) ประธานชุมชนและครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนจัดทำหนังสือร้องทุกข์ขอเปิดจัดอาหารกลางวันแก่เด็กในชุมชนเป็นกรณีพิเศษ ช่วงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนถูกสั่งปิดนำเสนอวาระเร่งด่วนแก่คณะกรรมการวิสามัญ สภากรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร จนสามารถเปิดจัดอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ภายใต้โครงการชุมชนร่วมใจเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพ ผลลัพธ์โครงการเด็กชุมชนร่มเกล้าได้รับอาหารกลางวันอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้อง โดยใช้คลิปส่งเสริมการเรียนรู้แบบออนไลน์ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสาในชุมชนหาแหล่งทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อผลิตอาหารตามวัยที่สะอาดปลอดภัย และสนับสนุนถุงยังชีพสำหรับเด็กในครอบครัวกลุ่มเปราะบาง จัดกิจกรรมส่งเสริมการเล่นและผลิตของเล่นจากวัสดุหาง่ายในครัวเรือน โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ภายใต้โครงการหนุนน้อยอยู่บ้านต้านโควิด 3) เด็กกลุ่มครอบครัวเปราะบางได้รับอาหารเสริมตามวัยและอาหารว่างในช่วงวิกฤตโควิด-19 วันละ 2 มื้อ สนับสนุนถุงยังชีพเด็กพร้อมอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการแก่ผู้ปกครอง จำนวน 60 ชุด และติดตามเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 4) กำกับติดตามกระบวนการพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยดำเนินการสะท้อนคิดและปรับปรุงกระบวนการระหว่างนำกระบวนการพัฒนาไปปฏิบัติตามแผนทั้ง 2 โครงการโดยจัดให้มีการประชุมคณะทำงาน และผู้เกี่ยวข้องเดือนละ 1 ครั้ง โดยเยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินผลในชุมชนและศูนย์เด็กเล็ก ดำเนินการสะท้อนผลและปรับปรุงกระบวนการระหว่างนำรูปแบบไปปฏิบัติตามแผนและผลถอดบทเรียนผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาพบว่า ตัวแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 : กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะการวางแผน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ เรียนรู้บริบทเชิงบวกของชุมชน ค้นหาทุนมนุษย์และสังคม ค้นหาผู้รอบรู้ด้านเด็กปฐมวัย กระตุ้นการมีส่วนร่วม ตัดสินใจร่วมกัน 2) ระยะลงมือทำ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ จัดทำกลไกขับเคลื่อน ลงมือทำแผนสู่การปฏิบัติ 3) ระยะเรียนรู้ แลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน 4) ระยะปรับปรุง และพัฒนาต่อเนื่อง ทีมวิจัยได้นำโมเดลพื้นฐานของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ดังตารางที่ 1

2. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม พบว่า

2.1 กระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา การเข้าถึงอาหารคุณภาพของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การรับรู้ เข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้องและความต้องการของชุมชน ค้นหาผู้รอบรู้ด้านเด็กปฐมวัย กระตุ้นการมีส่วนร่วม ตัดสินใจร่วมกันโอกาสให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ

วงจร PAR	กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. การสังเกตร่วมกัน (Observe with others)	ประชุมทีมวิจัยพัฒนา ศึกษาบริบทและสิ่งแวดล้อม เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยในครอบครัวเปราะบาง สัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม สังเกตภาคสนาม	- สถานการณ์ปัญหา ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสังคม และภาวะเสี่ยงเด็กปฐมวัย - พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และการบริโภคอาหาร
2. การสะท้อนคิดร่วมกัน (Reflection with others)	ประชุมเวทีประชาคม สันทนาการกลุ่ม สังเกตภาคสนาม	- ค้นข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ และรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - แลกเปลี่ยนความคิด และสร้างการมีส่วนร่วม กำหนด ปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบ
3. การวางแผนร่วมกัน (Plan with others)	ประชุมแบบมีส่วนร่วมกับทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการ	- โครงการชุมชนร่วมใจเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพ - โครงการหนุนน่อยอยู่บ้านด้านโควิด
4. การลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Act with others)	ขับเคลื่อนแผนงานโครงการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	- เกิดกลไกการขับเคลื่อนโครงการฯ เชื่อมร้อยระหว่าง ระดับพื้นที่และระดับนโยบายตามแผนอย่างเป็นระบบ - ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Share)	ประชุมถอดบทเรียน จัดเวทีเสวนาสื่อสะท้อนคิด	สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อวางแผนในวงจรต่อไป เกิด นวัตกรรมชุมชน เช่น โรงอาหารชุมชน กุ้งยังชีพหนุนน่อย อยู่บ้านด้านโควิด กล้องเฝ้า เมนูอาหารเสริมตามวัย

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19

ของชุมชนในการแก้ปัญหา สนับสนุนชุมชนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยการวางแผนแก้ปัญหาตามศักยภาพของชุมชน สร้างแก้ปัญหา และติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา

2.2 การเรียนรู้การพัฒนาการทำงานเป็นทีมวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้รับประโยชน์ในการพัฒนาความรู้จากการปฏิบัติจริง โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในกลุ่มคือให้เด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพและได้รับการอบรมเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

2.3 กลวิธีการพัฒนาการส่งเสริมการเข้าถึงอาหารคุณภาพและได้รับการอบรมเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วม ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้าใจความต้องการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ทำให้ผู้ปกครองได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง

2.4 การติดตามผลและสะท้อนผลจากการถอดบทเรียน พบว่า ผลจากการขับเคลื่อนแผนงาน 2 โครงการ เป็นไปตามความคาดหวังของชุมชน สิ่งที่เกินความคาดหวัง คือ เกิดกลไกการขับเคลื่อนโครงการ ฯ เชื่อมร้อยระหว่างระดับพื้นที่และระดับนโยบาย ส่งผลให้มีประกาศสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ให้ครูพี่เลี้ยงผู้ดูแลเด็กมาปฏิบัติหน้าที่ดำเนินการจัดอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ให้กับเด็กก่อนวัยเรียนรวมทั้งวางแผนการเรียนการสอนในช่วงปิดสถานศึกษาชั่วคราว สิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง คือ กลุ่มผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กอายุ 0-2 ปี ไม่มีเวลาเตรียมอาหารเสริมตามวัยที่ถูกหลักโภชนาการให้กับลูก และไม่มีรายได้เพียงพอในการซื้อวัตถุดิบทำอาหารเสริมตามวัย ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา คือ การจัดตั้งโรงอาหารชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เวียนมาขายอาหาร แม่บ้านรุ่น หรือ ผู้สูงอายุในชุมชน หมุนเวียนมาช่วยขายอาหาร เพื่อเป็น



การเสริมรายได้จัดพื้นที่เรียนรู้ในโรงอาหารชุมชน ซึ่งอาหารเป็นบริการที่ทุกคนต้องมามีส่วนร่วม การจัดทำต้นแบบจะทำให้เกิดการผลักดันในเชิงนโยบาย

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินงานที่มีแนวคิดใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถวิเคราะห์วางแผนดำเนินการและติดตามประเมินผล ในการแก้ไขปัญหาชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างยั่งยืนทั้งด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (รจกัญญาบุญ สิริยพงศ์ วัฒนาศักดิ์ นาริรัตน์ จิตรมนตรี มณีอาภา นันทกุล อาภา ยังประดิษฐ์ นิตยา สีนสุกใส และราตรี ภูศรี, 2555), (รัถยานภิศ พละศึก เบญจวรรณ ฌนอมขยธวัช และดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, 2564)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ชุมชนเผชิญอยู่ บทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัย มาตรการการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้เห็นว่าภายใต้วิกฤตฉุกเฉินที่เกิดขึ้น เด็กคือเหยื่อที่ถูกซ่อนเร้น ที่ชุมชนต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะเด็กในกลุ่มครอบครัวเปราะบาง และฉายภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ทำให้ชุมชนสามารถกำหนดนโยบายที่นำไปสู่การออกแบบโครงการในการแก้ปัญหา ที่ตอบโจทย์

สถานการณ์ของชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง (ศรีเมือง พลังฤทธิ์ อลิสสา รัตนตะวัน และชุมพจน์ อมาตยกุล, 2554)

3. เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาชุมชน ประกอบด้วย การกำหนดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย การนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติและกำกับติดตามเป็นระยะโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินผลหลังการดำเนินงานเสร็จสิ้นตามแผน เน้นตั้งแต่การเรียนรู้บริบทเชิงบวกของชุมชน ค้นหาทุนมนุษย์และสังคม ค้นหาผู้รอบรู้ด้านเด็กปฐมวัย กระตุ้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกัน จัดทำกลไกขับเคลื่อน ลงมือทำแผนสู่การปฏิบัติ เรียนรู้แลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ปรับปรุง และพัฒนาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 –3 ปีโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก, 2559)

4. จากการถอดบทเรียนที่วิจัย พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของโครงการคือ การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับพื้นที่กับระดับนโยบายจนสามารถสนับสนุนงบประมาณค่าอาหารและนมของเด็กปฐมวัยในระยะเวลาที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนถูกสั่งปิด ตามคำสั่งของ ศบค. เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้สำเร็จ และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้มีความรู้และทักษะในการจัดทำอาหารที่มีคุณภาพ สำหรับเด็กการเฝ้าระวังส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ฝึกทักษะ และเรียนรู้การจัดทำอาหารที่มีคุณภาพ การ



ประดิษฐ์ของเด็กเล่นจากวัสดุอุปกรณ์ภายในบ้านและใช้เวลาทำกิจกรรม ด้วยการเล่นกับลูก อ่านนิทาน ไม่ปล่อยให้เด็กอยู่กับโทรศัพท์มือถือถือนานเกินไป

5. กลวิธีพัฒนาการการมีส่วนร่วมส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ ความต้องการของชุมชน แก่นำได้รับการพัฒนาความรู้ สามารถขยายสู่การสร้างต้นแบบการพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน พบว่ากระบวนการดังกล่าวสร้างให้เกิดความมั่นใจ กล้าคิด กล้าทำในชุมชน และความสำเร็จเล็กๆ จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในอนาคต (Crane & O'Regan, 2010), (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2555)

6. จากการนำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง 4 ชุมชน จำนวน 200 คน เป็นจุดเริ่มต้นให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร สามารถเปิดจัดอาหารกลางวันและนมกล่องแก่เด็ก กรณีพิเศษ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ปกครองในช่วงที่ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนถูกสั่งปิด ตามคำสั่งของ ศบค. เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เด็กเข้าถึงอาหารกลางวันคุณภาพครอบคลุมชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถนำกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนที่มีความใกล้เคียงกัน

2. ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณ เกี่ยวกับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการนำตัวแบบเชิงกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อ

เด็กปฐมวัยเข้าถึงอาหารคุณภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ไปใช้ และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ (วุฒิคุณ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ.อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดี กรมอนามัย และ นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ร่วมวิจัยและผู้อำนวยความสะดวกที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564). ก้าวผ่าน 9 วิกฤติโควิด สู่อากาศการพัฒนาเด็กและครอบครัว. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31163>
- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ COVID-19. เข้าถึงได้จาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>
- ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย รัฐิกร โตโพธิ์ไทย ปาริณา ศรีวนิชย์ และ เอกชัย เพียรศรีวิฑรา. (2564). การบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ทารก และเด็กเล็กในสังคมไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(1), 66-88.
- รศ.ดร.นพ. พละศักดิ์, เบญจวรรณ วัฒนชัยวัช และ ดลปัทม ทรงเลิศ. (2564). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 211-223.



รุจา ภูไพบูลย์ สุริยพงศ์ วัฒนาศักดิ์ นาริรัตน์ จิตรมนตรี

มณี อาภานันท์กุล อาภา ยิ่งประดิษฐ์ นิตยา สิ้นสุกใส และ
ราตรี ภูศรี. (2555). กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียง
ในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1),
28-38.

สุภางค์ จันทวานิช. (2547). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิง
คุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
(2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580*. เข้าถึงได้
จาก
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แผนปฏิบัติการ
กลุ่มวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565*. พิมพ์
ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองบริหารการสาธารณสุข.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ อลิสา รัตนตะวัน และชุมพจน์ อมาตยกุล
(2554). การเสริมสร้างพลังโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการสร้างทีมสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง หมู่ที่
3 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสาร
สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,
29(4), 256-267. (in Thai).

ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมี
ส่วนร่วมกรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง
จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราช
ภัฏเลย*, 11(พิเศษ), 99-109.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็ก และ
สตรีในประเทศไทยพ.ศ. 2562*, รายงานผลฉบับสมบูรณ์.
กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.

องค์การยูนิเซฟ. *การพัฒนาเด็กปฐมวัยขององค์การยูนิเซฟ*.
(2563). เข้าถึงได้จาก <http://www.unicef.org/thailand/th/ภารกิจของยูนิเซฟ/การพัฒนาเด็กปฐมวัย>

Crane & O'Regan. (2010). On PAR Using Participatory
Action Research to Improve Early Intervention.
Department of Families, Housing, Community
Services and Indigenous Affairs, Australian
Government.



การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

Development of a Mental Health Promotion Model for the Older People by Family

Received: May 12, 2022

Revised: June 12, 2022

Accepts: June 30, 2022

วิรมณ กาสิวงส์ (ปร.ด)¹, สุประวีณ์ คงธนชัยพิทย์ (ส.ด)¹

Wiramon Garseewong, Suprawee Kongthanachayopit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว 3) ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) กระบวนการวิจัยมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวในระยะที่ 2 และนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 การวิจัยระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญคือมี 2 กลุ่ม คือ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คือผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการซึมเศร้า ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีสมาชิกในครอบครัวดูแล จำนวน 18 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต (T-GMHA-15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t- test

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและสาเหตุสุขภาพจิตในมุมมองผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายของครอบครัว หนี้สินและต้องดูแลบุตรหลาน นอกจากนั้นยังมีปัญหาการสื่อสารพูดคุยในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจกัน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ ผลการทดลองใช้รูปแบบโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและไปให้การดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบที่สร้างขึ้นพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$

สรุปและข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยครอบครัวจึงมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ควรดูแลช่วยเหลือไม่ให้ผู้สูงอายุแบกรับภาระมากเกินไป มีการสื่อสารที่เข้าใจกันและกัน เพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, ครอบครัว

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, Thailand



Abstract

Objective: To study 1) the basic information on the mental health promotion for the older people by families, and 2) to develop the Mental Health Promotion Model for the older people by Families (MHPMOF model). 3) to test the effect of the MHPMOF model.

Method and study design: The Research and Development had 3 phases. In phase 1, a qualitative study of basic information on mental health promotion of the older people used the data to develop the MHPMOF model in phase 2 and tested the developed model in phase 3. The study in phase 1 had 2 groups of key informants such as community leaders, caregivers, health workers of 8 persons, and the elderly 8 persons. Phase 2, developing the MHPMOF model used key informants such as community leaders, the elderly, family members, of the elderly, and community health volunteers of 21 persons. Phase 3, to develop the MHPMOF model using a quasi-experimental study, the sample was the elderly aged over 60 years including good communication, willing to participate, and had a family caregiver who care for the elderly as 18 persons. Data collecting used elderly mental health assessment (T-GMHA-15). Data were analyzed by paired t-test.

Results: The study revealed that the problems and causes of mental health in the elderly's perspective were the elderly having more burdens such as family expenses, debts, and caring for children. There were problems with family communication, chatting with misunderstandings. Four steps in the MHPMOF model were step 1 strengthening family knowledge and understanding. step 2 strengthening family relationships, step 3 empowering and encouragement for the elderly, and step 4 caring for the elderly with love and care. The results of the experiment were the mean mental health scores of the elderly before and after the experiment with difference statistically significant ($p < 0.05$). The mean score before the experiment was 38.50 (S.D. = 8.35) and after the experiment was 54.11 (S.D. = 6.51), $t = 8.166$.

Conclusion: According to research findings, family is important to the mental health of the elderly, the family should take care of the elderly for having no more burden, well communication with understanding. Because the family is a social institution that is close to the elderly.

KEYWORDS: Mental health promotion. Model of mental health promotion for the older people, older people, family

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) จึงเป็นเรื่องท้าทายของทุกประเทศ ทุกชุมชนและสังคม ต้องเตรียมรับมือเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานผู้สูงอายุร้อยละ 15 ที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาทางจิต ปัญหาที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 7 ภาวะสมองเสื่อมมีร้อยละ 5 ภาวะวิตกกังวลมีร้อยละ 3.8 แต่ปัญหาเหล่านี้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย (World health organization, 2017) ในประเทศไทยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่างร้อยละ 21.6 – 37.8 โดยความสัมพันธ์ในครอบครัว ความขัดแย้งและปัญหาในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มาติกา รัตนะ, 2559; สุขาดา แซ่ลิ้ม, 2562; ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโย ยิงยงค์, เพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์ และ ศรีสกุล ฉะยมแหลม, 2562) การศึกษาของวิรมณ กาสิวงศ์ (2558) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต คือมีภาวะซึมเศร้า ต้องการได้รับการดูแลจากบุตรหลานสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ ยชณวินทร์ จรบุรมย์ และสิริกร สุรวัชนัฐ (2563) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัว

ผู้สูงอายุต้องเผชิญการเปลี่ยนผ่านของชีวิตมากมายทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม การเงิน และด้านอื่น ๆ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการ

เสริมสร้างความผูกพันและช่วยเหลือตลอดช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้สูงอายุ (Branson et al., 2019) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (กิตติวงศ์ สำสวด, 2560) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุเป็นจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตจากครอบครัว และไม่สามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตสะสมเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุดหากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล ชุมชนให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตและปรับตัวให้มีสุขภาพจิตดีภายใต้สังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุควรเน้นเรื่องความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดการดำเนินชีวิตดีขึ้น หรือพัฒนาขึ้นตามศักยภาพที่เป็นอยู่ (กรมสุขภาพจิต, 2560) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวจึงเป็นกระบวนการที่ครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อความผาสุกของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การศึกษาสภาพปัญหาสาเหตุและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ในระยะที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว วิธีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวคำถามระยะที่ 2 เกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว รูปแบบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลชุมชน และนำมาหาค่าความสอดคล้อง (Index of item-Objective, IOC) = .84

2. คู่มือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 4 คน โดยใช้แบบวิเคราะห์ความเหมาะสมเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.21 ระดับมาก

3. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-15) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบ

ประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ที่ผ่านการทดลองใช้ในผู้สูงอายุ ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4. แบบประเมินการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบสุขภาพในชุมชน จำนวน 3 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้นำมาแปลความหมายได้ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2560)

4.50 - 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ (Research and Development) แบ่งขั้นตอนการวิจัย เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาสนทนาโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ครั้งละ 60 นาที จนได้ข้อมูลอ้อมตัว ครบถ้วนและตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน หลังรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ จัดทำดัชนีหรือรหัสของข้อมูล ให้ความหมายของคำหลัก จำกัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว แล้วสร้างข้อสรุปโดยเขียนเชื่อมโยงข้อสรุปชั่วคราวที่ผ่านการตรวจสอบยืนยันเข้าด้วยกันเป็นบทสรุปสุดท้าย

ระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุจำนวน 21 คน ประชุมระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวใช้เวลา 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) จากผลการประชุมระดมความคิดเห็น หลังจากนั้นร่วมกันสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว และตรวจสอบยืนยันรูปแบบเป็นบทสรุปสุดท้าย

2.2 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน

สุขภาพจิต 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนารูปแบบ รวม 4 คน โดยใช้แบบวิเคราะห์ความเหมาะสมโดยใช้แบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.21 ระดับมาก

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ประชากรคือผู้สูงอายุ 60 ปี ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้พื้นที่หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม มีผู้สูงอายุจำนวน 90 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.58 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และนำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 18 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุชายหรือหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์คัดออก ผู้สูงอายุไม่มีสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ หรือได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามรูปแบบ ได้รับการรักษาหรือการดูแลด้วยวิธีการอื่น ไม่สามารถประเมินผลหลังการดูแล และผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสาร ทำความเข้าใจได้อย่างชัดเจน

กระบวนการทดลองมีดังนี้

1. สุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ใช้เกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก



2. อธิบายกระบวนการ ขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการโดยผู้วิจัย
4. อบรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว จำนวน 2 วัน ตามคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีการประเมินการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง และติดตามทุก 2 สัปดาห์
5. ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุตามขั้นตอนที่ 1-4 โดยต้องเริ่มต้นที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2-4 สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกันได้และต้องมีการดำเนินการครบทุกขั้นตอน
6. ผู้วิจัยติดตามการดูแล ทุก 2 สัปดาห์เพื่อให้คำแนะนำส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบที่กำหนด
7. หลังดำเนินการจนครบ 4 สัปดาห์ จึงทำการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง อธิบายขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการรักษาพยาบาล และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถ

ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 9 /2563 ลงวันที่ 25 เมษายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากหน่วยงานถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเวินพระบาท เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยหลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1 เมื่อพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิจัย และระยะเวลา ขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียง และทำการสนทนากลุ่มตามแนวคำถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยใช้ศาลาวัดเป็นสถานที่สนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมในศาลาวัด จัดทำกลุ่มสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย นำเสนอผล

การศึกษาในระยะที่ 1 และแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ระดมความคิดเห็นความจำเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว และนำเสนอกลุ่มใหญ่เพื่อ ร่วมกันอภิปราย จัดทำเป็นกระบวนการขั้นตอนและแนวทางการดำเนินกิจกรรม ปรับปรุงแก้ไข และหาข้อสรุปสุดท้าย การรวบรวมข้อมูลระยะที่ 3 สุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว และนัดหมายผู้ดูแล เข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระยะเวลา 2 วัน หลังจากอบรมดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตในครอบครัวตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนการดูแล และประเมินซ้ำหลังรับการดูแล 1 เดือน และมีการติดตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย ทุก 2 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

1.1 ปัญหาและสาเหตุสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายของครอบครัว หนี้สินและต้องดูแลบุตรหลาน นอกจากนั้น ยังมีปัญหาการสื่อสารพูดคุยในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ขาดกำลังใจ ไม่สบายใจเหงา คิดมาก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด อยากตาย ดังคำกล่าว “แม้ว่ายายเป็นคนดูแลตัวเองได้ มีรายได้ แต่ไม่มีลูกหลานมาช่วยดูแลภาระในครอบครัว ทำให้คิดมาก เครียด ซึมเศร้า อยากตาย” (ผู้สูงอายุ 1) ส่วนผู้ดูแลมีมุมมองต่างกัน คิดว่าผู้สูงอายุใช้ความคิดของตนเองเป็นใหญ่ ไม่ฟังความคิดเห็นลูกหลาน ดังคำกล่าว “แม่เอาแต่ใจตนเอง คือ ไม่ฟังใคร ไม่รู้จะทำอย่างไร” (ผู้ดูแล 3)

1.2 วิธีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยทั่วไปในด้านการจัดหาอาหาร การดูแลโรคประจำตัวและกิจวัตรประจำวัน ในด้านสุขภาพจิตหากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมไม่ค่อยพูด จะมีการถามความรู้สึกว่าเป็นอย่างไร แต่ก็ไม่ได้มีการดูแลเพิ่มเติมในด้านสุขภาพจิตเพราะไม่ทราบว่าต้องดูแลอย่างไร ส่วนมุมมองผู้สูงอายุบางคนบอกว่าไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ต้องการให้ครอบครัวดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว “ไม่มีคนดูแลใส่ใจเรา ลูกหลานคิดว่าเราทำได้ทุกอย่างเพราะเราต้องอดทน (น้ำตาซึม)” (ผู้สูงอายุ 2) “ไม่มีคนดูแล มีลูก 4 คน ลูกพี่การ 1 คนอยู่ด้วยกันเขาไม่มีงานทำ ยายคิดว่าเขาจะให้แม่มารับใช้เขาจนถึงวันตายเลยหรือ บางวันก็นอนไม่หลับ คิดว่าเราเกิดมาทุกข์ยาก อายุเท่านี้แล้วเขาก็ไม่ส่งสารแม่ คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายเพราะลูกเขาทิ้ง รู้สึกกังวลใจ” (ผู้สูงอายุ 6)

1.3 ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “ครอบครัวมีความสำคัญต่อจิตใจ ทำให้จิตใจดี มีความสุข แม้ว่าเราจะไม่ได้ยิ้มให้เขาเห็น” (ผู้สูงอายุ 5) “ครอบครัวเป็นทุกสิ่งทุกอย่างความรักของครอบครัวเป็นหลักทุกเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยต้องมีการพูดคุยกัน หอม กอด ช่วยเหลือให้มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ และสม่ำเสมอ” (แกนนำชุมชน 5)

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวมี 4 ขั้นตอน โดยการดำเนินงานต้องเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2 - 4 สามารถทำพร้อมกันได้แต่ต้องครอบคลุมทุกขั้นตอน ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันจึงต้องมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัวในด้านปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะการสนทนาในครอบครัวเพื่อสอบถามความคิด ความต้องการของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุระบายความในใจ บอกความต้องการ และความรู้สึกต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีความต้องการให้บุตรหลาน สมาชิกครอบครัวอยู่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ สบายใจ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว จึงต้องมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น ไปวัดทำบุญด้วยกันกับครอบครัว ไปทำไร่ทำสวนด้วยกัน ไปเที่ยว พักผ่อน ดูหนังละครร่วมกัน หรือมีกิจกรรมทำด้วยกันอื่น ๆ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีประสบการณ์มากมายในอดีตที่อยากเล่าสู่ลูกหลานให้เรียนรู้ ได้เป็นแบบอย่าง ขณะที่ในวัยสูงอายุมีความเสื่อมในทุกด้าน ไม่สามารถทำงานหารายได้ หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เท่าเดิม จึงต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุบอกเล่าประสบการณ์ และความสำเร็จในอดีต มีกิจกรรมรำลึกถึงบุญคุณของพ่อแม่และผู้สูงอายุในโอกาสสำคัญ มีกิจกรรมแสดงความรัก และความผูกพันในครอบครัว เช่น การหอมแก้ม การกอด การบอกรัก การยิ้ม การไปมาลาไหว้

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ เนื่องด้วยผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จึงมักมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย และมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จากประสบการณ์สูญเสียมากมาย จึงมีความเครียด ความวิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุงาน ขาดรายได้ เปลี่ยนจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้ตาม การสูญเสียต่าง ๆ นี้ ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่เพิ่มขึ้นจากบุตรหลานเพื่อลดภาระของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาเจ็บป่วย และการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหารและยารักษาโรค ค่าใช้จ่ายส่วนตัวนอกเหนือจากสวัสดิการของรัฐ ด้วยความรักและเอาใจใส่เพิ่มขึ้น

3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ดำเนินการโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 18 คน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นทุกข้อดังตารางที่ 1 และการติดตามผลการดูแลหลังการดูแล 1 เดือนโดยการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 14 คน หลังการทดลองผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเพียง 1 คน ดังตารางที่ 2 และค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยครอบครัว (n=18)

กิจกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. พูดคุยสื่อสารเพื่อการสื่อความหมาย ความต้องการกับผู้สูงอายุ	3.63	มาก	3.89	มาก
2. มีความสม่ำเสมอในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	3.38	มาก	4.13	มาก
3. ให้ความรัก ความอบอุ่นกับผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ	4.31	มาก	4.44	มาก
4. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ	3.56	มาก	3.63	มาก
5. ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง	2.81	ปานกลาง	3.63	มาก
6. ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ยิ้ม สดชื่น และสบายใจเสมอ	3.87	มาก	3.94	มาก
7. ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี	4.00	มาก	4.44	มาก
8. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจ	3.36	มาก	3.88	มาก
9. จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	3.56	มาก	4.13	มาก
10. ให้ความสำคัญ และความเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว	4.06	มาก	4.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยและระดับคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ค่าเฉลี่ย 2.81 รองลงมา คือ พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจ ค่าเฉลี่ย 3.36 หลังการทดลองข้อ

ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ให้ความสำคัญและความเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว ค่าเฉลี่ย 4.50 รองลงมาคือ ให้ความรัก ความอบอุ่นกับผู้สูงอายุสม่ำเสมอด้วยความเต็มใจ และให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.44

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยครอบครัว

ระดับสุขภาพจิต	ก่อนการดูแล	หลังการดูแล
ดีกว่าคนทั่วไป (50 -60 คะแนน)	2	16
เท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน)	2	1
ต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนนหรือน้อยกว่า)	14	1

จากตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว พบว่าหลังการดูแลผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50 -60 คะแนน) จำนวน 16 คน ก่อนการ

ดูแล มีจำนวน 2 คน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) มีจำนวน 1 คน ก่อนการดูแล มีจำนวน 2 คน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 1 คน ก่อนการดูแล มีจำนวน 14 คน



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ยก่อน		คะแนนเฉลี่ยหลัง		t	P
	ได้รับการส่งเสริม		ได้รับการส่งเสริม			
	สุขภาพจิต		สุขภาพจิต			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว	38.50	8.35	54.11	6.51	8.166	.000*

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุแบกรับภาระครอบครัว มีความเข้าใจไม่ตรงกัน ในระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว มีปัญหาการสื่อสาร และผู้ดูแลเองก็ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, จุฑาธิป ศีลบุตร, จิราพร ชนพิกุล, กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์ และสมชาย วิริริรมย์กุล (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่าครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้สูงอายุมีสถานภาพเป็นครอบครัวผู้สูงอายุดูแลเด็ก ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุ คือ พื้นที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว รายได้ ทรัพย์สิน หนี้สิน ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก ดูแลสมาชิกพิการ

ครอบครัวจึงมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในการแบ่งเบาภาระและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ (Branson et al., 2019) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ และคณะ (2563) พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการศึกษาของสุวรรณมณีและคณะ (Suwanmanee et al., 2012) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผลการวิจัยพบว่ามี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ โดยการดำเนินงานต้องเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2 – 4 สามารถทำได้พร้อมกัน แต่ต้องทำทุกขั้นตอนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กิตติวงศ์ สำสวด (2560) พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้อง

กับงานวิจัยของสุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา และ นริสรา พิงโพธิ์สภ (2562) ศึกษาการพัฒนารูปแบบ การทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า มี 8 รูปแบบ คือรูปแบบที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส รูปแบบที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของ ผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 3 การดูแลสุขภาวะและความ เป็นอยู่ รูปแบบที่ 4 การช่วยเหลือส่วนตัว รูปแบบที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและ ผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความ ต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 7 การอดกลั้นและ ปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 8 การให้คำแนะนำ ในการดูแลผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่า การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย ก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$ ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุโดยครอบครัวจึงทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้น เพราะครอบครัวมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ขวัญสุดา บุญทศ และชนิษฐา นันทบุตร (2560) ได้เสนอแนะควรมีการสนับสนุนครอบครัวใน การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นแหล่ง สำคัญและใกล้ชิดที่สุดกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กิตติวงศ์ สำสวด (2560) พบว่ารูปแบบที่เหมาะสม สำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกครอบครัวเป็น บุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ การวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคน เห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตาม รูปแบบในครั้งนี้ทั้งการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเสริมสร้าง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ จึงเป็น รูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2560) ศึกษาตัวแบบของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแล จากสมาชิกในครอบครัว ในด้านการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือต้องการมีเพื่อนคุย การดูแลด้านความเสื่อมของร่างกาย การรับยา การปรึกษาหารือเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลใน ชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นงานวิจัยของณัฐิกา ราชบุตร จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจารุภา แซ่อ้อ (2560) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ผลของโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นจาก 106.69 คะแนน (มีสุขภาพจิตเท่ากับคน ทั่วไป) เป็น 120.18 คะแนน (มีสุขภาพจิตดีกว่าคน ทั่วไป) ก่อนทดลองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.10 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุไม่มีผู้ใด ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับ โสภารวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี (2559) ศึกษาผลของการใช้แรงสนับสนุนทาง สังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตระดับสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 13.30 ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 86.70 ซึ่งระดับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วม



กิจกรรม และไม่มีผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ไป

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและพื้นที่เดียวอาจไม่สามารถอ้างอิงได้ทุกพื้นที่
2. ควรใช้ระยะเวลาการติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว 6 เดือน – 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยลดภาระที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับในการดูแลบุตรหลาน ค่าใช้จ่ายและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่เหมาะสม
2. การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยมีกิจกรรมร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุให้มีคุณค่า และดูแลเอาใจใส่ทั้งกิจวัตรประจำวันและค่าใช้จ่าย เพื่อลดภาวะผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลยามเจ็บป่วยด้วยความรักและเอาใจใส่

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, จุฑาธิป ศิลบุตร, จิราพร ชนพิกุล, กวินรัตน์ สุทธิสุคนธ์ และสมชาย วิริกรรมย์กุล (2559) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(4), 140-142.
- กิตติวงศ์ สำสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-37.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา

สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานส่งเสริมพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- ขวัญสุตา บุญทศ และชนิษฐา นันทบุตร. (2560). ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(3), 257-270.
- ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์ และสิริกร สุวัณธุ์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 20-26.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2560). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)* พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยียงยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ และศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67-76.
- ณัฐิกา ราษบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจารุภา แซ่อ้อ. (2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารมจร.วิชาการ*, 20(40), 115-125.
- รศ.ยานภิศ พลเสก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 135 -150.
- มาติกา รัตน. (2559). ความสุขและปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัด. *รายงานการค้นคว้าอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิชาเอกการจัดการบริการสาธารณสุข*. คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วิมลณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงธนชัยพิทย์, สุรเชษฐ์ สมตัว และ เพ็ญประภา พลหาราช. (2558). ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน. *รายงานการวิจัย : มหาวิทยาลัยนครพนม*.
- โสภารวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อ

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลพังกาญจน์ อำเภอนม
จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพ
ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 67-82.

