วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 **พฤษภาคม – สิงหาคม 2563**

Vol. 34, No. 2 **May - August 2020**

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง จังหวัดระยอง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ
- ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย
- ผลของโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

บทความวิชาการ

- ขยะมูลฝอย: ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร
- การคัดกรองโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 **พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 ISSN 0857-5371**

Vol. 34, No. 2 **May - August 2020**

วัตถุประสงค์
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล

คณะที่ปรึกษา

ศ.บุญธรรม	กิจปรีดาบริสุทธิ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศ.ดร.ผ่องพรรณ	เกิดพิทักษ์	มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
ศ.พ.ญ.ชุติมา	ศิริกุลชยานนท์	มหาวิทยาลัยรังสิต
ศ.ดร.ศิริพร	จิรวัฒน์กุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.พรพิมล	กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.ศศิธร	พุมดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.สมพร	กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
รศ.พ.ญ.จรวยพร	สุภาพ	มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ	ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล

รองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.ศรีสุดา	วงศ์วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

กองบรรณาธิการ

ศ.นายแพทย์พยง	จูทา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
รศ.ดร.สุนีย์	ละกำปั่น	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ปัญญรัตน์	ลาภวงศ์วัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.รัชนี	สรรเสริญ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ดร.วนิดา	ดุรงค์ฤทธิชัย	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผศ.ดร.นันทพันธ์	ชินล้ำประเสริฐ	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวิวรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พิมสุภาว์	จันทนะโสตถิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ผศ.ดร.พรนภา	หอมสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุณยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
Dr.Stephen	Hamann	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
Dr.Carol	Hutchinson	มหาวิทยาลัยมหิดล

เจ้าของ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ : 0-2354-8542, 095 -701-3182 โทรสาร : 02 354 8542

สถานที่ตั้ง ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด
99/164 ม.2 ซ.แจ้งวัฒนะ 10 แยก 3 ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์: 02 575 1791-3, โทรสาร: กด 16

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุขนี้เป็นวารสารที่ Double Blind Review มีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านเป็นผู้ประเมินผลงาน อยู่ใน TCI (T2) ได้ปรับปรุง website ของวารสารให้สอดคล้องตามเกณฑ์ของ Thai Jo และจัดปรับระบบใหม่ จุดมุ่งหมายเพื่อเป็นศูนย์รวมของนักวิชาการ นักปฏิบัติและนักวิจัยทางด้านการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และความเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของประชากร เพื่อสร้างความเท่าเทียม และความยุติธรรมในสังคม ในขณะที่สังคมโลกมีภาวะคุกคามจากวิกฤติ COVID-19 ปัจจุบันทั่วโลก ผู้ติดเชื้อ COVID-19 มากกว่า 30 ล้านคน ประเทศไทยได้รับความชื่นชมในระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคได้น่าพึงพอใจจากความเข้มงวดของรัฐ และความร่วมมืออันดียิ่งจากทุกภาคส่วน ผลงานวิจัยที่น่าสนใจในฉบับนี้ อาทิเช่น การดูแลและส่งเสริมมารดาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันมารดาตายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง ความสามารถในการทำงานของชาวนา ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย และขยะมูลฝอย: ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 สาระที่ทันต่อเหตุการณ์เหล่านี้ท้าทายความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงวิชาการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานต่อไป

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
หัวหน้ากองบรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม สิงหาคม 2563

Journal of Public Health Nursing Vol.34, No.2 May - August 2020

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | Knowledge, Attitude, and Nursing Practice of Students in Caring and Promoting Breastfeeding for Mothers | 1

อัมพร เนียมกุลรักษ์*
มณิสรา ห่วงทอง**

Amporn Niemkulrak*
Manissara Huangtong**

การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ | Prevention of Maternal Death: A Model of 3 Southern Border Provinces | 19

วนิดา สุขขี*
บุญแสง บุญอำนวยกิจ**
ทรงสมร พิเชียรโสภณ***
เริงฤทัย หลีเส็น****
มุทริกา จินากุล*****

Vanida Sukkhee*
Boonsang Boonamnuaykij**
Songsamorn Pichensophon***
Roengrutai Leesen****
Mutharika Jinakul*****

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง จังหวัดระยอง	Factors Affecting Quality of Life among Laborers Exposed to Noise in Factories, Rayong Province	36
เจนจิรา เจริญการไกร* อริสรา ฤทธิ์งาม** เกษสุดา คำแก้ว***	Jenjira Jareankankai* Arisara Ritngam** Ketsuda Kamkaew***	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม	Factors Related to Work Ability among Rice Farmers in Nakhonpathom Province	50
คชาภรณ์ ศรีพารัตน์* วันเพ็ญ แก้วปาน** สุรินธร กลัมพากร*** จุฑาธิป ศีลบุตร****	Kachaporn Sripharut* Wonpen Keawpan** Surintorn Kalampakorn*** Jutatip Sillabutra****	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	Factors Related to Depression of Caregivers of Older Adult with Dementia	65
จุฑาทิพย์ ศรชัย* อาภาพร เผ่าวัฒนา** พัชราพร เกิดมงคล***	Chutatip Sornchai* Arpaporn Powwattana** Patcharaporn Kerdmongkol***	
การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ	Elderly Health Promotion System Development through a Health Literacy Process in Elderly Clubs of the Bangkok Metropolitan Administration	84
กานดาวสี มาลีวงษ์* วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย** หทัยชนก บัวเจริญ*** ศรีสุดา สว่างสาลี**** เบญจวรรณ จันทพล***** ยงยส หัถพรสวรรค์****** วณิดา มงคลสินธุ์*******	Kandavasee Maleevong* Vanida Durongrittichai** Hataichanok Buajalearn*** Srisuda Sawangsalee**** Benjawan Jantapol***** Yongyot Hattapornsakwan****** Vanida Mongkolsinh*******	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย	The Effectiveness of the Elastic Band Innovation to Prevent Joint Stiffness in the Elderly	102
รังสิมา พัสระ* มัณฑนาวดี เมธาพัฒนะ** วิภากร สอนสนาม*** จุฑามาศ มีบุญ**** บุญฑริกา ผาใต้*****	Rangsima Passara* Muntanavadee Maytapattana** Wipakon Sonsnam*** Jutamat Meeboon**** Boontarika Patai*****	
ผลของโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน	Effects of An Empowerment Program on Prevention of Falling among Older Adults	115
เพ็ญศรี โภชนกิจ*	Pensri Phochanakit*	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ		หน้า
การคัดกรองโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	How Community Nurse Practitioners Screen for Parkinson's Disease in the Community	130
ลลิตา แก้ววิไล*	Lalita Kaewwilai*	
ขยะมูลฝอย: ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร	Solid Waste: What is the situation during COVID-19?	144
ศิริพร คำวานิล* ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**	Siriporn Kamvanin* Narongsak Noosorn**	

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ 158
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 165
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ 166
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ 167

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อัมพร เนียมกุลรักษ์*

มณิสรา ห่วงทอง**

บทคัดย่อ

ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนเรื่องนมแม่ นำมาซึ่งการผลิตบัณฑิตที่มีความรู้มีทัศนคติเชิงบวกและมีความสามารถปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก จำนวน 80 คน ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดความรู้ (KR 20) = 0.87, ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ = 0.799 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล = 0.839 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณณาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.25 ($\bar{x}$=17.35, S.D.= 2.53) มีทัศนคติเชิงบวกระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 92.5 ($\bar{x}$= 42.63, S.D.= 5.56) และมีความสามารถในการปฏิบัติระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 83.75 ($\bar{x}$= 35.75, S.D.= 4.17) อีกทั้งพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .316 p= .01) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรูปแบบที่ทันสมัยและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง จะเป็นการตรวจสอบประสบการณ์ของนักศึกษาได้ถูกต้องมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้/ ทัศนคติ/ การปฏิบัติการพยาบาล/ นักศึกษาพยาบาล/ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

E-mail: amporn@apiu.edu

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ-เอเชียแปซิฟิก

E-mail: manissara@apiu.edu

Knowledge, Attitude, and Nursing Practice of Students in Caring and Promoting Breastfeeding for Mothers

Amporn Niemkulrak*

Manissara Huangtong**

Abstract

The efficacy of learning on breastfeeding brings about knowledgeable graduates with positive attitudes and nursing practice capability. This research aimed to study the relationship between knowledge, attitude, and nursing practice of students in caring and promoting breastfeeding for mothers. Eighty students from the fourth year in the Bachelor of Nursing Science program of 2018 at Asia-Pacific International University answered the self-employment questionnaire. Which were achieving the confidence level of Knowledge KR 20 = 0.87, attitude = 0.799, and the nursing practice = 0.839. Data analysis was descriptive and also used Pearson's Product Moment Correlation.

The results of the research showed that nursing students had a moderate level of knowledge 51.25% ($\bar{x}$= 17.35, S.D.= 2.53. The students' attitude had a positive at good level 92.5% ($\bar{x}$ = 42.63, S.D.= 5.56). The nursing practice was at very good level 83.75% ($\bar{x}$= 35.75, S.D.= 4.17). The findings of relationships between knowledge, attitude, and nursing practice showed that knowledge of students was statistically significantly correlated with students' attitudes (r= .316, p= .01). Therefore, promoting knowledge and positive attitudes of breastfeeding in modern ways, and improving nursing practices in real situations will be able to verify more accurately of student nurses experiences

Keyword: Knowledge/ Attitude/ Nursing Practice/ Nursing Students/ Breastfeeding

Article info: Received June 21, 2020; Revised July 29, 2020; Accepted August 30, 2020.

* Corresponding author, Assistant Professor, Mission Faculty of Nursing Asia-Pacific International University

** Instructor, Mission Faculty of Nursing Asia-Pacific International University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

"นมแม่" ถือเป็นอาหารเพื่อสุขภาวะ (Healthy food & nutrition) ที่สำคัญ เนื่องจากมีส่วนประกอบของสารอาหารที่ครบถ้วน มีคุณค่าทางโภชนาการที่สนองตอบความต้องการของสมองและร่างกายอย่างเพียงพอ เป็นอาหารทารกชนิดเดียวที่มีภูมิคุ้มกันโรคอย่างอุดมสมบูรณ์ โดยเฉพาะในระยะหัวน้ำนม และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ลูกต้องอยู่ใกล้ชิดกันในกระบวนการให้ได้นมแม่ จึงจะเกิดประโยชน์จากขบวนการเลี้ยงดูของแม่ด้วย ปัจจุบันมีความตระหนักความสำคัญของการพัฒนาสมองในระยะเริ่มต้น พบว่าขบวนการให้ได้รับนมแม่และขบวนการเลี้ยงดูที่เหมาะสมมีคุณภาพ จะเป็นฐานนำเด็กไทยสู่การมีสุขภาพที่ดี พัฒนาการที่เหมาะสม มีคุณภาพและคุณค่าพร้อมทักษะในการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21[1] การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทารกเติบใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสติปัญญาที่เฉลียวฉลาด มีความฉลาดทางอารมณ์ จากการโอบกอดใกล้ชิดกันขณะให้ลูกดูดนม ทารกจะรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีความสุข ซึ่งในเวลาต่อมาจะทำให้เป็นความรักความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคง (Bonding & Attachment) จะช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างแม่ลูก จนเกิดเป็นความไว้วางใจผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความสามารถในการเกี่ยวข้องกับผู้อื่นอย่างมีคุณภาพในวัยทารก และเติบโตอย่างมีคุณภาพในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ทารกควรเริ่มกินนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และกินนมแม่อย่างต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น (1-6-2)[2,3] ดังนั้น องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟและภาคีเครือข่าย จึงร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทาง เพื่อให้แต่ละประเทศ ออกนโยบายและมาตรการส่งเสริมสนับสนุน และปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม[4] สำหรับประเทศไทย การดำเนินงานโดยมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยที่มีการขับเคลื่อน และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้หลักสูตรนมแม่ในโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล สำหรับแพทย์และพยาบาลจบใหม่ ความรู้เรื่องนมแม่ครอบคลุมกลุ่มประชาชนในสังคมอย่างกว้างขวาง ทำให้อัตราการให้นมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก ตามมาตรฐานของ Multi Indicator Cluster Survey: MICS เพิ่มจากร้อยละ 5.4 ใน MICS 3 พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 23.1 ใน MICS 5 พ.ศ. 2559 แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทยยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับโลก ได้ขึ้นไปอยู่ร้อยละ 41[5] ดังนั้นการที่จะให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด ร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2573 เป็นความท้าทายและต้องฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้[6]

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งจากตัวมารดาและทารก แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพ[7] โดยเฉพาะ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพที่ดูแลใกล้ชิดกับมารดาและ

ทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด หน่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน[8,9] พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้ระบุการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จะต้องสามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้[10] ดังนั้น ผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพพยาบาลทุกคน จึงต้องมีความรู้พื้นฐานและการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลมารดาหลังคลอด และสามารถช่วยแก้ไขปัญหา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง โดยการศึกษาในหลักสูตรพื้นฐานทางการศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกดัวยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Spear[11] ที่ประเมินนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามีคะแนนค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Register[12] พบว่า พยาบาลในแผนกเด็กได้รับความรู้ไม่เพียงพอจากหลักสูตรที่เรียน ทำให้ขาดทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่มีเนื้อหาในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย[13] และจากการศึกษาของ Ahmed & ElGuindy[14] พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spear[11] ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีจะมีความมั่นใจในการสนับสนุน ช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แนวความคิดของ Bloom[15] ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆเพื่อใช้มาประกอบในการตัดสินใจ 2) ทัศนคติ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ท่าที ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (Skills or doing) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ที่ต้องอาศัยความรู้ และทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน[16]

ผู้วิจัยรับผิดชอบในรายวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ และปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งนี้เพื่อนำมาพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชา การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และผลิตนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อม ที่จะนำความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเมื่อสำเร็จการศึกษา อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม และให้บรรลุตามนโยบายของประเทศ และองค์การอนามัยโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษามี ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

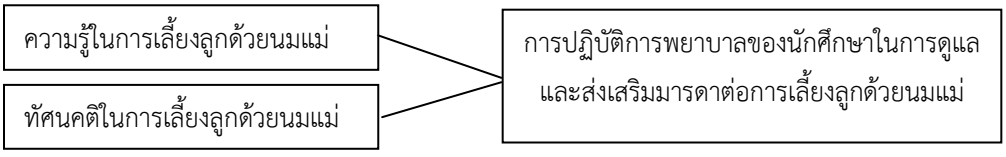
2. ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ พบว่า แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการจากกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน ด้านการเรียนรู้ที่ใช้สติปัญญา ความรู้ ความคิด ด้านจิตพิสัย ที่มีความเชื่อ ทัศนคติ และด้านทักษะพิสัย ซึ่งใช้ความสามารถในการปฏิบัติโดยอาศัยการกระทำอย่างต่อเนื่อง สรุปแนวความคิดนี้ว่าเมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ จะเกิดการเรียนรู้ จดจำ เข้าใจ มีความเชื่อ ความสนใจ และนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญ ดังการศึกษาของ อิสราวดี สินเจริญ และนุสสรา วิญญาณ[17] เรื่อง ผลการใช้โปรแกรมอิ่มอุ่นรักจากอกแม่ ต่อความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่หลังคลอด พบว่า แม่หลังคลอดมีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แสดงในภาพ ดังนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ฝึกปฏิบัติภาคการศึกษาที่ 1 ระหว่างเดือน สิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน ปีการศึกษา 2561 ในกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ 2 จำนวนทั้งสิ้น 80 คน โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ประกอบด้วย อายุ/เพศของนักศึกษา เกรดเฉลี่ย การได้รับความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากรายวิชาใด การได้รับความรู้จากหลักสูตรที่เรียนเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไร ความมั่นใจในการให้คำแนะนำการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากน้อยเพียงใด การมีประสบการณ์ และทักษะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไร และการเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีวิธีใด

ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเนื้อหาการสอนเรื่อง ระยะหลังคลอดและการพยาบาล จำนวน 22 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ดี (คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80) เท่ากับหรือมากกว่า 17.6 ความรู้ปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60-79) หรือระหว่าง 13.2-17.38 ความรู้น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) หรือ ต่ำกว่า 12.98

2. แบบสอบถามทัศนคติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนามาจาก Karande[18] และพิมล จั่นเจริญ[19] จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุดจนถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกระดับมากที่สุด (คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80) คะแนนเฉลี่ย 3.5-4.49 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกระดับมาก (คะแนนร้อยละ 60-79) คะแนนเฉลี่ย 2.5-3.49 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน

13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 อันดับ ตั้งแต่ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง จนถึงปฏิบัติน้อย คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง ปฏิบัติมาก (คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80) คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) และคะแนนเฉลี่ย 1-1.66 (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ปฏิบัติน้อย

แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถาม 0.95, 0.8, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ KR 20 เท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทัศนคติ 0.799 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล 0.839 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณณาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก เลขที่ 119/2562 เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก และได้รับการอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพบนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 80 คน ณ ห้องเรียน 301 ในวันที่ 18-20 พฤศจิกายน 2562 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยแจกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามก่อนการทำแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ของเพียสันต์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคืนแบบสอบถามจำนวน 80 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 นำเสนอได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 22-23 ปี ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.3 เกรดเฉลี่ย 3.01-3.50 ร้อยละ 51.2 และ 2.51-3.00 ร้อยละ 36.3 ได้รับความรู้จากวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 มากที่สุด ร้อยละ 41.3 มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำ ร้อยละ 72.5 ได้รับประสบการณ์และทักษะปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระดับมาก ร้อยละ 67.5 วิธีช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในระดับมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ร้อยละ 78.8 การสาธิตด้วยหุ่นหรืออุปกรณ์ ร้อยละ 63.7 และสื่อวิดีทัศน์ ร้อยละ 60.0

ระดับความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เต็ม 22 คะแนน คะแนนสูงสุด 22 คะแนน คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 17.35, S.D.=2.53 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 78.86 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.25 และมีความรู้ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.25 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=80)

ระดับความรู้ของนักศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ดี (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	30	37.50
ความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	41	51.25
ความรู้น้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	9	11.25

ระดับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติ ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนตั้งแต่ 3.637 ถึง 4.925 คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 42.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 85.36 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีทัศนคติเชิงบวกระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.25 และมีทัศนคติเชิงบวกระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.25 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติ ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=80)

ระดับทัศนคติของนักศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติ เชิงบวก ระดับมาก (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	74	92.5
ทัศนคติ เชิงบวก ระดับปานกลาง (คะแนน ร้อยละ 60-79)	5	6.25
ทัศนคติ เชิงบวก ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60-79)	1	1.25

ระดับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนตั้งแต่ 2.6-2.86 คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 35.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 4.17 คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 91.63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 83.75มีการปฏิบัติการพยาบาลในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 16.25 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=80)

ระดับปฏิบัติของนักศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติ ระดับมาก (คะแนนร้อยละ 80)	67	83.75
ความสามารถในการปฏิบัติ ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	13	16.25
ความสามารถในการปฏิบัติ ระดับน้อย (คะแนนร้อยละ 60-79)	-	

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้ ของนักศึกษาพยาบาล ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นรายข้อ (n=80)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ร้อยละ
1. น้ำนมแม่จะเริ่มสร้าง ในขณะแม่ตั้งครรภ์ระยะ ไตรมาสที่ 2 และจะเริ่มมีน้ำนมไหลออกมาในระยะไตรมาสที่ 3 แต่มีปริมาณน้อย	0.79	0.41	78.750
2. กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมเกิดขึ้นได้เมื่อลูกดูดนมแม่เท่านั้น	0.63	0.49	62.500
3. ในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอด น้ำนมแม่ไม่ค่อยไหล ควรเสริมนมผสมให้ลูกก่อนและรอจนกว่าน้ำนมแม่จะมา	0.70	0.46	70.000
4. การมี whey protein มากในนมแม่ ทำให้ร่างกายของลูกดูดซึมได้เร็ว ย่อยง่าย ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระง่าย	0.98	0.16	97.500

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ร้อยละ
5. คุณประโยชน์ในด้านสารอาหารของนมแม่จะมีอยู่จนกระทั่งลูกไม่ได้กินนมแม่	0.41	0.50	41.250
6. ลูกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะฉลาดและมีไอคิว สูงกว่าลูกที่ไม่ได้รับนมแม่	0.84	0.37	83.750
7. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยลดน้ำหนักหลังคลอด ได้ดี	0.76	0.43	76.250
8. การดูดนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำเลย ทำให้ลูกท้องผูกได้	0.81	0.39	81.250
9. การให้ลูกดูดนมแม่ วันละ 8-10 ครั้ง เป็นการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติที่ดี	0.90	0.30	90.000
10. ก่อนนำน้ำนมแม่ที่แช่แข็งมาใช้ ควรทำให้ละลายโดยการต้มหรืออุ่นด้วยเตา ไมโครเวฟ	0.73	0.45	72.500
11. แม่สามารถให้นมลูกในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้	0.99	0.11	98.750
12. การที่แม่ให้ลูกดูดนมบ่อยๆ จะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น	0.99	0.11	98.750
13. แม่ที่มีเต้านมใหญ่จะมีน้ำนมมากกว่าแม่ที่มีเต้านมเล็ก	0.73	0.45	72.500
14. ความเครียดของแม่จะทำให้น้ำนมออกน้อยกว่าปกติ	0.95	0.22	95.000
15. หลังดูดนมแม่ ควรป้อนน้ำตามทุกครั้งเพื่อล้างคราบนมในปากลูก	0.74	0.44	73.750
16. หัวนมปกติยาว 0.3-1 เซนติเมตร	0.86	0.35	86.250
17. นมแม่มีธาตุเหล็กต่ำแต่ดูดซึมได้ดีช่วยป้องกันโลหิตจางได้ใน 6 เดือนแรกหลังคลอด	0.90	0.30	90.000
18. ลูกที่ดูดนมแม่ จะถ่ายอุจจาระบ่อยวันละ 6-8 ครั้ง อาจทำให้ลูกขาดน้ำได้	0.76	0.43	76.250
19. แม่หัวนมสั้น ก่อนให้นมลูกควรคลึงหัวนมก่อนเพื่อให้หัวนมยาวขึ้น	0.90	0.30	90.000
20. นมแม่มี 2 ส่วน คือ นมส่วนหน้า (fore milk) ซึ่งมีแลคโตสและน้ำมาก และนมส่วนหลัง (Hindmilk) ซึ่งมีโปรตีนและไขมันสูง ดังนั้นจึงควรให้ลูกดูดเกลี้ยงเต้าเพื่อให้ลูกได้รับสารอาหารครบ	0.96	0.19	96.250
21. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้แม่มีประจำเดือนเร็วขึ้น	0.66	0.48	66.250
22. แม่ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ควรงดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.38	0.49	37.500
ความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรวม	0.75	0.13	78.863

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการปฏิบัติ ของนักศึกษาพยาบาล ในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นรายข้อ (n=80)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ร้อยละ
1. นักศึกษา ช่วยแม่ประคบอุ่นที่เต้านมเมื่อมีอาการคัดเต้านม	2.60	0.518	86.667
2. นักศึกษา ใช้หุ่นเด็กทารกสาธิตการจัดท่าในการให้นมลูกทั้ง4ท่า	2.762	0.456	92.067
3. นักศึกษา แนะนำวิธีช่วยกระตุ้นลูกให้ดูดนมแม่	2.775	0.449	92.500
4. นักศึกษา แนะนำแม่ที่หัวนมสั้นให้คลึงหัวนมก่อนให้นมลูก	2.812	0.423	93.733
5. นักศึกษา แนะนำการทำความสะอาดร่างกาย สามารถถูสบู่ได้ทั่วร่างกายยกเว้นหัวนมและลานนม ให้ใช้ผ้าผืนเล็กชุบน้ำสะอาดเช็ดแทน เนื่องจากสบู่เป็นด่าง จะทำให้หัวนมและลานนมแห้งและแตกได้ง่าย	2.862	0.346	95.400
6. นักศึกษา แนะนำและสาธิตการทำเทคนิค ฮอพแมนให้แม่ที่มีปัญหาหัวนมบอด บุ๋ม	2.837	0.371	94.567
7. นักศึกษา สาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับแม่ที่มีหัวนมบอดบุ๋ม เช่น nipple shield syring pump ปทุมแก้ว lact-aid	2.662	0.526	88.733
8. นักศึกษา ใช้หุ่นเด็กทารก ในการแนะนำและสาธิต การอุ้มทารกให้เรอ	2.800	0.432	93.333
9. นักศึกษา ใช้หุ่นเด็กทารก ในการแนะนำและสาธิตการจัดท่าและวิธีการป้อนนมลูกด้วยถ้วย (cup feed)	2.775	0.502	92.500
10. นักศึกษา แนะนำการทำสต๊อคนมและการเก็บรักษาน้ำนมแม่ในตู้เย็น	2.625	0.536	87.500
11. นักศึกษา แนะนำวิธีการอุ่นน้ำนมแม่ที่ถูกต้อง	2.687	0.466	89.567
12. นักศึกษาใช้หุ่นเต้านม สาธิตการบีบน้ำนมออกอย่างถูกวิธี	2.750	0.435	91.667
13. นักศึกษาตรวจเต้านมแม่เพื่อแนะนำวิธีตรวจการไหลของน้ำนมและความสั้นยาวของหัวนม	2.800	0.402	93.333
การปฏิบัติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวม	2.749	0.078	91.633

ตารางที่ 6 สรุปผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=80)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.00	.316**	-0.060
ทัศนคติ	.316**	1.00	0.083
การปฏิบัติ	-0.060	0.083	1.00

**p < .01

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .316)

การอภิปรายผล

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความรู้ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 17.35 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่า การเรียนการสอนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชั้นปริญญาตรี เป็นเนื้อหาหนึ่งที่จัดอยู่ในหัวข้อ เรื่อง ระยะหลังคลอดปกติ ในรายวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์1 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ระยะเวลาที่สอน 4 ชั่วโมง ซึ่งต้องกระจายเวลาในการสอนเนื้อหาอื่นๆ จึงทำให้นักศึกษาได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ครอบคลุม ดังจะเห็นได้จากข้อคำถาม “คุณประโยชน์ในด้านสารอาหารของนมแม่จะมีอยู่จนกระทั่งลูกไม่ได้กินนมแม่” มีค่าเฉลี่ยที่ตอบถูกร้อยละ 41.25 หรือ ข้อคำถาม “แม่ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี ควรงดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” มีค่าเฉลี่ยที่ตอบถูก ร้อยละ 37.5 สอดคล้องกับ Dodgson & Tarrant[13] ที่ศึกษาว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่มีเนื้อหาในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย จะเห็นได้ว่าเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นเพียงเนื้อหาที่แทรกอยู่ในรายวิชาต่าง ๆ โดยไม่มีการเรียนการสอนเป็นรายวิชาเฉพาะ ซึ่งอาจทำให้ได้รับความรู้และประสบการณ์ไม่ต่อเนื่องครบถ้วนและไม่ลึกซึ้งเพียงพอ นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ทำให้นักศึกษาละเลยบางหัวข้อที่ควรให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด ดังนั้นการที่จะให้ได้รับความรู้ในเชิงทฤษฎี ครอบคลุมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องอาศัยการจัดให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรง ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้ระบุการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหนึ่งใน

สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จะต้องสามารถให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้[10] ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า วิธีช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในระดับมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ร้อยละ 78.8

ทัศนคติเชิงบวกของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 42.63 อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับมาก จึงประเมินได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความรู้จากการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์1 ทำให้ได้รับความรู้เรื่องนมแม่และได้รับรู้ถึงประโยชน์อย่างมากมายของนมแม่ที่มีต่อทารกแรกเกิด การได้รับรู้ถึงประโยชน์ของนมแม่ จึงส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เรียนในรายวิชา การปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในสถานการณ์จริง ทำให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันระหว่างแม่ลูก การโอบกอดทารกเพื่อให้นมแม่ การช่วยจัดท่าเพื่อให้นมแม่ได้อย่างถูกต้อง ประสบการณ์ตรงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจึงเป็นการช่วยให้มีทัศนคติทางบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Hatamleh และ Abu Sabeeb[20] ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในนักศึกษาพยาบาลโดยพบว่านักศึกษาพยาบาลร้อยละ 88.5 มีความรู้เพียงพอและมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสอดคล้องกับ อุษา วงศ์พินิจ และพรพิมล อาภาสกุล[21] ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล สภากาชาดไทย พบว่า การมองเห็นประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมา

การปฏิบัติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 35.75 อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้เรียนวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และฝึกต่อเนื่องในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ทำให้ได้ฝึกประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น ได้เห็นมุมมองใหม่ๆ ที่ช่วยให้นักศึกษาฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดดีขึ้น ทั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่า วิธีช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในระดับมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ร้อยละ 78.8 สอดคล้องกับ ภาวิน พัวพรพงษ์[22] ที่เน้นเรื่องการสอนทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่บุคลากรทางการแพทย์ได้ถึงขั้นมั่นใจ และเป็นธรรมชาตินั้นต้องอาศัยการเก็บเกี่ยวประสบการณ์จริงจากการปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความชำนาญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการฝึกภาคปฏิบัติมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้การศึกษาพยาบาล จะทำให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้โดยผ่านการฝึกปฏิบัติ ได้เห็นสภาพการณ์จริง และมีประสบการณ์ตรง ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ส่งผลให้ได้พยาบาลวิชาชีพที่ดีต่อสังคมต่อไป

2. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้กับทัศนคติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .316, p<.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmed & ElGuindy[14] พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาของ Spear[11] ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กันทางบวก Bernaix และคณะ[23] พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีจะมีความมั่นใจในการสนับสนุน ช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนแนวความคิดของ Bloom[16] ที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนระหว่างความรู้ด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการจำ และรับรู้ถึงข้อเท็จจริงต่าง ๆ กับทัศนคติ ที่เกี่ยวข้องกับจิตใจและอารมณ์ ความรู้สึก ความชอบ สนใจ และการให้คุณค่ากับสิ่งที่ได้ความรู้มา จึงทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมนั้นตามมา

ความรู้กับการปฏิบัติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุษา วงศ์พินิจ และพรพิมล อาภาสสกุล[21] ที่พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับหลักการที่ว่า เมื่อมีความรู้ ทำให้เกิดการรับรู้ข้อเท็จจริง และมีความเชื่อ สนใจ ให้คุณค่ากับสิ่งที่ได้รับรู้ จะทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดีตามมา เหตุที่เป็นเช่นนี้ เนื่องมาจาก การเตรียมความพร้อมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชั้นปริญญาตรี เป็นเนื้อหาหนึ่งที่จัดอยู่ในหัวข้อ เรื่อง ระยะหลังคลอดปกติ ในรายวิชา การพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ระยะเวลาที่สอน 4 ชั่วโมง ซึ่งต้องกระจายเวลาในการสอนเนื้อหาอื่นๆ ที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน จึงทำให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้รับความสนใจจากนักศึกษาน้อย และนอกจากนั้นแบบวัดความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นข้อคำถามที่เป็นความรู้เฉพาะด้านที่ต้องเข้าใจในหลักการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อนักศึกษาไม่เข้าใจ จึงทำให้ได้คะแนนด้านความรู้ต่ำ ดังจะแสดงให้เห็นข้อคำถาม “คุณประโยชน์ในด้านสารอาหารของนมแม่จะมีอยู่จนกระทั่งลูกไม่ได้กินนมแม่” มีค่าเฉลี่ยที่ตอบถูกร้อยละ 41.25

หรือ ข้อคำถาม “แม่ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีควรงดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” มีค่าเฉลี่ยที่ตอบถูกร้อยละ 37.5 แต่ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเป็นการถามในแง่ของการปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งนักศึกษาจะมีอาจารย์นิเทศคอยให้ความช่วยเหลือแนะนำ หรือชี้แนะในขณะให้การพยาบาลกับผู้ป่วย จึงทำให้เข้าใจและสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งการได้ขึ้นฝึกปฏิบัติหน่วยหลังคลอดชั้น 7 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และหน่วยสูติกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีผู้ป่วยหลากหลาย ทั้งด้านเชื้อชาติ ความเป็นอยู่ และด้านวัฒนธรรม ทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรงอย่างมากมายจากการฝึกปฏิบัติ ดังนั้นความรู้กับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติกับการปฏิบัติของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุษา วงศ์พินิจ และพรพิมล อาภาสสกุล[21] ที่พบว่า ทัศนคติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในครั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง จะมีทัศนคติเชิงบวกในระดับมาก แต่เมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติ ซึ่งต้องใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้คำแนะนำสอน สาธิต จึงยังไม่สามารถทำได้ดีเหมือนอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่มีทักษะและประสบการณ์ ในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างเชี่ยวชาญ ดังนั้นแม้ว่านักศึกษาจะมีทัศนคติเชิงบวกในระดับมาก แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้การปฏิบัติในการดูแลและส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ครบถ้วนและสมบูรณ์ ดังนั้นทัศนคติกับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในการดูแลและส่งเสริมมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดอ่อนงานวิจัย เนื่องจากผลการวิจัยตัวแปรบางตัว ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีที่ได้ศึกษา ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีเพียงกลุ่มเดียวจึงพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่หลากหลาย และมีไม่มากพอ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และให้มีหลากหลายเพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

จุดแข็งของการวิจัย ผลการวิจัย ด้านทัศนคติและการปฏิบัติ ระดับมาก แสดงถึงการที่นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีความหลากหลายด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม จึงทำให้ได้รับประสบการณ์ด้านนี้มาก

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษามีความรู้ ในการดูแลและส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติ เชิงบวก และการปฏิบัติในระดับมาก ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ กับการปฏิบัติการพยาบาล และทัศนคติกับการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรเสริมสร้างความรู้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ทันสมัย ให้มีความกระชับ เพื่อนำไปใช้ในการฝึกประสบการณ์

ด้านการปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ต่อหลักสูตรรายวิชา เป็นข้อมูลพื้นพื้นฐานการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเนื้อหา หรือ เพิ่มหน่วยกิต ในรายวิชาหลัก และเป็นข้อมูลเมื่อมีการปรับปรุงหลักสูตรตามรอบ

2. ต่อผู้บริหาร เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ทันสมัย ได้มาตรฐานตามหลักสากล

3. ต่ออาจารย์ผู้สอน เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการเรียนการสอนโดยเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการเรียนการสอนโดยเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เสริมสร้างสมรรถนะอาจารย์ผู้สอน การถ่ายทอดความรู้ ความคิดเห็นและการมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปสู่ผู้เรียน

4. ต่องานวิจัยครั้งต่อไป เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาแบบแผนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะนักศึกษาให้มีความรู้ ทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติในการดูแลและส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม

References

1. Sawadivorn S. Sustaining Breastfeeding Together. The 6th National Breastfeeding Conference. Proceeding Book. 8-10 November 2017. Bangkok: Printed PNS creation; 2017.
2. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2020 [cited 2020, Aug 15]. Available from https://online.pubhtml5.com/xiid/kdjg/#p=23
3. Tangchareonsathian W. Scaling Up and Learning More. The 7th National Breastfeeding Conference. Organized by the Breastfeeding Center of Thailand Foundation Queen Sirikit National Institute of CHildhealth Building, Bangkok, 5-7 August 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from https://online.pubhtml5.com /xiid/kdjg/#p=23.
4. National Statistic Office Thailand. National Health security office, and Unicef, Multiple indicator Cluster survey 2015-2016 [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 16]. Available from https://online.pubhtml5.com/xiid/kdjg/#p=24 (in Thai)
5. Kanchana S. Scaling Up and Learning More. The 7th National Breastfeeding Conference. Organized by the Breastfeeding Center of Thailand

Foundation Queen Sirikit National Institute of CHildhealth Building, Bangkok, 5-7 August 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from. https://online.pubhtml5.com/xiid/kdjg/#p=19

6. Tangchareonsathian W. Scaling Up and Learning More. The 7th National Breastfeeding Conference. Organized by the Breastfeeding Center of Thailand Foundation Queen Sirikit National Institute of CHildhealth Building, Bangkok, 5-7 August 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from https://online.pubhtml5.com/xiid/kdjg/#p=24. (in Thai)
7. Scott, J. A., Binns, C. W.,Oddy, W. H. & Graham, K. I. (2006). Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a cohort study. Pediatric, 117(4), 646-655
8. Spatz DL. The critical role of nurses in lactation support. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2010; 39(6): 499-500.
9. Watkins AL, Dodgson JE. Breastfeeding educational interventions for health professionals: A synthesis of intervention studies. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 2010; 15(3): 223-32.
10. Professional Nursing and Midwifery Enactment. No.2, 1997 [Internet]. 2019 [cited 2020 August 15]. Available from http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C730/%C730-20-2540-002.htm
11. Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: A descriptive survey. Nurse Education Today 2006; 26(6): 332-7.
12. Register N, Eren M, Lowdermilk D, Hammond R, Tully MR. Knowledge and attitudes of pediatric office nursing staff about breastfeeding. Journal of Human Lactation 2000; 16(3): 210-5.
13. Dodgson JE, Tarrant M. Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursingstudents. Nurse Education Today 2010; 27(8): 856-67.
14. Ahmed A, ElGuindy SR. Breastfeeding knowledge and attitudes among Egyptian baccalaureate students. International Nursing Review 2011; 58(3): 372-8.
15. Bloom's theoretical concepts [Internet]. 2010 [cited 2019 June 3]. Available from http://pornpen-

pen.blogspot.com/2010/11/blog-post.html.

16. Chukaew S, Sirapho-ngam Y, Praphaipanit. W. Knowledge, attitude, and compliance with the perception of nurses in helping and enhancing the health of relatives who care for chronic diseases. Ramathibodi Nursing Journal 2012; 18(2): 249-58. (in Thai)
17. Sincharoen I, Winyan N. The effect of using the program " Full, warm, loving ... from the breast" on knowledge, attitude, and breastfeeding behavior in postpartum mothers. Journal of Nursing Division 2009; 36(3): 18-31 (in Thai)
18. Karande S. The lowa infant feeding attitude scale [Internet]. 2012 [cited 2019 March 3]. Available from https://www.researchgate.net/figure/The-Iowa-infant-feeding-attitude-scale-8_tbl1_236252238.
19. Janjareon P. Factors Influencing Breast Feeding Behaviors of Mothers in Territory Health Promotion Hospital in Tambonbangtoey Muang Chachoengsao [Internet]. 2017 [cited 2019 March 3]. Available from http://www.govesite.com/uploads/20171120083444BU9XA7S/20180717114110_1_tOys7sA.pdf
20. Hatamleh W, Abu Sabeeb Z. Knowledge and attitude toward breastfeeding among nursing students. J Nat Sci Res 2015; 5(16): 147-52. (in Thai)
21. Wongpinit U, Apasakul P. The relationship between knowledge, attitude, and practice. To promote breastfeeding among nursing students. The Thai Red Cross College of Nursing. Thai Red Cross Nursing Journal 2018; 11(1): 68-84. (in Thai)
22. Phuphonphong P. Support in Breastfeeding [Internet]. 2005 [cited 2019 June 3] Available from http://guruobgyn.com.
23. Bernaix LW, Beaman ML, Schmidt CA, Harris JK, Miller LM. Success of an educational intervention on maternal/newborn nurses' breastfeeding knowledge and attitudes. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2010; 39(6): 658-66. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01184.x

การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วนิดา สุขขี* บุญแสง บุญอำนวยกิจ**

ทรงสมร พิเชียรโสภณ* เริงฤทัย หลีเส็น**** มุทริกา จินากุล*****

บทคัดย่อ

การตายของมารดาเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์และระบบบริการด้านสาธารณสุข ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 12 ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) จะถือเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ยิ่งใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการบริหารงานสาธารณสุข และมีประสบการณ์ด้านแม่และเด็ก จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการบริหารงานสาธารณสุขนั้นประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 9 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทิศทางการนำ 2) การวางแผนกลยุทธ์ 3) ทรัพยากรบุคคล 4) มาตรฐานการดำเนินงาน 5) การจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ 6) เชิงรุกและภาคีเครือข่าย 7) ข้อมูลสารสนเทศ 8) การจัดการความรู้/ Health Literacy และ 9) ผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา ผลการวิจัยสะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐาน จากผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลและเครือข่ายในการดูแลมารดาตั้งครรภ์และป้องกันมารดาตายให้ถูกต้องตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: รูปแบบ/ การป้องกันมารดาตาย

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
E-mail: sukee_12@yahoo.co.th

** ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

*** นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

**** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

***** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

Prevention of Maternal Death: A Model of 3 Southern Border Provinces

Vanida Sukkhee*

Boonsang Boonamnuaykij**

Songsamorn Pichensophon***

Roengrutai Leesen**** **Mutharika Jinakul*******

Abstract

Mother's death It is an index indicating the health status of the female population of reproductive age and the public health service system. Health Determinants Maternal and Child Health Operations in the Regional health 12, Health Literacy will be considered a great change in the way of working effectively. The objective of this research was to study the maternal mortality prevention pattern in Regional health 12 in the Three Southern Border Provinces. Data was collected by In-depth interviews from experts in public health administration. The research results found that a model of maternal mortality prevention in three southern provinces in regional health 12 consist of 9 components: 1) Guiding Direction 2) Strategic Planning 3) Human Resources 4) Operational Standards 5) Risk Management and Critical System Design 6) Proactive and Network Partners 7) Information 8) Knowledge Management/ Health Literacy and 9) Results and Development Process. The results of the research reflect the factors affecting the work to achieve the standard quality and to develop hospital operations and networks to prevent maternal death standards in Regional health 12 in the three southern border provinces.