สุดา วงศ์สวัสดิ์ ดุษฎี โยเหลา นริสรา พิงโพธิ์สภ. (2562).

การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน. *วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้*, 6(2), 229-243.

สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอมือง จังหวัด
ระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์*, 33(1), 193-202.

Branson, J., Branson, A., Pozniak, K., Tookes, J. and
Schmidt, A. (2019). The Role of Family
During Older Adults' Living Transitions:
Implications for Helping Professionals and
Family Counselor. *The Family Journal*, 27(1)
75-83.

Suwanmanee S, Nanthamongkolchai S,
Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P.
(2012). Factors influencing the mental
health of the elderly in Songkhla, Thailand.
J Med Assoc, 9(6), S8-15. PMID: 23130483.

World health organization. (2017). Mental Health of
older adult. retrieved 29 sep 2021
from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. retrived 29 sep. 2021.

World health organization. (2021). Ageing and Health.
retrived 30 novem. 2021 from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

Effects of a mental health promotion and mental health prevention program on stress and depression among first-year nursing students

Received: May 12, 2022

Revised: June 20, 2022

Accepts: June 30, 2022

วิรมณ กาสีวงศ์ (ปร.ด)¹, สุประวีณ์ คงธนโยพิทย์ (ส.ด)¹

Wiramon Garseewong, Suprawee Kongthanachayopit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 3) เปรียบเทียบความเครียดและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One Group Pretest – Posttest Design ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ระยะที่ 2 ทดลองใช้โปรแกรม ดำเนินการระหว่าง เดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 175 คน โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง พบว่ามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.43 ความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 20.0 และใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) พบว่าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิต ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน ผลการวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 23 คน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 66.48 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 38.21 ภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 23.04 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 9.52

สรุปและข้อเสนอแนะ ควรดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต, การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษาพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, Thailand

Corresponding author: e-mail wiramon27@gmail.com

Abstract

Objective To study 1) The basic information on the mental health status of first-year nursing students
2) The program for mental health promotion and prevention among first-year nursing students
3) Comparing The effect of the program a mental health promotion before and after using The program for mental health promotion and prevention among first-year nursing students.

Method Quasi-experimental research One Group Pretest – Posttest Design. It was conducted in 2 phases, the first phase was to study the basic information on mental health status and developed mental health promotion and prevention among first-year nursing students and the second phase was a trial of the program. The study was conducted from August - December 2021.

Results The mental health status of 175 first-year nursing students by using the Suan Prung Stress Assessment found that 31.43% had a high level of stress. There was severe stress at 20.0% and survey depression using the CES-D Depression Scale. (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). The study found that nursing students have depression 14.29%. In the program mental health promotion model to prevent mental problems among first-year nursing students that there were 3 steps Step 1: Survey and screening for mental problems. Step 2: Organizing activities to promote mental health to prevent mental problems. Step 3: Evaluate the performance. Results in phase 2, the trial of a mental health promotion model to prevent mental problems among nursing students. The sample consisted of 23 nursing students with mental health problems. The differences between stress and depression were analyzed before and after participating in the activities the statistic was used paired t-test. It was found that the difference was statistically significant at $p < 0.05$. The stress before participating in the activity averaged a score of 66.48. After participating in the activity, there was an average score of 38.21. The average pre-activity depression score was 23.04. After participating in the activity, there was an average score of 9.52.

Conclusion The mental health care for first-year nursing students should be organized by screening for mental problems, organizing activities to promote and prevent mental problems, and continuous monitoring and evaluation.

KEYWORDS: mental health promotion, mental health prevention, Stress, Depression, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักศึกษาพยาบาลที่เข้าสู่ระบบการเรียนการสอนทางการพยาบาลในประเทศไทย ในระดับอุดมศึกษา มีอายุประมาณ 18 -20 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายต่อเนื่องกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็น

ช่วงเวลาที่เปลี่ยนผ่านความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งร่างกาย จิตใจ กระบวนการคิด และทางสังคม (Arnett, 2001 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และ ดวงใจ วัฒนสินธ์, 2558) การเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล



ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติงาน เพราะเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชน การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงเน้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและสถานการณ์จริง (สภาการพยาบาล, 2564)

นักศึกษาพยาบาลจึงพบกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการใช้ชีวิตและการศึกษาจากมัธยมศึกษาสู่อุดมศึกษา ซึ่งการจัดการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลรับเข้าใหม่ชั้นปีที่ 1 จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำหายอย่างมากของการเข้าสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษา เป็นก้าวแรกของการเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล อันเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดจากการเรียนที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง รวมทั้งภาระเปียบที่เคร่งครัด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ล้วนมีผลต่อการปรับตัวและทำให้เกิดความกดดันที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต ดังนั้นสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลจึงมีผลต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการเรียนการสอนทางการพยาบาลมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความรับผิดชอบสูง มีความละเอียดรอบคอบ มีภาวะผู้นำ เผชิญปัญหาและจัดการได้อย่างเหมาะสม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงอาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลหรืออาจพัฒนาขึ้นเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น และ จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ, 2563)

ปัญหาทางจิตที่พบบ่อยในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี คือ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และมีความสัมพันธ์กับทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต สภาวะทางอารมณ์เชิงลบ โดยพบว่า

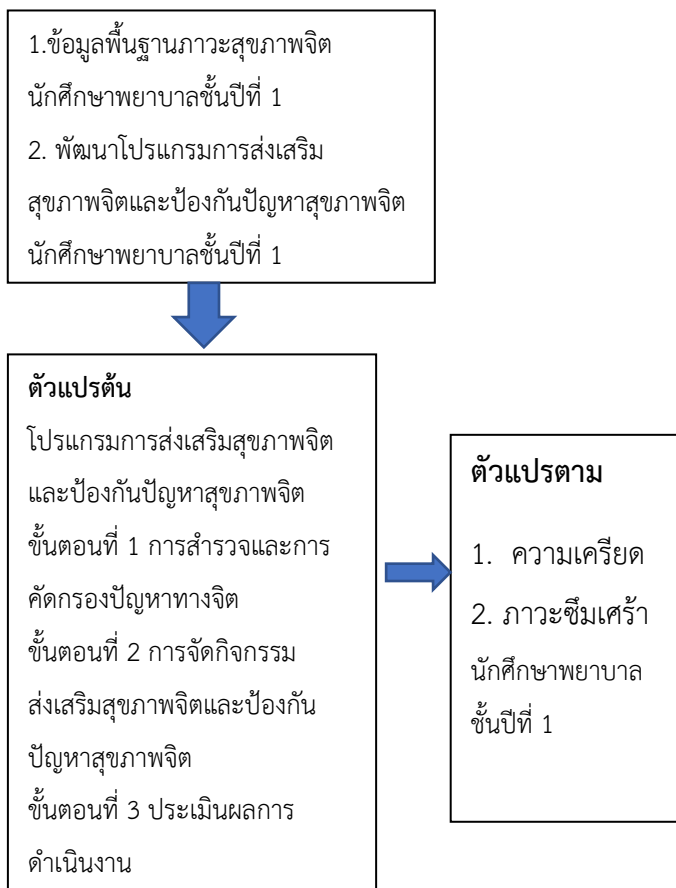
นักศึกษาพยาบาลในศรีลังกา มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก ร้อยละ 51.1 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 59.8 และความเครียดร้อยละ 82.6 (Rathnayake & Ekanayaka, 2016) ส่วนการศึกษาของวิรมณ กาสีวงศ์ (2562) พบว่า นักศึกษาทางการพยาบาลมีความเครียดระดับสูงขึ้นไป ร้อยละ 15-30 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7-15 ทำร้ายตนเองร้อยละ 0.8 และมีผลกระทบกับการเรียนการสอนทำให้การสำเร็จล่าช้าและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง และการศึกษาของ Chen et al. (2015) พบว่า ความชุกของอาการซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมีร้อยละ 32.6 โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเกรดเฉลี่ย ความสนใจในการพยาบาล ความสนใจในการวางแผนอาชีพ หลังจากสำเร็จการศึกษา

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พบว่ามีอัตราที่สูง ดังเช่นการศึกษาของฉันทนา แรงสิงห์ และสฤติย์ วงศ์สุรประภิต (2557) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 36.4 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.5 และการศึกษาของสมจิตร์ นครพานิช และรัตนา พึ่งเสมา (2564) พบว่า มีความเครียดสูงร้อยละ 57.86 ความเครียดรุนแรงร้อยละ 22.14 ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เพื่อสนับสนุนให้บุคคลยอมรับและคงไว้ซึ่งการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (Herman & Jané-Llopis, 2014) การพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งจำเป็น (วาริรัตน์ ถาน้อย, อติทยา พรชัยเขตและ ภาศิษฎา อ่อนดี, 2555) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตนักศึกษาให้สามารถปรับตัวในการเรียนการสอนทางการพยาบาล ลดปัญหาผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1
3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียด และภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง สาเหตุปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล สภาพปัญหาและวิธีการดูแลสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ในด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และด้านการจัดการ เรียนการสอน 1 คน และนำมาหาค่าความ สอดคล้อง (Index of item-Objective, IOC) = .89

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ จังหวัดภูมิลำเนา เกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษา รายได้ ปัญหาอุปสรรคในการเรียนการสอนและปัญหาการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ข้อ และเติมข้อความ 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตประกอบด้วย

1. แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20 (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโดย สุวัฒน์ มหัต นิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) มีค่าความน่าเชื่อถือ คอรัลนบาคแอลฟามากกว่า 0.7 และมีความ แม่นตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วง ความเชื่อมั่น 95% เป็นแบบประเมินระดับ ความเครียด 5 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
- 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
- 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
- 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด



การแปลผล แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับตามช่วงคะแนน ได้แก่

- 0-23 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย
- 24-41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง
- 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง
- 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดในระดับรุนแรง

รุนแรง

2. แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for epidemiologic studies-depression scale) ฉบับภาษาไทย พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) โดยมีค่า Cronbach's coefficient alpha 0.86 และความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 ความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 82 ให้คะแนนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อความเชิงลบ (ข้อ 1-7, 9-11, 13-15, 17-20) ให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ให้ 3 คะแนน
 นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน) ให้ 2 คะแนน
 บ่อย ๆ (3-4 วัน) ให้ 1 คะแนน
 ตลอดเวลา (5-7 วัน) ให้ 0 คะแนน

ข้อความเชิงบวก (ข้อ 8, 12, 16) ให้คะแนน ดังนี้

ไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน) ให้ 0 คะแนน
 นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน) ให้ 1 คะแนน
 บ่อย ๆ (3-4 วัน) ให้ 2 คะแนน
 ตลอดเวลา (5-7 วัน) ให้ 3 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดย คะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายมีภาวะซึมเศร้า

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ในด้านกระบวนการและรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และด้านการจัดการเรียนการสอน 1 คน และนำมาหาค่าความสอดคล้อง (Index of item-Objective, IOC) = .83

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากผลการวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานักศึกษา 1 คน โดยใช้แบบวิเคราะห์ความเหมาะสมเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.50 ระดับมาก โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย การดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิต ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในกลุ่มเสี่ยง และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One Group Pretest – Posttest Design ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม – ธันวาคม 2564 ดำเนินงาน 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

1.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาจารย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมนักศึกษา และการจัดการเรียนการสอน และผู้บริหาร จำนวน 7 คน และกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่มีประสบการณ์ดูแลน้องใหม่ปี 1 จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม สาเหตุปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล สภาพปัญหาและวิธีการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล

1.2 สสำรวจภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ทุกคนที่ยินดีให้ข้อมูล จำนวน 175 คน

2. ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พัฒนาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารอาจารย์ เจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนในการดูแลนักศึกษาและพัฒนาการศึกษา จำนวน 7 คน 2) นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ดำเนินงานกิจกรรมนักศึกษาหรือเคยมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 1 จำนวน 175 คน

กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิต โดยมีความเครียดระดับสูง 42 คะแนนขึ้นไปจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด (SPST-20) และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีคะแนน 22 คะแนนขึ้นไปจากการประเมินโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D (Center for epidemiologic studies-depression scale)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.8 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power test) ที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และนำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เกณฑ์คัดเข้า คือ

1) นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูงขึ้นไป (42 คะแนนขึ้นไป) และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (22 คะแนนขึ้นไป)

2) ไม่ได้รับการดูแลและรักษาสุขภาพจิตด้วยวิธีการอื่นที่นอกเหนือจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3) สามารถเข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก คือ

1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วนทุกกิจกรรม

2) คะแนนความเครียดน้อยกว่า 42 คะแนน และ ภาวะซึมเศร้า น้อยกว่า 22 คะแนน

3) ไม่สามารถประเมินผลหลังดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

4) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการรักษา



กระบวนการทดลอง

1. อบรมผู้ช่วยวิจัย และผู้รวบรวมข้อมูล ให้เข้าใจ วัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย
2. ผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการขั้นตอน การวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามทำความเข้าใจ และ หากยินดีให้ลงนามเข้าร่วมวิจัย ให้อิสระในการ ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้
3. คัดเลือกกลุ่มคัดเข้า โดยสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย นักศึกษาพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิต โดยการประเมินความเครียดมีคะแนน 42 คะแนน ขึ้นไป และภาวะซึมเศร้า 22 คะแนนขึ้นไป และมี เงื่อนไขตามเกณฑ์คัดเข้า
4. นัดหมายกลุ่มทดลอง กำหนดสถานที่และเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน เวลา 9.00 -16.00 น. ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ แนะนำกลุ่มให้รู้จักกันโดยกิจกรรมกลุ่ม สัมพันธ์ บรรยาย และให้นักศึกษาจัดทำ กิจกรรมการเข้าใจและรู้จักตนเอง การเข้าใจ และรู้จักผู้อื่น การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางใจ การปรับตัว การปรับมุมมองทางบวก สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มสัมพันธ์ ทบทวนความรู้ และ บรรยายและความรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ บ่อยในนักศึกษาพยาบาล และแลกเปลี่ยน ความรู้ บรรยายและฝึกทักษะการจัดการกับ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มสัมพันธ์ ทบทวนความรู้ แบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนมุมมองทางบวก การปรับตัวในการเรียน การใช้ชีวิต การ จัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า การ นำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 4-11 กลุ่มทดลองนำแนวทาง ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และปรับปรุงกับสิ่งแวดล้อมในหอพักเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพจิต

5. ประเมินภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้า หลังดำเนินการ 2 เดือน รวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วย วิจัยและผู้รวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ช่วยวิจัย แนะนำ ตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะ ไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อการเรียนการสอนของนักศึกษา พยาบาล และการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อ เข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย เมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและจะ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วม การวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อ สงสัยต่าง ๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่ สม่ัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม การวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนมเลขที่ 63/64 ได้รับการ รับรองระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2564 -14 มิถุนายน 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยทำหนังสือราชการ ขออนุญาตรวบรวมข้อมูลและดำเนินโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการระบวนการวิจัยตามขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยผู้ร่วมวิจัย ผู้ที่ผ่านการอบรม โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มใช้เวลา 45 -60 นาที โดยขออนุญาตจดบันทึก และบันทึกเทป ดำเนินการ 1-2 ครั้ง และตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 15-30 นาที

3.3 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ช่วยวิจัยวิจัยสุ่มตัวอย่างตามตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวอธิบายกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์ และนัดหมายนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมและรับการอบรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน หลังดำเนินกิจกรรม 2 เดือนจึงมีการติดตามโดยการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Paired t – test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1.1 ภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยการสำรวจภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.71 ส่วนมากอายุ 19 ปี ร้อยละ 46.29 อายุต่ำสุด 17 ปี อายุสูงสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 18.90 ปี

เกรดเฉลี่ยก่อนเข้าศึกษา 3.51 ขึ้นไปมีร้อยละ 56.57 ปัญหาอุปสรรคในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ อินเทอร์เน็ตความแรงไม่เพียงพอ พบถึงร้อยละ 81.72 ปัญหาสำคัญของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ทำให้ไม่สบายใจคือ ไม่ได้กลับบ้าน คิดถึงบ้านร้อยละ 24.48 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.43 ความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 20.0 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29 ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 85.71 ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด (N=175)

ระดับความเครียด		จำนวน (N=175)	ร้อยละ
ความเครียดระดับน้อย	(ปกติ 0 - 23 คะแนน)	6	3.43
ความเครียดระดับปานกลาง	(ปกติ 24-41 คะแนน)	79	45.14
ความเครียดระดับสูง	(ผิดปกติ 42 - 61 คะแนน)	55	31.43
ความเครียดระดับรุนแรง	(ผิดปกติ 62 คะแนนขึ้นไป)	35	20.00

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ส่วนมากมีความเครียดระดับปานกลาง คือระดับปกติ

มีร้อยละ 45.14 ความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.43 ความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 20.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า 1 (N=175)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N=175)	ร้อยละ (100)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0- 21 คะแนน)	150	85.71
มีภาวะซึมเศร้า (22 คะแนนขึ้นไป)	25	14.29

จากตารางที่ 2 พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.71 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29

1.2 สาเหตุปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล เกิดจากปัจจัยภายในของนักศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ขาดทักษะส่วนบุคคลในการปรับตัว ขาดทักษะทางสังคม มีมุมมองในแง่ลบ เครียดง่ายกับการเปลี่ยนแปลง ขาดพลังความเข้มแข็งด้านจิตใจ รองลงมาคือปัญหาด้านกตีกาการอยู่ร่วมกัน คือกฎระเบียบการเข้าออกหอพัก กฎ กติกา หรือข้อปฏิบัติของรุ่นพี่ในการปกครองกันของนักศึกษา ไม่สอดคล้องสภาพสังคมในปัจจุบันส่งผลต่อการใช้ชีวิตในหอพักมีความกดดัน ไม่สบายใจ ส่วนการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีการดูแลแต่ไม่ต่อเนื่อง และรูปแบบไม่ชัดเจน ส่วนมากเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตและได้รับผลกระทบในการเรียน และการดำเนินชีวิตจึงจะได้รับการดูแล

1.3 การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลในครั้งนี้พบว่า มี 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาทางจิตที่พบบ่อย เพื่อคัดแยกนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตโดยประเมินจากคะแนนความเครียดในระดับสูง (42 คะแนนขึ้นไป) และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (22 คะแนนขึ้นไป) และนำเสนอข้อมูลแก่ผู้ที่รับผิดชอบทั้งฝ่ายพัฒนานักศึกษาและฝ่ายวิชาการ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิต สำหรับนักศึกษากลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าทุกคนจากผลการประเมินในขั้นตอนที่ 1 โดยจัดกิจกรรมการประเมินตนเองและเข้าใจตนเอง การเข้าใจผู้อื่น การปรับตัว การปรับมุมมองเชิงบวก การให้ความรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในนักศึกษาพยาบาล การ

เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การให้ความรู้และฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการประเมินกิจกรรมการดำเนินงานและประเมินสุขภาพจิตนักศึกษาหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ดำเนินการทดลอง ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 23 คน ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2564 ติดตามผลหลังการทดลอง 2 เดือน คือเดือนธันวาคม 2564 ผลการวิจัยพบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมป้องกันปัญหาทางจิต

ความเครียด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D	t	Df	p
ก่อน	23	66.48	12.90	5.557	22	.000*
ดำเนินการ						
หลัง	23	38.21	17.89	5.557	22	.000*
ดำเนินการ						

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P < 0.05$) โดยพบว่า ก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 66.48 สูงกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 38.21

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิต

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D	t	df	p
ก่อนดำเนินการ	23	23.04	4.13	11.153	22	.000*
หลังดำเนินการ	23	9.52	5.26			

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่าก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 23.04 (S.D = 4.13) สูงกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 9.52 (S.D = 5.26)



อภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พบว่า มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 31.43 และระดับรุนแรง ร้อยละ 20.0 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.29 ซึ่งจะพบว่ามียัตรต่ำกว่าการศึกษาของ ฉันทนา แรงสิงห์ และสถิตย์ วงศ์สุรประภิต (2557) พบว่า มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 36.4 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.5 และแตกต่างจากการศึกษาของ สมจิตร นครพานิช และรัตน พึ่งเสมา (2564) พบว่า นักศึกษามีความเครียดสูงร้อยละ 57.86 มีความเครียดระดับรุนแรงใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้คือมีร้อยละ 22.14 ซึ่งจะพบว่านักศึกษาพยาบาลมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความเครียด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมจิตร นครพานิช และรัตน พึ่งเสมา, 2564)

2. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พัฒนาจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบปัญหาการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาที่ไม่ต่อเนื่อง และมีรูปแบบไม่ชัดเจน เมื่อเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบจึงจะได้รับการดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลที่มีแนวทางอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง จึงได้มีการนำข้อมูลจากผลการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตพบว่า มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือความเครียด และภาวะซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยจัดกิจกรรมตามปัญหาที่พบจากผลการวิจัย ขั้นตอนที่ 3

ประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาจึงมีความสำคัญกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เพื่อป้องกันปัญหาทางการศึกษาที่ตามมาคือสำเร็จการศึกษาล่าช้าและมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (วิรมณ กาสิวงศ์, 2562)

3. ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

จากผลการวิจัยพบว่า ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล จึงมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีความเครียด วิตกกังวล รู้สึกต่อต้านไม่อยากอยู่ร่วมกัน ไม่มีความสุข ไม่รู้วิธีแก้ปัญหา มีปัญหากับเพื่อนร่วมห้องในหอพัก อึดอัดไม่สบาย หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า รู้สึกดีขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น สบายใจมากขึ้น ความเครียดกับการเรียนออนไลน์ลดลง รู้วิธีผ่อนคลายความเครียดและได้แนวคิดที่ดีขึ้น มองในแง่บวกมากขึ้น สามารถปรับตัวและสามารถจัดการกับปัญหาได้ เริ่มมีความสุขกับการเรียนและเพื่อน ๆ เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ กชกร ฉายากุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา โดยการศึกษาทดลองแบบกลุ่มเดียวกันวัดก่อนและหลังการทดลองในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดย

คะแนนพลังสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองในโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองในโปรแกรม และสอดคล้องกับ ลักษณะสกลทอง, ภมรพรรณ ยุระยาตร์ และสุทธิพงศ์ หกสุวรรณ (2561) ศึกษาารูปแบบความผาสุกทางจิตใจของนิสิต นักศึกษา ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือชั้นปีที่ 1 พบว่า นิสิตกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจมีความผาสุกทางจิตใจในระยะหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ Johansson, E. (2010) พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้แบบจำลองความเครียด the arousal-attribution stress model เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตในนักศึกษาพยาบาลจึงมีผลดีต่อสุขภาพจิตซึ่งส่งผลต่อความผาสุกทางจิตใจในการดำเนินชีวิตและการเรียน การปรับตัวในการอยู่ร่วมกับคนอื่น ลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ควรนำไปวางแผนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ในการจัดระบบดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาพยาบาลโดยการคัดกรองปัญหาทางจิต การจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาทางจิต และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยและพัฒนาโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ทั้งชั้นปีในปีการศึกษาต่อไป

2.2 ทดลองใช้โปรแกรมในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น ๆ โดยปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

กชกร ฉายากุ.(2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลัง

สุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 24(2), 96-124.

ฉันทนา แร่งสิงห์ และ สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ. (2557).

ปัจจัยทางสุขภาพจิตที่มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. *วารสารพยาบาลสาร*, 41(1), 122-132.

เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น และจุฬาลักษณ์ นิลอาธิ. (2563). การนำ SATIR MODEL สู่การปฏิบัติในการดูแล สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารมหาจุฬานาค* *รธรรม*, 7 (9), 17-29.

ลักษณะ สกลทอง, ภมรพรรณ ยุระยาตร์ และสุทธิพงศ์ หกสุวรรณ.(2561). การพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. *วารสารราชพฤกษ์*, 16 (1),76-87.

วาริรัตน์ ถาน้อย อติทยา พรชัยเกตุ ภาศิษฐา อ่อนดี. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภากาพยาบาล*, 27 (ฉบับพิเศษ), 60-76.

วิรมณ กาสีวงศ์. (2562). *รายงานการสำรวจภาวะ สุขภาพจิต นักศึกษาพยาบาล*. มหาวิทยาลัยนครพนม: ฝ่ายวิชาการ.



- สมจิตร นครพานิช และ รัตนา พึ่งเสมา.(2564). ปัจจัยทำนาย
พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 35 (1),
128-145.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพมาศ
ตาปัญญา.(2540). การสร้างแบบวัดความเครียด
สวนปรง. *วารสารสวนปรง*, 13(3), 1-20.
- สายใจ พัวพันธ์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และ
ดวงใจ วัฒนสินธ์.(2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ
สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล.*วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- สภาการพยาบาล.(2564). *มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี
สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560* .สืบค้น
วันที่ 1 มกราคม 2564 เข้าถึงได้จาก
<https://www.tnmc.or.th/news/18>.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร ทะวาน
นนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะ
ซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย*, 42(1), 2-13

- Chen, C.-J., et al. (2015). The prevalence and
related factors of depressive symptoms
among junior college nursing students:
Retrieved 9th, November, 2021 from
<https://doi.org/10.1111/jpm.12252>.
- Herrman, H & Jané-Llopis, E. (2014).The Status of
Mental Health Promotion. *Public health
review*, 34 (2),1-20.
- Johansson, E. (2010). Effectiveness of a Stress
Management Program in Reducing
Anxiety and Depression in Nursing
Students. *Journal of American College
Health*, 40 (3),125-129.
- Rathnayake, S. & Ekanayaka, J. (2016). Depression,
Anxiety and Stress among undergraduate
Nursing Students in a Public University in Sri
Lanka. *International Journal of Caring
Sciences*, 9 (2016), 1020 -1032.



อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสำลักขี้เทา
ในทารกแรกเกิดที่มีขี้เทาปนน้ำคร่ำขณะคลอดในโรงพยาบาลกระทุมแบน
Incidence and associated risk factors of Meconium aspiration syndrome
in meconium-stained amniotic fluid at Kratumbaen hospital

Received: March 30, 2022

Revised: May 13, 2022

Accepts: June 30, 2022

ศุภธิดา ตติชยานนท์ (พ.บ.)

Suphathida Tatichayanon (M.D.)

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุเสียชีวิตที่สำคัญอย่างหนึ่งในทารกแรกเกิด โดยเกิดจากปัจจัยหลายอย่างซึ่งสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ Historical cohort study เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยพยากรณ์โรคของการเกิดกลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิดที่มีขี้เทาปนน้ำคร่ำขณะคลอดในโรงพยาบาลกระทุมแบน ศึกษาในทารกที่ถ่ายขี้เทาในน้ำคร่ำทุกรายที่คลอดและรักษาในโรงพยาบาลกระทุมแบน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 พบทารกที่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 299 ราย เป็นกลุ่มอาการสำลักขี้เทา 34 ราย (ร้อยละ 11.4) เสียชีวิต 6 ราย (ร้อยละ 17.6) อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะความดันเลือดปอดสูง ร้อยละ 20.6 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ได้แก่ moderate meconium (OR=8.75 , 95%CI 3.38-22.62), thick meconium (OR=21.43 , 95%CI 7.41-61.99), APGAR score ที่ 1 นาที < 7 (OR=4.91 , 95%CI=1.36 - 17.77), ปัจจัยพยากรณ์โรคของทารกที่เสียชีวิต ได้แก่ ภาวะความดันเลือดปอดสูง (OR=65 , 95%CI 4.91- 861.45)

คำสำคัญ: ภาวะขี้เทาปนในน้ำคร่ำ; กลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกระทุมแบน จังหวัดสมุทรสาคร, Thailand

Division of Pediatrics; Kratumbaen Hospital; Samut Sakhon.

Corresponding author; Newky_supha@gmail.com



Abstract

Meconium aspiration syndrome (MAS) is considered as major cause of death in newborn patients, associated with many mortality risk factors. The surveillance for associated risk factors can prevent the incidence of disease. A historical cohort study was conducted to determine the incidence, associated risk factors and prognostic factors of MAS. The medical records of newborn with meconium-stained amniotic fluid (MSAF) were reviewed at Kratumbaen hospital during September 2019 to December 2020. A total of 299 MSAF newborn were enrolled. The incidence of MAS was 11.4 % of MSAF. Six cases of MAS died (17.6%). The most complication of MAS was PPHN (20.6%). The associated risk factors of MAS were moderate meconium (OR= 8.75 , 95%CI 3.38-22.62), thick meconium (OR=21.43 , 95%CI 7.41-61.99), APGAR score at 1 min < 7 (OR=4.91 , 95%CI= 1.36 -17.77). The poor prognostic factor of MAS was PPHN (OR=65, 95%CI 4.91- 861.45).

KEYWORDS: meconium-stained amniotic fluid (MSAF); meconium aspiration syndrome (MAS)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด (meconium aspiration syndrome, MAS) เป็นภาวะหายใจลำบากที่พบในทารกแรกเกิดที่มีภาวะขี้เทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด (meconium-stained amniotic fluid, MSAF) ที่ไม่สามารถอธิบายจากสาเหตุอื่นได้ ร่วมกับมีความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก (Wiswell, Tuggle & Turner, 1990) เกิดเนื่องจากทารกสูดสำลักขี้เทาที่ปนอยู่ในน้ำคร่ำเข้าไปในทางเดินหายใจในช่วงขณะอยู่ในครรภ์ ขณะคลอด หรือทันทีหลังคลอดก็ได้ (Greenough & Milner, 2005) ทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิดหรือภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด ความรุนแรงของโรคจะมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่มีอาการหายใจลำบากเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากจนเสียชีวิต

หรือรอดชีวิตแต่มีอาการแทรกซ้อนได้แก่ chronic lung disease เป็นต้น (มิรา โครานา, 2545)

ขี้เทามักพบอยู่ในลำไส้ของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาแล้ว ทารกจะถ่ายขี้เทาออกมาในช่วงวันแรกของการคลอด อย่างไรก็ตามการพบขี้เทาถูกขับออกมาในน้ำคร่ำก่อนคลอดเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะ fetal distress จาก hypoxia และ acidosis (Nangia, Rawat, Chandrasekharan & Lakshminrusimha, 2018) โดยการถ่ายขี้เทาเป็นผลจากการตอบสนองของทางเดินอาหารต่อภาวะ hypoxia ทำให้เกิด blood flow redistribution ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้ ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเกินไปเกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักและมีการถ่ายขี้เทาออกมา (มิรา โครานา, 2551) ในการคลอดทั่วไปพบ



ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอดได้ร้อยละ 4-22 ของการคลอดทั้งหมด ในจำนวนนี้พบอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการสำลักซีเทาร้อยละ 3-12 (Chiara, Francesco, Paolo, Giuseppe, Benedetta, & Daniale, 2021) โดยประมาณหนึ่งในสามของทารกต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ทารกกกลุ่มอาการสำลักซีเทามีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 5-12 (Nangia, Sundera, Biswasb, & Saili, 2016) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ

มากอย่างหนึ่งในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ในโรงพยาบาลกระทุ้มแบนมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาคลอดจำนวนมากต่อปีและพบกลุ่มอาการสำลักซีเทาได้บ่อยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด พบอุบัติการณ์กลุ่มอาการสำลักซีเทาในทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการสำลักซีเทา ในโรงพยาบาลกระทุ้มแบน

ปีงบประมาณ	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	จำนวนทารกที่เกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทา (คน)	อุบัติการณ์ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน
2560	3884	15	3.86
2561	3747	7	1.87
2562	3408	43	12.62
2563	3584	28	7.81
2564	3316	25	7.54
รวม	17939	118	6.58

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งปัจจัยพยากรณ์โรค เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะสำลักซีเทาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาอุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทาในทารกแรกเกิดที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด

2. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทาในทารกแรกเกิดที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด

3. เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์โรคของกลุ่มอาการสำลักซีเทาในทารกแรกเกิด

คำจำกัดความ

1. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ต้นเหตุหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทา



2. ปัจจัยพยากรณ์โรค หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต ในการศึกษาี้ หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้ทารกที่เกิดกลุ่มอาการสำลักซี่เทาเสียชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ historical cohort study ในทารกแรกเกิดที่ตรวจพบซี่เทาในน้ำคร่ำตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และคลอดที่โรงพยาบาลกระทุมแบนทุกราช ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบบันทึกข้อมูลของมารดาและทารกที่คลอดมีซี่เทาปนในน้ำคร่ำทุกราชเก็บโดยพยาบาลห้องคลอดและนำเวชระเบียนมาทบทวนและคัดเลือกทารกตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการสำลักซี่เทา ในการศึกษาี้ ใช้สิ่งตรวจพบทั้ง 3 ข้อดังต่อไปนี้

1. ตรวจพบทารกแรกเกิดมีการถ่ายซี่เทาปนในน้ำคร่ำ โดยแบ่งความเข้มข้นของซี่เทาเป็น 3 ระดับ คือ mild, moderate, thick โดยกลุ่ม mild มีลักษณะเป็นน้ำสีเหลืองใส กลุ่ม moderate จะเป็นน้ำสีเขียวขุ่นทึบขึ้น กลุ่ม thick จะมีสีเขียวเข้มเหนียวหนืดเห็นเป็นเม็ดซี่เทา ตามลำดับ แบ่งระดับความเข้มข้นของซี่เทาโดยสูติแพทย์หรือพยาบาลที่ทำคลอดทารก

2. มีอาการหายใจลำบาก (respiratory distress) ได้แก่หายใจเร็วเกิน 60 ครั้งต่อนาที, nasal flaring , retraction, grunting, cyanosis เป็นต้น

3. พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ได้แก่ alveolar infiltration, hyperaeration, atelectasis เป็นต้น

การเก็บข้อมูลตัวแปรอิสระต่าง ๆ จากข้อมูลของมารดาและทารก เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุครรภ์, ประวัติได้รับการฝากครรภ์ (antenatal care; ANC), ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ pregnancy induced hypertension (PIH), gestational DM (GDM), premature ruptured of membrane (PROM) > 18 ชั่วโมง, chorioamnionitis, ลักษณะซี่เทาแบ่งกลุ่มเป็น mild, moderate, thick ตามความเข้มข้นของซี่เทา, ข้อมูลของทารก ได้แก่ เพศ, น้ำหนักแรกเกิด, ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและอายุครรภ์ แบ่งเป็น appropriate for gestational age (AGA), small for gestational age (SGA), large for gestational age (LGA), วิธีการคลอด ได้แก่ normal labor, cesarean section, vacuum extraction, APGAR score ที่นาทีที่ 1 และ 5, ภาวะหายใจลำบากหลังคลอด, มีอาการแสดงของกลุ่มอาการสำลักซี่เทา, ความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ, มีความดันเลือดปอดสูง (PPHN), มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วม เช่น pneumothorax, sepsis, pneumonia และการเสียชีวิตหรือรอดชีวิต วิเคราะห์หาปัจจัยพยากรณ์โรคโดยกำหนดตัวแปรตามหรือผลลัพธ์เป็นทารกกลุ่มอาการสำลักซี่เทาที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับทารกกลุ่มอาการสำลักซี่เทาที่รอดชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสำลักซี่เทา และ ปัจจัยพยากรณ์โรคใช้ chi-square test หรือ

Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็น categorical data และใช้ independent T- test สำหรับข้อมูลที่เป็น continuous data ตามความเหมาะสมของการกระจายของข้อมูล ใช้ binary logistic regression วิเคราะห์และแสดงผลด้วย odds ratio (OR), 95% confidence interval (95% CI) ใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$, 2 – tailed วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยโปรแกรม SPSS statistics version 23.0

ผลการวิจัย

พบทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด ทั้งหมด 299 รายจากทารกเกิดมีชีพในระยะเวลาที่ศึกษา 4,786 ราย คิดเป็นอัตรา 62.47 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และทารกมีกลุ่มอาการสำลักซีเทา 34 ราย คิดเป็นอัตรา 7.1 ราย ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (ดังตารางที่ 1) ทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์เกิน 37 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 96.3 และมีทารกอายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์ ร้อยละ 1 ส่วนใหญ่ได้รับการคลอดด้วยวิธีปกติและการผ่าตัดออกทางหน้าท้องร้อยละ 65.2 และ 31.4 ตามลำดับ พบมีอาการหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 49.2 และทารกมีกลุ่มอาการสำลักซีเทาจำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 (ตารางที่ 2)

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทา (ตารางที่ 2) พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ moderate MSAF, thick MSAF, APGAR score ที่ 1 นาที < 7 , APGAR score ที่ 5 นาที < 7 และนำไปวิเคราะห์ต่อยด้วย binary logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทาได้แก่ moderate meconium (OR=8.75, 95%CI 3.38-22.62), thick meconium (OR=21.43, 95%CI 7.41-61.99), APGAR score ที่ 1 นาที < 7 (OR=4.9 , 95% CI 1.359-17.769) (ตารางที่ 3) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พบทารกกลุ่มอาการสำลักซีเทาเสียชีวิต 6 รายจากจำนวนทารกกลุ่มอาการสำลักซีเทาทั้งหมด 34 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิตร้อยละ 17.6 (ตารางที่ 4) เมื่อนำไปวิเคราะห์หาปัจจัยพยากรณ์โรคพบว่าทารกกลุ่มอาการสำลักซีเทาที่ต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ และมีความดันเลือดปอดสูงร่วมกับมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น นำไปวิเคราะห์ต่อโดยใช้ binary logistic regression พบว่าปัจจัยพยากรณ์โรคที่สำคัญคือ ทารกที่มีความดันเลือดปอดสูงร่วมกับเท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 65 เท่า (OR= 65 , 95% CI 4.90-861.45)



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด (N=299)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	164	54.8
หญิง	135	45.2
อายุครรภ์ (GA)		
< 37 สัปดาห์	8	2.7
37 - 41 ⁺⁶ สัปดาห์	288	96.3
≥42 สัปดาห์	3	1
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) mean±SD (min-max)	3189.67±437.34 (1890 - 4700)	
ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและอายุครรภ์		
AGA	250	83.6
SGA	41	13.7
LGA	8	2.7
ประวัติการฝากครรภ์ของมารดา (ANC)	296	99
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระหว่างตั้งครรภ์		
PIH	5	1.7
GDM	11	3.7
PROM >18 ชั่วโมง	1	0.3
วิธีการคลอด		
Normal labor	195	65.2
Cesarean section	94	31.4
Vacuum extraction	10	3.3
ลักษณะซีเทา		
Mild	207	69.2
Moderate	64	21.4
Thick	28	9.4
APGAR score ที่ 1 นาที < 7	11	3.7
APGAR score ที่ 5 นาที < 7	2	0.7
ภาวะหายใจลำบากหลังคลอด	147	49.2
ภาวะสุดสำลักซีเทา (MAS)	34	11.4

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของทารกที่เกิดกลุ่มอาการลำไส้เทา (MAS)

ข้อมูล	MAS (ร้อยละ) (N=34)	Non-MAS (ร้อยละ) (N=265)	p-value
เพศ			
ชาย	21 (61.8)	143 (54.0)	0.250 ^B
หญิง	13 (38.2)	122 (46.0)	0.250 ^B
อายุครรภ์ (GA)			
< 37 สัปดาห์	1 (2.9)	7 (2.6)	0.624 ^B
37 - 41 ⁺⁶ สัปดาห์	33 (97.1)	255 (96.2)	0.638 ^B
≥42 สัปดาห์	0	3 (1.1)	0.695 ^B
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) mean±SD (min-max)	3109.26±577.38		0.306 ^T
ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและอายุครรภ์			
AGA	25 (73.5)	225 (84.9)	0.080 ^B
SGA	7 (20.6)	34 (12.8)	0.148 ^B
LGA	2 (5.9)	6 (2.3)	0.227 ^B
ประวัติการฝากครรภ์ของมารดา (ANC)	34 (100)	262 (98.9)	0.695 ^B
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาระหว่างตั้งครรภ์			
PIH	0	5 (1.9)	0.544 ^B
GDM	1 (2.9)	10 (3.8)	0.638 ^B
PROM >18 ชั่วโมง	0	1 (0.4)	0.886 ^B
วิธีการคลอด			
Normal labor	22 (64.7)	173 (65.3)	0.544 ^B
Cesarean section	10 (29.4)	84 (31.7)	0.148 ^B
Vacuum extraction	2 (5.9)	8 (3.0)	0.227 ^B
ลักษณะซีเทา			
Mild	7 (20.6)	200 (75.5)	
Moderate	15 (44.1)	49 (18.5)	0.001 ^B
Thick	12 (35.3)	16 (6.0)	0.000 ^B
APGAR score ที่ 1 นาที < 7	4 (11.8)	7 (2.6)	0.026 ^B
APGAR score ที่ 5 นาที < 7	2 (5.9)	0	0.013 ^B

A = Chi square-test , B = Fisher's exact test



ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการลำไส้เทียมในทารกแรกเกิด

Binary Logistic regression	p-value	OR	95%CI
Moderate MSAF	0.001	8.75	3.38-22.62
Thick MSAF	0.000	21.41	7.41-61.99
APGAR score at 1 min < 7	0.015	4.91	1.359-17.769

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทารกที่เกิดกลุ่มอาการลำไส้เทียมที่เสียชีวิตเปรียบเทียบกับรอดชีวิต

	ทารกเสียชีวิต (ร้อยละ) (N=6)	ทารกรอดชีวิต (ร้อยละ) (N=28)	p-value
เพศ			
ชาย	4 (66.7)	17 (60.7)	0.584 ^B
หญิง	2 (33.3)	11 (39.3)	0.584 ^B
ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและอายุครรภ์			
AGA	4 (66.7)	21 (78)	0.513 ^B
SGA	2 (33.3)	5 (17.9)	0.360 ^B
LGA	0	2 (7.1)	0.674 ^B
วิธีการคลอด			
Normal labor	4 (66.7)	18 (64.3)	0.649 ^B
Cesarean section	1 (16.7)	9 (32.1)	0.416 ^B
Vacuum extraction	1 (16.7)	1 (3.6)	0.326 ^B
ลักษณะซีเทา			
Mild	0	7 (55)	0.220 ^B
Moderate	4 (66.7)	11 (39.3)	0.220 ^B
Thick	2 (33.3)	10 (35.7)	0.649 ^B
APGAR score ที่ 1 นาที < 7	1 (16.7)	3 (10.7)	0.559 ^B
APGAR score ที่ 5 นาที < 7	0	2 (7.1)	0.674 ^B
ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังคลอด	6 (100)	8 (28.6)	0.002 ^B
ภาวะความดันเลือดปอดสูง (PPHN)	5 (83.3)	2 (7.1)	0.000 ^B
ลมรั่วในปอด (Pneumothorax)	0	1 (3.6)	0.824 ^B
ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	0	1 (3.6)	0.824 ^B
ปอดอักเสบ (Pneumonia)	0	1 (3.6)	0.824 ^B

A = Chi square-test , B = Fisher's exact test

การอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำคิดเป็นร้อยละ 6.24 ของทารกเกิดมีซีเทา และพบอุบัติการณ์ของทารกกลุ่มอาการสาส์กซีเทา ร้อยละ 11.4 ของทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำ โดยการมีซีเทาปนในน้ำคร่ำมักจะพบในทารกที่อายุครรภ์ครบกำหนดจนถึงเกินกำหนดเป็นส่วนใหญ่ การพบซีเทาในน้ำคร่ำมักแสดงถึงภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ที่เกิดจาก acute hypoxia, chronic hypoxia, infection เป็นต้น (Klingner & Kruse, 1999) ทำให้ทารกที่เกิดมามีปัญหาหายใจลำบาก กลไกการเกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทายังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างแน่ชัดนักในปัจจุบัน สันนิษฐานว่าเป็นจากกระบวนการซับซ้อนที่เริ่มต้นมาตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเกิดร่วมกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ antenatal infection, small airway obstruction, surfactant dysfunction, activation of inflammatory cascade เป็นต้น (Lindenskov, Castellheim, & Saugstad, 2015) การสาส์กซีเทาเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทา ซึ่งบางครั้งอาจไม่ได้เป็นผลจากตัวซีเทาโดยตรงแต่พบปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จากการศึกษที่ผ่านมามีรายงานปัจจัยเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทา ได้แก่ cesarean section, advanced gestation, non-reassuring FHR, low apgar score at birth เป็นต้น (Claudia et al., 2017)

การศึกษานี้พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทา ได้แก่ moderate meconium, thick meconium และ APGAR score ที่ 1 นาที < 7 เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทารกที่ APGAR score ที่ 1 นาทีต่ำนั้นแสดงถึงภาวะ intrauterine asphyxia

บ่งบอกว่าทารกมี birth asphyxia โดยสาเหตุเป็นได้ทั้งจาก acute หรือ chronic hypoxia ซึ่งอาจจะเป็นผลโดยตรงของซีเทาที่ทำให้เกิดการหดตัวผิดปกติของ umbilical vein ส่งผลให้มีเลือดไปเลี้ยงรกได้ลดลง (Altshuler & Hyde, 1989) เกิด hypoxia ทารกที่คลอดออกมาจึงมีค่า APGAR score ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Siriporn & Teera, 2016)

ในส่วน of moderate และ thick meconium เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทาเช่นกัน พบความรุนแรงหลากหลายระดับ ตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงมาก ทารกที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำกว่าครึ่งหนึ่งไม่พบภาวะหายใจลำบากหลังคลอด ในการศึกษาพบภาวะหายใจลำบากในทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำร้อยละ 49.2 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการถ่ายซีเทาอาจเป็น physiologic maturity มากกว่าการตอบสนองต่อภาวะกระตุ้นบางอย่าง ในกลุ่ม mild meconium ที่ซีเทามักจะเขียวใสทารกมักจะปกติดี ในกลุ่มอาการรุนแรงปานกลางทารกอาจถ่ายซีเทาเป็นผลจากการตอบสนองต่อการกระตุ้นบางอย่าง อาจพบภาวะน้ำคร่ำน้อยทำให้ซีเทาเข้มข้นส่งผลให้เมื่อเกิดกลุ่มอาการสาส์กซีเทาแล้วทารกมีภาวะหายใจลำบากต้องการออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจในระดับต่ำ แต่ในกลุ่มที่อาการรุนแรงมากพบภาวะ depressed ตั้งแต่แรกเกิดและมีซีเทาเหนียวข้นเขียว (thick meconium) ร่วมด้วย จึงอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือมีภาวะความดันเลือดที่ปอดสูงได้ (Surekha, 2012) ผลการศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาก่อนหน้านี้ (Siriporn & Teera, 2016) พบว่า thick meconium เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นถึง 21 เท่า ส่วน moderate MSF ในการศึกษาพบมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 8 เท่า แต่ในทางกลับกันทารกบางคนที่มี



moderate to thick meconium ขณะคลอดกลับไม่พบ ภาวะหายใจลำบากหลังคลอด ปัจจุบันจึงยังไม่มี สมมติฐานใดที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของตัวโรคกลุ่มอาการสำลักซีเทา กับปริมาณความ เข้มข้นของซีเทาที่พบในน้ำคร่ำได้อย่างชัดเจน (Choi W et al., 2015)

มีการศึกษาที่ผ่านมา (ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ, 2546) พบปัจจัยเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการสำลักซีเทาได้แก่ Post term, PROM >18 ชั่วโมง โดยมักเกิดจาก chorioamnionitis และการติดเชื้อในทารกเนื่องจาก จำนวนน้ำคร่ำลดลง จนบางรายเกิด oligohydramnios ทารกเกิดภาวะ stress และขับถ่ายซีเทาปนออกมาใน น้ำคร่ำได้ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบว่า Post term และ PROM >18 ชั่วโมง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทารกที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำ เมื่อตรวจพบว่ามี ซีเทาปนในน้ำคร่ำ มักจะได้รับการช่วยเหลือด้วยการทำ Cesarean section เพื่อช่วยเหลือทารกได้รวดเร็วจาก acute placental insufficiency แต่อย่างไรก็ตามในการ การศึกษานี้ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มอาการสำลักซีเทาจากการศึกษานี้มีอัตราการ ตายสูงถึงร้อยละ 17.6 โดยพบสูงกว่าการศึกษาที่ ผ่านมา (Nangia et al., 2016) ส่วนใหญ่เป็นทารกที่มี อาการรุนแรง พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ได้แก่ ความ ดันเลือดปอดสูง พบปัจจัยพยากรณ์โรคของทารกที่ เสียชีวิต ในการศึกษานี้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะ ความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่ความ ดันทานและความดันในหลอดเลือดแดงในปอดไม่ลดลง หลังคลอด ทำให้เลือดไหลไปปอดน้อยเนื่องจากเกิด pulmonary vasoconstriction และลัดวงจรข้ามจาก pulmonary circulation ไปยัง systemic circulation

ผ่าน foramen ovale และ ductus arteriosus ทารก จึงมีอาการเขียว หายใจลำบาก ระดับออกซิเจนในเลือด ต่ำ และเกิดเลือดเป็นกรดตามมา ภาวะนี้มีความรุนแรง และทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง ภาวะนี้อาจเกิดตั้งแต่ ทารกอยู่ในครรภ์มารดาโดยที่ยังไม่เกิดการสำลักซีเทา หรือเกิดภายหลังคลอดแล้วก็ได้และมีกลุ่มอาการสำลัก ซีเทาเป็นตัวเสริมความรุนแรงของโรค พบภาวะความดัน เลือดปอดสูงเกิดร่วมกับกลุ่มอาการสำลักซีเทาได้ถึง ร้อยละ 30.5-55 (ปฐมภรณ์ ชัยธีรกิจ, 2563) สาเหตุ ที่พบร่วมบ่อยมักเกิดจากการขาดออกซิเจนเป็นเวลานาน และมีการสูดสำลักซีเทาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทำให้กล้ามเนื้อ เรียบที่ผนังหลอดเลือดแดงปอดมีการหนาผิดปกติจึงเกิด ภาวะความดันเลือดปอดสูงได้บ่อย ในโรงพยาบาล กระทุ้มแบน พบทารกกลุ่มอาการสำลักซีเทาที่มีความดัน เลือดปอดสูงรวมถึงร้อยละ 38.7 และพบอัตราเสียชีวิต ในทารกกลุ่มนี้ร้อยละ 44.6 (ปฐมภรณ์ ชัยธีรกิจ, 2563) เนื่องจากทารกที่มีกลุ่มอาการสำลักซีเทาที่มีความดัน เลือดปอดสูงร่วมมักมีอาการรุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ บางส่วนจำเป็นต้องให้ยาขยาย หลอดเลือดในปอด ซึ่งโรงพยาบาลกระทุ้มแบนขณะนั้น ยังมีข้อจำกัดในการรักษาและขาดแคลนทั้งเครื่องช่วย หายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) การตรวจวินิจฉัยด้วย เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) และยา ขยายหลอดเลือดในปอดต่าง ๆ เช่น iloprost (prostaglandin I2 analogue), inhaled nitric oxide (iNO) หรือ ECMO ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สูงได้ผลดีและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ รวมทั้งทีม แพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มี ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งในอนาคตต้องมีการ พัฒนาทีมรักษาให้มีความเชี่ยวชาญให้มากขึ้น และนำยา



หรืออุปกรณ์ใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการรักษาต่อไปเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของทารกกลุ่มอาการสำคัญที่เทา

หลักการรักษากลุ่มอาการสำคัญที่เทา ประกอบด้วยการรักษาแบบประคับประคองเป็นหลัก (supportive treatment) คือ การควบคุมอุณหภูมิกายให้เหมาะสม การให้สารน้ำทางเส้นเลือดให้เพียงพอ การรบกวนทารกให้น้อยที่สุด ทำให้ทารกสงบ (sedation) และการให้ออกซิเจนโดยขึ้นกับความรุนแรงของโรค ถ้าทารกมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต้องให้การรักษาย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะเมื่อไม่สามารถแยกภาวะสำคัญที่เทาจากปอดอักเสบได้

ข้อเสนอแนะ

ควรเฝ้าระวังทารกที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำทุกราย ตั้งแต่อ่อนคลอด เริ่มจากการเฝ้าระวังติดตามมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและเฝ้าติดตามทารกในครรภ์โดย monitor การเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด และเร่งคลอดหากพบทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เมื่อทารกคลอดแล้วให้การช่วยเหลือตามขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ในปัจจุบันมีแนวปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ไม่แนะนำให้ดูซีเทาในหลอดลมในทารกมีซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอดและไม่ตื่นตัวเมื่อแรกเกิดเป็นกิจวัตรเนื่องจากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการดูซีเทาในหลอดลมเมื่อแรกเกิดทันทีนั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงอัตราการเกิดกลุ่มอาการสำคัญที่เทาในทารกแรกเกิด แต่อาจทำให้เกิดความล่าช้าของการเริ่มต้นกู้ชีพ และยังเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (จรรยา จิระประดิษฐา, 2559) ภายหลังคลอดแล้วนั้นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบากในทารกกลุ่มเสี่ยง ให้การวินิจฉัยภาวะกลุ่มอาการสำคัญที่เทาและเริ่มรักษาย่างรวดเร็ว เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะเมื่อทารกมี

อาการมากขึ้นให้การวินิจฉัยได้รวดเร็ว ก่อนที่ภาวะแทรกซ้อนจะรุนแรงโดยเฉพาะความดันเลือดปอดสูง

ในการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยชีวิต (Resuscitation) รวมทั้ง intervention ต่าง ๆ ในทารกที่มีซีเทาปนในน้ำคร่ำซึ่งในอนาคตอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา จิระประดิษฐา. (2559). การไม่แนะนำให้ดูซีเทาในหลอดลมโดยการใส่ท่อหลอดลมในทารกแรกเกิดที่มีภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอดและไม่ตื่นตัวเมื่อแรกเกิด เป็นกิจวัตร:หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 55(4),226-234.
- นพวรรณ พงศ์โสภณ. (2560). ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 11, 31(1),49-59.
- ปฐมภรณ์ ชัยธีรกิจ. (2563). ภาวะความดันเลือดสูงในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(3),304-315
- ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ. (2546). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการสำคัญที่เทาในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร, 21(3),179-186
- มนเทียร นรเศรษฐ์สิงห์. (2544). ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกที่มีภาวะสูงสุดสำคัญที่เทาเข้าปอด ในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 24(1),279-290.
- มิรา โครานา. (2545). กลุ่มอาการสูงสุดสำคัญที่เทา. ใน สรายุทธ สุพรรณชาติ (บก.), Update Neonatal care (62-73). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอน กราฟฟิค จำกัด.
- มิรา โครานา. (2551). กลุ่มอาการสูงสุดสำคัญที่เทา (Meconium aspiration syndrome). ใน วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บก.), ปัญหาทารกแรกเกิด (121-132). กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด.



- อุไรวรรณ โชติเกียรติ, มิรา โครานา, วิบูลย์ กานจนพัฒนกุล, และคณะ. (2546). ผลการรักษาความดันเลือดในปอดสูงในเด็กทารก(PPHN)ด้วยเครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (HFOV): ประสิทธิภาพ 5 ปี. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 42,1-8.
- Altshuler G, Hyde S.(1989). Meconium-inducedAltshuler G, Hyde S. (1 9 8 9) . Meconium- induced vasocontraction: a potential cause of cerebral and other fetal hypoperfusion and of poor pregnancy outcome. J Child Neurol, 4,137-42.
- Chiara M, Francesco C,Paolo EV, Giuseppe P, Benedetta A, DanialeT. (2021). Meconium aspiration syndrome: A narrative review. Children, 8,230.
- Choi W, Jeong H, Choi SJ, et al. (2015). Risk factors differentiating mild/moderate from severe meconium aspiration syndrome in meconium-stained neonates. Obstet Gynecol Sci, 58(1),24-31.
- Claudia PL, Filipa F, et al. (2017). meconium aspiration syndrome: risk factor and predictor of severity. The journal of maternal-fetal&Neonatal medicine,1-7.
- Fischer CP, Rybakowski C, Ferdynus C, Sagot P, Gouyon JB. (2 0 1 2). A Population- Based Study of Meconium Aspiration Syndrome in Neonates Born between 37 and 43 Weeks of Gestation. Int J Pediatr, 2012,321545.
- Greenough A, Milner AD. (2005). Meconium aspiration syndrome. In Rennie JM (ed.), Textbook of Neonatology 4th ed (502-508). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Klingner MC. (1999). Meconium aspiration syndrome: pathophysiology and prevention. J Am Board Fam Pract, 12,450-466.
- Lindenskov PH, Castellheim A, Saugstad OD. (2015). Meconium aspiration syndrome: possible pathophysiological mechanism and future potential therapies. Neonatology, 107(3),225-230
- Nangia S, Chandrasekharan P, Lakshminrusimha S, Rawat M. (2018). Approach to Infants Born Through Meconium Stained Amniotic Fluid: Evolution Based on Evidence? Am J Perinatol, 35,815–822.
- Nangia S, Sundera S, Biswasb R, Saili A. (2 0 1 6). Endotracheal suction in term non vigorous meconium stained neonate. A pilot study. Resuscitation, 105,79–84.
- Siriporn T, Teera S. (2016). Factors associated with meconium aspiration syndrome in cases with meconium-stained amniotic fluid. Thai J Obstet Gynaecol, 24(4),240-246.
- Surekha T.(2012). The significance of meconium stained amniotic fluid-A cross sectional study in a rural setup. IJBAR, 12,861-6.
- Wiswell TE, Tuggle JM, Turner BS. (1990). Meconium aspiration syndrome: Have we made a difference. Pediatrics, 85(5),715–721.



การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชน ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่

Adherence to COVID-19 Preventive Measures Among People Living in Semi-urban Community, Chiang Mai Province

ยุพเรศ พญาพรหม (ปร.ด.)^{1*}, หัสญา ตันติพงศ์ (พ.บ.,วท.ม.)²

Yupares Payaprom, Hutsaya Tantipong

พรพรรณ มนัสจกุล (ปร.ด.)¹, ศรีนฤภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล (ส.ด.)¹

Pornpun Manasatchakun, Sarinyaporn Chandeekeawchakool

Received: May 23, 2022

Revised: June 28, 2022

Accepts: July 7, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 427 ราย โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อประชากรตามทะเบียนราษฎร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในภาพรวม ร้อยละ 54.8 มีการใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาได้แก่ การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ เมื่อสัมผัสสิ่งแวดล้อมนอกบ้านหรืออยู่ในที่สาธารณะ ร้อยละ 72.6 และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร ร้อยละ 64.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะ ได้แก่ โทรทัศน์และวิทยุ การมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคและมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1 อาจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

* Corresponding author: yupares@bcnc.ac.th

2 อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี



สรุป ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ให้กับประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มากขึ้น โดยควรเน้นในด้านการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องผ่านสื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ หรือวิทยุ รวมทั้งควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคและมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เพื่อให้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในชุมชน

คำสำคัญ: มาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19, ความร่วมมือในการปฏิบัติ, ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Abstract

Objectives: The aims of this research were to study the community's adherence to COVID-19 preventive measures and its related factors among people living in semi-urban communities, Chiang Mai province.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 427 samples from November to December 2021. Samples were randomly selected from the civil registration database. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics and multiple logistic regression were performed to analyze the data.

Results: The overall prevalence of good adherence towards the COVID-19 preventive measures was 54.8%. Wearing a face mask when going out had the highest level of compliance (83.8%), followed by washing hands frequently after touching surfaces in public spaces (72.6%), and maintaining a distance of at least 1-2 meters from other people (64.2%). Level of education, wage workers, receiving information regarding COVID-19 through traditional media such as television and radio, favorable attitude towards COVID-19 and preventive measures, and perceived risk of COVID-19 infection were found to be significantly associated with good adherence to COVID-19 preventive measures.

Conclusion: The findings of this study suggest that interventions aimed at changing people's risk perception and attitude towards COVID-19 preventive measures need to be urgently implemented. Accurate information about COVID-19 should also be provided to the community via television and radio. This will help community residents in adopting more preventive measures to combat the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS: COVID-19 preventive measures, Adherence, Semi-urban community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลก ซึ่งเกิดจากเชื้อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) โดยเชื้อติดต่อกับคนสู่คนผ่านทางละอองฝอยน้ำมูกหรือน้ำลาย จากการที่ผู้ป่วย ไอ จามหรือพูด ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดในปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทั่วโลกมากกว่า 500 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน (World Health Organization, 2022) จากการทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 20.2 ของผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.1 (Rodriguez-Morales et al., 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Verity et al., 2020) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือบางรายที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีอาการรุนแรงในระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หรือมีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตได้ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 จนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 สะสม จำนวน 4.4 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 29,715 คน (กรมควบคุมโรค, 2565) จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุม

โรคเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับวันที่ 3 มกราคม 2564) โดยมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นมาตรการที่ส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองและสังคมจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบในการดูแลตัวเองของประชาชนทุกคน โดยมาตรการนี้ประกอบด้วยหลักปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้แก่ การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น การแยกของใช้ส่วนตัว การรับประทานอาหารแยกสำหรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว การทำความสะอาดที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมด้วยน้ำยาทำลายเชื้ออย่างเหมาะสม ตลอดจนหมั่นสังเกตอาการตนเองหากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองในสถานบริการสาธารณสุข โดยเร็ว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ถึงแม้จะมีการกำหนดมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างชัดเจน แต่หากไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่กำหนดขึ้น ก็จะไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชนได้อย่างมี



ประสิทธิภาพ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนในแต่ละพื้นที่ก็แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในภูมิภาคโอโรเมีย ประเทศเอธิโอเปีย (Abeya et al, 2021) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,751 คน พบว่าประชาชนที่ศึกษามีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในภาพรวมเพียงร้อยละ 8 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 นอกจากนี้จากการศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนตามหลัก 3W (Wearing mask, Washing hands, and Watching an inter- personal distance) ในประเทศสเปน (Beca-Martinez et al., 2021) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,033 คน พบว่าประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำในแต่ละกิจกรรมตามหลัก 3W โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีการสวมหน้ากากอนามัยตามคำแนะนำ ร้อยละ 91.6 ล้างมือบ่อย ๆ ร้อยละ 90.1 และรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 84.7 และมีประชาชนที่ปฏิบัติตามมาตรการครอบคลุมทั้ง 3W ร้อยละ 76.5 และผลการศึกษาพบว่าความรู้ที่เพียงพอ ทักษะ และ การ

รับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นปัจจัยกำหนดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ตามหลัก 3W ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ ดรัญชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ซึ่งศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา พบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในระดับดีร้อยละ 72.4 และพบว่าความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ซึ่งการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง ดังนั้นการเน้นย้ำให้ประชาชนให้ความร่วมมือและตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันและจำกัดวงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยเร็ว จึงถือเป็นอีกหนึ่งความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยพบว่าตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 จนถึงปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม จำนวน 33,516 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จำนวน 198 ราย (คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดเชียงใหม่, 2565) ถึงแม้ในขณะนี้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังพบว่ามีรายงานผู้ป่วยโควิด 19 รายใหม่



ต่อเนื่องทุกวัน และมีโอกาสเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง หากประชาชนไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของประชาชน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่กระทรวงสาธารณสุขสุพรรณำอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นวงกว้าง ในชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทักษะคิดต่อโรคและมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Risk perception) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและมาตรการป้องกันโรค โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้านี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

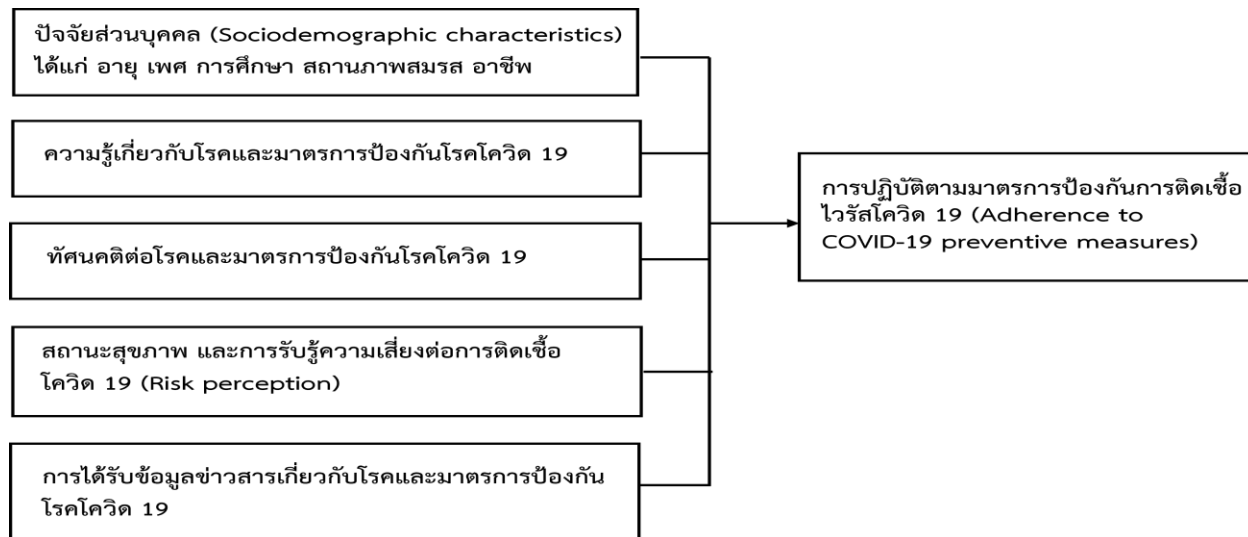
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ มีอายุ 18-65 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยโดยความสมัครใจ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อประชากรตามทะเบียนราษฎร เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน ถึง วันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2564

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร (Wayne, 1995) จากสูตร

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



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดย ค่า $p = 0.54$ (สัดส่วนความร่วมมือการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จากการศึกษาของ Liu, Tong, Li, Tian, He, & Zheng, 2022 ; $Z = 1.96$ (ความเชื่อมั่น 95%); $d = 0.05$ เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรข้างต้นพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 382 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประมาณค่า drop out 10% ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้อย่างน้อย 420 คน

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางหลักในการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 และข้อมูลเกี่ยวโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยข้อคำถามสร้างตามกรอบแนวคิดจากการ

ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ใช่ ให้ 1 คะแนน ส่วน ไม่ใช่/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความรู้ในภาพรวม (ทุกข้อ) มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) จะจัดอยู่ในกลุ่มมีความรู้ดีเกี่ยวกับโรคและมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (Good knowledge) สำหรับผู้ที่ได้คะแนนความรู้ในภาพรวมเท่ากับคะแนนเฉลี่ย หรือน้อยกว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและมาตรการในการป้องกันโรค (Poor knowledge)

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินทัศนคติต่อโรคและมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนทัศนคติในภาพรวม

มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย จะจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวก (Favorable attitude) เกี่ยวกับโรคและมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 สำหรับผู้ที่ได้คะแนนทัศนคติในภาพรวมเท่ากับคะแนนเฉลี่ยหรือน้อยกว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อโรคและมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Unfavorable attitude)

ส่วนที่ 4 เป็นการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Risk perception) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Perceived severity of a disease) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในภาพรวม มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) จะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในระดับสูง สำหรับผู้ที่ได้คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในภาพรวมเท่ากับคะแนนเฉลี่ยหรือน้อยกว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 เป็นการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Adherence to COVID-19 preventive measures) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดย

มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในภาพรวมมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) จะจัดอยู่ในกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคในระดับสูง (Good adherence) สำหรับผู้ที่ได้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในภาพรวมทุกข้อเท่ากับคะแนนเฉลี่ยหรือน้อยกว่าจะจัดอยู่ในกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคในระดับต่ำ (Poor adherence) โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 และปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดในบางประเด็นตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับประชาชน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้ด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.78 สำหรับแบบประเมินทัศนคติได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 และแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.68

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ (รหัสจริยธรรมการวิจัย: BCNCT05-1/ 2564) ภายหลัง



ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อแกนนำชุมชนในพื้นที่เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ ในระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ หากมีความต้องการ และไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยข้อมูลที่ได้จะมีการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 23 ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับตัวแปรตาม (การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19) ที่ละตัว (Univariate analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher exact test ในกรณีที่พบว่าไม่ผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Chi-square และคำนวณค่า Crude odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ p -value และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับตัวแปรตามแบบพหุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value น้อยกว่า 0.2 จากการวิเคราะห์ Univariate analysis นำเข้า Model เพื่อวิเคราะห์ Multi-variate analysis และคำนวณ

ค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ p -value

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 427 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 31.8 และ 42.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 69.5 และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ผ่านทางโซเชียลมีเดียมากที่สุด ร้อยละ 46.6 รองลงมาได้แก่ ทางโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 29.3 และ 12.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในภาพรวมในระดับดี ร้อยละ 71.7 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ร้อยละ 50.7 (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (Good adherence) จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 โดยพบว่าการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาได้แก่ การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ เมื่อสัมผัสสิ่งแวดล้อมนอกบ้านหรืออยู่ในที่สาธารณะ ร้อยละ 72.6 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อโรคและการปฏิบัติตามมาตรการโควิด 19

(n=427 ราย)

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อโควิด 19	61 (14.3)	232 (54.3)	102 (23.9)	32 (7.5)	-
โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นโรคที่มีความรุนแรง	13 (3.0)	308 (72.1)	69 (16.2)	37 (8.7)	-
ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19	29 (6.8)	357 (83.6)	31 (7.3)	8 (1.9)	2 (0.5)
การอยู่บ้านช่วยหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19	30 (7.0)	332 (77.8)	62 (14.5)	3 (0.7)	-
การล้างมือบ่อย ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19	27 (6.3)	357 (83.6)	42 (9.8)	1 (0.2)	-
การสวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้านทุกครั้งจะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19	46 (10.8)	337 (78.9)	43 (10.1)	1 (0.2)	-
การนั่ง หรือ ยืนห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรช่วยลดความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19	46 (10.8)	289 (67.7)	69 (16.2)	23 (5.4)	-
ท่านจะยอมรับและให้ความร่วมมือในการกักตัว 14 วัน ในกรณีที่ท่านสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	75 (17.6)	339 (79.4)	13 (3.0)	-	-
การปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ จะช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19	30 (7.0)	344 (80.6)	53 (12.4)	-	-
ท่านและคนในชุมชนทุกคนควรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง	23 (5.4)	317 (74.2)	87 (20.4)	-	-
ทัศนคติต่อโรคและการปฏิบัติตามมาตรการโควิด 19	ทัศนคติเชิงบวก 219 (50.7)		ทัศนคติเชิงลบ 208 (48.1)		



ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (n=427)

การปฏิบัติตามมาตรการ	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณแออัด หรือมีการรวมกันของคนจำนวนมาก เช่น ตลาดที่มีคนหนาแน่น หรือ การร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีคนจำนวนมาก	241 (56.4)	167 (39.1)	19 (4.4)
เมื่ออยู่ในที่ชุมชน ท่านนั่งหรือยืนห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร	274 (64.2)	144 (33.7)	9 (2.1)
ท่านใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน	362 (83.8)	65 (15.2)	-
ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ เมื่อสัมผัสสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน หรืออยู่ในที่สาธารณะ เช่น รวบบันได ลูกบิด ประตู โต๊ะ เก้าอี้ ฯลฯ	310 (72.6)	105 (24.6)	12 (2.8)
ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นอันดับแรกเมื่อมาถึงบ้าน	193 (44.7)	195 (45.7)	39 (9.1)
ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับกลุ่มเพื่อน/ญาติ/หรือ กลุ่มคนในชุมชน	194 (45.4)	225 (52.7)	8 (1.9)
การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	ระดับสูง 234 (54.8)	ระดับต่ำ 193 (45.2)	

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษากับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทีละตัว (Univariate analysis) พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้และทัศนคติต่อโรคและมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อมีการควบคุม ตัวแปรอายุ เพศ และตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่มีค่า p -value น้อยกว่า 0.20 โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน

การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาประถม ศึกษา ($OR_{adj}=2.6$, 95% CI=1.2-6.7) ระดับการ ศึกษาประกาศนียบัตร วิชาชีพ ($OR_{adj}=4.1$, 95% CI=1.6-10.6) การประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป($OR_{adj}=2.5$, 95% CI=1.3-4.9) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และมาตรการป้องกันโรคจากสื่อสาธารณะได้แก่ โทรทัศน์และวิทยุ ($OR_{adj}=2.9$, 95% CI=1.3-6.5), การมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคและมาตรการป้องกันโรค ($OR_{adj}=1.6$, 95% CI=1.03-2.3) และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โควิด 19 ($OR_{adj}=1.8$, 95% CI=1.1-3.2) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (n=427)

ตัวแปร	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด 19		Crude ORs (95% CI)	Adjusted OR ORs (95% CI)	p-value
	ระดับสูง	ระดับต่ำ			
	(Good adherence)	(Poor adherence)			
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	34 (8.0)	15 (3.5)	Reference	Reference	
ประถมศึกษา	63 (14.7)	72 (16.9)	2.6 (1.3-5.2)	2.6 (1.2-6.7)	.007
มัธยมศึกษา	53 (12.4)	47 (11.0)	2.0 (0.9-4.1)	2.3 (0.9-5.4)	.06
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	22 (5.2)	27 (6.3)	2.8 (1.2-6.4)	4.1 (1.6-10.6)	.01
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	62 (14.5)	32 (7.5)	1.2 (0.6-2.4)	1.4 (0.6-3.6)	.68
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (5.8)	6 (1.4)	Reference	Reference	
เกษตรกร	24 (5.6)	20 (4.7)	1.4 (0.7-2.9)	1.8 (0.8-4.3)	.17
ข้าราชการ	23 (5.4)	11 (2.6)	0.8 (0.3-1.9)	1.3 (0.4-3.8)	.63
ค้าขาย	26 (6.1)	33 (7.7)	2.1 (1.1-4.3)	2.1 (0.9-4.6)	.07
รับจ้างทั่วไป	85 (19.9)	93 (21.8)	1.9 (1.1-3.2)	2.5 (1.3-4.9)	.007
อื่น ๆ เช่นพนักงานบริษัทเอกชน	51 (11.9)	30 (7.0)	0.4 (0.1-1.1)	0.3 (0.1-1.1)	.07
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
< 10,000	150 (35.1)	142 (33.2)	Reference	Reference	
10,000-20,000	37 (8.7)	19 (4.4)	0.5 (0.3-0.9)	0.5 (0.2-1.1)	.09
≥20,000	47 (11.0)	32 (7.5)	0.7 (0.4-1.2)	1.3 (0.6-2.6)	.49
การได้รับรับข้อมูลข่าวสาร					
อินเทอร์เน็ต	36 (8.4)	19 (4.4)	Reference	Reference	
โซเชียลมีเดีย (Social Media)	112 (26.2)	87 (20.4)	1.4 (0.8-2.7)	1.6 (0.8-3.3)	.18
โทรทัศน์และวิทยุ	68 (15.9)	77 (18.0)	2.1 (1.1-4.1)	2.9 (1.3-6.5)	.01
สมาชิกในครอบครัว/เพื่อน	18 (4.2)	10 (2.3)	1.05 (0.4-2.7)	1.9 (0.6-6.0)	.25
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 19					
ดี (Good Knowledge)	166 (38.9)	140 (32.8)	1.1 (0.71-1.7)	1.3 (0.8-2.3)	.22
น้อย/ไม่เพียงพอ (Poor Knowledge)	68 (15.9)	53 (12.4)	Reference	Reference	



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=427) (ต่อ)

ตัวแปร	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 19		Crude ORs (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	ระดับสูง	ระดับต่ำ			
	(Good adherence)	(Poor adherence)			
ทัศนคติต่อโรคและการปฏิบัติตาม มาตรการโควิด 19					
ทัศนคติเชิงบวก	107 (25.1)	112 (26.2)	1.6 (1.1-2.4)	1.6 (1.03-2.3)	.04
ทัศนคติเชิงลบ	127 (29.7)	81 (19.0)	Reference	Reference	
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
สูง (High risk)	178 (41.7)	165 (38.6)	1.8 (1.1-3.1)	1.8 (1.1-3.2)	.03
ต่ำ (Low risk)	56 (13.1)	28 (6.6)	Reference	Reference	

การอภิปรายผล

การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2564 พบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในภาพรวม ร้อยละ 54.8 โดยในช่วงที่ศึกษา อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในพื้นที่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 (ศูนย์บัญชาการบริหารการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงใหม่, 2564) จึงอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของดรณชนก

พันธ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในระดับดี ร้อยละ 72.4 และจากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยณัฐวรรณ คำแสน (2564) ก็พบเช่นเดียวกันว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในภาพรวมในระดับดี โดยพบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.8 และจากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งใช้มาตรการสำคัญในการป้องกันโรค เช่นเดียวกับประเทศไทย ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมือบ่อย ๆ พบว่า ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคในระดับที่แตกต่างกัน เช่น การสำรวจใน

ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบทในเขตทางตะวันตกของภูมิภาคหิมาลายา ประเทศอินเดีย พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในภาพรวมทุกด้านร้อยละ 68 (Shewale et al., 2021) ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งซึ่งศึกษาในเขตภาคเหนือของประเทศเอธิโอเปีย (Yehualashet et al., 2021) พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เพียงร้อยละ 44.1 นอกจากนี้ผลการสำรวจการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชน 1,300 คน ในประเทศจีน (Liu et al., 2020) ที่กลับเข้าทำงานหลังจำกัดการเดินทาง การยกเลิกกิจกรรมในพื้นที่สาธารณะ และการกักตัวเองภายในบ้านพัก ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2563 พบว่าร้อยละ 53.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ที่กำหนด ทั้งนี้การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทางสังคมประชากร (Sociodemographic Characteristics) และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในภาพรวมร้อยละ 54.8 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณแออัดหรือมีการรวมกันของคนจำนวนมาก การล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นอันดับแรกเมื่อมาถึงบ้าน และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับกลุ่มเพื่อน ญาติ หรือกลุ่มคนในชุมชน โดยพบว่า

ปีที่ 23 ฉบับที่ 44 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

น้อยกว่าร้อยละ 60 ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในประเด็นดังกล่าวอย่างเหมาะสม และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จากทางสื่อสาธารณะ ได้แก่ โทรทัศน์ และวิทยุ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 มากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kamran, Isazadehfar, Heydari, Azgomi, & Naeim (2021) ที่พบว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ผ่านทางโซเชียลมีเดีย และอินเทอร์เน็ต มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในสื่อสังคมออนไลน์มีการเผยแพร่ข่าวสารอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลอาจจะมาจากแหล่งที่มาที่ไม่น่าเชื่อถือ รวมทั้งอาจมีการบิดเบือน หรือเป็นข่าวปลอม ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เกิดความสับสนจากข้อมูลที่เผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ (Geldsetzer, 2020) จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคน้อย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและระดับการศึกษาประถมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ของประชาชนอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 42.1) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เนื่องจากในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน มีการ



ติดต่อกับบุคคลที่หลากหลาย ซึ่งอาจเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการร่วมด้วย รวมทั้งลักษณะของงานที่ไม่สามารถรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลได้เต็มที่ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงอาจทำให้ประชาชนที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อส่งผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูงมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคที่กำหนดมากกว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับต่ำประมาณ 2 เท่า ($OR_{ad}=1.8$; 95% CI=1.1-3.2) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (Yehualashet et al., 2021; Kamran et al., 2021) ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Azene et al. (2020) ที่พบว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูง มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 น้อยกว่าผู้ที่รับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีก่อน (Prerequisite) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือความกังวลเกี่ยวกับสิ่งคุกคามสุขภาพ (Health threat) จะกระตุ้นให้บุคคลพิจารณาตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Schwarzer, 2008) รวมทั้งมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มากขึ้น (Kamran et al., 2021) การศึกษานี้

นี้พบว่าการมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคและมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำนายการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น ๆ (ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564; Azene et al., 2020; Kamran et al., 2021, Assefa, Melaku, Bayisa, & Alemu, 2021) ที่พบว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกจะเชื่อในหลักการทางวิทยาศาสตร์ของมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ปฏิบัติ รวมทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกจะชักนำให้บุคคลแสดงออกทางความรู้สึกและอารมณ์ในด้านดีต่อบุคคล หรือเรื่องราวต่าง ๆ และส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen & Fishbein, 2005) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่พบบ่อยในชุมชน (เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก และ อหิวาต์) ก็พบเช่นเดียวกันว่าทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อของประชาชนในชุมชน (Herman, Dirawan, Yahya, Taiyeb, 2015)

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ให้กับประชาชน โดยมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและ

มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้องผ่านสื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ และวิทยุ รวมทั้งควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการปรับทัศนคติทางบวกต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชน กิ่งเมือง กิ่งชนบทจังหวัดเชียงใหม่ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์โควิด 19. เข้าถึงจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรางค์ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ศูนย์บัญชาการการบริหารจัดการโรคติดต่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงใหม่. (2564). สถานการณ์โควิด จังหวัดเชียงใหม่. เข้าถึงจาก http://www.chiangmai.go.th/covid19/stat_november.html

- ปีที่ 23 ฉบับที่ 44 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565
- ศูนย์บัญชาการการบริหารจัดการโรคติดต่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงใหม่. (2565). สถานการณ์โควิด จังหวัดเชียงใหม่. เข้าถึงจาก <http://www.chiangmai.go.th/covid19/>
- Abeya, S. G., Barkesa, S. B., Said, C. G., Gameda, D. D., Muleta, F. Y., Tolera, A. F.,... Tufa, A. A. (2021). Adherence to COVID-19 preventive measures and associated factors in Oromia regional state of Ethiopia. (2021). *PLoS ONE*, 16, e0257373.
- Assefa, D., Melaku, T., Bayisa, B., & Alemu, S. (2021). Knowledge, Attitude and Self-reported performance and challenges of hand hygiene of using alcohol -Based Hand Sanitizers among healthcare workers during COVID-19 pandemic at a tertiary hospital: A cross-sectional study. *Infection and Drug resistance*, 14, 303- 313.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The Influence of Attitudes on Behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (p. 173–221). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Azene, Z. N., Merid, M. W., Muluneh, A. G., Geberu, D. M., Kassa, G. M., Yenit, M. K.,... Adane, T. (2020). Adherence towards COVID-19 mitigation measures and its associated factors among Gondar city residents: A community-based cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 15, e0244265.
- Beca-Martinez, M. T., Romay-Barja, M., Falcon-Romero, M., Rodriguez-Blazquez, C., Benito-Llanes, A. & Forjaz, M. J. (2021). Compliance with the main preventive measures of COVID-19 in Spain: The role of knowledge, attitude, practices, and risk



- perception. *Transboundary and Emerging Disease*, 1-12.
- Geldsetzer, P. (2020). Knowledge and perceptions of COVID-19 among the general public in the United States and the United Kingdom: A Cross-sectional Online Survey. *Annals of Internal Medicine*, 173, 157-160.
- Herman, Dirawan, G. D., Yahya, M. & Taiyeb, M. (2015). The community disease prevention behaviors in District Maros South Sulawesi Province. *International Education Studies*, 8 (11), 104-112.
- Kamran, A., Isazadehfar, K., Heydari, H., Azgomi, R. N. D., Naeim, M. (2021). Risk perception and adherence to preventive behaviours related to the COVID-19 pandemic: a community-based study applying the health belief model. *British Journal of Psychiatry Open*, 7, e133, 1-7.
- Liu, J., Tong, Y., Li, S., Tian, Z., He, L., & Zheng, J. (2022). Compliance with COVID-19 preventive behaviours among employees returning to work in the post-epidemic period. *BMC Public Health*, 22, 369.
- Rodriguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Gutierrez-Ocampo, E., Villamizar-Pena, R., Holguin-Rivera, Y., Escalera-Antezana, J.P.,...Sah, R. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34, 101623.
- Shewale, S. P., Sane, S. S., Ujagare, D. D., Patel, R., Roy, S., Juvekar, S.,... Sahay, S. (2021). Social factors associated with adherence to preventive behaviors related to COVID-19 among rural and semi-urban communities in Western Maharashtra, India. *Frontiers in Public Health*, 9, 722621.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behaviour change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1-29.
- Verity, R., Okell, L.C., Dorigatti, L., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N.,... Ferguson, N. M. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet infectious Disease*, 20(6), 669-677.
- Wayne, W.D. *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Science* (6th ed.). NY: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2022). WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. Retrieved May 20, 2022, from <https://covid19.who.int/>
- Yehualashet, S. S., Asefa, K. K., Mekonnen, A. G., Gemed, B. N., Shiferaw, W. S., Aynalem, Y. A.,... Abosetegn, A. E. (2021). Predictors of adherence to COVID-19 prevention measure among communities in North Shoa Zone, Ethiopia based on health belief model: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16, e024

กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมสมรรถนะปฏิบัติการ ทางการพยาบาลของนักศึกษาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(A new paradigm of practicum learning management to promotes nursing practice
performance of students in the situation of COVID-19)

สุจิตราภรณ์ ทับครอง (พย.ม.)* ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม (พย.ม.)*

Sujitraporn Tabkron (M.N.S.) Thanyalakwadee Konthongtom (M.N.S.)

ธัญลักษณ์ ตติยไตรรงค์ (พย.ม.)* พิไลพรรณ แก้วแก่นตา (ส.ม.)*

Tanyaluk Tatiyatrirong (M.N.S.) Pilaipan Kaewkanta (M.P.H.)

Received: February 2, 2022

Revised: April 5, 2022

Accepts: April 18, 2022

บทคัดย่อ

ความพลิกผันทางระบบสุขภาพและสังคมโลกในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายระลอกในเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยและทั่วโลก ในมิติของการศึกษาพยาบาลก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน การเรียนการสอนรวมทั้งการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลเกิดการหยุดชะงัก ชะลอตัว เนื่องจากความจำเป็นในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเองก็ได้มีการปรับตัวในการรับมือดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีจำนวนมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนและยังกลายเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงในการฝึกปฏิบัติสำหรับนักศึกษา ขณะที่นักศึกษาพยาบาลเองนั้นยังไม่มีความรู้และทักษะและความชำนาญเพียงพอในการรับมือและป้องกันตัวเองในสถานการณ์นี้ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย ทั้งนี้สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งจึงได้มีการปรับกระบวนทัศน์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แพลตฟอร์มต่าง ๆ บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถออกแบบการเรียนการสอนได้อย่างหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะในวิชาปฏิบัติที่นักศึกษาจะต้องนำความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติจนผู้เรียนเกิดสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามต้องการ ภายใต้ข้อจำกัดจากสถานการณ์ดังกล่าวจึงนับได้ว่าเป็นโอกาสและความท้าทายของความร่วมมือในการขับเคลื่อนการจัดการเรียนการสอนทั้งในระดับสถาบันและระดับเครือข่ายที่จะช่วยกันดำรงไว้ซึ่งพันธกิจการผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพที่บรรลุตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลและสนองตอบความคาดหวังของสังคมและประชาชนผู้รับบริการ บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนทัศน์ใหม่ในการจัดการศึกษาพยาบาล ได้แก่ การเรียนการสอนในคลินิกที่ตอบสนองสมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) การประเมินผลการเรียนรู้แบบผสมผสาน และบทสรุปที่ขยายผลไปยังสภาวิชาชีพสถาบันการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลและผู้ใช้บัณฑิต อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับใช้ พัฒนาและต่อยอดจนไปถึงนวัตกรรมการเรียนการสอนในสถานการณ์วิกฤตที่ไม่คาดคิดต่อไปได้ในอนาคต

*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author: thanyalakwadee.k@gmail.com

คำสำคัญ: การศึกษาทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The disruptive changes in the health system and global society during the COVID-19 outbreak many waves in the past 3 years, it affects in Thailand and around the world. The dimensions of nursing education are also affected. Teaching and practicing in nursing students on wards were interrupted and slowed down due to the necessity to prevent the spread of the coronavirus disease 2019. Hospitals that serve as training centers for nursing students have also adapted to take responsibility for caring for COVID-19 patients. There are unprecedented numbers of them, and it is also becoming a high-risk place to practice for students. While nursing students themselves do not have sufficient knowledge, skills and expertise to cope and protect themselves in this situation, whether caring for themselves or their patients. All nursing institutions therefore have revolutionized the paradigm in teaching and learning by using various platforms on the Internet that can design teaching and learning in a variety of method. Especially in practical subjects that students must apply theoretical knowledge to practice until learners achieve desirable competencies. Under the constraints of the aforementioned circumstances, it can be regarded as an opportunity and a challenge for cooperation in driving teaching and learning management at both the institutional and the network to help maintain the mission of producing nurses. Professional competence that achieves the requirements of the Nursing Council and the expectations of society and people receiving services. This academic article therefore aims to present literature related to new paradigms in nursing education management, namely clinical instruction that responds to nursing and midwifery practice competency, blended learning, an assessment of blended learning outcomes and the recommendations that extended to the professional council academy of nursing, nursing professors and graduate users which will be useful in applying , develop and extend to innovations in teaching and learning in unexpected crisis situations in the future.