Keywords: Model/ Maternal mortality prevention

Article info: Received June 17, 2020; Revised July 29, 2020; Accepted August 25, 2020

* Corresponding author, Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Promotion Center Regional 12

** Director of Health (Promotion Center Regional 12), Promotion Center Regional 12

*** Public Health Technical Officer, Expert Level, Promotion Center Regional 12

**** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Promotion Center Regional 12

***** Public Health Technical Officer, Professional Level, Promotion Center Regional 12

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การตายของมารดาเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์และระบบบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ปัญหาการตายของมารดา มีความสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกวันทั่วโลกจะมีมารดาตายประมาณ 800 คน จากการตั้งครรภ์และการคลอดด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ ถึงร้อยละ 99 พบในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะสตรีที่อาศัยอยู่ในชนบท ในชุมชนที่เข้าถึงลำบาก ยากจน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ในปี 2556 อัตราส่วนการตายของมารดา 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ[1] ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพกว่าเท่าตัว เมื่อพิจารณาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง อันได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบว่า ในภาพรวมช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายของมารดามีอัตราขึ้น ๆ ลง ๆ ทุกปี แต่ยังคงสูงกว่า 30 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ 2558 อัตราส่วนการตายของมารดา 42.8 เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่าใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ภาพรวม อัตราส่วน 55.1 สูงกว่าภาพรวมเขต[2]

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ (Improve Maternal Health) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับเพิ่มเติม (Millennium Development Goals Plus-MDG+) ให้ลดอัตราส่วนการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2548 - 2558 ต้องลดให้คงเหลือ 21 ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี 2558 ในขณะที่ผลการดำเนินงานในปี 2558 อัตราส่วน 55.1 สูงกว่าเป้าหมายตาม MDG+ เกือบ 3 เท่า และสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 15 เกือบ 4 เท่า ดังนั้นการลดอัตราตายของมารดาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 จึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและเพื่อลดอัตราตายของมารดาในภาพรวมของประเทศ และสนองตอบต่อการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ที่ต้องการลดการตายของมารดาอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ 2573[3] สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 12 ผลงานด้านแม่และเด็ก หากพิจารณาเรื่องของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) จะถือเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การรีบมาฝากครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ การให้บริการฝากครรภ์และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ การเฝ้าระวังเรื่องสุขภาพลูกในครรภ์ การนับเด็กดิ้น พร้อมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพหลังคลอด ก็มีส่วนทำให้คุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กขึ้น โดยอาศัยการมีส่วน

ร่วมของภาคีเครือข่ายภายใต้แนวคิด “ตำบลบูรณาการ 5 กลุ่มวัยและสิ่งแวดล้อม” มาปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ด้วยการผลักดันให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาครัฐและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยทางสังคมรวมถึงสิ่งแวดล้อมก็ยังเป็นปัจจัยที่ซับซ้อนมากขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันปัจจัยของงานบริการสุขภาพ (Health Service) ในเชิงมาตรฐานและศักยภาพของบุคลากรก็ยังมีจุดที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพพยาบาล และแพทย์จบใหม่ให้มีความรู้ ทักษะ มีประสบการณ์เพิ่มขึ้น ต้องให้ความสนใจถึงคุณภาพการดูแลการฝากครรภ์ การคลอด หลังคลอด ช่วงการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ส่งผลให้อัตราการตายมารดา และอัตราตายทารกสูงกว่าที่อื่น ซึ่งยังเป็นปัญหาในระดับเขตพื้นที่ของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ สาเหตุประการหนึ่ง คือการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะงานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการดูแลพัฒนาการเด็ก ต้องมองว่าเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะประสบการณ์สูง ในการดูแลจะช่วยให้ผลการปฏิบัติงานในภาพรวมดีขึ้น และต้องพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ปัญหาเชิงระบบที่สำคัญคือการบริหารจัดการข้อมูล เพราะข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในภาพรวมในเชิง Community base ไม่ใช่ Hospital base และข้อมูลต้องถูกต้องและเชื่อถือได้ เป็นปัจจุบันทันสมัย จึงต้องอาศัย MCH Board จังหวัด ในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลจังหวัดที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทที่จะต้องเข้ามาช่วยในการทำงานผลักดันด้านนโยบายและประสานงานกับเครือข่ายต่อไป

การดำเนินงานที่ผ่านมาการรายงานการตายของมารดาส่วนใหญ่จะรายงานอัตราส่วนและสาเหตุการตาย จากการวิเคราะห์เชิงลึกที่แสดงให้เห็นถึงเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายของมารดาในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ถึงแม้จะมีมาตรฐานการดำเนินงานต่างๆ แต่มารดาตายจากการคลอดบุตรและหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่ และผู้ปฏิบัติยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้ดีนัก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ตามนโยบายที่สำคัญ ในการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จริงจัง และต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้างความตระหนักให้ครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลเบื้องต้นได้ และต้องพัฒนาควบคู่ไปกับพัฒนาบุคลากรและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเรื่องการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษารูปแบบและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานในการลดอัตราตายของมารดาในเขตสุขภาพที่ 12 ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อหารูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 เก็บข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview) ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งมีความเชื่อว่าประสบการณ์และการรับรู้ของทีมผู้บริหารแบบสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญมากต่อการศึกษา สามารถช่วยวางมาตรฐานการดำเนินงานเพื่อป้องกันมารดาตาย ผ่านการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ ตามความคิดเห็นของทีมผู้บริหาร แต่ละคนจะช่วยให้เข้าใจ ความหมายของประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการป้องกันมารดาตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับองค์ประกอบรูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา และความคิดเห็นในระดับนโยบาย จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 7 คน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview) จัดทำโครงร่างข้อคำถามเชิงคุณภาพแบบกึ่งมีโครงสร้าง กำหนดคุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายการบริหารงานสาธารณสุข
2. มีประสบการณ์ในงานด้านอนามัยแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 12 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาความสอดคล้องของมาตรฐานตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ทฤษฎี 6 Building boxes[4] การรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification) หรือ PNC[5] และมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว[6] ภายหลังเปลี่ยนชื่อมาเป็นมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มีรูปแบบที่มีความสอดคล้องกัน ภายใต้ทฤษฎี 3 Delays[7] โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่จะช่วยในการดำเนินงานเพื่อลดมารดาตาย วิสัยทัศน์ มาตรฐานที่เหมาะสมในการป้องกันมารดาตาย ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการใช้รูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแนวคำถามเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ มาตรฐานที่เหมาะสมในการป้องกันมารดาตาย ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการใช้รูปแบบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา HPC12-2/63 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ทุกกระบวนการของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความอิสระที่จะไม่ตอบคำถาม การหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ตามต้องการ การได้รับการชี้แจงเรื่องการรักษาความลับของข้อมูล และการลบทำลายการบันทึกเสียงทันที หลังนำไปถอดความและวิเคราะห์ รวมถึงการนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล โดยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยใช้แบบสัมภาษณ์การวิจัยที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบคิด ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 ค้นหาผู้ทรงคุณวุฒิจากระบบสารสนเทศด้านการวิจัยและที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling Technique)

1.2 โทรศัพท์ติดต่อประสานงาน เพื่อขอความร่วมมือสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview)

1.3 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และแบบสัมภาษณ์ จัดส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ จดหมายอิเล็คทรอนิคและโทรศัพท์ตรวจสอบการได้รับหนังสือ

1.4 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน โดยเข้าพบเป็นการส่วนตัว ใช้ระยะเวลา 1-3 ชั่วโมง/คน

1.5 บันทึกการสนทนาในกระดาษและเครื่องบันทึกเสียง

1.6 ก่อนจบการสัมภาษณ์ สรุปประเด็น กล่าวขอบคุณ และอธิบายถึงการบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะลบข้อมูลเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง

1.7 จัดทำสรุปข้อมูลและประเด็นตามระเบียบวิธีวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกถอดเทปออกมาคำต่อคำและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อตีความและให้ความหมายตามแนวคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย และการสรุปประเด็น (Thematic Analysis) แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) การย่อข้อมูล โดยจัดระบบและเชื่อมโยงข้อมูล และตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

2) การแสดงข้อมูล นำเสนอข้อมูลที่ได้จัดระเบียบเป็นหมวดหมู่ด้วยวิธีการพรรณนา

3) การหาข้อสรุปการตีความและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของการวิจัยหรือข้อค้นพบที่ได้ รวมทั้งการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างเพื่อให้ได้ประเด็นหลักของการศึกษา หลังจากการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูล ยืนยันข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเดิม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อสรุป

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2) ผู้ช่วยเลขาธิการศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (3) ผู้บริหาร MCH Board เขต (4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (5) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสูติ นรีเวชกรรม) (6) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รวมทั้งสิ้น 7 คน เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน อายุระหว่าง 55-63 ปี มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลแม่และเด็กเฉลี่ย 30 ± 5.3 ปี ได้รับวุฒิบัตรเฉพาะทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา จำนวน 5 คน

จากการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 9องค์ประกอบ ดังนี้

1. <u>ทิศทางการนำ</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลในเรื่องของทิศทางการนำมองว่าการดำเนินงานเพื่อป้องกันมารดาตาย ผู้บริหารจะต้องมีวิสัยทัศน์ร่วมกันและมีการมองปัญหาแบบรอบด้าน ไม่ได้มองเฉพาะปัญหาแต่ต้องมองไปถึงองค์รวม วิถีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไปโดยทิศทางการนำเป็นสิ่งสำคัญ การดำเนินงานจะต้องมีการวางระบบวางแผนนิเทศติดตาม โดยต้องมีการกำกับติดตามเชิงคุณภาพ

“ถ้าแม่ตายคนนึงนี่ เราต้องมองว่าจุดเปลี่ยนมันอยู่ตรงไหน โชคดีนิดนึงว่าทีมเรามีครอบครัว เพียงแต่ไม่มีคนชี้ให้เราเห็นเท่านั้นเองว่ามันมีความสำคัญยังไง ถ้าแม่ตายคนนึงลูกๆจะอยู่ยังไง พ่อแม่เขาอีก” (ผู้บริหาร 2)

“การประเมิน ต้องประเมินคุณภาพจริง ๆ เอามาตรฐาน HA PNC แม่และเด็กมาตรฐานอะไรก็ได้มาจับเลย อย่ารอช้า ค่อยรอประเมินปีละครั้งไม่เอา ไม่พอ เราจะมีทีม สรพ. ซึ่งถูกแต่งตั้งจาก สรพ. มาประเมินหน้างาน นี่ชีวิตนะ ถ้าแม่ตาย 1 รายเนี่ย เราสูญเสียเท่าไหร่?” (ผู้บริหาร 1)

2. <u>การวางแผนกลยุทธ์</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูล เรื่อง การวางแผนกลยุทธ์ โดยพิจารณา 2 ประเด็น คือ

1) มุ่งเน้นการทำงานเชิงกระบวนการให้เป็นระบบ การประเมิน นิเทศ กำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง พิจารณาแนวทางการแก้ให้ปัญหาอย่างจริงจัง

2) คำนึงถึงความเป็นมนุษย์อย่างองค์รวม ไม่ได้พิจารณาเพียงแค่ความคุ้มทุนของระบบ

“ปัจจุบันนี้ต้องคิดใหม่หมด ทุกวันนี้เราอ้างว่าบุคลากรไม่พอ หมอไม่พอ พยาบาลขาดเป็นเรื่องเป็นราว แต่วันนี้มันไม่ใช่ที่เราพูดสักเรื่องเลย เรื่องของแรงบันดาลใจตัวเอง

ต่างหากที่เราจะจัดการมันอย่างไร แต่ตราบใดที่เรายังทำแบบเดิม ๆ ไม่ได้ปรับเปลี่ยนความคิด ไม่ได้ปรับเปลี่ยน mind set ผมว่ามันไม่ใช่ เราต้องทำให้ทีมเราเชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหาก่อน" (ผู้บริหาร 2)

"รอแต่ต้องคิดตัวชี้วัดที่มัน easy ที่มันจับต้องได้ หน้าที่ของหมอพยาบาลกับครูเหมือนกัน คือ ต้องใช้ทักษะแรงกายในการทำงานเป็นผู้ปฏิบัติเข้าใจมั้ย? ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่เราทำอยู่ ทำแล้วยัง? มันต้องจับต้องได้เป็น System เลย ต้องลงทั้งระบบ ต้องไม่มีตกเลือดตาย มันต้องมี Brand ที่ทำให้ประชาชนเชื่อใจในระบบสาธารณสุข" (ผู้บริหาร 4)

3. <u>ทรัพยากรบุคคล</u>

1) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลในการบริหารทรัพยากรบุคคลใน 3 ประเด็นหลัก คือ ต้องมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน one Province one Labour Room ลดความแออัด Refer back

2) จัดระบบการปฐมนิเทศ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสูติแพทย์ และแพทย์จบใหม่เพื่อการประสานงาน และประสิทธิผลการทำงาน

3) จัดให้มีการให้รางวัลด้านแม่และเด็ก แก่ผู้ปฏิบัติงาน อาจเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติ

"ตอนนี้การบริหารทรัพยากร ต้องมีการวางแผน นอกจากจะวางแผนด้านความรู้และความเพียงพอแล้ว จะต้องเป็นแบบบริหารทรัพยากรร่วมกัน อย่าคิดว่าเป็นคนของใคร งานของใคร แต่ต้องร่วมมือร่วมใจกันทำงาน ใช้ทรัพยากรร่วมกันได้" (ผู้บริหาร 1)

"เราพยายามทำ one Province one Labour Room อยู่ไง ถึงแม้ชาวบ้านจะไปคลอดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชน แต่จะต้องมีคุณภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลจังหวัด มีการ Line ข้อมูลคุยกันทุกวัน ทั้งในเรื่องแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นที่ปรึกษา และยังเป็นการวางแผนทรัพยากรร่วมกัน พอคุยกันโรงพยาบาลใหญ่เขาจะรู้ไง ว่าวันนี้อาจมีรับ refer กี่ case และเป็น case อะไรบ้าง (ผู้บริหาร 2)

4. <u>มาตรฐานการดำเนินงาน</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลเรื่องมาตรฐานการทำงานป้องกันการตายของมารดา ปัจจุบันมีมาตรฐานในการดำเนินงาน แต่การดำเนินงานทำงานตามมาตรฐานจริงหรือไม่

"ให้ความสำคัญกับการประเมินมาตรฐานทุกระบบ กระบวนการดี ทำงานตามคุณภาพ เราเชื่อว่าผลต้องดี" (ผู้บริหาร 1)

"สิ่งหนึ่งที่ทีมนำจะต้องทำคือการกำกับให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กอย่างจริงจังเท่าที่เคยอ่านงานมาตรฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 84 เพราะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและยังมีโปรมแกรมที่สามารถประเมินตนเอง และสรุปผลให้เห็นเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน ทันเวลาถูกใจผู้ถูกประเมิน ถึงร้อยละ 90" (ผู้บริหาร 3)

5. <u>จัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลในการจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ โดย

ยกตัวอย่างการออกแบบระบบการ Refer โดยจะต้องแก้ปัญหาด้านระบบให้เอื้อต่อการทำงาน ต้อง lean ระบบ ลดขั้นตอนที่เป็นขยะ มีช่องทางด่วนในการส่งต่อคนไข้

“คนไข้ Refer มาจากโรงพยาบาลชุมชนทำไมให้ไป ER ทำไมไม่ไปห้องคลอดเลย ยังแก้ไม่ได้จนถึงปัจจุบันนี้ กว่าหมอจะรับ Refer ก็ยาก แล้วผู้หญิงท้องเนี่ยนะทรมานที่สุด ก็ตอนเจ็บท้องคลอด ตอนเด็กออก น้ำเทกลับ ตายตอนคลอด PPH ชักตอนคลอดเนื่องจากความเจ็บปวดนี่แหละ แต่ทำไมคนไข้ปากมดลูกเปิดแล้ว 2-3 เซน Refer มา แล้วปล่อยให้เค้าไปอยู่ห้อง ER” (ผู้บริหาร 4)

“การทำงานที่ต้องพัฒนาทั้งเขต คือ ระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว (fast tract) ต้องส่งต่อได้ภายใน 30 นาที อาจจะต้องออกแบบปรับตาม Timing ตามระยะทางของโรงพยาบาล เพื่อให้การส่งต่อ มีความสะดวกและรวดเร็วการส่งต่อหญิงคลอดและหลังคลอดที่มีปัญหา สามารถส่งต่อได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข ให้ความช่วยเหลือทุกกรณีและมีทีมแพทย์ที่พร้อมจะรับส่งต่อ ไม่ต้องสอบถามว่าสิทธิ์ว่าอยู่ที่ใดต้องรับทุก Case” (ผู้บริหาร 3)

6. <u>เชิงรุกและภาคีเครือข่าย</u> (ระบบการส่งต่อ ประสานเครือข่าย)

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลการทำงานเชิงรุกและภาคีเครือข่าย โดยต้องมีการดำเนินงานเชิงรุก ประสานงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย มีสัมพันธภาพที่ดี และเครือข่ายไม่ใช่เพียงแค่หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานราชการเท่านั้น แต่รวมถึงผู้นำทางศาสนา ผู้นำแบบไม่เป็นทางการด้วย

“มันง่ายจริงไหมกับการ Refer วิธีการจะทำให้ Refer ง่าย ก็คือหมอสูติฯ จะต้องมาเป็นเจ้าภาพทุกจังหวัด หมายถึงว่า 3 จังหวัดนี่ก็ต้องมาร่วมพูดคุยกัน เอาหัวหน้าสูติแพทย์มาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการเขต” (ผู้บริหาร 3)

7. <u>ข้อมูลและสารสนเทศ</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลในเรื่องการดำเนินงานข้อมูลและสารสนเทศ โดยมุ่งเน้นการพิจารณาข้อมูลจากสถานการณ์จริง เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่สามารถดูจากข้อมูลเพียงอย่างเดียวได้

“ขาดการติดตามงานในชุมชน แต่กลับมองเฉพาะข้อมูล วิเคราะห์เชิงลึก แล้วนำผลมาวิเคราะห์พัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหา” (ผู้บริหาร 3)

8. <u>การจัดการความรู้/ Health Literacy</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลมองว่า ต้องมุ่งเน้นเพื่อให้ประชาชนมี Health Literacy ที่ดี เมื่อประชาชนมี Health literacy ดี ก็จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ช่วยลดปัญหามารดาตายได้

“อุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานแม่ตายไม่สำเร็จสักทีนึง แบ่งทางด้านคนไข้ กับทางด้านฝั่งเรา ด้านคนไข้ก่อน บ้านเรา Health literacy ไม่ดี มีโรคแล้วก็ยังดูแลตัวเองไม่ดี อันที่ 2 ปัจจัยทางด้านการคุมกำเนิดได้ไม่ดี โรคบ้างโรคไม่ควรท้องก็ยังท้อง แต่ปัจจัยข้อนี้มันมีบริบทศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้นถ้าเราแก้เรื่อง Health literacy ได้ เรื่องแม่ตายก็

น่าจะดีขึ้น คราวนี้มาดูฝั่งเรา ถ้าท้องแล้วทำยังไงให้คลอดปลอดภัย" (ผู้บริหาร 1)

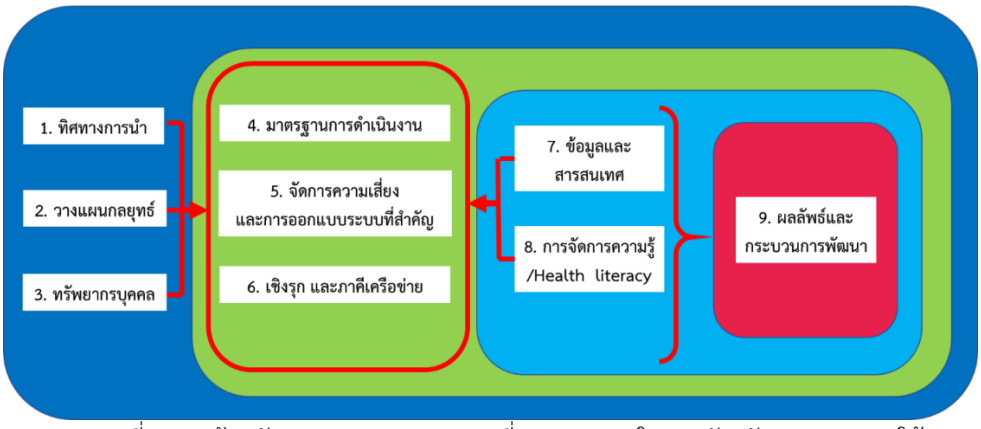
"บ้านเรา Hight Risk เยอะ อายุเยอะ แล้วก็ Health literacy ไม่ดี เดี๋ยวนี้คนเราคลอดที่บ้านลดลงนะ หมอตำแยลดลง โต๊ะบีแดลดลง แต่ตอนฝากท้องเนี่ย ANC ต้องชัดเจน คราวนี้กลายเป็นว่าคนไข้ที่ Low Risk ฝากดี Hight Risk ฝากไม่ดี" (ผู้บริหาร 2)

9. <u>ผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา</u>

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลมองว่า ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ประเมินผลกระบวนการเป็นสิ่งสำคัญและต้องมีการควบคุมกำกับ ติดตามเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

"มันก็ต้องมีการประเมินผลปรับปรุงกระบวนการ แล้วก็วางแผนอย่างเป็นระบบผลงานที่เกิดขึ้น ก็ต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้ามันไม่เป็นอย่างที่หวัง ก็ต้องเกิดกระบวนการพัฒนาวนรอบเป็นหลูบๆ ไป" (ผู้บริหาร 3)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก ประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 9 องค์ประกอบ 1) ทิศทางการนำ 2) การวางแผนกลยุทธ์ 3) ทรัพยากรบุคคล 4) มาตรฐานการดำเนินงาน 5) การจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ 6) เชิงรุกและภาคีเครือข่าย 7) ข้อมูลสารสนเทศ 8) การจัดการความรู้/ Health Literacy และ 9) ผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา สามารถสรุปเป็นรูปแบบได้ดังนี้



รูปที่ 1 การป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: รูปแบบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายการบริหารงาน ให้ข้อมูลในการสนับสนุนสิ่งสำคัญที่จะประสบความสำเร็จในการสร้างรูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ทิศทางการนำ

ผู้บริหารจะต้องมีวิสัยทัศน์ร่วมกันทั้งภาคีเครือข่าย และมีการมองปัญหาแบบรอบด้าน ไม่ได้มองเฉพาะปัญหาแต่ต้องมองไปถึงองค์รวม ความเป็นอยู่ สังคมเศรษฐกิจของผู้มารับบริการด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับการมองปัญหาแบบองค์รวมหากเกิดการสูญเสียมารดา วิถีชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ดังนั้นทิศทางการนำเป็นสิ่งสำคัญ ผู้นำระดับสูงจึงควรกำหนดทิศทางนโยบาย สื่อสาร และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการให้บริการสุขภาพของเครือข่ายที่มีคุณภาพ ปลอดภัย มีจริยธรรม มีระบบการตัดสินใจที่ดี รับผิดชอบต่อสาธารณะ การดำเนินงานจึงต้องมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การวางแผนนิเทศติดตาม โดยต้องมีการกำกับติดตามเชิงคุณภาพ ดำเนินการติดตามเป็นระยะ สอดคล้องกับอธิกา จันทร์ศิริ[8] พบว่า ปัจจัยด้านการมีวิสัยทัศน์ร่วมกันมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานเพื่อลดความสูญเปล่าในกระบวนการปฏิบัติงาน เนื่องจากนโยบายจากผู้บริหาร โดยที่บริษัทมีเครื่องมือในการส่งเสริมการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เช่น การให้ข้อมูลความรู้และการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยความสมัครใจ การสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล การประกาศเกียรติคุณหรือการให้ผลประโยชน์ต่างๆ เพื่อเป็นการตอบแทนในกรณีที่บุคคลหรือหน่วยงานดำเนินกิจกรรมได้ตาม เป้าหมายที่กำหนด

2. การวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธจะต้องมุ่งเน้นการทำงานเชิงกระบวนการให้เป็นระบบ การประเมิน นิเทศ กำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง พิจารณาแนวทางการแก้ให้ปัญหาอย่างจริงจัง คำนึงถึงความเป็นมนุษย์อย่างองค์รวม ไม่ได้พิจารณาเพียงแค่ความคุ้มทุนของระบบ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงมีความคิดเห็นสอดคล้องกันที่จะต้องมีการวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานในการสร้างเครือข่ายระดับจังหวัด (PNC) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)[5] ในหัวข้อบริหารแผนกลยุทธ์ เครือข่ายกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของพื้นที่ มีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ และติดตามผลการจัดบริการเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าหมาย การมีแผนกลยุทธที่ชัดเจนจากผู้บริหารและนำนโยบายการดูแลตามมาตรฐาน PNC ลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยการประกาศเป็นนโยบายและระบุเป้าหมายที่ชัดเจน มีการจัดงบประมาณ กำลังคน มีการจัดโครงสร้างการรักษาพยาบาลมอบหมายงานให้มีการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุตติยภูมิ และตติยภูมิแก่เครือข่ายในการลดอัตรามารดาตาย

3. ทรัพยากรบุคคล

สิ่งสำคัญจะต้องพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ต้องมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น 1 Province 1 LR ลดความแออัด Refer back 2) จัดระบบการปฐมนิเทศ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสูติแพทย์ และแพทย์จบใหม่ เพื่อการประสานงานและประสิทธิผลการทำงาน และ 3) จัดให้มีการให้รางวัลด้านแม่และ

เด็กแก่ผู้ปฏิบัติงาน อาจเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งสอดคล้องกันกับเพ็ญจันทร์ แสนประสาน[9] พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับจังหวัด ได้แก่ การสนับสนุนทรัพยากรและบุคลากรอย่างเพียงพอ รวมทั้ง มีการกระจายและใช้ทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย สอดคล้องกับผลการวิจัยของพิกุล บัณฑิตพานิชชา และคณะ[10] พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเป็นผลมาจากการจัดการระบบการพยาบาล เปลี่ยนแปลงระบบงานและการจัดการปัญหาเรื่องทักษะองค์ความรู้และความตระหนักของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการพัฒนาองค์ความรู้จะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถและมั่นใจในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ จึงเกิดการพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับทีมสูตินรีแพทย์

4. มาตรฐานการดำเนินงาน

ปัจจุบันมีมาตรฐานในการดำเนินงานเพื่อป้องกันมารดาตายหลายมาตรฐาน แต่การดำเนินงานทำงานตามมาตรฐานจริงหรือไม่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงมีความคิดเห็นสอดคล้องกันที่จะต้องเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินงาน โดยต้องมีการวางมาตรการเฝ้าระวังเพื่อลดการตายของมารดาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับ ละออ จันสุตะ และคณะ[11] ประเมินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของมารดา ด้วยการประยุกต์ใช้รูปแบบซิป (CIPP Model) พบว่า <u>ด้านบริบท</u> หน่วยบริการระดับปฏิบัติการขาดการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุของการไม่บรรลุความสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพ <u>ด้านปัจจัยนำเข้า</u> ดำเนินงานตามนโยบายของประเทศและจังหวัด มีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบริหารคลังเลือด แต่โรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายส่วนใหญ่ไม่มีการสำรองเลือด <u>ด้านกระบวนการ</u> รพ.สต. คัดกรองความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ ตามสมุดคู่มือแม่และเด็กและไม่ได้ส่งข้อมูลต่อ PCU ใช้เกณฑ์ตาม MCH Board กำหนด ไม่สามารถให้ความรู้ตามรูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ได้ โรงพยาบาลปฏิบัติได้ร้อยละ 20 ติดตามหญิงการตั้งครรภ์ ใช้วิธีโทรศัพท์และ อสม. เยี่ยมบ้าน ห้องคลอดใช้ CPG PPH & PIH ของ Service Plan เขตสุขภาพที่ 10 คัดกรองความเสี่ยงแต่ไม่ครบตามมาตรฐาน โรงพยาบาลใช้ถุงตวงเลือดที่ซื้อ ผลิตเอง <u>ด้านผลลัพธ์</u> พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ การได้รับวิตามินร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะควรเน้นให้ปฏิบัติตามระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงคัดกรองและดูแลตามมาตรฐาน ปรับปรุงแนวทางการรักษาและการให้สารเสริมวิตามินให้เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.บริหารจัดการบุคลากรให้เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารคลังเลือด

5. การจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อมูลในการจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ มีหลายประเด็นที่เป็นความเสี่ยง เช่น การติดตามเพื่อให้มา ANC ครบตามเกณฑ์ การป้องกันการตกเลือดทั้งในห้องคลอด ห้องหลังคลอด และการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึง

มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยยกตัวอย่างการออกแบบระบบการ Refer และการป้องกันการตกเลือด โดยจะต้องแก้ปัญหาด้านระบบให้เอื้อต่อการทำงาน ต้อง lean ระบบ ลดขั้นตอนที่เป็นขยะ มีช่องทางด่วนในการส่งต่อคนไข้ โดยการที่ผู้นำระดับสูงจะต้องกำหนดทิศทางนโยบายบริการสุขภาพของเครือข่าย ซึ่งเน้นบริการแบบไร้รอยต่อ มีคุณภาพ ปลอดภัย สื่อสารไปยังผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายทุกระดับด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีคณะกรรมการของเครือข่ายทั้งในด้านนโยบายและด้านวิชาการ ทำหน้าที่ตัดสินใจร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติ ส่งเสริมความร่วมมือและติดตามผลการดำเนินการของการให้บริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารตาย โดยจะต้องสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังลดอัตราตายของมารดาในโรงพยาบาล และจัดระบบการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และคณะ[12] พบว่า มีการวางมาตรการเฝ้าระวังลดมารดาตาย 3 ประเด็นหลักด้วยกัน ได้แก่ 1) ระบบบริหารจัดการ (Management System) มี MCH Board ระดับจังหวัด 2) ระบบบริการ (Service System): Early detection & Early Intervention ทั้งแพทย์ และพยาบาล High Risk Pregnancy พบแพทย์ทุกราย ทำคลอดโดยสูติแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม มีการจัดรถ Emergency ห้องคลอดใช้ถุงตวงเลือด และ Early alert การเสียเลือดไม่เกิน 300 CC Direct cause ลด PPH, PIH Indirect cause เน้น Early ANC คัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล แยกระดับความเสี่ยงและมีการดูแลในแต่ระดับ high risk ส่งพบสูติแพทย์ และ 3) ระบบการส่งต่อมี ระบบ Early refer มี Guild Line ในการส่งต่อ มีความสะดวกและรวดเร็ว สามารถส่งต่อได้โดยไม่มีเงื่อนไข มีทีมแพทย์พร้อมจะรับส่งต่อ ไม่ต้องสอบถามว่ามีสิทธิ์ที่ใด มีระบบ Fast Track และพิกุล บัณฑิตพานิชชา[10] ซึ่งดำเนินการทำวิจัยการพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า การบริหารจัดการปรับรูปแบบการให้บริการ โดยการนำระบบ fast track มาใช้ทำให้ลดขั้นตอนในการให้บริการ ส่งผลให้ลดระยะเวลาได้เป็นอย่างมาก ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ทำให้เกิดเนื้องานมากขึ้น

6. เชิงรุกและภาคีเครือข่าย

ต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกและดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยการดำเนินงานจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี มีการถ่ายทอดกลยุทธ์และเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติผ่านแผนปฏิบัติการและการสื่อสารที่ดี ไปยังทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย และเครือข่ายไม่ใช่เพียงแค่หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานราชการเท่านั้น แต่รวมถึงผู้นำทางศาสนา ผู้นำแบบไม่เป็นทางการด้วย สอดคล้องกันกับ นิฤมล กมุทชาติ[13] พบว่า การสร้างทีมงานที่เข้มแข็งและสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานที่มาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผน ดำเนินการ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ

7. ข้อมูลสารสนเทศ

การดำเนินงานข้อมูลและสารสนเทศ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยให้มุ่งเน้นการพิจารณาข้อมูลจากสถานการณ์จริง เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ต้องมีระบบ มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อติดตามผลการจัดบริการสุขภาพของเครือข่าย และมีระบบสารสนเทศเพื่อติดตามประเมินผลในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลจังหวัดไปยังโรงพยาบาลระดับชุมชน และระดับตำบล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพล พรหมมาพันธุ์[14] พบว่า ข้อมูลสารสนเทศในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และการพัฒนากระบวนการในการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมระบบการทำงานผ่านระบบการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ และควรมีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ในระดับจังหวัดและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและการจัดการแผนยุทธศาสตร์ต่อไป

8. การจัดการความรู้/ Health Literacy และการจัดการความรู้ / Health Literacy ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ต้องมุ่งเน้นเพื่อให้ประชาชนมี Health Literacy ที่ดี เมื่อประชาชนมี Health literacy ดี ก็จะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ช่วยลดปัญหามารดาตายได้ สอดคล้องกับบุญสืบ โสโสม และคณะ[15] พบว่า เทคนิคการสื่อสารในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ ได้แก่ 1) ค้นหาปัญหาสุขภาพ 2) ขอข้อมูลเพิ่ม 3) สร้างการมีส่วนร่วม และเลือกวิธีการจัดการสุขภาพตามศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ 4) แนะนำเว็บไซต์ที่มีประโยชน์ และ 5) กำหนดเป้าหมายทางสุขภาพเมื่อมาตรวจครั้งต่อไป ทำให้หญิงตั้งครรภ์ 28 คน Hematocrit เพิ่มขึ้น (≥ 33 %) 57.1 % กลุ่มน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักปกติมีมีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ 60 % และ 34.6% ตามลำดับ ส่วนกลุ่มน้ำหนักเกินเกณฑ์ และอ้วน มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ทั้ง 2 กลุ่ม และ อุปสรรคการให้บริการ คือ ใช้เวลาบริการมากเกินไป

9. ผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา

การดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์และกระบวนการพัฒนา ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน กล่าวคือ จะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ การประเมินผลกระบวนการเป็นสิ่งสำคัญ และต้องมีการควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานเพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้ความสำคัญกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ทุกเดือน และมีการติดตามผลลัพธ์จากตัวชี้วัดสำคัญที่ชัดเจน ตามมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ ทุ่นศิริ[16] พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ และนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

จุดแข็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาความสอดคล้องของมาตรฐานตามกรอบแนวคิดการวิจัย ทั้งสิ้น 4 ทฤษฎี และผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีความรู้ในด้านนโยบายการบริหารงานสาธารณสุข และมีประสบการณ์ด้านแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งมีบริบทด้านความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความรู้ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงยังไม่ได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลอย่างเพียงพอ

จุดอ่อน

ผลการศึกษาเป็นการนำเสนอความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่านยังขาดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในระบบงาน นับตั้งแต่ ผู้บริหารระดับกลางทำหน้าที่เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ และระดับปฏิบัติจริง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

สรุป

ผลการวิจัยสะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐาน จากผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12 ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลและเครือข่าย ในการดูแลมารดาตั้งครรภ์และป้องกันมารดาตายให้ถูกต้องตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1. สามารถนำรูปแบบการป้องกันมารดาตายเขตสุขภาพที่ 12: สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้แนวคิดและหลักการไปพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ

2. มีกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความเสี่ยงและการออกแบบระบบที่สำคัญ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสหสาขาวิชาชีพ และเป็นเครือข่าย

3. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลมารดาตั้งครรภ์ได้อย่างองค์รวม

4. ควรส่งเสริม สนับสนุน สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย จัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานภายในเครือข่าย

5. ควรมีการเสริมพลังการมีส่วนร่วมภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลคนในชุมชนได้ด้วยชุมชนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาและการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการนำรูปแบบไปใช้ และสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็งต่อไป

References

1. Thitima S. Situation analysis and study on the factors affecting the achievement of problem solving of maternal health care in the 3 southernmost provinces of Thailand. 2016 [Internet]. 2016 [cited 2020 June 25]. Available from https://www.hsri. or. th/researcher/media/news/ detail/6787
2. Srivipa L. Situation and Key factors which affect the success of maternal and child in three southernmost provinces. Health System Research Institute (HRSI) 2015 [Internet]. 2015 [cited 2020 June 30]. Available from https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/ 11228/4378?locale-attribute=th.
3. Ministry of Public Health. Millennium Development Goals – MDGs Vol. 3. Strategy and Planing Division. Ministry of Public Health; 2014. Bangkok. (in Thai)
4. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services, 2010.
5. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). PNC Scoring Guideline 2016. Provincial Network [Internet]. 2016 [cited 2020 July 9]. Available from https://www.ha.or.th
6. Ministry of Public Health. Family Love Bonding Standard**.** Bureau of Health Promotion. Department of Health. Ministry of Public Health. Bangkok, 2008.
7. Knight HE, Self A, Kennedy SH. Why are women dying when they reach hospital on time A systematic review of the 'Third Delay'**.** PLoS One 2013; 8: 63846.
8. Atika C. Knowledge and participation in work development for waste reduction: case study of TOA Paint (Thailand) Company Limited. (M.Sc.Thesis in Industrial Management). Faculty of Administration and Management. King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok; 2012.
9. Penchan S, Duangkamol W, Nachcha S, Nualyai P. Factors contributing to the development of care for cardiovascular patients and risky groups in hospitals qualified for Provincial Healthcare Network Certification (PNC): a qualitative research. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2018; 29(2): 141-56.

10. Phikul B, Nonglak P, Supawadee L. The Development of Nursing Care System for Prevention Postpartum Hemorrhage. Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals 2017; 32(2): 131-44.
11. Laaor J, Monrudee S, Kunyanut R, Napatchon R, Aumaporn S. Evaluation of Maternal Death Prevention And Management Program In The Fiscal Year 2017: The 10th Public Health Region [Internet]. 2017 [cited 2020 June 25]. Available from http://203.157.71.157/web/dbs/apstract_detail.php?id=58.
12. Thanomrat P, Kasem W. Causes of maternal deaths in Regional Health 4 during Fiscal Year 2014-2016 Department of Health. Ministry of Public Health [Internet]. 2017 [cited 2020 June 3]. Available from http://hpc4.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1145.
13. Nirumon K. Model of management at the local level according to the policy on the development of the district health system Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province. Journal of Sakonnakorn Hospital 2015; 18(3): 183-93.
14. Suphon P. Using technology as an advantage strategy for private universities**.** Royal Thai Air Force Medical Gazette 2013; 59(2): 46-52.
15. Boonsub S, Preecha P, Treechada P, Supannee K, Rungrawee P, Rukrung K. Development of Health Literate Organization in Antenatal Care Clinic: The Positive Outcomes and Communication to Promote Health Literacy**.** The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6 (Special): 124-6.
16. Kannika T.The learning outcome of participation in the development of nursing practice for Prevention of postpartum hemorrhage in the Maternal and Child Health Network of Sisaket Province. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division 2013; 31(4): 115-9.

บทวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง จังหวัดระยอง

เจนจิรา เจริญการไกร *

อริสรา ฤทธิ์งาม **

เกษสุดา คำแก้ว ***

บทคัดย่อ

เสียงเป็นปัจจัยคุกคามทางกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิจัยเชิงสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 มีอายุเฉลี่ย 37 ปี ทำงานเฉลี่ยวันละ 12 ชั่วโมง ทำงานในแผนกที่มีความเข้มเสียง 93.2, 92.5, 90.2 และ 85.3 เดซิเบล มีการรับรู้ความสามารถในการได้ยินเฉลี่ยในระดับผิดปกติเล็กน้อย 84.67 (S.D.=13.68) ส่วนใหญ่สามารถสื่อสารได้ปกติ ร้อยละ 94.30 เมื่อตรวจสมรรถภาพการได้ยิน พบว่าคนงานมีสมรรถภาพการได้ยินอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 60 มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (M= 2.90, S.D.=2.89) รับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (M= 36.62, S.D.=3.04) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (M= 4.10, S.D.=0.80) โดยความรู้คุณค่าในตนเอง (Self) และการรับรู้ความสามารถในการได้ยิน (Per.H) มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของคนงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้ร้อยละ 25.50 ด้วยสมการถดถอย QOL = 0.105 (Self) – 0.462 (Per.H)

ผลการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปกำหนดกิจกรรมส่งเสริมความรู้คุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะคนงานที่มีการรับรู้ความสามารถในการได้ยินผิดปกติ ซึ่งจะทำให้คนงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: Tikky_jj@hotmail.com

** อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-Mail: arisara@buu.ac.th.

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง

Factors Affecting Quality of Life among Laborers Exposed to Noise in Factories, Rayong Province

Jenjira Jareankankai *

Arisara Ritngam **

Ketsuda Kamkaew ***

ABSTRACT

Noise is a health hazard which affects quality of life. This correlational research aimed to study factors affecting quality of life among laborers exposed to noise in factories, Rayong Province. One hundred and five employees were selected by multi-stage random sampling. The research instrument was a self–administered questionnaire with a reliability of .76. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze data.

Results showed that 63.80% of subjects were female, mean age was 37 years , average working hours were 12 hours per day, with mean noise levels of 93.2, 92.5, 90.2, and 85.3 dB in the workplaces tested. The workers perceive slightly abnormal levels of hearing 84.67 (S.D.= 13.68). While 94.30% of workers could communicate at a normal level, Audiometric tests showed that 60% had some hearing loss. Workers showed mild stress (M= 2.90, S.D.= 2.89), high self - esteem (M= 36.62, S.D.= 3.04), and a high quality of life (M= 4.10, SD= 0.80). This study revealed that self-esteem (Self) and perceived hearing ability (Per.H) had a statistically significant association and predicted quality of life ($p < .001$) while explaining 25.50 percent of quality of life using the following equation: $Z'_{QOL} = 0.401\,'_{Self} - 0.266\,'_{Per.H}$

Results can be used by health care providers to design self-esteem strengthening activities, especially for workers with perceived hearing loss to increase quality of life.

Keywords: Quality of life / Industrial workers exposed to noise

Article info: Received June 14, 2017; Revised January 7, 2020; Accepted August 24, 2020.

* Correponding Author, Lecturer of community nursing group, Faculty of Nursing Burapha University

** Lecturer of community nursing group, Faculty of Nursing Burapha University

*** Registered Nurse, Professional Level, occupational medicine Subdivision, Rayong Hospital

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

ปัจจัยทางกายภาพในการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพ จากสถิติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในปี พ.ศ. 2560 พบโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังพบอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ 79.91 ซึ่งพบเป็นอันดับสองรองจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม[1] เสียงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ หากบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีระดับความดังของเสียงเกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า 90 เดซิเบลในระยะเวลา 8 ชั่วโมงต่อวัน[2] และการไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีผลทำให้เกิดภาวะบกพร่องการได้ยินได้[3] โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับความดังของเสียงและระยะเวลาที่สัมผัสเสียงดัง ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการหูอื้อ เสียงดังในหู หากได้พักจากเสียงดังระยะหนึ่งก็จะดีขึ้น หากยังได้รับเสียงดังอีก จนเกิดการทำลายของเซลล์ประสาทอย่างถาวร จะเกิดการสูญเสียการได้ยิน โดยการสูญเสียการได้ยินจะเริ่มที่ความถี่ 4,000 เฮิรตซ์ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติได้ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการสื่อความหมาย เนื่องจากไม่สามารถรับฟังเสียงได้ปกติ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารทำความเข้าใจบุคคลอื่นได้ เกิดปัญหาในการประกอบอาชีพ เกิดความยากลำบากในการทำงาน ท้อแท้ เบื่อหน่ายจนอาจจะต้องเปลี่ยนงาน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความ วิตกกังวล กลัวพูดกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง ทำให้ต้องปลีกตัวออกจากสังคม[4] การสัมผัสเสียงดังจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน[5] เป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สัมผัสเสียงดังมีหลายปัจจัย ได้แก่ สมรรถภาพการได้ยิน การรับรู้ความสามารถในการได้ยิน ความรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียด ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความเข้มของเสียง จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โดยพบว่า หากบุคคลมีความบกพร่องการได้ยิน จะมีความยากลำบากในการสื่อสาร ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง[6] บุคคลที่มีความรู้สึกไม่ดีต่อการมีภาวะบกพร่องทางการได้ยินของตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่า จะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง[7] หากบุคคลมีความเครียดไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารของบุคคลรอบข้าง จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง[8] เสียงดังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สุขสบาย เครียด[9] สภาพการทำงานเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่ง หากบุคคลที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานน้อย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนที่มีจำนวนชั่วโมงมากกว่า[10]

จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมเป็นจำนวนมากในภาคตะวันออก และมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วเนื่องจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ซึ่งในกระบวนการผลิตของโรงงานหลายประเภทจะมีเสียงดังจากเสียงเครื่องจักร ส่งผลให้คนที่สัมผัสเสียงดังเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เครียด และอาจเกิดภาวะบกพร่องการได้ยินได้ จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปยางธรรมชาติที่สัมผัสเสียงดังค่อนข้างน้อย จึงทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดังนี้ จึงครอบคลุมปัจจัยเรื่อง สมรรถภาพการได้ยิน การรับรู้ความสามารถในการได้ยิน ความรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียด ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความเข้มของเสียง จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เพื่อเป็นแนวทางบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันโรคต่าง ๆ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

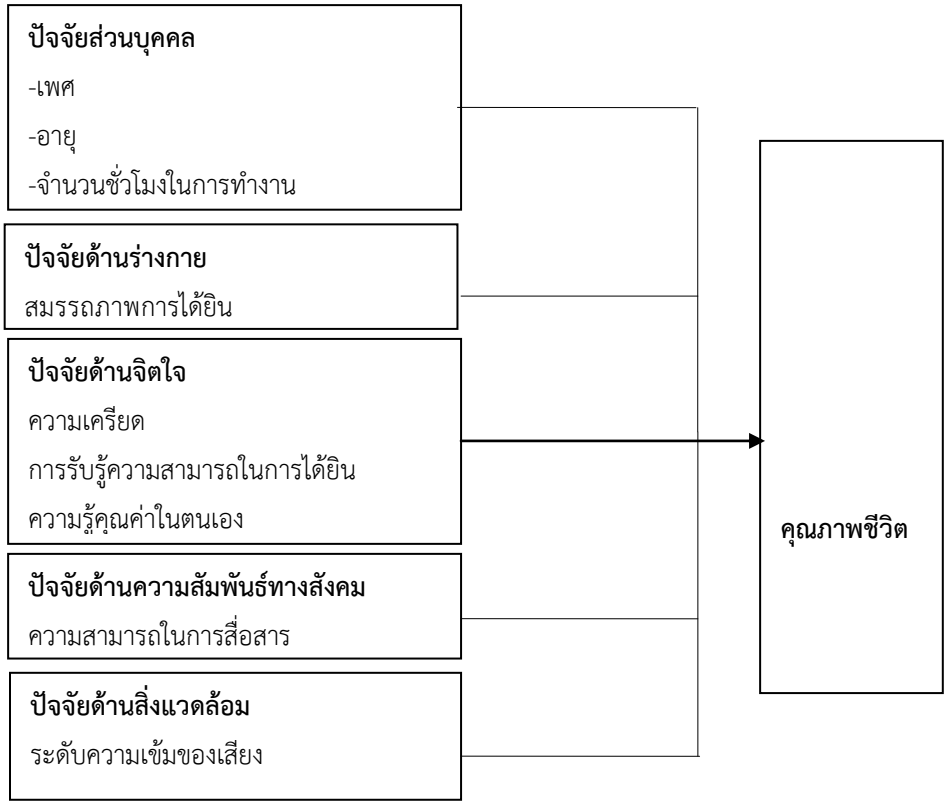
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดัง จังหวัดระยอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของสมรรถภาพการได้ยิน การรับรู้ความสามารถ ในการได้ยิน ความรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียด ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความเข้มของเสียง จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล สมรรถภาพการได้ยิน การรับรู้ความสามารถในการได้ยิน ความรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียด ความสามารถในการสื่อสาร ระดับความเข้มของเสียง และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปยางธรรมชาติที่มีจำนวนคนงานตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป ในจังหวัดระยอง ซึ่งมีขนาดประชากร จำนวน 230 คน[11]

กลุ่มตัวอย่าง คนงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงงานอุตสาหกรรม แปรรูปยางธรรมชาติจำนวน 122 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงความสัมพันธ์พยากรณ์ตามสูตร[12] $n \geq 50 + 8m$ เมื่อ m คือ จำนวนตัวแปรทำนาย (9 ตัว) เมื่อเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย และตอบข้อมูลสมบูรณ์มีจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 86.07 ของกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือมาตรฐานและสร้างขึ้นเพิ่มเติมจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ และจำนวนชั่วโมงในการทำงานเป็นระยะเวลาเป็นชั่วโมงทั้งหมดที่คนงานทำงานในแต่ละแผนกทำงาน 1 วัน โดยรวมการทำงานล่วงเวลา แต่ไม่รวมเวลาพัก จำนวน 3 ข้อ

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย

1) ความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ เป็นการประเมินความถี่ในการเกิดอาการแสดงต่างๆ ของภาวะเครียดจากการทำงานเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มี บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ (คะแนน 0-3 ตามลำดับ) การแปลค่าเฉลี่ยของความถี่ คือ ความเครียดน้อย (0-4) ความเครียดปานกลาง (5-7) ความเครียดมาก (8-9) ความเครียดมากที่สุด (10-15)

2) การรับรู้ความสามารถในการได้ยิน เป็นการประเมินระดับการได้ยินด้วยตนเองของคนงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นมาตรวัดแบบมาตรฐาน Visual analogue scale 0 – 100[13] โดยกำหนดเส้นตรงแทนระดับความสามารถในการได้ยิน จำนวน 1 ข้อ คะแนน 0-100 คะแนน การแปลค่าเฉลี่ยจากการแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ การรับรู้ความสามารถในการได้ยินผิดปกติ (0-25) การรับรู้ความสามารถในการได้ยินค่อนข้างผิดปกติ (26-50) การรับรู้ความสามารถในการได้ยินผิดปกติปานกลาง (51-75) การรับรู้ความสามารถในการได้ยินผิดปกติเล็กน้อย (76-99) การรับรู้ความสามารถในการได้ยินปกติ (100)

3) ความรู้คุณค่าในตนเอง เป็นการวัดความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองของคนงาน โดยปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg Self-Esteem Scale ฉบับภาษาไทย [14]จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

(คะแนน 4–1 ตามลำดับ) คะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน การแปลค่าเฉลี่ยจากการแบ่งค่าพิสัยเป็น 3 กลุ่ม คือ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (10-20) การรับรู้คุณค่าในตนเองปานกลาง (21-30) การรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (31-40)

1.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสาร จำนวน 1 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการประเมินการสื่อสารของตนเองที่มีกับผู้อื่น แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ สื่อสารได้ตามปกติ และมีปัญหาในการสื่อสาร

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึก ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ สมรรถภาพการได้ยิน ซึ่งเป็นผลการตรวจระดับการได้ยินที่ความถี่ 500–8,000 เฮิร์ตด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน (Audiometer) ยี่ห้อ XETA รุ่น MADSEN เลขประจำเครื่อง (s/n) 303700 ตามมาตรฐาน BSEN 60645-1 type 3 ได้รับการสอบเทียบความถูกต้องโดยห้องปฏิบัติการ และห้องตรวจการได้ยินที่ควบคุมระดับเสียงภายในห้องตรวจการได้ยินเป็นไปตามที่ OSHA กำหนด โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระยองเป็นผู้ตรวจ ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2558 โดยค่าปกติที่ทุกระดับความถี่ต้องมีค่าความดังไม่เกิน 25 เดซิเบล หากพบผลการตรวจที่ความถี่ใดความถี่หนึ่งมีค่าความดังที่ได้ยินมากกว่า 25 เดซิเบล ถือว่ามีสมรรถภาพการได้ยินอยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวัง

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระดับความเข้มของเสียง เป็น การประเมินระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน (8 Hour-Time Weight Average:TWA 8) ในแต่ละแผนก หน่วยเป็นเดซิเบล โดยใช้เครื่องมือวัดความเข้มเสียง (Sound level meter)ยี่ห้อ CASELLA CELL รุ่น CEL-62X เลขประจำเครื่อง (s/n) 2401789 Type 1,D,order 4,D ตามมาตรฐาน ANSI S1.43: 1997 (R2007), IEC 61672-1: 2002 Filters: IEC 61260:1995 Class 0, ANSI S1.11: 2004 ซึ่งได้รับการสอบเทียบ(Calibration)ตามระยะเวลาที่กำหนด มีการทดสอบความถูกต้อง (Adjustment and verification) ก่อนและหลังการใช้งาน ซึ่งตรวจโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นนักสุขศาสตร์อุตสาหรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ตามแนวคิดการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งปรับปรุงจากแบบยูโรคอล (The EuroQoL Instrument) ฉบับภาษาไทย[15] จำนวน 6 ข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่น การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดจากสภาพการได้ยินของตนเอง ซึ่งวัดเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ ผิดปกติปานกลาง และผิดปกติมาก เพื่อให้พนักงานประเมินภาวะสุขภาพของตนเองก่อน จึงให้พนักงานประเมินระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง จำนวน 1 คำถาม โดยใช้เฟเชียล สเกลส (Facial scales) 6 ระดับ (0-5) แทนค่าคะแนน คือ การเป็นอยู่หรือ