Keywords: nursing education, nursing practice, nursing student, COVID-19 situation

บทนำ

พลวัตทางการศึกษาโลกในปัจจุบันมีการปรับตัวอย่างพลิกโฉมในยุคโลกใหม่แห่งเทคโนโลยี และเมื่อปลายปี 2562 ท่ามกลางกระแสโลกใหม่ที่มีความผันผวนทางเศรษฐกิจและสังคมสูงยังเกิดโรคอุบัติใหม่ คือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จากกลุ่มไวรัสโคโรนา (Coronavirus) การแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วกว้างขวาง ในระยะเวลาไม่กี่เดือนจนเป็นโรคอุบัติใหม่ (Pandemic Disease) โดยติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจจึงเป็นความท้าทายของประชาคมโลกที่ต้องปรับตัวและรับมือกับการแพร่ระบาดทั่วโลกเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรค การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะแรกยังส่งผลให้สถาบันการศึกษาทั่วโลกหยุดชะงักพร้อมกัน (Poornima Luthra, 2020) การปรับการเรียนการสอนในชั้นเรียนโดยการผสมผสานแพลตฟอร์มเทคโนโลยีทางไกล อิเล็กทรอนิกส์และการสอนในระบบออนไลน์ ซึ่งข้อดีคือ ผู้เรียนสะดวกในการบันทึกภาพและเสียง ส่งเสริมและให้โอกาสในการเรียนรู้และสามารถเรียนรู้ได้ทุกเวลาที่ต้องการ รวมถึงลดโอกาสการแพร่เชื้อไวรัสด้วย แต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการใช้แพลตฟอร์มการเรียนรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) คือ ความเป็นปัจเจกบุคคลที่ทำให้เกิดความต่างในกระบวนการเรียนรู้ แรงจูงใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้เรียน หรือการตอบสนองและช่วยเหลือผู้เรียนให้ทันต่อความต้องการเมื่อพบอุปสรรค เป็นต้น (Claudia, Simona, Vasile, 2021) สำหรับประเทศไทยความท้าทายในครั้งนี้ไม่ใช่แค่การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่านั้น แต่ควรเป็นการ “เปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส” ในการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนให้ดีกว่าเดิม ดังนั้นมาตรการการเรียนรู้อย่างไทยจึงไม่ควรปรับแค่กระบวนการเรียนรู้ในห้องเรียน แต่ต้องปรับทั้งระบบ

การเรียนรู้ที่ต้องสอดคล้องกันและเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ของผู้เรียน (พันธ์ศักดิ์ บุญภักดี, 2563)

การศึกษาเป็นรากฐานในการพัฒนาคน กระบวนการคิดของผู้เรียนจะได้รับการพัฒนา เรียนรู้จากกระบวนการจัดการเรียนการสอน แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ความผันผวนไม่แน่นอน ความไม่ชัดเจนของทิศทางในสังคมทำให้ยากต่อการวางแผนที่ชัดเจนในอนาคต กระทั่ง เบนิส และนานุส (Warren Bennis & Burt Nanus) ผู้นำในทฤษฎีภาวะผู้นำได้เสนอให้สังคมโลกปัจจุบันเป็นยุคแห่งความผันผวน (VUCA world: Volatility; Uncertainty; Complexity; Ambiguity) (Sinha & Sinha, 2020) ส่วนในประเทศไทยนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้นำตัวย่อ VUCA มาใช้เป็นมาตรการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการระบาดในระยะแรกซึ่งใช้มาตรการ Social Distancing-Mask Wearing-Hand Washing-Testing-Thai Cha Na เป็น Vaccination-Universal Prevention-COVID Free Setting-ATK การผันผวนทางสังคมโลกไม่ได้กระทบเฉพาะทางสังคมหรือเศรษฐศาสตร์ แต่ยังส่งผลกระทบทางการศึกษาทำให้ยากต่อการวางแผนการจัดการเรียนการสอนด้วย อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาหลายแห่งได้เสนอแนวทางการปรับและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบเดิมร่วมกับการเรียนการสอนทางไกลและแพลตฟอร์มในเทคโนโลยีซึ่งองค์ประกอบการเรียนแบบผสมผสานนี้นอกจากมีผู้สอน ผู้เรียน เนื้อหา สื่อการเรียนและแหล่งเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนรู้ แล้วสิ่งสำคัญที่เพิ่มมาคือระบบการติดต่อสื่อสารและเครือข่ายที่จะเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งหมดไว้จากการศึกษาการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยในโรมาเนียในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะแรกพบว่าสิ่งที่สำคัญของการเรียนการสอนที่ถูกปรับเป็นแบบออนไลน์คือเทคโนโลยีเป็นสิ่งสำคัญ

มากที่สุด และรองลงมาคือทักษะการสอนในระบบออนไลน์ของผู้สอน (Coman, Tiru, Mesesan-Schmitz, Stanciu & Bularca, 2020). นอกจากนั้น Chalita Thanyakoop (2021) ได้กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนในประเทศไทยว่า ผู้สอนจะต้องมีการปรับตัวในการใช้ช่องทางการสอนที่มีทางเลือกอยู่มาก เพื่อให้ผู้เรียนเข้าถึงการเรียนรู้อย่างเท่าเทียมกัน เช่น on-air, on-line, on-demand, on-hand และ on-site นอกเหนือจากช่องทางดังกล่าว ผู้สอนต้องพยายามพัฒนาการสร้างช่องทางอื่น ๆ ด้วยตัวเอง เช่น การใช้วิทยุ ส่งคลิปวิดีโอสั้น ๆ ให้ผู้เรียนหรือผู้ปกครองผ่านแอปพลิเคชันส่งข้อความเช่น แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) หรือจัดเก็บสื่อการสอนและการเรียนรู้ที่มีคุณภาพในอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหรือไฟล์จากคอมพิวเตอร์มีขนาดเล็กและน้ำหนักเบา (USB Flash drive) และแจกจ่ายให้กับผู้เรียนที่ไม่สามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ของตนเองได้ เป็นต้น

เนื้อหา

การสอนทางคลินิกหรือที่เรียกว่าการสอนข้างเตียงเป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่เฉพาะในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะทางคลินิก การตัดสินใจ การสื่อสาร และมีความเป็นวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังสามารถบูรณาการความรู้เชิงทฤษฎี ความสามารถเชิงปฏิบัติ และการสื่อสารของผู้เรียนเข้าด้วยกัน (Oo & Win, 2015)

การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในสถานพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาล และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นการสอนทางคลินิกจึงเป็นการนำผู้เรียนเข้าไปสู่บริบททางวัฒนธรรมและสังคมของสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพ ที่สามารถกำหนดทัศนคติทางวิชาชีพได้อีกด้วย นอกจากนั้นการสอนทางคลินิกจะทำให้

ผู้เรียนมีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การรวบรวมข้อมูล การให้เหตุผลทางคลินิก การวินิจฉัยและการจัดการ ตามกระบวนการพยาบาล ผู้เรียนจะมีโอกาสในการเรียนรู้วิธีปฏิบัติใหม่ ๆ และงานใหม่ ๆ ที่จะดำเนินต่อไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอน การสอนทางคลินิกยังคงเป็นรูปแบบการสอนหลักของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ซึ่งสามารถสอนและจำลองการปฏิบัติทางคลินิกแบบองค์รวมได้อย่างหลากหลายวิธี และตัวผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสอน ที่มีส่วนร่วมในการดูแล โดยพื้นฐานแล้ว มิติหลักของการเรียนรู้บนหอผู้ป่วยประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) ความรู้และทักษะ 2) ความเป็นวิชาชีพ และ 3) การสื่อสาร (Burgess, Diggele, Roberts, & Mellis, 2020)

1. การเรียนการสอนในคลินิกที่ตอบสนองสมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีพื้นฐานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในทศวรรษที่ผ่านมาสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลหลายแห่งพยายามปรับกระบวนการทัศน์ทางการสอน โดยเฉพาะภาคปฏิบัติ (ในคลินิก) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเน้นให้ผู้เรียนได้ประยุกต์ความรู้ทฤษฎีไปใช้ปฏิบัติซึ่งเป็นทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต้องจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลได้พบกับผู้ป่วยจริงจะจัดเฉพาะในห้องฝึกปฏิบัติการไม่ได้ (สายสมร เฉลยกิตติ, จินตนา อาจสันเทียะ และมักเดลา นา สุภาพร ดาวดี, 2563) กล่าวคือ การฝึกภาคปฏิบัติที่มีค่าเท่ากับ 1 หน่วยกิตให้ใช้เวลาฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาล หรือสถาบันอื่นที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด ทั้งภายในและหรือภายนอกสถานที่ 3 ชั่วโมง ถึง 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์อย่างน้อย 15 สัปดาห์ หรือตั้งแต่ 45 ชั่วโมง ถึง 90 ชั่วโมง ตลอดหนึ่งภาคการศึกษาปกติ (ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตร

การศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2563) เพราะเมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลใหม่ (Novice) ความคาดหวังของสังคมคือพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานตามพื้นฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นสอดคล้องกับความเป็นมนุษย์

การเรียนรู้ในคลินิกนั้นมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตเฉพาะด้าน จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการเรียนการสอนในลักษณะเฉพาะด้านด้วยเช่นกัน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558) โดยมีปัจจัยสำคัญของการสอนทางคลินิก 4 ประการดังนี้ คือ 1) บทบาทความรู้ เจตคติ และทักษะของผู้สอน 2) บทบาทประสบการณ์ และความรู้ของผู้เรียน 3) สภาพแวดล้อมหรืออิทธิพลภายนอกที่ทำให้กระบวนการเรียนการสอนดีขึ้น และ 4) ชนิดของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างครูกับผู้เรียน (Teachmint, 2020) อย่างไรก็ตามผู้สอนควรคำนึงถึงลักษณะของผู้เรียนที่เติบโตมากับสังคมเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต มีความอดทนรอคอยน้อย ต้องการผลลัพธ์ที่รวดเร็ว การกำหนดเป้าหมายเฉพาะตนเอง ยึดการค้นหาคำตอบหรือค้นคว้าจากสารสนเทศการเรียนรู้ในบรรยากาศที่สนุกและสบาย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558) จากการถอดบทเรียนของทีมาจารย์ผู้สอนวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ได้มีการปรับกระบวนการทัศน์ด้านการวางแผนการสอนเชิงคลินิกในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่ผ่านมา ไว้ดังนี้

1.1 การทบทวนทักษะปฏิบัติที่กระชับในเวลา 1 – 2 วันเพื่อให้นักศึกษาได้เตรียมและปรับตัวภายหลังการปฐมนิเทศรายวิชาแล้ว และผู้เรียนที่ได้รับมอบหมายแต่ละหัวข้อควรเตรียม

- 1) หลักการหรือเทคนิคจำเป็นสำหรับทักษะนั้น ๆ
- 2) สื่อวีดิทัศน์กระชับ สั้น ชัดเจน ในการปฏิบัติทักษะนั้น ๆ

3) อุปกรณ์สมมติที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อใช้ในการฝึกทักษะปฏิบัติด้วยตนเอง

1.2 การสร้างกิจกรรมใกล้เคียงกับการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลจริง รวมถึงการมอบหมายกรณีศึกษาจากกำหนด 3 วัน ซึ่งกิจกรรมที่จัดให้ผู้เรียน เช่น กำหนดเวลารับ-ส่งเวช ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ส่งเวชให้ผู้เรียนฝึกทักษะการฟัง ความคุ้นเคยกับศัพท์เฉพาะทาง การสร้างตารางมอบหมายงานพิเศษ การบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกแบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record) การบันทึกสารน้ำเข้า-ออก กิจกรรมทั้งหมดผู้สอนอาจต้องใช้เวลาเตรียมข้อมูลค่อนข้างมากผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น การสร้างห้องเรียนผ่านบริการบนเว็บไซต์ (google classroom) แต่หากมีการเตรียมข้อมูลครบจะช่วยให้ส่งเสริมการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้เรียนต้องการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง หรือสอบถามเมื่อไม่เข้าใจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

1.3 การเตรียมข้อมูลกรณีศึกษา (Case Study) ผู้สอนควรเตรียมข้อมูลที่จำเป็นต้องให้ผู้เรียนฝึกทักษะทั้งหมดเช่น ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ ประวัติครอบครัว อาการผู้ป่วยแต่ละวันเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลง คำสั่งการรักษา ผลตรวจพิเศษและห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

1.4 การประชุมปรึกษาก่อนปิดการเรียนการสอนในทุกวันที่ฝึกปฏิบัติ โดยกำหนดเป็นหัวข้อสั้น ๆ อาจเป็นการทบทวนการพยาบาลที่สำคัญสำหรับโรคของกรณีศึกษา การสะท้อนคิดมุมมองการฝึกหรือความรู้สึกในแต่ละวัน ปัญหาอุปสรรค หรือสิ่งที่ต้องการให้พัฒนาเพิ่มเติม

การปรับกระบวนการทัศน์ดังกล่าวนี้ เป็นการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การสอน ทั้งรูปแบบ เทคนิค วิธีการประเมินผลและทัศนคติของผู้สอนจากแบบดั้งเดิมไปสู่การสอนแบบผสมผสาน ที่เชื่อมโยงความเป็นการศึกษายุค 4.0 ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นตัว

ซับซ้อน และข้อจำกัดต่าง ๆ ในสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ดำเนินไปด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ

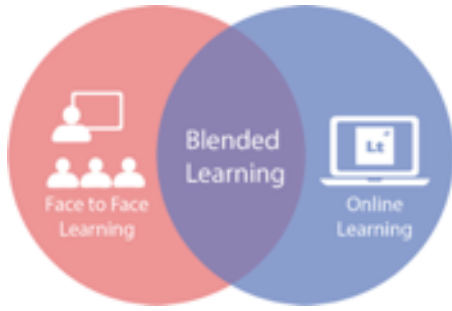
2. การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning): A new paradigm of practicum learning management

การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) หมายถึง รูปแบบการเรียนที่ผสมผสานยุทธวิธีในการเรียนการสอนเข้าด้วยกัน โดยใช้สื่อการเรียนการสอน กิจกรรมการเรียนการสอนและรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายทั้งการเรียนการสอนแบบออนไลน์และการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าเพื่อตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนทุกคนสามารถบรรลุเป้าหมายของการจัดการเรียนการสอน (ปณิธาวรรณพิรุณ, 2554)

การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) เป็นรูปแบบการสอนแบบใหม่อีกรูปแบบหนึ่งภายใต้กระแสแห่งพัฒนาการด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ เป็นรูปแบบของการบูรณาการปรับใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์กับการเรียนการสอนแบบปกติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ก้าวไกลเกิดทั้งประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพทางการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้เรียกว่า “การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning)” เป็นนวัตกรรมการศึกษาที่ผสมผสานโมดูล (Module) การเรียนการสอนหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เป็นลักษณะของการผสมผสานการเรียนทางไกล (Distance Learning) ผ่านระบบเครือข่าย Online ร่วมกับการเรียนแบบเผชิญหน้า (Face to Face) ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการนั่งฟังการบรรยายในชั้นเรียนปกติ ทั้งนี้จะให้ความสำคัญกับการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมและถูกต้องตามจุดประสงค์การเรียนรู้ในลักษณะต่าง ๆ

เพื่อเพิ่มศักยภาพการเรียนการสอน (Learn For Fun, 2021) การเรียนแบบผสมผสานสามารถนำมาสรุปได้เป็น 3 มิติ ตาม Graham, Allen & Ure (2003) กล่าวไว้คือ การผสมผสานการสอนผ่านสื่อการสอน การผสมผสานวิธีการเรียนการสอน และการผสมผสานระหว่างการสอนแบบเผชิญหน้ากับการสอนออนไลน์

จากการศึกษาของ ศุภวดี แถวเพ็ญม, รัชนิ พจนา และสุจิตา อินทรเพชร, (2560) เรื่องผลการจัดการสอนแบบผสมผสานในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความพึงพอใจ และการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่าการจัดการสอนแบบผสมผสานสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เกี่ยวกับประสิทธิภาพการเรียนการสอนทักษะเชิงคลินิกในรูปแบบออนไลน์ การสอนแบบผสมผสานกับการสอนในสถานการณ์จริงพบว่าผู้เรียนมีทักษะทางคลินิก ความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ และความพึงพอใจในการเรียนไม่แตกต่างกับระหว่างวิธีการเรียนแบบออนไลน์กับสถานการณ์จริง (McCutcheon, Lohan, Traynor & Martin, 2015) นอกจากนั้น ยังมีงานวิจัยของ พัทธรินทร์ บางท่าไม้, กนกอร ศรีสมพันธุ์, วรรณทนา สมนึกประเสริฐ และนิจวรรณ วีรวัฒน์นอม (2563) เรื่องผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานร่วมกับการใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริง การทำคลอดต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจในการเรียน และความคิดเห็นของผู้เรียนต่อการสอนโดยการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี พบว่าการเรียนแบบผสมผสานทำให้เกิดทักษะความรับผิดชอบ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า ฝึกการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร ทำให้มั่นใจก่อนที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง



ภาพที่ 1 แสดงการเรียนรู้แบบ Blended Learning
ที่มา: Mel Knottenbelt (2019)

การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานมี 2 วิธี คือ การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานแนวตั้งและการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานแนวนอน โดยมีเงื่อนไขการจัดการอยู่ที่เวลาและเนื้อหาการสอน วิธีการจัดการดังกล่าวอาจเรียกว่า สัดส่วนของการจัดการแบบผสมผสาน (Blended Learning Ratio) (ปริญญนันท์ นิลสุข และปณิตา วรรณพิรุณ, 2556) โดยมีรายละเอียดวิธีดังนี้

2.1 การผสมผสานแบบ 50:50 เป็นการจัดการกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ร้อยละ 50 และแบบปกติร้อยละ 50 แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานแนวตั้ง (Vertical Blended Learning) หมายถึง การเรียนรู้ที่ประกอบด้วย การเรียนปกติกับการเรียนแบบออนไลน์ที่จัดในช่วงเวลาเดียวกันแต่จัดการเรียนรู้ผสมกันทั้งสองแบบ เช่น วิชาเรียน 4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในการสอนหนึ่งครั้ง ผู้สอนจะเจอนักศึกษาก่อนโดยใช้กิจกรรมการเรียนแบบเผชิญหน้า 2 ชั่วโมง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ บรรยาย ทำความเข้าใจในการเรียน หลังจากนั้นให้นักศึกษาเรียนด้วยตนเองบนเว็บอีก 2 ชั่วโมง ให้นักศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ทำแบบฝึกหัด ส่งงาน และเรียนรู้เพิ่มเติมจากเว็บไซต์ที่ผู้สอนจัดให้ ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งถือว่ามีสัดส่วนการผสมผสานร้อยละ 50:50 ทั้งนี้รวมถึงการประเมินผลการเรียนการสอนผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเนื้อหาของรายวิชาแบ่งออกในสัดส่วนที่เท่ากันระหว่างเรียนปกติกับเนื้อหาออนไลน์ หรือการจัดการเรียนแบบปกติเป็นบรรยาย 2 ชั่วโมง และเป็นการเรียนจากกิจกรรมออนไลน์ 2 ชั่วโมง เป็นต้น

ตารางที่ 1 การเรียนรู้แบบผสมผสานแนวตั้ง สัดส่วน 50/50

สัปดาห์ \ ชั่วโมง	1 ครั้ง 4 ชั่วโมง	
	การเรียนแบบปกติ 2 ชั่วโมง	การเรียนแบบออนไลน์ 2 ชั่วโมง
1	50 %	50 %
2	50 %	50 %
3	50 %	50 %
4	50 %	50 %
5	50 %	50 %
6	50 %	50 %
7	50 %	50 %
8	50 %	50 %
9	50 %	50 %
10	50 %	50 %

สำหรับการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ปกติที่ต้องขึ้นฝึก 4 วันต่อสัปดาห์ แต่ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ แต่ละสัปดาห์ ผู้สอนอาจใช้วิธีการสอนบน

คลินิกจริง 2 วัน และสอนออนไลน์ในส่วนของการนำเสนอการบ้าน รายงาน และอภิปรายกรณีศึกษาอีก 2 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเรียนรู้แบบผสมผสานแนวตั้ง รายวิชาปฏิบัติการพยาบาล สัปดาห์ 50/50

สัปดาห์ / วันฝึกปฏิบัติ	4วัน / สัปดาห์	
	การเรียนรู้บนคลินิก 2 วัน	การเรียนรู้แบบออนไลน์ 2 วัน
1	50 %	50 %
2	50 %	50 %
3	50 %	50 %
4	50 %	50 %
5	50 %	50 %
6	50 %	50 %
7	50 %	50 %
8	50 %	50 %
9	50 %	50 %
10	50 %	50 %

2) การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานแนวนอน (Horizontal Blended Learning) หมายถึง การจัดการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยการเรียนรู้ปกติกับการเรียนแบบออนไลน์ โดยการจัดช่วงเวลาในการเรียนรู้แตกต่างกันโดยใช้ทั้ง 2 วิธีการ แต่คนละช่วงเวลากัน

เช่น การจัดการเรียนเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 10 สัปดาห์ จัดให้มีการเรียนปกติ 5 สัปดาห์ จากนั้นจัดให้มีการเรียนออนไลน์ 5 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการเรียนแบบผสมผสานร้อยละ 50:50 โดยเนื้อหาการสอนแบบปกติกับการสอนออนไลน์จะเป็นเนื้อหาคนละส่วนกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเรียนรู้แบบผสมผสานแนวนอน สัปดาห์ 50/50

จำนวนสัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
การเรียนรู้	การเรียนรู้แบบปกติ					การเรียนรู้แบบออนไลน์				

ส่วนการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่ในสถานการณ์ปกติต้องขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกทั้งหมด 10 สัปดาห์ แต่ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 นี้ ผู้สอนอาจใช้วิธีการสอนออนไลน์แบบเสมือนจริงก่อน 5 สัปดาห์ และสอนปฏิบัติบนคลินิกจริงอีก 5 สัปดาห์ เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเรียนรู้แบบผสมผสานแนวนอนรายวิชาปฏิบัติ สัดส่วน 50/50

จำนวนสัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
การเรียนรู้	การเรียนรู้แบบออนไลน์เสมือนจริง					การเรียนรู้บนคลินิก				

2.2 การผสมผสานแบบ 70:30 เป็นการจัดการกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนร้อยละ 70 เช่น การปฐมพยาบาล การฝึกใช้เครื่องมือ จากนั้นเรียนด้วยตนเองผ่านระบบเครือข่ายเพื่อทบทวนเนื้อหาบทเรียนที่ได้เรียนมาแล้วร้อยละ 30

2.3 การผสมผสานแบบ 80:20 เป็นการจัดการกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติ การพยาบาลแบบเผชิญหน้าก่อนประมาณร้อยละ 10 จากนั้นให้ผู้เรียนเรียนด้วยตนเองแบบออนไลน์ร้อยละ 80 เมื่อสิ้นสุดการเรียนจะให้ผู้เรียนมาสรุปผลการเรียน

นำเสนอผลงาน หรือทำแบบทดสอบหลังเรียน อีกประมาณร้อยละ 10

การเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Blended Learning Level) ควรมีสัดส่วนที่ควรพิจารณาจากลักษณะรายวิชาและลักษณะของสื่อออนไลน์เช่น เป็นวิชาทฤษฎีอย่างเดียวหรือทฤษฎีร่วมกับภาคทดลองหรือวิชาปฏิบัติอย่างเดียว และลักษณะของสื่อเป็นสื่อหลักหรือสื่อเสริม ซึ่งสัดส่วนการจัดผสมผสานดังกล่าวนี้สมาคมส่งเสริมการศึกษาออนไลน์ (Sloan Consortium) ได้เสนอแนวทางไว้ดังตารางที่ 5 ต่อไป

ตารางที่ 5 ระดับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน

การนำเสนอเนื้อหาผ่านอินเทอร์เน็ต (Online Learning)	ระดับการผสมผสาน (Meaning)
80 - 100 %	การเรียนการสอนออนไลน์ (Online Learning)
30 - 79%	การเรียนแบบผสมผสาน (Blended Learning)
1 - 29%	การใช้เว็บไซต์ช่วยสอน (Web Facilitation)
0%	การเรียนการสอนแบบปกติ (Tradition)

3. การประเมินผลการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Assessment of Blended Learning outcome)

ในการจัดการศึกษาแบบอิงผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome-based Education) สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องพิจารณาคือ จะทราบได้อย่างไรว่าผู้เรียนได้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาหรือของหลักสูตรแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลผู้เรียนเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อตอบคำถามดังกล่าว โดยทั่วไปแล้วการประเมินควรประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การประเมินระหว่างเรียน (Formative Evaluation)

กับการประเมินรวมหลังเรียน (Summative Evaluation) โดยการประเมินระหว่างเรียนสามารถทำได้ตลอดเวลาระหว่างมีการเรียนการสอน เพื่อตรวจสอบของนักเรียนและดูผลที่คาดหวังไว้ อันจะนำไปปรับปรุงการสอนอย่างต่อเนื่อง พอตเตอร์ (Potter, 1998 อ้างใน ปรัชญนันท์ นิลสุข, 2546) ได้เสนอวิธีการประเมินการเรียนการสอนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ประเมินสำหรับการเรียนการสอนทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของมหาวิทยาลัยจอร์จเมสัน โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 4 แบบคือ

1) การประเมินด้วยเกรดในรายวิชา (Course Grades) เป็นการประเมินที่ผู้สอนให้คะแนนกับผู้เรียน วิธีการนี้กำหนดองค์ประกอบของวิชาชัดเจน เช่น วิชาปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนเต็ม 100% แบ่งเป็นทักษะปฏิบัติ 40% สมรรถนะ 30 % และงานที่ได้รับมอบหมายอีก 30% เป็นต้น โดยที่งานมอบหมายให้ผู้เรียนสามารถส่งเป็นคลิปวิดีโอ หรือนำเสนอปากเปล่าได้ เป็นต้น

2) การประเมินรายคู่ (Peer Evaluation) เป็นการประเมินกันเองระหว่างคู่ของผู้เรียนที่เลือกจับคู่กันในการเรียนทางไกลด้วยกันไม่เคยพบกันหรือทำงานด้วยกัน โดยให้ทำโครงการร่วมกันให้ติดต่อกันผ่านเว็บ และสร้างโครงการเป็นเว็บที่เป็นแฟ้มสะสมงาน แสดงเว็บให้ผู้เรียนคนอื่นเห็น และจะประเมินผลรายคู่จากโครงการ

3) การประเมินต่อเนื่อง (Continuous Evaluation) เป็นการประเมินที่ผู้เรียนต้องส่งงานทุก ๆ

สัปดาห์ให้กับผู้สอน โดยผู้สอนจะให้ข้อเสนอแนะและตอบกลับในทันที ถ้ามีสิ่งผิดพลาดกับผู้เรียนก็จะแก้ไขและประเมินตลอดเวลาในช่วงเวลาของวิชา

4) การประเมินรายภาคเรียน (Final Course Evaluation) เป็นการประเมินผลปกติของการสอนที่ผู้เรียนนำเสนอ โดยการทำแบบสอบถามผ่านไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์หรือเครื่องมืออื่นใด บนเครือข่ายตามแต่จะกำหนด เป็นการประเมินตามแบบการสอนปกติที่จะต้องตรวจสอบความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เรียน

นอกจากนี้ยังมีแนวคิด Miller's Pyramid ซึ่งแนวคิดนี้แต่เดิมนั้นมุ่งใช้เพื่อประเมินสมรรถนะของผู้เรียนทางสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่ปัจจุบันถูกนำมาใช้มากขึ้นในการประเมินทักษะและการทำงานของผู้เรียนสาขาอื่น ๆ ด้วย โดยแบ่งระดับการประเมินผู้เรียนเป็น 4 ระดับ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดง Miller's Prism of Clinical Competence (1960) ที่มา Corbetta, L., Arru, L. B., Mereu, C., Pasini, V., & Patelli, M. (2019)

อธิบายได้ว่า การประเมินผู้เรียนในระดับ Knows กับ Knows How นั้นจะเป็นการประเมินในมิติความรู้ ในขณะที่ระดับ Shows How กับ Does จะเป็นการประเมินในมิติทักษะร่วมกับความรู้และทัศนคติ ทั้งนี้ การประเมินในระดับที่สูง ผู้เรียนจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะในระดับที่ต่ำกว่าเป็นพื้นฐาน มาปรับใช้ เช่น การที่ผู้เรียนจะผ่านการประเมินในระดับ Shows How ได้ จำเป็นต้องมีความรู้ในระดับ Knows

และ Knows How มาก่อน จึงจะสามารถแสดงพฤติกรรม/ทักษะที่ถูกต้องได้ (ศุภชัย ชื่นจิตรงษา, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับ Huth et al. (2021) ที่ได้ทำการทดลองสอนทางคลินิกในนักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 5 โดยใช้การประเมินผลการสอนตามแนวคิดของ Miller's Prism of Clinical Competence พบว่า ภายหลังการสอนด้วยรูปแบบ OSPE (Objective structured practical

examination) ทำให้ระดับความสามารถตามปริมิตแห่งความสามารถของมิลเลอร์ของผู้เรียนสูงขึ้นถึงระดับ 3 คือระดับ Shows how โดยสามารถสาธิตการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้เรียนที่เป็นกลุ่มทดลองได้ผ่านการมีสมรรถนะระดับ 1 คือความรู้ และระดับ 2 คือความเข้าใจมาก่อนแล้วในการเรียนรู้ภาคทฤษฎี นอกจากนั้น มัชติ แวดราเม (2565) ยังได้เสนอ การประเมินผลทางเลือกใหม่ (Alternative Assessment) ซึ่งมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ การประเมินผลจากการปฏิบัติ (Performance Assessment) เป็นการประเมินที่มุ่งให้นักเรียนปฏิบัติงานตามที่ครูมอบหมาย โดยเน้นที่การลงมือปฏิบัติมากกว่าการตรวจสอบด้านความรู้ การประเมินผลสภาพจริง (Authentic Assessment) เป็นการประเมินที่ให้นักเรียนปฏิบัติงานกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่สอดคล้องกับชีวิตจริงโดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องพร้อม ๆ กับการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามสภาพจริง และใช้เครื่องมือและวิธีการวัดอย่างหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความสามารถแท้จริงของนักเรียน และการประเมินผลจากแฟ้มสะสมงาน (Portfolio Assessment) เป็นการประเมินจากหลักฐานการปฏิบัติงานของผู้เรียนที่เกิดจากการประเมินสภาพจริง โดยครูและผู้เรียนร่วมกันวางแผนจัดเก็บอย่างเป็นระบบเพื่อแสดงให้เห็นพัฒนาการความก้าวหน้า และความสามารถที่แท้จริงของนักเรียน โดยมีวิธีการประเมินการปฏิบัติได้หลายวิธี ดังนี้

- การสอบปากเปล่า
- การสอบทักษะ
- การสังเกตพฤติกรรม
- การประเมินกระบวนการทำงาน/ บทบาทในการทำกิจกรรม
- การประเมินผลงาน/ บทเรียนที่ ถอดประสบการณ์จากนักศึกษา
- การประเมินการบ้าน
- การประเมินรายงานกรณีศึกษา
- การประเมินแฟ้มพัฒนางาน
- Performance testing
- การประเมินการวิพากษ์/การนำเสนอ case conference/ผลงานนวัตกรรมทางการพยาบาล/ โครงการ
- การประเมินจากการสะท้อนผลการทำงานร่วมกัน
- การประเมินตนเอง
- การประเมินแบบ 360 องศา
- การประเมินโดยเพื่อน
- การนำเสนอปากเปล่า
- การเข้าชั้นเรียน

ทั้งนี้ผู้สอนต้องเป็นผู้พิจารณาเลือกวิธีการประเมินให้เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นการประเมิน ระหว่างสอนหรือการประเมินรวม

4. บทสรุป

การปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในวิชาชีพพยาบาล คงไม่ใช่เพียงการเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษาพยาบาลเท่านั้น หากแต่มีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศน์ทั้งหมดของความเป็นวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากองค์กรพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีขอบเขตกว้างขวางแบบองค์รวมการ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะทางการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องไปในทิศทางเดียวกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ตั้งแต่สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล และสถานพยาบาลหรือหน่วยงานผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล กล่าวคือ

สภาการพยาบาลอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนเกณฑ์หรือตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมที่เปลี่ยนไป เช่น การนำเกณฑ์คุณภาพระดับสากล เช่น เกณฑ์ AUN QA

(Asean University Network Quality Assurance) หรือ EdPEX (Education Criteria for Performance Excellence) มาใช้ เพื่อให้ลงลึกถึงระบบกลไกและกระบวนการจัดการเรียนการสอน นอกจากนั้นควรที่จะต้องมีแนวทางใหม่ที่ยืดหยุ่นได้อย่างเหมาะสมในการส่งเสริมและพัฒนาให้สถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนสามารถปรับตัวไปสู่นวัตกรรมการเรียนการสอนพยาบาลในยุคหลังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังคงปฏิบัติหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลได้ทันกับความต้องการของสังคมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและอย่างยั่งยืน

สถาบันการศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งผลิตพยาบาลออกสู่สังคมและตลาดแรงงาน เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพประชาชน ต้องปรับกระบวนการผลิตบัณฑิตพยาบาลภายใต้มาตรการการป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะมาตรการทางสังคม จะทำอย่างไรให้เนื้อหาของบทเรียนมีความเหมาะสมกับระยะเวลา และแพลตฟอร์มต่าง ๆ บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ชั่วโมงการฝึกปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามห้วงเวลา วิธีการ จะทำอย่างไรให้ผู้เรียนเข้าถึงเนื้อหาและสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้เสมือนการฝึกปฏิบัติจริง การเข้าถึงผู้รับบริการควรทำอย่างไร การประเมินการเรียนรู้ควรทำอย่างไร ดังนั้นสถาบันการศึกษาจะต้องมีการปรับบทบาทด้วย กล่าวคือ 1) ควรปรับกระบวนการทัศน์ในการจัดหลักสูตรให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น 2) ออกแบบหลักสูตรที่มุ่งเป้าเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) 3) ออกแบบการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับหลักสูตร 4) ส่งเสริมการจัดเรียนการสอนแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning) เป็นต้น

นอกจากนั้น อาจารย์พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการจัด

การศึกษาพยาบาล ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจึงควรที่จะต้องปรับตัวให้พัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ 1) ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิก 2) เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการออกแบบการเรียนการสอนที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล 3) พัฒนารูปแบบและวิธีการในการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

สถานพยาบาลและผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล ควรมีความคาดหวังต่อบัณฑิตพยาบาลในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะวิชาชีพด้วยความเข้าใจบัณฑิตใหม่ที่ผ่านกระบวนการเรียนการสอนภายใต้ข้อจำกัดของการเปลี่ยนทางสังคมและโรคระบาด ควรต้องให้เวลาพยาบาลใหม่ในการเรียนรู้และบ่มเพาะประสบการณ์จนสามารถปรับตัวได้จึงจะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการช่วยเหลือแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดผลกระทบเชิงกว้างต่อสังคม ทั้งนี้ สถานพยาบาลและผู้ใช้บัณฑิตควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจบใหม่ในการรับมือและไวต่อปรับตัวที่เพียงพอต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน เช่น การจัดอบรมพยาบาลใหม่ การจัดระบบพยาบาลเลี้ยงสำหรับพยาบาลใหม่เพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลใหม่ในสถานพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีความพร้อมสมบูรณ์ในการปฏิบัติงาน และสถานพยาบาลเองก็จะสามารถดำเนินการในการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการ
ปรับกระบวนการผลิตบัณฑิตพยาบาล

แม้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคม เทคโนโลยีและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลค่อนข้างมาก แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งคือการเกิดแรงผลักดันให้สถาบันพยาบาลทุกแห่งก้าวสู่การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติอย่างแท้จริง อาจกล่าวได้ว่าเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายได้ในขณะเดียวกัน สถานการณ์ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 21 นี้ อาจก่อให้เกิดนวัตกรรม การศึกษาพยาบาลและแนวทางการสร้างบัณฑิตพยาบาลให้ก้าวไปข้างหน้าในฐานะและบทบาทที่เด่นชัดของวิชาชีพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของประชาชนต่อไป เพราะการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็น “กระบวนการ” มิใช่ “เหตุการณ์” และไม่มี ความก้าวหน้าใดที่ปราศจากการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนกระบวนการต่อธรรมชาติและเทคโนโลยีที่มีอยู่เดิม จะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมในมุมมองใหม่ที่ไม่มีใครเคยมีใครมองเห็นได้แต่จะมีความชัดเจนขึ้นตามการปรับตัวของระบบการศึกษาพยาบาลเดิมนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). 4 มาตรการ
เปิดประเทศ V-U-C-A. สืบค้น เมื่อ 9 มกราคม 2565
จาก [https://ddc.moph.go.th/uploads/
publish/1197620211123031938.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1197620211123031938.pdf)
- ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบ
หลักสูตร การศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๖๓. (2563, 1
ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137
- ชัชวาล วงศ์สารี (2558). การสอนบนคลินิกในรายวิชา
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนิสิต Generation Z.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ,
31(2), 130–139.
- ปณิดา วรรณพิรุณ. (2554). การเรียนแบบผสมผสาน จาก
แนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารการอาชีวศึกษาและเทคโนโลยี
ศึกษา, 1(2). 43–49.
- ปรัชญนันท์ นิลสุข. (2546). การประเมินคุณภาพเว็บข้อมูล
สารสนเทศ. วารสารรังสิตสารสนเทศ, 9(1), 19–27.
- ปรัชญนันท์ นิลสุข และปณิดา วรรณพิรุณ. (2556). การ
จัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน : สัดส่วนการผสมผสาน.
วารสารพัฒนาเทคนิคศึกษา, 25(85), 31–36.
- พัชรินทร์ บางท่าไม้, กนกอร ศรีสมพันธุ์, วรรณทนา สมนึก
ประเสริฐ และนิจวรรณ วีรวัฒน์นตม. (2563). เรื่องผล
ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานร่วมกับการ
ใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงการทำคลอดต่อ
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจในการเรียน
และความคิดเห็นของผู้เรียนต่อการสอนโดยการ
สะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. วารสารพยาบาล
ทหารบก, 21(3), 350–359.
- พันธ์ศักดิ์ บุญภักดี. (2563). การประเมินการจัดการเรียนการ
สอนแบบออนไลน์บนฐานวิถีชีวิตใหม่สำหรับนักศึกษา
วิทยาลัยเทคนิคสุโขทัย. วารสารวิชาการ T-VET
Journal สถาบันการอาชีวศึกษาภาคเหนือ 3, 4(8),
39–54.

- มัทธี แวดราแม. (2565). การเรียนการสอนออนไลน์: แนวทางการวัดและประเมินผล. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2565 จาก https://eila.psu.ac.th/document/2020/200501_guidelines-evaluation/200422Eval_Handout.pdf
- ศุภวดี แถวเพีย, รัชณี พงนา และสุธิดา อินทรเพชร. (2560). ผลการจัดการเรียนแบบผสมผสาน ในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความพึงพอใจและการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 121-131.
- ศุภชัย ชื่นจิตรวงษา. (2564). *หลักการเบื้องต้นในการประเมินผลผู้เรียน การจัดการเรียนการสอนและการประเมินผู้เรียนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์และมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สำนักบริหารวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์นวัตกรรมการเรียนรู้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2565 จาก <http://www.academic.chula.ac.th/newoaa/documents/DAD/COVID.pdf>
- สายสมร เฉลยกิตติ, จินตนา อาจสันเทียะ และมักเดลานา สุภาพร ดาวดี. (2563). ผลกระทบโรคระบาด COVID-19: การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 255-262.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Key tips for teaching in the clinical setting *BMC medical education*, 20(2), 463.
- Chalita Thanyakoop. (2021). *How can Thai teachers adjust their teaching in the age of COVID-19?*. 21ST CENTURY EDUCATION. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565 จาก <https://www.kenan-asia.org/teachers-covid-19/>
- Claudia E. Stoian, Simona Simon, Vasile Gherhes. (2021). A Comparative Analysis of the Use of the Concept of Sustainability in the Romanian Top Universities' Strategic Plans. *Sustainability*. 13(19), 10642.
- Coman, C., Tiru, L. G., Mesesan-Schmitz, L., Stanciu, C., & Bularca, M. C. (2020). Online Teaching and Learning in Higher Education during the Coronavirus Pandemic: Students' Perspective. *Sustainability*, 12 (24), 10367.
- Corbetta, L., Arru, L. B., Mereu, C., Pasini, V., & Patelli, M. (2019). Competence and training in interventional pulmonology. *Interventional Pulmonology Patelli*, 61(3), 203-231.
- Graham, C.R., Allen, S. and Ure, D. (2003). *Blended Learning Environments: A Review of the Research Literature*. Unpublished Manuscript, Provo, UT.
- Huth, K. C., von Bronk, L., Kollmuss, M., Lindner, S., Durner, J., Hickel, R., & Draenert, M. E. (2021). Special Teaching Formats during the COVID-19 Pandemic-A Survey with Implications for a Crisis-Proof Education. *Journal of clinical medicine*, 10(21), 5099.
- Learn For Fun (2021). *Blended Learning การเรียนรู้แบบผสมผสาน*. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565 จาก <https://nipatanoy.wordpress.com/blended-learning>
- McCutcheon, K., Lohan, M., Traynor, M., & Martin, D. (2015). A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *Journal of advanced nursing*, 71(2), 255-270.
- Mel Knottenbelt. (2019). *Benefits of Blended Learning in Nursing and Midwifery Education* สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2565 จาก <https://www.adinstruments.com/blog/benefits-blended-learning-nursing-and-midwifery-education>

Oo, M.T., & Win, T. (2015). Importance of Evaluation in a Clinical Teaching. *American Research Journal of Medicine and Surgery*, 1(3), 18-19.

Poornima Luthra. (2020). *Onboarding while working-from-home: Keeping inclusion at the heart of it*. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2565 จาก <https://medium.com/@poornima.luthra/onboarding-while-working-from-home-how-to-ensure-inclusion-697ef58dbb93>

Sinha, D., & Sinha, S. (2020). Managing in a VUCA world: Possibilities and pitfalls. *Journal of Technology Management for Growing Economies*, 11(1), 17-21.

Teachmint. (2020). *Clinical Teaching Methods* สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2565 จาก <https://blog.teachmint.com/clinical-teaching-methods/health>



การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด: ความท้าทายของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์โควิด-19

Home Visit for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Challenges for Community Health Nurses During The Covid-19 Pandemic

Received: April 10, 2022

Revised: June 10, 2022

Accepts: June 24, 2022

เกศินี วุฒินวงศ์¹ M.P.H.

Kasinee Wudhiwong¹ M.P.H.

บทคัดย่อ

มาตรการหรือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรค เช่น การล็อกดาวน์และการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงที่ประเทศไทยมีการระบาดของอย่างรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดญาติและการเยี่ยมบ้านของพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนจึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเยี่ยมบ้านจากเดิมมาเป็นแบบผสมผสานโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวร่วมกับการเยี่ยมบ้านในพื้นที่ การติดต่อทางโทรศัพท์ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งลดระยะเวลาการเยี่ยมแต่ละครั้งและการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอกระบวนการพยาบาลครอบครัวและการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อและบรรเทาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลนำแนวทางการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสานนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีการควบคุมได้ระดับหนึ่งแต่โรคโควิด-19 ก็ยังเป็นโรคติดเชื้อที่อาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมะเร็ง เคมีบำบัด

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักนวัตกรรมการสอนและการศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ, Thailand

¹ Assistant Professor, Innovation of teaching and general education office, Payap University

Corresponding author kasineewud@gmail.com

Abstract

Policies or measures for COVID-19 infection prevention and control, such as lockdown and social distancing during the COVID-19 pandemic, affected cancer patients receiving chemotherapy and their relatives. Home visit nurses recognized the need to develop home visit strategies during the COVID-19 outbreak. In addition to using a traditional home visit approach, they integrated the family nursing process into a hybrid home visit model—meeting the patients in person along with follow-up phone calls or using the LINE application. Also, the duration of each visit at home was reduced, and nurses used personal protective equipment. This article presents the home visit nursing process and the blended home visit model in caring for cancer patients undergoing chemotherapy during the COVID-19 pandemic. Nurses can apply these approaches when caring for cancer patients to prevent the patients and families from contacting COVID-19 and ensures that the patients receive the care they need to prevent and alleviate symptoms and side effects of chemotherapy. Although the COVID-19 pandemic is relieved, COVID-19 is still a serious infectious disease that can cause severe symptoms and life-threatening complications in people with low immunity, such as cancer patients.

KEYWORDS: Home visit, Cancer patient, Chemotherapy

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหากมีการติดเชื้อโควิด-19 เพราะร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งเกิดจากสาเหตุของภาวะโรคมะเร็งและการรักษามะเร็ง (Cancer Research UK, 2022) ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งคือ การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (องค์การอนามัยโลก, 2564)

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งรับเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสม การเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นการให้

บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ (นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2564) ในบทความนี้ “พยาบาล” หมายถึง พยาบาลที่ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โดยทั่วไปพยาบาลมีข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจาก 1. การตรวจคัดกรองของรพสต. 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้แจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ 3. โรงพยาบาลส่งตัวมาที่ รพสต. สำหรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในชุมชนได้รับการรักษาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือทุติยภูมิในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยนอก (one day chemotherapy service) หรือ รูปแบบบริการแบบ



ผู้ป่วยใน เช่น นอนโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด ประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจึงใช้เวลาฟื้นฟูร่างกายส่วนใหญ่ว่าที่บ้านมากกว่าระยะเวลาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและคงคุณภาพการพยาบาลให้ได้ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ รวมทั้งโรคโควิด-19 โดยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการตนเองให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อสามารถรับเคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา

การเยี่ยมบ้านในสถานการณ์โรคโควิด-19 แบ่งได้ 2 เหตุการณ์ที่ทำให้พยาบาลปรับเปลี่ยนรูปแบบการเยี่ยมบ้าน คือ 1.เหตุการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มากและมีการใช้มาตรการล็อกดาวน์ ทำให้พยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องของการเดินทางลงพื้นที่ ดังนั้นในการทำงาน พยาบาลสามารถยึดหลักการเยี่ยมบ้านและปรับวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการสื่อสารที่เหมาะสมกับครอบครัว เช่น โทรศัพท์หรือไลน์ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการเยี่ยมลักษณะนี้ทำให้พยาบาลไม่สามารถตรวจร่างกายผู้ป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมจากสภาพจริง ทำให้การพยาบาลอาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้บางส่วน 2. เหตุการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง มีการยกเลิกมาตรการล็อกดาวน์และประชาชนสามารถใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะได้มากขึ้น ในระยะนี้พยาบาลปรับรูปแบบจากการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือไลน์ มาเป็นรูปแบบผสมผสาน คือ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่สลับกับการเยี่ยมผ่านไลน์ หรือ VDO call เป็นต้น และปรับวิธีการเยี่ยมบ้าน เช่น จำกัดคนเข้าเยี่ยมบ้าน ลดจำนวนครั้งของการเยี่ยม และลดระยะเวลาเยี่ยม

ในแต่ละครั้ง การเยี่ยมบ้านลักษณะนี้มีข้อดี ได้แก่ พยาบาลสามารถประเมินข้อมูลที่จำเป็นจากสภาพจริง และให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่วนข้อจำกัด ได้แก่ ความกังวลของผู้ป่วยและญาติต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากพยาบาลที่เป็นบุคคลภายนอกเข้ามาในบ้านผู้ป่วย

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อและการบรรเทาอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดภายหลังได้รับเคมีบำบัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

การเยี่ยมบ้านและกระบวนการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมของพยาบาลในการเข้าไปดูแลสุขภาพที่บ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลและเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล, 2561) การเยี่ยมบ้านของพยาบาลรพสต.นั้นต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เพราะการพยาบาลที่บ้านเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวโดยอาศัยความผูกพันระหว่างบุคคลในครอบครัว กระบวนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนเยี่ยม 2. ระยะเข้าเยี่ยม 3. ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนเยี่ยม เป็นระยะที่พยาบาลดำเนินกิจกรรม คือ 1.1 วางแผนอัตรากำลังคนในการเยี่ยมบ้าน เพราะพยาบาลส่วนหนึ่งได้รับมอบหมายให้ไปช่วยงานป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 แก่ไขโดยลดจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านในพื้นที่จริง ควบคู่กับการติดต่อทางโทรศัพท์ ทางไลน์ 1.2 นัดหมายวันเวลาเข้าเยี่ยมบ้านล่วงหน้าพร้อมกับแจ้งผลการตรวจโควิด-19 ข้อมูลการ

ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ครบถ้วนของพยาบาลเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วย 1.3 เตรียมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งรับเคมีบำบัดจากข้อมูลที่ได้รับจาก อสม. หรือจากโรงพยาบาล 1.4 เตรียมชุดตรวจ ATK 1.5 พยาบาลศึกษาค้นคว้าสาระความรู้ที่จำเป็น ได้แก่ ก. ปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลเมื่อรับทราบข่าวร้าย ข. ความรู้เรื่องการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ค. การยึดหลัก Standard Precaution (ราชวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2563) อธิบายเพิ่มเติมดังนี้

ก. ปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลเมื่อรับทราบข่าวร้าย

หลังจากผู้ป่วยรับทราบข่าวการเจ็บป่วยว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายหรือมะเร็ง ปฏิบัติการที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ตกใจ ร้องไห้ ซึม เป็นต้น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นพยาบาลควรทราบระยะปฏิบัติการของบุคคลเมื่อรับทราบข่าวร้ายเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว เผชิญความจริงและร่วมกันหาหนทางจนผ่านสถานการณ์ที่บีบคั้นให้ได้ มีทั้งหมด 5 ระยะ (พัสมณต์ คัมทวิพร, 2553) ดังนี้ 1. ระยะตกใจและปฏิเสธความจริง พฤติกรรมที่แสดงออกในระยะนี้ได้แก่ กังวล เหนียวาย 2. ระยะสับสนและโกรธ เป็นระยะที่ปฏิเสธความจริงไม่ได้ ผู้ป่วยรู้สึกอัดอัด โกรธตนเอง โกรธคนรอบข้าง อาจถึงขั้นต่อต้านการรักษา 3. ระยะต่อรอง เป็นระยะที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งแต่ขอต่อรองเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ เช่น ต้องการมีชีวิตอยู่ดูแลบุตร มีความหวังว่าไม่ใช่โรคร้ายแรงหรือสามารถรักษาหายได้ 4. ระยะเศร้าและหมดหวัง ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มยอมรับความจริงแต่ในขณะที่จิตใจไม่สามารถยอมรับได้ จึงอาจมีอาการซึมเศร้า แยกตัว เหม่อลอย

ปีที่ 23 ฉบับที่ 44 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 และ 5. ระยะยอมรับความจริง เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มซักถามข้อมูลการรักษา ปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ในการประเมินระยะของปฏิบัติการรับทราบข่าวร้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพยาบาลควรคำนึงว่า ผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องเรียงจากระยะที่ 1 มาระยะที่ 5 ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 หลังผ่าตัด แต่ยังไม่ถึงวันนัดหมายให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยร้องไห้เพราะคิดว่าหากตนเองเป็นอะไรไป พ่อแม่ที่แก่แล้วจะไม่มีใครดูแลและคิดมากเรื่องงานว่า หากมีอาการมากขึ้นจนไม่สามารถทำงานได้จะทำให้ขาดรายได้ แสดงว่าผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระยะตกใจ สับสน

ข. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) และอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาวิธีหนึ่งของการรักษามะเร็งโดยเคมีบำบัดมุ่งทำลายเซลล์มะเร็ง ผลของเคมีบำบัดจึงเป็นการทำลายเซลล์ทุกชนิดทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง การให้เคมีบำบัดมีเป้าหมายเพื่อ 1. การรักษาเพื่อให้หายขาดเนื่องจากว่ามะเร็งบางชนิดตอบสนองดีต่อเคมีบำบัดที่รักษาจึงรักษาให้หายได้ 2. การรักษาเพื่อควบคุมโรค เป็นการรักษาหลังจากผ่าตัดก้อนออกแล้วและให้เคมีบำบัดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งที่หลงเหลือ 3. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคเพื่อควบคุมการลุกลามหรือยืดระยะเวลาการรอดชีวิต (พรจันทน์ สัยละมัย, 2557; ดนัย ดุสรักษ์, 2560)

อาการข้างเคียงที่พบหลังจากได้รับเคมีบำบัดมีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนี้ 1. ด้านร่างกายผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงขึ้นอยู่กับประเภทของยาขนาดของยา อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ



คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเล็บ อาการเหนื่อยล้า เม็ดเลือดขาวต่ำ อาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นแพ้ ผื่นคัน สำหรับอาการชา ปวดเสียว บริเวณมือ เท้า เยื่อช่องปากอักเสบ พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น 2. ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกังวลต่าง ๆ (พรจันทน์ สัยละมัย, 2557; ดนัย ดุสรักษ์, 2560) จากผลการศึกษา ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 8.9 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 (จิรวรรณ จบสุบิน และนันทิกา ทวีชาติ, 2552) รู้สึกสูญเสียความเป็นผู้หญิงในรายที่ผ่าตัดเต้านมก่อนให้เคมีบำบัด เครียดต่อการที่สัมพันธ์ภาพต่อสามีเปลี่ยนไป เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับสามีลดลง (เพ็ญศิริ ดำรงภาคการ, ศิริรัตน์ อินทรเกษม, รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลกิจ และกนกวรรณ ไชยตัน, 2558)

ค. การยึดหลัก standard precaution และการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เช่น หน้ากาก (Surgical mask) หน้ากากป้องกันละอองเชื้อโรค (Face Shield) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยหรือครอบครัว และสวมถุงมือเพื่อลดการสัมผัสเชื้อ

2. ระยะเข้าเยี่ยม ในระยะนี้เริ่มตั้งแต่เข้าไปในบริเวณบ้านผู้ป่วย ให้พิจารณาเลือกบริเวณพื้นที่เปิดโล่งใช้เวลาเยี่ยมให้สั้นที่สุด (ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2563) สร้างสัมพันธภาพที่ดีแจ้งผลการตรวจโควิด-19 และการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของพยาบาลซ้ำอีกครั้ง และให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว อธิบายเพิ่มเติมดังนี้

กระบวนการพยาบาลครอบครัว ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ก่อนอื่นควรเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ผลของการดูแลจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัว กระบวนการพยาบาลครอบครัวเป็นกระบวนการแก้ปัญหาโดยใช้หลักเหตุผลเพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กระบวนการพยาบาลครอบครัวประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล, 2561) คือ

2.1 การประเมินครอบครัว (Family assessment) โดยประเมิน 3 เรื่อง คือ ดังนี้

2.1.1 การประเมินครอบครัว นอกจากการประเมินข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมแล้ว สิ่งสำคัญในการประเมินครอบครัวคือ พลังหรือความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย

ก. ความสามารถในการสื่อสารภายในครอบครัว โดยใช้วิธีการสื่อสารทางบวกจะทำให้ครอบครัวเข้าใจกันได้แก่ การบอกความรู้สึกของตนเอง การถามและรับฟังความคิดเห็นของคู่สนทนา สื่อสารด้วยเนื้อหาให้ชัดเจนและหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น วิถีเงียบไม่พูด การตีเถียง การแสดงสีหน้าโกรธหรือเฉยชา (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) นอกจากพยาบาลประเมินความสามารถในการสื่อสารภายในครอบครัวแล้วพยาบาลสามารถส่งเสริมวิธีการสื่อสารทางบวกให้เกิดขึ้นโดยแสดงให้เห็นผู้ป่วยและครอบครัวเห็นเป็นตัวอย่าง เช่น พยาบาลสนทนา รับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นวิธีการและข้อดีของวิธีการสื่อสารทางบวก เป็นต้น

ข. การแบ่งปันความรู้สึก แบ่งปันความรู้สึกสุขและทุกข์ หรือความกังวล/กลัวต่อการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากภูมิทัศน์ทางานต่ำ การแบ่งปันข้อมูลที่ได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ค. การสนับสนุนภายในครอบครัว เช่น การเสริมสร้างบรรยากาศของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ มีผลงานวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม เช่น การปรับตัวด้านการพึ่งพาโดยผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือระบายความรู้สึก (ชัยญานุช พะลัง และปิ่นททัย หนูนวล, 2563) การที่ผู้ป่วยเผชิญเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้จากการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมีพลังใจต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดจนครบคอร์ส

ง. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บ่งบอกระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปกติหรือลดลงตามความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในแต่ละวันของผู้ป่วยและยังบ่งบอกถึงระดับการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย นอกจากพยาบาลประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วควรประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในขณะเดินทางไปไปยังพื้นที่สาธารณะ เช่น ตลาด หรือโรงพยาบาล เป็นต้น

จ. ความสามารถในการแก้ไขปัญา การปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เช่น

ตัวอย่างครอบครัวที่มีผู้ป่วยคือ บุตรสาวอยู่ในช่วงได้รับเคมีบำบัด มารดาซึ่งอยู่ในวัยชราจึงได้ปรับบทบาทมาเป็นผู้ทำอาหารแทนบุตรสาว

2.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและแบบแผนการดำเนินชีวิต และการประเมินสุขภาพของผู้ดูแลหลัก (Caregiver)

2.1.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมาจากภายนอกครอบครัว เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน ญาติ บุคลากรสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่า เป็นสิ่งที่สำคัญมากในขณะที่มีสมาชิกในบ้านเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างโรคมะเร็ง เพราะในบริบทของคนไทยบางครั้งครอบครัวรู้สึกเกรงใจบุคคลที่เข้ามาช่วยเหลือ เช่น เพื่อน ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น มีผลการวิจัยพบว่า การให้การสนับสนุนผู้ป่วยจากครอบครัวและบุคลากรมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในทางที่ดี ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านสุขภาพที่ดี เช่น ดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง สนใจภาวะความเจ็บป่วย มีการปรับตัวด้านจิตใจ เช่น ยอมรับความจริงและมองโลกเชิงบวก มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับศักยภาพทางร่างกายและลดระยะเวลาการทำงาน และผู้ป่วยมีความคิดทางบวก รู้สึกปลอดภัยจนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีหลายด้าน (ชัยญานุช พะลัง และปิ่นททัย หนูนวล, 2563; อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2562) สรุปการสนับสนุนทางสังคมจากงานวิจัยและนำมาประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านในสถานการณ์โควิด-19 ให้เกิดประสิทธิภาพ มี 3 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนทางสังคม



ด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เพราะผู้ป่วยอาจมีความกังวลทั้งการเป็นโรคมะเร็งและการใช้ชีวิตในช่วงโควิด-19 2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ เช่น คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัดกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับญาติ การสังเกตอาการที่สงสัยติดเชื้อโควิด-19 3. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ เช่น แอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ Mask ชุดตรวจ ATK และ 4. การสนับสนุนทางสังคมด้านเครือข่าย เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ตัวอย่างผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับเคมีบำบัดมีความเครียดเรื่องการทำงานไปรับเคมีบำบัดทุก 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลาประมาณ 4 เดือน จึงตัดสินใจปรึกษาหัวหน้าผลปรากฏว่า ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากหัวหน้างานโดยอนุญาตให้ทำงานโดยไม่หักวันลาและอนุญาตให้ทำงานที่บ้านได้หากมีอาการไม่สุขสบายหลังรับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้เพื่อนร่วมงานอาสารับภาระงานบางอย่างแทนผู้ป่วย การสนับสนุนเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทรเห็นใจเพื่อนมนุษย์จากผู้ร่วมงาน น่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีกำลังใจที่จะรับเคมีบำบัดต่อไป

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลครอบครัว การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมจากผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ในการเยี่ยมบ้านนั้นบางครั้งพยาบาลควรรวบรวมข้อมูลวงนอกเพื่อตรวจสอบข้อมูลหลายทาง ได้แก่ จาก อสม. จากเพื่อนบ้าน มาประกอบเพื่อให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ชัดเจนมากขึ้น สำหรับการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพราะผู้ป่วยอยู่กับสภาพความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่รู้สภาพและความต้องการของตนมากที่สุด เช่น พยาบาลกำหนดปัญหาที่ 1 เป็นรับประทานอาหารได้น้อยคลื่นอาเจียนมาก และปัญหาที่ 2 เป็น ความกังวลเรื่องงาน ในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่างออกไปคือ มีความกังวลเรื่องงานมาเป็นปัญหาลำดับแรก เพราะผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลักให้แก่ครอบครัว

2.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลควรกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การกำหนดวิธีการและบุคคลที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแล การปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2.4 การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและกลับมาอยู่ที่บ้านสิ่งที่พยาบาลพึงตระหนักและทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้าเยี่ยมและวันที่ไปเยี่ยม เกี่ยวกับเรื่องของการสวมใส่ Mask หรือ Face shield และถุงมือของพยาบาลนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19 สู่ผู้ป่วย ไม่ได้สวมใส่เพราะรังเกียจหรือกลัวติดเชื้อจากผู้ป่วย หลังจากมีการพูดคุยเข้าใจตรงกันแล้วพยาบาลสามารถให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้พยาบาลสามารถทำบทบาทได้หลายบทบาทขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เจอหน้างาน อธิบายดังนี้ 1. บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งการมีทักษะนี้พยาบาลควรหาโอกาสฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติงานเกิดความเชี่ยวชาญ เช่น พยาบาลเป็นผู้รับฟังและให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยรับเคมีบำบัดมาแล้ว 1 คอร์ส และกำลังลังเลใจว่าควรรับเคมีบำบัดต่อไปหรือไม่ เพราะรู้สึก

ทราบจากอาการข้างเคียง ในกรณีนี้พยาบาลใช้ทักษะการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและในท้ายที่สุด ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเลือกที่จะรักษาต่อหรือหยุดการรักษา 2. บทบาทนักคิด เช่น พยาบาลสามารถออกแบบสมุดบันทึกให้แก่ผู้ป่วยเพื่อจดบันทึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อื่น ๆ เช่น การบันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักวันรับเคมีบำบัด บันทึกชื่อเคมีบำบัดที่ได้รับ บันทึกความรู้สึกของการรับเคมีบำบัดระหว่างนั่งรอตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อลดความกังวลในการรอพบแพทย์หรือขณะรอผลการตรวจเลือด เป็นต้น

2.5 การประเมินผลการพยาบาลครอบครัว การประเมินผลสามารถประเมินได้ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลหรือสิ้นสุดการให้การพยาบาล ทั้งนี้การประเมินผลเป็นการตรวจสอบเป้าหมายที่พยาบาลและครอบครัววางไว้ร่วมกัน ตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบการปฏิบัติพยาบาล (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2553) เป็นต้น การประเมินผลการพยาบาลร่วมกับครอบครัวเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ครอบครัวมากขึ้นในกิจกรรมที่ร่วมกันวางแผนและลงมือปฏิบัติ ถึงแม้ว่าผลของการปฏิบัตินั้นจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ตาม แต่นับว่าเป็นการเรียนรู้ของผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลเพื่อแก้ไขปรับปรุงในการปฏิบัติครั้งต่อไป

3. ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม เป็นระยะที่มีการสรุปผลการเยี่ยมบ้านระหว่างพยาบาลและครอบครัว และวางแผนเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไปซึ่งอาจพิจารณาเลือกวิธีเยี่ยมในรูปแบบออนไลน์เพื่อรักษาระยะห่าง เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งรับเคมีบำบัด

จากประสบการณ์ของผู้เขียนเกี่ยวกับการใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านและการใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว พบว่า สิ่งที่ค่อนข้างยากในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ปีที่ 23 ฉบับที่ 44 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดคือ พยาบาลขาดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเช่นกันอาจมีสาเหตุจาก ผู้ป่วยไม่กล้าถามแพทย์หรือจำชื่อยาเคมีบำบัดไม่ได้ เป็นต้น ดังนั้นการเยี่ยมบ้านครั้งแรกพยาบาลควรให้การพยาบาลแก้ไขอาการข้างเคียงตามที่พบและสำหรับการเยี่ยมครั้งต่อไปพยาบาลควรทำความเข้าใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อยาเคมีบำบัด ความถี่ของการไปรับเคมีบำบัด หากเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยหรือญาติขอข้อมูลจากพยาบาลที่ห้องเคมีบำบัด โดยให้จดชื่อยา หรือสแกนรูปข้อมูลเคมีบำบัดที่ได้รับเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือประชุมทีมพยาบาลเพื่อหาแนวทางวางระบบรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมายัง รพสต. ให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่ รพสต. ส่งตัวไปรักษา (Refer) หรือผู้ป่วยรายที่ไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาโดยไม่ผ่านระบบส่งตัวของ รพสต.

สำหรับการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขอาการข้างเคียงที่บ้านผู้ป่วย พยาบาลควรยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เริ่มจากพยาบาลควรประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหายาอาการข้างเคียง ตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งเต้านมข้างซ้าย อายุ 55 ปี รับยาเคมีบำบัดคอร์สที่ 1 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากและมีความเชื่อว่าหากทนกับอาการคลื่นไส้อาเจียนได้จะไม่รับประทุษร้ายแก่คลื่นไส้อาเจียนที่แพทย์ให้มา เพราะเคยรับประทุษร้ายแก่คลื่นไส้อาเจียนแล้วรู้สึกพะอืดพะอม ซึ่งในกรณีนี้พยาบาลเห็นวิธีการแก้ปัญหายาของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรประเมินปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ในแต่ละมื้อ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการยาแก้คลื่นไส้อาเจียนเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกรับประทุษร้ายเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนในครั้งต่อไป การที่พยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นหลักพร้อมกับใช้ทักษะการฟังและเคารพการ



ตัดสินใจของผู้ป่วยเช่นนี้ เป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งและการตัดสินใจของเขาเป็นเรื่องสำคัญ สำหรับปัญหาด้านจิตใจที่อาจพบได้ใผู้ป่วยมะเร็งรับเคมีบำบัดด้วยกลายคนรายนี้ คือ ซึมเศร้า เพราะ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในขณะที่มีอายุ 55 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งเป็นวัยที่ประสบความสำเร็จทางหน้าที่การงานชีวิตและชีวิตครอบครัว เมื่อพบว่าป็นมะเร็งจึงนับเป็นเหตุการณ์พลิกผันของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต นำไปสู่ความวิตกและซึมเศร้าได้ ดังนั้นหากพยาบาลระบุปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมจะนำไปสู่การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหา

สรุปได้ว่าการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นการให้บริการอนามัยครอบครัวซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การประเมินหาสิ่งสนับสนุนภายในและภายนอกครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรประเมินข้อมูลให้ครอบคลุมเพราะในยามที่มีสมาชิกเจ็บป่วยนั้นครอบครัวอาจมุ่งดูแลผู้ป่วยแบบแก้ปัญหาเฉพาะหน้าจนลืมนึกถึงคนหรือแหล่งสนับสนุนรอบตัวที่ครอบครัวมี ดังนั้นหากพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการทำงานและพิจารณาข้อมูลให้รอบด้านจะสามารถนำแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การเยี่ยมบ้านด้วยการใช้เทคโนโลยีออนไลน์

ในช่วงโควิด-19 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความเสี่ยงทั้ง 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ป่วยและฝ่ายพยาบาล 1. ฝ่ายผู้ป่วยมีความเสี่ยงเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด

มีภูมิคุ้มกันต่ำ 2. ฝ่ายพยาบาลมีความเสี่ยงที่จะติดโควิด-19 เช่นกันหากพื้นที่นั้นมีการระบาดของโรคพยาบาลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับมาตรการเว้นระยะห่างป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน เช่น แอปพลิเคชันไลน์หรือการส่งวิดีโอข้อมูลสุขภาพ จากผลการวิจัยการติดตามผู้ป่วยฟิการ ผู้ป่วยติดเชื้อ มะเร็ง และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในเขตพื้นที่จังหวัดยโสธรพบว่า เครือข่าย อสม. ประชาชน ผู้นำชุมชนส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน มีการส่งต่อผู้ป่วย และมีการติดตามผู้ป่วยผ่านไลน์ร้อยละ 86 มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีการได้ยินเสียงและเห็นภาพ ผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทาง และปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีข้อระมัดระวังของการใช้ไลน์คือ ควรระวังเรื่องการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ จำกัดผู้เข้าใช้ไลน์กลุ่ม เช่น ตั้งรหัสการเข้า (ชาญชัย บุญเชิด, 2561) เป็นต้น นอกจากนี้มีงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิดีโอ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้ชมวิดีโอมีความพึงพอใจร้อยละ 91 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) นอกจากนี้ผู้ป่วยเรื้อรังนิยมใช้สื่อสังคม จากการวิจัยในกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดฉายรังสี รับฮอร์โมน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตใช้สื่อออนไลน์มากกว่าคนที่มีความคุณภาพชีวิตดี โดยสื่อออนไลน์ที่ผู้ป่วยนิยมได้แก่ Line, Facebook, YouTube และเหตุผลในการใช้สื่อออนไลน์เพราะต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 81 ข้อมูลเกี่ยวกับยา/การรักษา ร้อยละ 52 ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม

ร้อยละ 41 การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 38 และอื่น ๆ ได้แก่ การปฏิบัติตัว การแบ่งปันข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น เป็นต้น และมีงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อี้ออนไลน์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีพบว่า การใช้อี้ออนไลน์ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดีขึ้นซึ่งอาจเป็นผลมาจากการนำความรู้ที่ได้รับอย่างถูกต้องและนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สายรุ้ง ประกอบจิตร ชลียา วามะสุน, วิดา วรรณเสน, โสภิต ทับทิมหิน, บุญหยาด หมั่นอุตสาห์, โสภิตตรา สมหารวงศ์ และรังษิณพดล โภทอง, 2563)

จากผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งข้างต้นเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ประกอบกับในปัจจุบันผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้สื่อเทคโนโลยีประเภทสมาร์ทโฟน, Facebook, YouTube หรือ Line เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้ศักยภาพของผู้ป่วยด้านเทคโนโลยีมาให้เป็นประโยชน์ เช่น การบอกแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือนำวิธีเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้พยาบาลสามารถใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารกับครอบครัว หรือส่งคลิปสุขภาพทางไลน์ ซึ่งเป็นวิธีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ดี โดยเลือกวิดีโอที่ถูกต้อง เข้าใจง่ายเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้พยาบาลไม่จำเป็นต้องผลิตวิดีโอด้วยตนเองเพราะในปัจจุบันมีวิดีโอในสื่อสาธารณะที่เป็นประโยชน์มากมาย เช่น โฆษณาบำบัดในผู้ป่วยให้เคมีบำบัด การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด การสังเกตภาวะเร่งด่วนที่ต้องไปพบแพทย์ จาก RAMA channel หรือ Mahidol channel การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้ดู อ่าน ฟังและเข้าใจเนื้อหา จะทำให้ผู้ป่วย

สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ดูแลจัดการตนเองได้ดีขึ้นจึงทำให้คุณภาพชีวิตระหว่างการให้เคมีบำบัดสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการเยี่ยมบ้านครั้งแรกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรับเคมีบำบัดนั้นพยาบาลควรเข้าไปเยี่ยมแบบให้เห็นหน้ากันเพื่อทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพเพราะว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ครอบครัวไว้วางใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สำหรับการเยี่ยมบ้านครั้งถัดไปพยาบาลสามารถติดตามผู้ป่วยเป็นระยะด้วยไลน์ซึ่งอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งหากไม่สามารถไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วยได้จากสถานการณ์ความรุนแรงของโรคโควิด-19

ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อต้องการให้ผู้อ่านลองคิดวิเคราะห์ว่าหากพยาบาลเข้าเยี่ยมบ้าน พยาบาลจะมีข้อพิจารณาอย่างไรต่อผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นการสนับสนุนภายในและภายนอกครอบครัว ดังนี้

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 79 ปี เป็นมะเร็งบริเวณถุงน้ำดี ไม่ทราบระยะ ใช้สิทธิข้าราชการเกษียณ อาศัยอยู่กับภรรยาอายุ 78 ปี บุตรสาว และหลาน ภรรยาไม่โรคประจำตัวแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยรายนี้ไม่ทราบความจริงที่ตนเป็นมะเร็งเพราะบุตรไม่บอก การสนับสนุนจากภายในและภายนอก ได้แก่ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ภรรยาอยู่เป็นเพื่อนในเวลาที่บุตรสาวไปทำงาน ครอบครัวลูกชายที่อยู่ต่างจังหวัดและหลานอายุ 8 ปี เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรักมากและวันใดที่หลานมาเยี่ยมและขอให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะยอมทำตามอย่างมีความสุข

ผู้ป่วยรับเคมีบำบัดคอร์สที่ 1 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน เมื่อกลับมาบ้านก็มีปัญหาคือ จิตใจห่อเหี่ยวเพราะไม่ต้องการรักษา



เคมีบำบัดแต่ไม่หายากจิตใจลูก อ่อนเพลียมาก
รับประทานอาหารได้ทั้งวันได้ไม่ถึง 10 ช้อน บุตรสาว
เครียดจากการที่บิดาเป็นมะเร็งและรับประทานอาหารได้
น้อยมาก

สรุปจากตัวอย่างผู้ป่วยรายนี้ แสดงให้เห็นว่าการ
ประเมินการสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวเป็นสิ่ง
สำคัญสำหรับการวางแผนเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยได้รับการ
สนับสนุนจากสมาชิกทุกวัยในครอบครัวแม้กระทั่งหลาน
อายุ 8 ขวบซึ่งเป็นเด็ก หากพยาบาลประเมินพบว่า
หลานเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วย พยาบาลสามารถ
ดึงเอาจุดนี้มาช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งเป็นเรื่อง
ของจิตนํากาย เมื่อจิตดีแล้วเมื่อนั้นผู้ป่วยจะสามารถ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คาดว่าการสนับสนุนที่
เหมาะสมและเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว
สามารถดูแลประคับประคองกันจนสามารถผ่านการ
รักษาด้วยเคมีบำบัดไปได้

สรุปและข้อเสนอแนะ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในสถานการณ์การระบาดของโค
วิด-19 เป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาลประจำ รพสต.
เพราะมีอุปสรรคหลายด้าน เช่น 1. ด้านพยาบาล ที่ไม่มี
ประสบการณ์เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านในขณะที่มีการ
ระบาดของโรคโควิด-19 มาก่อนและเป็นการ
เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน 2. ด้านมาตรการจำกัดการ
เดินทางเข้าพื้นที่ ทำให้พยาบาลไม่สามารถเดินทางไป
บ้านผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารพสต.ได้
เช่นกัน 3. ด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่มีอยู่ไป
ช่วยงานด้านป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จาก
การที่พยาบาลเผชิญกับอุปสรรคจึงทำให้พยาบาลมีการ
ปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสาน

โดยมีข้อเสนอแนะแก่พยาบาล รพสต. ดังนี้ 1. เยี่ยมบ้าน
ในพื้นที่สลับกับการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ 2. ประยุกต์ใช้
เทคโนโลยีออนไลน์ในการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น เช่น ใช้
ไลน์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัวเพราะใช้งาน
ง่ายและสามารถส่งข้อความหรือเห็นหน้าผู้พูดได้ และ/
หรือใช้สื่อวิดีโอในการส่งข้อมูลด้านสุขภาพ 3. ปฏิบัติงาน
โดยใช้กระบวนการพยาบาล จะทำให้พยาบาลสามารถให้
การพยาบาลผู้ป่วยเป็นองค์รวมเพราะมีการคิดเชื่อมโยง
เหตุปัจจัยต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิต
ให้ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติให้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานการพัฒนา
คุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip)*. สืบค้นเมื่อ
12 มี.ค. 65, จาก
[https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/118882
0211015084413.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188820211015084413.pdf)
- จิรวรรณ จบสุบิน และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ความชุก
ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *เวชศาสตร์ร่วม
สมัย*, 53(5), 427-440. สืบค้นจาก
[http://clmjourn.org/_fileupload/journal/74-5-
8.pdf](http://clmjourn.org/_fileupload/journal/74-5-8.pdf)
- ชาวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล.
(2561). การบริการอนามัยครอบครัว แนวคิดและ
กระบวนการเยี่ยมบ้าน ใน ศิวพร อังวัฒนา และรังสิยา
นรินทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลชุมชน: อนามัย
ครอบครัว อนามัยโรงเรียน อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชี
วอนามัย* (หน้า 1-25). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยญาณฯ พะลัง และปิ่นททัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุน
ทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่



- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: วิทยากรณีสึกษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(2), 62-75. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/243901/166377>
- ชาญชัย บุญเชิด. (2561). การติดตามผู้ป่วยพิการติดเชื้อ มะเร็ง และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในเขตพื้นที่ตำบลโพรงาม หนองหมี กำแมด เทศบาลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 920-926
- ดนัย ดุสรักษ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.
- นวลณี ประเสริฐสุข. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลป์)*. 8(2), 737-747.
- นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2564). *การบริการอนามัยครอบครัว*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสมณห์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะกราฟฟิค.
- พรจันทน์ สัยละมัย. (2557). การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและยากลุ่มมุ่งเป้า. ใน *แมนมนา จิระจรัส และสุวรรณิ สิริเลิศตระกูล (บรรณาธิการ), บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่ม 13 (หน้า1-13)*.
- นันทบุรี : ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, ศิริรัตน์ อินทรเกษม, จักรวาลย์ เอี่ยมกุลกิจ และ กนกวรรณ ไชยตันเทือก. (2558). จำยอมเพื่อต่อชีวิต: การเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี*, 31(1), 82-93.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในสถานการณ์ COVID-19*. สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 65, จาก <https://thaifammed.org/uncategorized/1421/>
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). การบริการพยาบาลอนามัยครอบครัว ใน วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (บก), *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดหลักการและการปฏิบัติพยาบาล* หน้า 321-370. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สายรุ้ง ประกอบจิตร, ชลียา วามะลุน, วิดา วรณเสน, โสภิต ทับทิมหิน, บุญหยาด หันนอดุสสาร, โสภิตตรา สมหารวงศ์ และรังษิณพดล โถทอง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อออนไลน์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(1), 16-27.
- อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 24-36.
- องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย. (2564). *รายงานผลการทบทวนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระดับโลก*. สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 65, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1174120210906073050.pdf>
- Cancer Research UK. (2022). *Coronavirus (COVID-19) and cancer*. Retrieved 14 June 2022, from <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/coronavirus/covid-19-and-cancer>



บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

Nurse's Role in Health Promotion for Thai Older Adults Living Alone

Received: April 12, 2022

Revised: June 11, 2022

Accepts: June 25, 2022

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข (พย.ม.)¹, พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ (พย.ม.)²

Surasak Mulsrisuk (M.NS.), Pongsak Dharmakulsakti (M.NS.)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลสุขภาพต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติในการใช้ชีวิต เช่น การอยู่ครองโสด การสร้างครอบครัวขณะที่มีอายุสูงเพิ่มมากขึ้น มีบุตรน้อยลง มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง และมีปัญหาการหย่าร้าง เป็นต้น มีผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ชีวิตเพียงลำพังในสังคม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยลง จากปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จนนำไปสู่การขาดโอกาสในการพัฒนาชีวิต ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ภายใต้ข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย สภาพเศรษฐกิจและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการให้บริการ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ ผู้ประสานเครือข่าย และเป็นนักบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พยาบาลจึงเป็นภาพต่อตัวสำคัญของระบบสุขภาพ ในการเชื่อมต่อระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อลดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, บทบาทพยาบาล, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การอาศัยอยู่ตามลำพัง, สังคมผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล, Thailand

Corresponding author: email surasak.mol@mahidol.ac.th

²อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



Abstract

Thailand is one of the most rapidly growing in aging society country in the world. Aging people tend to live longer in according to developing in economy, social, medical technology. Furthermore, unmarriage trend, decreasing birth rate and divorcing are the factors that affect this trend. Older adults living alone have a lesser chance to access health care service because of economic issue and medical expense. Preparing to be dependent living under health decline low outcome economic. Nowadays, Thailand is rapidly growing into aging society and elderly people tend to have longer lifespan than before because of advanced medical technology. More and more elderly people are living on their own due to changing in new generation population perspectives. For example; more and more people want to be single, some people are not having a child due to their financial problem, and divorcing problem. These make elderly people living alone have a lesser chance to access healthcare service because of economic issue and medical expense.

Therefore, preparing care plan for elderly people under all these circumstances is important. This comes down to nurse service which involving medical service, giving essential medical knowledge, and managing care plan for elderly people. As we can see nurses play an important role in healthcare system especially for elderly people.

Keywords: Health System, Nurse's Role, Older Adults Health Promotion, Living Alone, Aging Society

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic Change) ของโลกในปัจจุบัน ส่งผลให้แนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายประเทศมีการปรับปรุงนโยบายในการรองรับประชากรกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีประชากรสูงอายุมากกว่า 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้พบผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมากถึง 3.5 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

(Aged society) อันเป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่าการพัฒนาสังคม สถาบันครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงได้รับผลกระทบและแปรเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น จำนวนคนครองโสดมากขึ้น การแต่งงานหรือสร้างครอบครัวชณะอายุมาก มีบุตรน้อยลง มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง และมีปัญหาการหย่าร้าง เป็นต้น (กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี, 2563) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า มีคู่สมรสที่อาศัยอยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนคู่



สมรสที่อาศัยอยู่เพียงลำพังสองคน ร้อยละ 23.3 และอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 10.8 ซึ่งจำนวนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563)

วัตถุประสงค์บทความ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

เนื้อหาและการอภิปราย

การอาศัยอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุในประเทศไทย สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม ทั้งด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยลง จากปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จนนำไปสู่การขาดโอกาสในการพัฒนาชีวิต อย่างไรก็ตามปัญหาหลักที่พบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคือ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สุภาดา คำสุชาติ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแล (Jeon, 2020; Park, Sohn, Lee, & Kwon, 2014) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ และมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากการศึกษาการใช้ชีวิตตามลำพังและความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Pimouguet et al., 2016; Teguo et al., 2016) จากการศึกษาการยอมรับ

ความตายในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวตาย ซึ่งอาจเกิดได้จากการกลัวความเจ็บปวดและความโดดเดี่ยวในการตาย โดยผู้สูงอายุจำนวนมากมีความกลัวในการเสียชีวิตเพียงลำพัง หรือเสียชีวิตด้วยความเจ็บปวด โดยไม่มีครอบครัวหรือเพื่อนอยู่รอบข้าง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนนั้นมีการยอมรับความตายได้เพียงเล็กน้อย (รัตนา บุญพา, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียชื่อ, 2562) ซึ่งต้องเร่งหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อลดการพึ่งพิงจากบุคคลภายนอกให้ได้มากที่สุด ภายใต้ข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพเศรษฐกิจและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ถือเป็น “ภาพต่อ” ตัวสำคัญของระบบสุขภาพ ในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อลดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ รวมทั้งลดภาระของผู้สูงอายุในการเข้าถึงเครือข่ายของระบบสุขภาพ (Zebhauser et al., 2014) โดยมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในระดับบุคคล และการเตรียมความพร้อมเชิงระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

1. การเตรียมความพร้อมในระดับบุคคล

สังคมไทยมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างจากสังคมต่างประเทศ คือ มีการรวมกลุ่มพูดคุยกัน คนในชุมชนมีความสนิทกัน และมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน ยกเว้นชุมชนเมือง ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ แต่โดยรวมสังคมไทยมักมีพื้นฐานในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แบ่งการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคลตามลักษณะของผู้สูงอายุ (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557) ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ จากการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในเขตเมือง พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทุกรายวางแผนพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีแผนดูแลสุขภาพโดยทั่วไปด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและมีวินัยในการรักษาโรคเรื้อรัง (ศิริวรรณ จิตตปารณีรัตน์, สายพิน หัตถิรัตน์, จิตติมา บุญเกิด และเรือนขวัญ กัณหาสิงห์, 2563) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อม หรือเกิดภาวะพึ่งพิง กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ “การรวมตัวกันในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ” จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลด้านบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีสมรรถภาพร่างกายดี มีอารมณ์แจ่มใส ไม่หลงลืมง่าย และมีความรู้รอบด้านดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ควรจัดในรูปแบบ “การเยี่ยมบ้าน” ซึ่งเป็นบริการต่อเนื่องที่บ้าน อาจเป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน หรือจิตอาสาใน

ชุมชน เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีเหตุการณ์หรือการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ (ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเยี่ยมบ้าน มีประสิทธิภาพในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ (Bajraktari, Sandlund, & Zingmark, 2020) นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้าน สามารถเพิ่มสมรรถนะร่างกายเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจ และลดการหกล้มได้ (Hopewell, Copsey, Nicolson, Adedire, Boniface, & Lamb, 2020) ซึ่งสามารถดำเนินการเตรียมผู้สูงอายุโดยบุคคลผู้ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขได้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จากการศึกษาของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเปราะบางร่วมกับการมีปัญหาโรคเรื้อรัง (Dharmakulsakti, Roopsawang, & Aree-Ue, 2022) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบติดเชื้อ ท้องผูก ข้อยึดติด มวลกล้ามเนื้อน้อย ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีผู้ดูแลหลัก มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (จริยา ขำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ, 2564) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจจะไม่มีผู้ดูแล พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการประสานกับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และ



พยาบาลมีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ถูกทอดทิ้ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การเตรียมความพร้อมด้านมาตรการเชิงระบบ

การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งการวางระบบเชื่อมต่อบริการสุขภาพให้เข้าถึงชุมชนที่ดี จะช่วยให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ โดยไม่เป็นภาระของชุมชน และช่วยให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยตามลำพัง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งมีแนวทางการเตรียมความพร้อม ดังนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2561)

2.1 การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกำหนดให้มีหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม ขณะเดียวกันควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านั้นเข้าถึงชุมชน ช่วยเหลือดูแล ให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย หรือช่วยชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พักอาศัยตามลำพังได้ โดยไม่ถือว่าเป็นภาระการดูแล รวมไปถึงการให้ทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่เพื่อให้กลับมาทำงานในชุมชนของตนเองในอนาคต

2.2 การจัดทำและรับรองมาตรฐานสถานดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องบริการที่ได้รับ และบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีการวางแผนด้านการเงินในอนาคต หรือมีเงินบำนาญ

มีความมั่นใจในการเข้าพักอาศัยในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งควรมีความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม สถานที่ และมีระบบส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนการควบคุมด้านราคา ค่าบริการ เพื่อให้ได้รับการยอมรับและสร้างความน่าเชื่อถือทั้งในระดับชาติและระดับสากล

2.3 การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัย

สูงอายุ มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่มีรายได้หลักในการดำรงชีพจากเงินออมดอกเบี้ยย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพิงเงินเกื้อหนุนจากบุตรหรือญาติพี่น้องในการดำรงชีพ อีกทั้งจำนวนเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลจ่ายให้กับผู้สูงอายุก็เป็นเพียงรายได้พื้นฐานที่ไม่เพียงพอ เพื่อการยังชีพของผู้สูงอายุในแต่ละเดือน ดังนั้นการสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ จึงควรจูงใจให้มีการเตรียมความพร้อมเรื่องการออมตั้งแต่อายุในวัยทำงาน เพื่อให้เงินออมเป็นแหล่งรายได้ที่ยั่งยืนในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะแรงงานที่อยู่นอกระบบ เพื่อสร้างหลักประกันรายได้ในวัยสูงอายุ และควรมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนรับทราบ เข้าใจ โดยเน้นการสร้างความรู้ตระหนักในเรื่องของการออม เพื่อให้มีเงินทุนในการดูแลตนเองเมื่ออายุมากขึ้น

2.4 การขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหลายรายมีสุขภาพดี และทำให้อายุยืนยาว พร้อมทั้งมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการทำงานสูง ซึ่งสามารถทำงานต่อได้ อย่างไรก็ตาม การขยายอายุการทำงานเป็นทางเลือกหนึ่งในภาวะที่มีปัญหาขาดแคลนแรงงานรุนแรงมากขึ้น แต่อาจพิจารณาในบางอาชีพ ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่ทำงานวิชาการหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความชำนาญเฉพาะด้าน ควรได้รับการพิจารณาให้ระยะเวลาเกษียณอายุแล้วแต่กรณีตามความเหมาะสม เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ยังเป็นทรัพยากรที่

สำคัญและยังสามารถสร้างประโยชน์ให้กับเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้

2.5 ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการศึกษา วิจัย ค้นคว้า พัฒนาความรู้ และนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสุขภาพอนามัย ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม การดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกบ้าน อาทิ หุ่นยนต์ช่วยดูแลผู้สูงอายุ อุปกรณ์ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อุปกรณ์เพื่อการใช้สอยในชีวิตประจำวัน อาทิ ยานพาหนะสำหรับผู้สูงอายุ และสุขภาพดี อุปกรณ์ไฟฟ้าต่าง ๆ ตลอดจนผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่มที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

1. บทบาทเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health Care Provider) พยาบาลจะต้องให้บริการแบบครบวงจร ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (ปราณี อ่อนศรี และอัจฉรา อุไรเลิศ, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 จำเป็นจะต้องได้รับการประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพทุก 6 เดือน เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้บริการผู้สูงอายุจะต้องให้เกียรติ เคารพความเป็นผู้สูงอายุ และ

ใช้เวลาในการพยาบาล จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ และให้ความร่วมมือในการพยาบาลและการรักษา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังดีขึ้น

2. บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมและป้องกันโรค (ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2563) โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าวัยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยเหลือลดความเสี่ยงตามวัย และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้นอกจากนี้ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยพยาบาลยังมีบทบาทในการให้ความรู้ในการดูแลเฉพาะโรค และการปฏิบัติตนเองเมื่ออยู่ตามลำพังได้

3. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocator) พยาบาลเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2563) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลควรชี้แจงความรู้ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

4. บทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย (ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2563) โดยเน้นการร่วมมือกับภาคีชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้สามารถชี้แนะให้สมาชิกในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวเห็นศักยภาพของตนเองในการดูแลภาวะสุขภาพ



5. บทบาทเป็นผู้ประสานเครือข่าย (Coordinator of Networking) พยาบาลมีบทบาทในการประสานระหว่างเครือข่ายสุขภาพกับเครือข่ายการดูแล เพื่อเสริมให้ชุมชนหรือหน่วยงานมีความเข้มแข็งมากขึ้น (ปราณี อ่อนศรี และอัจฉรา อุไรเลิศ, 2561) โดยพยาบาลสามารถจัดตั้งกลุ่มแกนนำในการดูแล/ติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยแบ่งประเภทตามลักษณะผู้สูงอายุ เพื่อง่ายต่อการดูแล และพยาบาลมีหน้าที่ในการติดตามภาคีเครือข่ายการดูแล เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคงและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. บทบาทเป็นนักบริหารจัดการ (Manager) พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (ปราณี อ่อนศรี และอัจฉรา อุไรเลิศ, 2561) โดยเน้นตัวผู้สูงอายุ และชุมชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นถึง วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุมากขึ้นมีการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเอง และสาเหตุหลักที่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง การมีหน่วยงานราชการเข้ามาดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดสรรทรัพยากรในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมของไทย ที่พึ่งพา

อาศัยกับแบบญาติพี่น้อง มีความกตัญญูกตเวทิตา สร้างความภาคภูมิใจในสังคมต่อไป

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง เป็นความท้าทายของระบบบริการสุขภาพ ในการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่เพิ่มภาระการดูแลให้กับชุมชนจนเกินความสามารถ สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งทั้งการให้บริการ การให้ความรู้ ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ประสานเครือข่าย และการบริหารจัดการการดูแลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อการช่วยเหลือดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงเสมือนภาพต่อที่ทำให้ระบบสุขภาพเชื่อมโยงเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง และพร้อมกันนั้นยังสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น สู่การวางแผนนโยบายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาลควรมีการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง นำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที
2. พยาบาลควรประสานกับชุมชน และจัดตั้งแกนนำในชุมชน เพื่อเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและมีภาวะเจ็บป่วยให้ได้เข้าถึงระบบสุขภาพและการดูแลอย่างทั่วถึง



เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. สืบค้น 12 มีนาคม 2565. จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
- กาญจนา ปัญญาธร, และชลกร ทรวงศรี. (2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาต อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(2), 41-52.
- จริยา ขำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง และ นุชนาฏ สุทธิ. (2564). ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 150-166.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2563). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลสมาคมฯ ไทย*, 13(1), 63-75.
- ปราณี อ่อนศรี และอัจฉรา อุไรเลิศ. (2561). บทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล-ทหารบก*, 19(2), 55-62.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: พรินเทอรี่.
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 226-238.
- รัตนา บุญพา, ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียเชื้อ. (2019). การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 112-126.
- ศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์, สายพิน หัตถิรัตน์, จิตติมา บุญเกิด และเรือนขวัญ กัณหสิงห์. (2563). ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพัง ในเขตเมืองวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร: การศึกษาเชิงคุณภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(4), 438-444.
- ปีที่ 23 ฉบับที่ 44 มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1156-1164.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ*. สืบค้น 8 เมษายน 2565 จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014>
- Bajraktari, S., Sandlund, M., & Zingmark, M. (2020). Health-promoting and preventive interventions for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. *Archives of Public Health*, 78(1), 1-27.
- Dharmakulsakti, P., Roopsawang, I., & Aree-Ue, S. (2022). Sarcopenia among Older Adults with Knee Osteoarthritis: A Cross-Sectional Study of Prevalence and Its Associated Factors. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(1), 125-138.
- Hopewell, S., Copsey, B., Nicolson, P., Adedire, B., Boniface, G., & Lamb, S. (2020). Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20,000 participants. *British Journal of Sports Medicine*, 54(22), 1340-1350.
- Jeon, H. O. (2020). Correlation of physical, psychological, and functional factors with independent medication adherence in Korean older adults with chronic illness: Using the 2017 national survey of older Koreans. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104130.



- Park, E. J., Sohn, H. S., Lee, E. K., & Kwon, J. W. (2014). Living arrangements, chronic diseases, and prescription drug expenditures among Korean elderly: vulnerability to potential medication underuse. *BMC Public Health*, 14(1), 1-8.
- Pimouguet, C., Rizzuto, D., Schön, P., Shakersain, B., Angleman, S., Lagergren, M., ... & Xu, W. (2016). Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 182-187.

- Teguo, M. T., Simo, N., Stoykova, R., Meillon, C., Cogne, M., Amieva, H., & Dartigues, J. F. (2016). Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study. *Psychosomatic Medicine*, 78(8), 904-909.
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Hafner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R.T., Doring A.E., Grill, E., Huber, D., Peter, A., Ladwig, K.H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245-252.



การบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชน
Participatory management of local government organizations
To prevent coronavirus disease 2019 in the community

Received: February 5, 2022

Revised: March 31, 2022

Accepts: May 1, 2022

นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ (Ph.D)¹, วิจิต แสงสว่าง (DEA)²

Nawasanan Wongprasit, Wichit Seangsawang

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบครั้งแรกปลายปี 2562 ในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน สาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุด คือ การสัมผัสกับเนื้อสัตว์ที่วางขายในตลาด เมืองอู่ฮั่นเป็นเมืองใหญ่มีประชาชนอยู่หนาแน่น ส่งผลให้การระบาดกระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัย (The World Health Organization; WHO) ระบุว่า ไวรัสชนิดนี้ คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 เป็นการแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol) และประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกด้านเชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวม มาตรการป้องกันโรคเพื่อลดการระบาด คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือให้ถูกวิธี เมื่อติดเชื้อให้เข้ารับการรักษ หรือมีภาวะเสี่ยงต้องกักตัว ทำให้การดำรงชีวิตและการทำงานต่าง ๆ ต้องปรับตัว ประชาชนตกงานไม่มีรายได้ต้องกลับมาอยู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ดังนั้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชน จึงมีความสำคัญและเป็นแนวทางในการบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้ผู้บริหารท้องถิ่นและผู้นำชุมชนต่าง ๆ ได้นำไปพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารแบบมีส่วนร่วม, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ Asso.Prof.Dr. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, Thailand

² Asst.Prof.Dr. นักวิชาการอิสระ



Abstract

The spread of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) was found for the first time at the end of 2019 in Wuhan, the capital of Hubei Province, China. The most probable causes were exposed to meats sold in the market. As a result, the infection quickly spread over the world. Causing a large number of sick were decreased. The World Health Organization (WHO) has identified this virus, SARS-CoV-2, known as COVID-19, and was transmitted from person to person through aerosol droplets and declared an international public health emergency. Affecting people in all aspects, connected in a holistic way. Preventive measures to reduce the spread of disease were social distancing, wearing a mask, washing hands properly. When infected, seek treatment or are at risk of having to quarantine. Make life and work have to adjust. People had unemployed no income to come back home. Local administrators require participation from all sectors in the community. Therefore, participatory management for the prevention of coronavirus disease 2019 in the community was important and a guideline for participatory management of Local Government Organizations. In order to prevent the spread of coronavirus disease 2019, local administrators and community leaders has been developed further

Keywords: Participatory management, Local government organization, Coronavirus infection2019

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้เผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และคุณภาพการใช้ชีวิตประจำวันต่าง ๆ ของประชาชน ในด้านการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องออกมาตรการอย่างเข้มงวดเพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อ เช่น งดการเดินทางเข้า-ออกประเทศ การปิดเมือง การกักตัว ประชาชนส่วนใหญ่ตัดสินใจยกเลิกกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การหยุดกิจกรรมที่พบปะสังสรรค์ การค้าขายต่าง ๆ การประชุม ธุรกิจหรือสถานบริการที่โดยปกติจะต้องรับคนเป็นจำนวนมากต้องปิดทำการชั่วคราว บริษัทห้างร้าน โรงงานบางแห่งต้องปิดกิจการหรือทำงานที่บ้าน ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เพื่อพยายามที่จะควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสนี้ รวมถึงการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐที่ยังมีความจำเป็นต้องปรับตัว (พิชชญาณ์ ศิริสัมพันธ์, 2563) เช่น การปรับวิธีการเรียนการสอนของโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยที่บ้าน การค้าขายที่เคยมีหน้าร้านปรับมาเป็นการค้าขายออนไลน์ การทำบุญใส่บาตรพระตามประเพณีวัฒนธรรม

ชาวพุทธปรับเปลี่ยนมาเป็นวิธีการประเคนภัตตาหารพระแบบชุดเดียวฉันรูปเดียว มีผลทำให้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) มีแนวโน้มที่จะควบคุมได้ดีขึ้น จากความร่วมมือของประชาชน บุคลากรสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) และทุกภาคส่วนของชุมชน

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถือเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชน และช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เนื่องจาก อปท. เป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่เล็กที่สุดที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ทั่วทุกพื้นที่ โดยแนวทางการป้องกันในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชนต้องประสานงานความร่วมมือกับทุกฝ่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อด้วยการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) วัด โรงเรียน และประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี ไทอินทร์ (2564) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมินผลการ ฝ่าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ร่วมประเมินมาตรการผ่อนปรน ร่วมจัดการปัญหากลุ่มเสี่ยง ไม่ยอมกักตัว และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและมี ประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพและประสิทธิภาพของ อปท. กับการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้

ความช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอบทบาท และแนวทางการปฏิบัติงาน และการบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่ยังไม่รู้จักและไม่มีภูมิคุ้มกัน จะเกิดการระบาดของโรคในคน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) (COVID-19 ย่อมาจาก Coronavirus disease starting in 2019 โดย CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของ ประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและตายมากเกินที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศ ต่อมาขณะนี้ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้ว จะยังมีผู้ที่ติดเชื้ออยู่ ผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้



เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยอีกหลายราย ที่มาจากประเทศอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทย รายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม 2563 โรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ จากการที่ธรรมชาติภูมิมนุษย์ทำร้าย โดยมีสมมุติฐานว่า ไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้น คือ ค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลางกลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน และคนไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน (กรมควบคุมโรค, 2564)

การแพร่เชื้อ แหล่งของเชื้อโรค COVID-19 และการแพร่เชื้อ ได้แก่ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

1. คนที่ติดเชื้อ แหล่งของเชื้อโรคมายังช่องทาง 1) การไอ จาม หรือพูด โดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปาก ในระยะใกล้ชิด (น้อยกว่า 1 เมตร) มีผลให้ละอองฝอย เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย ฟุ้งกระจายออกมา เรียกว่า Airborne Droplet หรือหยดน้ำเล็ก ๆ ที่ลอยในอากาศ (ขนาด >5 micron) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร 2) การทำให้เกิดการฟุ้งของไวรัสในอากาศ โดยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อบาง ลักษณะในสถานพยาบาล เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สาย ยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ผู้ป่วย การดูดเสมหะด้วยระบบเปิดก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก (Fine Mist) เรียกว่า Airborne Aerosole (ขนาด <5 micron) ซึ่งคล้ายกับไวรัสที่ฟุ้งในอากาศ ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็นและชื้น และ 3) มือที่มีเชื้อโรคติดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการใช้ผ้ามือปิดปากเวลาไอ จาม แล้วไม่ล้างมือ และใช้นั้นสัมผัสกับผู้อื่น หรือสิ่งของต่าง ๆ

2. พื้นผิววัตถุ หรือสิ่งของ ที่ผู้ติดเชื้อได้นำเชื้อโรคมาทิ้งไว้ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมง หรือหลายวัน โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นโรคติดต่อ จะแพร่เชื้อเมื่อมีอาการ และแพร่เชื้อได้มากที่สุดในระยะที่อาการหนักที่สุดของโรคที่ไม่ใช่ผลแทรกซ้อนจากเหตุอื่น ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อย ๆ อาจแพร่เชื้อได้บ้าง แต่น้อยกว่าการแพร่เชื้อในระยะที่ไม่มีอาการอาจเกิดขึ้นได้เล็กน้อย และมักจะอยู่ในระยะ 2-3 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค ของคนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคนี้ ควรปฏิบัติดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

1. คนทุกคน ควรหมั่นทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะส่วนที่จะเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค ได้แก่ 1) มือสะอาด : ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างถูกวิธี เป็นหลัก และบ่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อมีคราบ สกปรก ใช้แอลกอฮอล์เจลเฉพาะเวลาที่ไม่สามารถใช้น้ำและสบู่ล้างมือได้สะดวก 2) หน้าสะอาด: ไม่สัมผัสด้วยมือที่ยังไม่สะอาด เพราะปาก จมูก ตา เป็นทางเข้าของเชื้อ 3) หน้ากากป้องกันสะอาด: เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทั้งจากตนเองไปสู่ผู้อื่นและจากผู้อื่นมาสู่ตนเองโดยไม่คาดคิด ควรสวมหน้ากากตลอดเวลาเมื่อออกไปนอกบ้าน โดยหน้ากากอนามัยสามารถใช้ได้ทั้งแบบผ้าและชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง และ 4) กินสะอาด: อาหารปรุงใหม่ ๆ ล้างมือก่อนกินอาหาร และไม่กินอาหารร่วมกับผู้อื่น

2. ผู้ป่วย เมื่อป่วยควรรีบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเร็ว และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสาธารณสุขโดยเคร่งครัด

3. ผู้ดูแลผู้ป่วย ในบทความนี้มุ่งนำเสนอผู้ดูแล

ผู้ป่วยในชุมชนหรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ปฏิบัติดังนี้

- 1) แยกผู้ป่วยจากคนอื่น เว้นระยะห่างให้เกิน 1-2 เมตร ตลอดเวลา ผู้ป่วยควรอยู่ในห้องแยก แยกของใช้ทุกอย่าง และแยกใช้ห้องน้ำจากคนอื่น 2) ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องร่วมกับคนอื่น คนที่ดูแลก็ต้องใส่หน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องผู้ป่วย 3) ระวังระวังในการสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และสิ่งคัดหลั่งอื่นจากผู้ป่วย ใส่หน้ากากอนามัย ผ่ากั้นเบื่อน และถุงมือ ตามกรณี และล้างมือก่อนและหลังดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง และ 4) ทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ดูแลผู้ป่วยและสิ่งของ เช่น โทรศัพท์ พื้น ตู้ โต๊ะ เติง ผาห่ม ผ้าปู ผ้าเช็ดตัว และอื่น ๆ ทุกวัน และ 5) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างถูกวิธี และบ่อย ๆ และเลือกใช้แอลกอฮอล์เมื่อไม่มีน้ำและสบู่

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานที่มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนในประเทศได้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการกระจายทรัพยากรการพัฒนาของรัฐไปสู่ชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อปท. จึงเป็นหน่วยงานรัฐที่มีอยู่ทั่วทุกพื้นที่ทั่วประเทศ อปท. ในประเทศไทยแบ่งเป็น 5 ประเภทหลัก ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล (ประกอบด้วย เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา) โดยข้อมูล อปท. ทั่วประเทศในปัจจุบัน

พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 7,850 แห่ง แบ่งเป็น อบจ. 76 แห่ง เทศบาล 2,472 แห่ง อบต. 5,300 แห่ง และองค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา) 2 แห่ง (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2563) สำหรับผู้บริหารท้องถิ่นนั้นเรียกตามหน่วยงาน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

แนวทางการปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) มีดังนี้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2563)

1. มีการจัดตั้งคณะผู้ปฏิบัติงาน การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคในระดับอำเภอ และ ตำบล จัดตั้งชุดปฏิบัติการควบคุมโรค โดยประสานงานการทุกภาคส่วนในระดับตำบลและอำเภอทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดผู้ใหญ่บ้าน สถานพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับพื้นที่และสามารถใช้อำนาจบังคับตามกฎหมายสำหรับการปิดสถานที่ที่เสี่ยงหรือการใช้มาตรการสำหรับป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน กรณีมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาอยู่ในบ้าน หรือ กักตัวในชุมชน จะมีแนวทางการจัดหาอาหารให้แก่ผู้ที่กักตัว แนวทางการใช้จ่ายเงินงบประมาณ เงินสะสมเพื่อใช้สำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และมีการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อป้องกันโรค แนวทางการคัดแยกขยะติดเชื้อ กำหนดมาตรการห้ามออกนอกเคสสถานในเวลาเคอร์ฟิว การควบคุมราคาสินค้า เป็นต้น



3. กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือจากต่างประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่อ มาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรค ให้มีการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากที่อื่น จัดทำรายงานการเดินทางเข้า-ออกของบุคคลจากนอกพื้นที่ที่มีความเสี่ยงเข้ามาในชุมชนหรือหมู่บ้าน ตำบล จัดเวรผู้ปฏิบัติงานคัดกรองบุคคลที่เข้ามาในชุมชน และใช้บริการส่วนราชการต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ในองค์การบริหารส่วนตำบล งานบุญ งานศพ งานแต่ง กรณีหมู่บ้านมีผู้นำเข้าชายเสี่ยงให้ผู้นำชุมชนเฝ้าระวังอาการ 14 วัน ให้งดออกนอกพื้นที่กักตัวในที่พักอาศัยและรายงานให้ท้องถิ่นและนายอำเภอทราบ

4. การสื่อสารและให้ความรู้แก่ประชาชน

เช่น การประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ประชาชนในการ ป้องกันโรค การออกเสียงตามสาย การแจ้งเตือนผ่านสื่อออนไลน์ การใช้รถกระจายเสียงอบรมให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตน อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหน้ากากผ้า การสื่อสารทั้งแบบทางการโดยการประชุมแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากร แกนนำชาวบ้าน และไม่เป็นทางการ โดยการพบปะในหมู่บ้านก็จะแจ้งข่าว พูดคุยเมื่อพบเจอกันในชีวิตประจำวัน ซึ่งได้ประโยชน์มากกว่าแบบทางการเนื่องจากทุกคนต่างอาศัยอยู่ในชุมชนมานานเป็นบ้านเดียวกัน รู้จักกันมานานแล้ว นายก อบต. หรือผู้บริหาร อบต.ต่างมาจากการเลือกตั้งและเป็นที่รู้จักยอมรับนับถือของคนในชุมชนจึงเป็นจุดเด่นในการสื่อสารทำความเข้าใจนโยบายต่าง ๆ ได้ดี

5. มาตรการในการช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐแนวทางในการช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยให้

มาลงทะเบียนคำร้องและนำรายชื่อเข้าสู่วิธีการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือประชาชน การจ้างเหมาบริการผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงานควบคุมโรค แนวทางการรับบริจาคและการแจกจ่ายสิ่งของให้ผู้ได้รับผลกระทบ

แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ประสบความสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ประกอบไปด้วยการบริหารเพื่อให้เกิดความร่วมมือจาก 3 ด้านหลักดังต่อไปนี้

1. ด้านผู้นำในชุมชน หมายถึงบุคคลที่มีบทบาทเป็นผู้นำในแต่ละด้านการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ผู้นำชุมชน หมายถึง กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน, และผู้บริหารท้องถิ่น หมายถึง นายกเทศมนตรี และ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (นายก อบต.) โดยการบริหารจัดการผู้นำในกลุ่มนี้ต้องสามารถพัฒนาให้เป็นผู้มีความรับผิดชอบสูง ทำงานด้วยความทุ่มเท เสียสละ จริงจัง กัดไม่ปล่อย เป็นตัวอย่างที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะการคิดแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี และที่สำคัญต้องพัฒนาให้มีจิตสำนึกทำงานเป็นทีม และ มุ่งเป้าหมายเดียวกันคือป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนให้บรรลุเป้าหมาย

2. ด้าน อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีหน้าที่

สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรม สุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสาร สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการ สาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล ขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟู สภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการ ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาและเสียสละต่อประชาชนใน หมู่บ้าน ไม่มีค่าตอบแทน มีเพียงค่าป่วยการ รับผิดชอบ ดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวน อสม. ใน หมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน โดยการ**บริหารจัดการผู้นำในกลุ่มนี้**ต้อง สามารถพัฒนาให้เป็นผู้มีความขยัน อดทนและตั้งใจสูงไม่ ย่อท้อต่ออุปสรรค มีความเสียสละ เห็นแก่ประโยชน์ ส่วนรวม มีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ มีความรู้และเป็น ตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวตามมาตรฐานการป้องกันการติด เชื้อในชุมชนที่ภาครัฐกำหนด มีจิตวิทยาในการสื่อสารที่ดี และรักการพัฒนาตนเอง

3. ด้านบุคคลและครอบครัว หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนทุกคน โดยการ**บริหารจัดการผู้นำในกลุ่มนี้**ต้องสามารถพัฒนาให้เป็นผู้มีความ สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 รับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตัว ตามมาตรการของ อสม. ผอ.รพ.สต บุคลากรทาง สาธารณสุข นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากร ภาครัฐและธรรมนูญสุขภาพตำบลกำหนด ใส่ใจดูแล คนในครอบครัวให้ปฏิบัติตามสม่ำเสมอ ไม่นิ่งดูดาย ร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือกันและกันตามอัตภาพและ

ความถนัด เพื่อมุ่งเน้นป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน คิดพึ่งตนเอง ช่วยเหลือ ชุมชนด้วยกันเองให้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กวินดา อีระพันธ์พงศ์และจุฑาทิพย์ นามมิ่ง (2564) ที่พบว่าพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุข ควรให้ ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 จึงจะสามารถส่งผลให้ประชาชนมี พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ เหมาะสมได้ดีขึ้น

โดยทั้ง 3 ด้าน เป็นศูนย์กลางสำคัญที่จะทำให้ เกิดการป้องกันการติดเชื้อในชุมชน และต้องทำงานแบบ มีส่วนร่วมกัน ร่วมแรงร่วมใจ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำงานเชื่อมโยงกันทั้งสามปัจจัย จึงจะก่อให้เกิด การปฏิบัติงานนั้น ๆ ประสบความสำเร็จและเกิด ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานที่มีอาจแยกจากกันได้ นั้นคือ เมื่อบุคคลในแต่ละฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญ ของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีจิตสำนึกที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนา หาแนวทางที่มีประสิทธิภาพ พร้อมที่จะสมัครใจ และร่วม แรงร่วมใจกับดำเนินการ ด้วยความระมัดระวังในการ ดำเนินชีวิตเพื่อปลอดภัยในสภาวะการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลให้เกิดมีความ ร่วมมือในการป้องกันการแพร่เชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019

โดยกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทั้ง สามปัจจัยนั้นต้องเป็นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม 2) การดำเนินการ



สุขภาวะชุมชนตามแผน 3) การติดตามและประเมินผล และ 4) การคืนผลประโยชน์สู่ชุมชน (Cohen & Uphoff, 1979: Creighton, 2005: United Nation, 2009) ซึ่งในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นด้านใดเมื่อปฏิบัติไปแล้วมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ผู้นำชุมชน ผอ.รพ.สต. ผู้บริหารท้องถิ่น อสม.และบุคคลและครอบครัว ก็จะต้องคิดแก้ปัญหาาร่วมกันส่งต่อข้อมูลถึงกันและกัน ทั้งหมดเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันและกันเสมอ กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การวางแผนสุขภาวะแบบมีส่วนร่วม เป็นการค้นหาปัญหาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการของประชาชนในชุมชน เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชนหรือชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจปัญหาหระตมการมีส่วนร่วม หมายถึง การสำรวจชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาต่าง ๆ ของผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผอ.รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.เป็นการระดมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์จากทีมแกนนำหมู่บ้าน เช่น ผู้นำชุมชน พระครู และเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เช่น กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็นและร่วมมือในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยวิธีการสัมภาษณ์ประชาชน หรือประชาคมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน จะทำให้ได้ทราบข้อเท็จจริงและข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงและความต้องการที่แท้จริงจากประชาชนทุกคน และยังเป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนมีโอกาสมีส่วนร่วมได้คิดบริหารจัดการ และเสนอแนวทางของปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกัน

การระบาดของโรค ในบางหมู่บ้านจะได้เป็นธรรมนูญสุขภาพตำบลเกิดขึ้น **2) การดำเนินการสุขภาวะชุมชนตามแผน** เมื่อได้ข้อตกลงร่วมกันแล้วก็ทำข้อตกลงหรือกติการ่วมกันหรือเป็นแผนงานปฏิบัติร่วมกัน แล้วประกาศให้ทราบทั่วกัน ทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ อสม. และแกนนำชาวบ้านจะเป็นตัวหลักในการสื่อสารกระจายข่าวให้ทราบและยึดถือปฏิบัติ เช่นการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง การเข้านอนก่อนสามทุ่ม การประเคนอาหารพระแบบฉันรูปเดียวแทนการฉันร่วมกัน การปิดโรงเรียนในชุมชน ช่วงการระบาดและการหาวิธีสอนออนไลน์แทน สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, วรธนี ครองยศ. (2564) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์วางแผน การลงมือปฏิบัติการสังเกตการณ์และการสะท้อนผล ถอดบทเรียนร่วมกัน เนื่องจากเห็นความสำคัญและตระหนักว่าการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบทบาทหน้าที่ของตน และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของครัวเรือนและชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนในชุมชน มีความเข้าใจสภาพปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดที่มีประกอบกับการสนับสนุนจาก อบต. รพ.สต. และหน่วยงานอื่น ๆ **3) การติดตามและประเมินผล** โดยคณะทำงาน ผู้บริหารท้องถิ่น กำนัน

ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ที่ชุมชนร่วมกันเลือกหรือ อสม. และแกนนำชาวบ้านร่วมกันติดตามประเมินผล นำข้อมูลที่พบมาประชุมหารือกันและดำเนินปรับพฤติกรรมและติดตามผลร่วมกัน เช่น หากพบคนในชุมชนไม่ใส่หน้ากากอนามัยตามที่กำหนดก็จะเตือนแบบกัลยาณมิตรหรือพบกลุ่มวันรุ่นไม่เว้นระยะห่างก็จะเตือนที่ตัววัยรุ่นและครอบครัวด้วย เป็นต้น และ **4) การคืนผลประโยชน์สู่ชุมชน** เป็นการสื่อสารผลสำเร็จและความภูมิใจของชุมชนให้ทราบเช่นหมู่บ้านตนเองสามารถควบคุมการป้องกันการแพร่ระบาดโรคได้ดี จนไม่มีคนป่วยเลย และ ไม่มีคนเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว เป็นต้น

ประเด็นปัญหา และข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ส่งผลให้ไม่บรรลุประสิทธิภาพ คือ การไม่ให้ความร่วมมือจากประชาชน การไม่แจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุม ป้องกัน ไม่สนใจติดตามข้อมูลข่าวสาร ขาดแคลนงบประมาณ อสม.มีภาระงานเพิ่มขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น เจลแอลกอฮอล์ และหน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ และมีชาวบ้านบางคนไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ไม่รับฟังการชี้แนะความรู้ต่าง ๆ ที่ให้ไปปฏิบัติ

การอภิปราย

จากแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่ายอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้บริหารโรงพยาบาล อสม. และประชาชนสอดคล้องกับการศึกษาของ Panigrahi, Majumdar, Galhotra, Kadle & John (2021) ที่ศึกษาการจัดการระบาดโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชนในประเทศอินเดียพบว่า มีการจัดตั้งทีมจัดการในระดับหมู่บ้านซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชาย เจ้าหน้าที่ตำรวจใกล้บ้าน และ องค์การภาคประชาสังคม จะเห็นว่าการจัดการหรือควบคุมการระบาดที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมาจากชุมชนซึ่งเป็นองค์กรเล็กที่สุดในสังคมที่ประกอบด้วยประชาชน จากครัวเรือนหลาย ๆ ครัวเรือนมารวมกัน ทำหน้าที่วางแผนการดำเนินการที่เข้ากับบริบท เฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ และมีการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่สุดคือความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยผู้นำในชุมชนทุกกลุ่มนั้นต้องทำงานเป็นทีมอย่างเข้มแข็งเพื่อความมั่นใจและเป็นหนึ่งเดียวเพื่อความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในสถานะซับซ้อนนี้ และนอกจากจะมีความรู้ตามบทบาทหน้าที่แล้วยังต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละความสุขส่วนตนเพื่อส่วนรวมได้อย่างเต็มใจและครอบครัวเห็นด้วยที่สำคัญต้องมีความใส่ใจในเรื่องของสุขภาพและมีวินัยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านการปฏิบัติตัวตามมาตรการของคนในชุมชน สามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้าน ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัว และยินดีร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาของชุมชนและเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนได้ อันเป็นการแก้ไขปัญหามุมชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นพื้นฐานในการทำงานที่ยั่งยืนต่อไป



สรุป

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนที่สำคัญคือการประสานความร่วมมือจากทุกส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน และประชาชนทุกคน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การแพร่ระบาด การป้องกันโรค และ กำหนดแนวทางการปฏิบัติ การจัดคนมาร่วมทำงาน การจัดงบประมาณจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ชุดในการสวมใส่เพื่อใช้ในการป้องกันโรค การติดตามการปฏิบัติของประชาชน และการสร้างความเข้าใจขอความร่วมมือในกลุ่มคนที่ไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่ชุมชนหรือประชาคมกำหนด กลยุทธ์ที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความทุ่มเท เสียสละในการปฏิบัติงาน ด้วยความตั้งใจจริงจั่ง อย่างต่อเนื่อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนตามมาตรการของรัฐสำหรับประชาชน การเข้าถึงความต้องการของประชาชน การทำความเข้าใจในนโยบายต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว และความเป็นทีมกับผู้นำส่วนต่าง ๆ ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. กรุงเทพฯ: กองโรคติดต่อทั่วไป.
- กวินลดา อีระพันธ์พงศ์และ จุฑาทิพย์ นามม่อง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครหน้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(43), 10-20.
- กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง, วรธนี ครองยุต. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(1), 189 – 204.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 53 – 61.
- พิรุณญาณ ศิริสัมพันธ์. (2563). *การบริหารความต่อเนื่องภายใต้สภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านคลองสวน อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *ความรู้พื้นฐาน COVID-19*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2563). *คู่มือการดำเนินงานระบบปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1979). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies: Cornell University.
- Creighton, J. L. (2005). *The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen involvement*. San Francisco: Jossey Bass.
- Panigrahi, SK, Majumdar, Galhotra, S, Kadle, SC & John, AS. (2021). Community Based Management of COVID-19 as a Way Forward for Pandemic



Response. *Frontiers in Public Health*.8, 1-5. doi:
10.3389/fpubh.2020.589772

United Nation. (2009). *Popular Participation as a
Strategy for Promoting Community Level
Action and Nation Development. Report of the
Meeting for The Adhoc Group of Expert*. New
York: United Nation.

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