สภาพชีวิตที่แย่ที่สุด (0) การเป็นอยู่หรือสภาพชีวิตที่แย่มาก (1) การเป็นอยู่หรือสภาพชีวิตที่แย่ (2) การเป็นอยู่หรือสภาพชีวิตดี (3) การเป็นอยู่หรือสภาพชีวิตดีมาก (4) การเป็นอยู่หรือสภาพชีวิตที่ดีที่สุด (5) โดยพรรณนาค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ของเครื่องมือที่ใช้ในการวัด คือ คุณภาพชีวิตแย่ที่สุด (0-0.5) คุณภาพชีวิตแย่มาก (0.6-1.5) คุณภาพชีวิตแย่ (1.6-2.5) คุณภาพชีวิตดี (2.6-3.5) คุณภาพชีวิตดีมาก (3.6-4.5) คุณภาพชีวิตดีที่สุด (4.6-5.0)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมชัดเจนของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน พร้อมปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการวัดซ้ำ (test retest) กับวัยแรงงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 ก่อนทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’ s product moment coefficient) ของแบบประเมินความเครียด แบบประเมินความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการได้ยิน แบบประเมินความสามารถในการสื่อสาร แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ .80, .80, .74, .74 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามหนังสือรับรอง หมายเลขใบรับรองที่ 43/2558 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยประสานผู้บริหารโรงงานต่างๆ ที่ได้สุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอพบคนงานที่มีลักษณะตามกำหนด ณ ห้องประชุมโรงงาน เพื่อชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการการเก็บข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลา หากพนักงานไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใดๆ กับการปฏิบัติงาน เมื่อคนงานยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูลการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้ทำการตรวจสมรรถภาพการได้ยินให้กับคนงานในห้องเก็บเสียงด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน (Audiometer) ตามมาตรฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับคนงานตอบอย่างอิสระด้วยตนเองภายในวันเดียวกัน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อคนงานตอบครบถ้วนและส่งแบบสอบถามมาให้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผลการตรวจสมรรถภาพการได้

ยิน จึงตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และตรวจระดับความเข้มของเสียงในสิ่งแวดล้อมของโรงงานในแผนกต่างๆ ที่คนงานทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่และร้อยละ รวมทั้งหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการสื่อสารได้ปกติ ร้อยละ 94.30 สมรรถภาพการได้ยินที่ต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 60

คนงานมีอายุเฉลี่ย 37 ปี (S.D.= 10.83 ปี) ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยวันละ 12 ชั่วโมง (S.D.= 2.49 ชั่วโมง) การรับรู้ความสามารถในการได้ยินเฉลี่ย 84.67 (S.D.= 13.68) มีการรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง (M= 36.62, S.D.= 3.04) คนงานทำงานอยู่ในแผนกที่มีความเข้มเสียงในแผนกทำความสะอาดยาง แผนกผลิตยางแท่ง เอส ที อาร์ แผนกตรวจรับวัตถุดิบ แผนกซ่อมบำรุง 93.2, 92.5, 90.2 และ 85.3 เดซิเบล ตามลำดับ มีความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (M= 2.90, S.D.= 2.89) มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (M= 4.10, S.D.= 0.80) ดังตารางที่ 1

Table 1 Mean and standard deviation (S.D.) of Variables. (n= 105)

Variables	Mean	S.D.	Max	Min
1. Age	37.66	10.83	60	19
2. Working hours	12.03	2.49	17	8
3. Stress	2.90	2.89	11	0
4. Perceived hearing	84.67	13.68	100	50
5. Self-esteem	36.62	3.04	40	25
6. Quality of life	4.10	0.80	5	3

ความรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการได้ยิน สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดังได้ ร้อยละ 25.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($R^2 = .255$, $F = 17.454$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

Table 2 Multiple regression model predicting the quality of life amomg labours of noise exposed in factory. (n= 105)

Predictor	B	Beta	T	p
Constant	0.585	-	0.692	0.490
Perceived hearing ~~Loss~~	0.105	0.401	4.665	<.001
Self-esteem	-0.462	-0.266	-3.095	.003

R= 0.505, R^2 = 0.255, Adj. R^2 = 0.247

การอภิปรายผล

ผลการศึกษามีประเด็นที่นำมาอภิปรายดังนี้

1. คุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีมาก (M=4.10, S.D.=0.80) เนื่องจากคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน[16] คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อคนงานมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย รู้คุณค่าในตนเองสูง ส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถในการได้ยินปกติ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ทำงานอยู่ในแผนกที่เสียงดัง แต่มีเวลาพักในการทำงาน ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

2. สมรรถภาพการได้ยินของคนงาน อยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง = 60% ส่งผลให้คนงานการรับรู้ความสามารถในการได้ยินเฉลี่ยที่ผิดปกติไปจึง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน (B= -0.462) โดยคนงานที่การรับรู้ความสามารถในการได้ยินที่ผิดปกติ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีน้อยกว่าคนที่รับรู้ความสามารถในการได้ยินปกติ แสดงว่าการที่คนงานรับรู้ความสามารถในการได้ยินของตนเองผิดปกติ ทำให้กังวลว่าจะฟังคนอื่นไม่เข้าใจและกลัวพูดกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการได้ยินในคนที่สูญเสียการได้ยินมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยคนที่รับรู้ว่าการได้ยินของตนเองแย่กว่า จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนที่รับรู้ว่าการได้ยินของตนเองดีกว่า[7]

3. ความรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน (B= 0.585) โดยคนงานที่ความรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าหากคนงานมีรู้คุณค่าในตนเองสูง จะทำให้บุคคลนั้นสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า จึงทำให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนที่มีปัญหาการได้ยิน โดยคนที่มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น จะรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย[8]

4. ความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเกิดจากคุณภาพชีวิตของบุคคลหนึ่งเกิดจากหลายปัจจัย ความเครียดเป็นเพียงปัจจัยหนึ่ง แต่คนงานมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต จึงทำให้ความเครียดไม่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องการได้ยิน[17]

5. ระดับความเข้มของเสียง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเนื่องมาจากความผิดปกติในการได้ยินจะค่อยๆ เปลี่ยนแปลง และต้องประกอบด้วยหลายปัจจัยของเสียง โดยลักษณะเสียงในกระบวนการผลิตเป็นเสียงดังที่ไม่ต่อเนื่อง โดยแผนกทำความสะอาดยาง มีระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวันสูงที่สุด 93.2 dB มีพนักงานจำนวน 24 คน คิดเป็น 22.9% แผนกซ่อมบำรุงมีระดับเสียงเฉลี่ยตลอดระยะเวลาทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวันต่ำที่สุด 85.3 dB มีพนักงานจำนวน 5 คน คิดเป็น 4.8% โดยจะมีเวลาพักประมาณ 1 ชั่วโมง ในทุก 4 ชั่วโมง ทำให้ยังไม่เกิดความผิดปกติในการได้ยิน จึงไม่มีผลต่อความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนงานประกอบด้วยระดับความเข้มเสียงสูงสุด ระยะเวลาในการสัมผัสและความต่อเนื่องในการสัมผัสเสียงดัง[18]

6. สมรรถภาพการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเกิดจากความผิดปกติในการได้ยิน จะค่อยๆ เปลี่ยนแปลง ทำให้พนักงานไม่ทราบว่าตนเองมีการได้ยินที่ผิดปกติ จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับสมรรถภาพการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนที่มีการได้ยินบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] โดยคนที่การได้ยินบกพร่องเล็กน้อย ยังรายงานผลว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี[20]

7. ความสามารถในการสื่อสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน แม้ว่าพนักงานทำงานในบริเวณที่มีเสียงดัง แต่พนักงานส่วนใหญ่ยังไม่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน จึงยังสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการสื่อสารของคนที่มีการได้ยินบกพร่องไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต[21]

8. จำนวนชั่วโมงในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเกิดจากคนงานทำงานเป็นระยะเวลาต่ำสุด 8 ชั่วโมง หากมีการทำนอกเวลาจะมีจำนวนชั่วโมงสูงสุด 12 ชั่วโมง แต่มีการพักเป็นช่วงๆ ในช่วงพักทุก 4 ชั่วโมง จึงยังไม่มีการทำลายของเซลล์ประสาทในช่องหู เนื่องจากความผิดปกติจะค่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงตามความดังและระยะเวลา[4] ทำให้ชั่วโมงในการทำงานไม่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของพนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการสูญเสียการได้ยินไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนที่มีการได้ยินบกพร่อง[21] หรือคนงานอาจมีการใช้เครื่องป้องกันตนเองขณะทำงานร่วมด้วย

9. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเกิดจากในแต่ละแผนก คนงานชายและคนงานหญิงมีลักษณะการทำงานที่คล้ายคลึงกัน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีระดับความดังของเสียงเท่ากัน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน สอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่าเพศไม่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการได้ยินบกพร่อง[22]

10. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน อาจเกิดจากพนักงานทุกคนจะได้รับการปฐมนิเทศงานตอนเริ่มงานในแต่ละแผนก ทำให้ทุกช่วงอายุสามารถเรียนรู้งาน และสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนที่มีการได้ยินบกพร่อง[21]

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประวัติอุบัติเหตุเกี่ยวกับหู และการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน ซึ่งอาจจะมีผลเกี่ยวกับการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การศึกษาคุณภาพชีวิตในคนงานในโรงงาน อุตสาหกรรมยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ต้องสัมผัสเสียงดังในหลายกระบวนการผลิตที่ใช้ การวัดระดับความดังของเสียงในสถานการณ์จริง โดยใช้เครื่องมือวัดที่ได้รับการยอมรับทางวิทยาศาสตร์ เช่นเดียวกันกับการตรวจคัดกรองสมรรถภาพได้ยินของคนงานโดยตรง จึงเป็นข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนงานเหล่านี้ได้ต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ความรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการได้ยิน สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมผัสเสียงดังได้ ร้อยละ 25.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการทำวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันเสียงดังในการทำงานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนงาน และทำการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำตัวแปรความรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถในการได้ยินไปใช้ในการวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมป้องกันเสียงดังในการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาขอขอบพระคุณคณะทำงาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ในการให้คำปรึกษาการทำวิจัยครั้งนี้

Reference

1. Department of Disease Control. Report disease of occupational [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 10]. Available from http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_60.pdf.
2. Pollution Control Department. Law of Noise and vibration Pollution. [Internet]. 2017 [cited 2016 Jan 2]. Available from http://infofile.pcd.go.th/air/Noise_law.pdf?CFID=19853595&CFTOKEN=64141417.
3. Pyykko I, Toppila E, Zou J, Kentala E. Individual susceptibility to noise-induced hearing loss.Audiological Medicine 2007; 5(1): 41-53.
4. Ratanaanekchai T, Srirompotong S. 3rd ed. Ear Nose Throat. Klungnana Khon Kaen; 2011.
5. Kingkaew P, Werayingyong P, Riewpaiboon W, Potaporn M, Tungkeeratichai J, Kanchanalarp C, et al. Health technology assessment of cochlear implantation: the economic and social perspectives [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 11]. Available from http://resource.thaihealth.or.th/library/academic/12510.2009.
6. Hickson L, Allen J, Beswick R, Fulton M, Wolf D, Worrall L, et al. Relationships between hearing disability, quality of life and wellbeing in older community-based Australians. Australian & New Zealand Journal Of Audiology 2008; 30(2): 99-112.
7. Preminger J, Meeks S. The influence of mood on the perception of hearing-loss related quality of life in people with hearing loss and their significant others. International Journal of Audiology 2010; 49(4): 263-71.
8. Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people - a resource-oriented approach to identity work. Journal Of Deaf Studies & Deaf Education 2008; 13(2): 278-300.
9. Karnchanaporn L. 3rd ed. Mental Health. Printing of Silapakorn University; 2004.
10. Osuansri N. Factors Related to Quality of Work among Female Labors in Factories, Nakhonratchasuma Province. Burapha University; 2011. (in Thai)
11. Rubber Research Institute. Report of Rubber Factory 2013 [Internet]. 2013

[cited 2014 Feb 10]. Available from http://www.rubberthai.com/book/file/uss.pdf

12. Tabachnick BG, Fidell LS. Improving outcomes in diastolic heart failure. Postgraduate Medicine 2003; 113(3): 51-8.
13. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the Visual Analogue Scale. Nursing Research 1992; 41(6): 378-80.
14. Srimoragot P. Effects of supportive counseling on perceived illness, self-esteem, and morale in cervical cancer patients undergoing radiotherapy. Mahidol University; 1993. (in Thai)
15. Center of Pharmaceutical Outcomes Research. Cost-Utility Analysis of Intravenous Immunoglobulin (IVIG) for the treatment of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy (CIDP). Naresuan University; 2012.
16. Chutha W. Mental Health Screening. The War Veterans Organization of Thailand; 2002.
17. Hintermair M. Health-related quality of life and classroom participation of deaf and hard-of-hearing students in general schools. Journal Of Deaf Studies & Deaf Education 2011; 16(2): 254-71.
18. Muluk NB, Oguzturk O. Occupational Noise-Induced Tinnitus: Does It Affect Workers' Quality of Life?. Journal Of Otolaryngology Head & Neck Surgery 2008; 37(1): 65-71.
19. Carlsson P, Hall M, Lind K, Danermark B. Quality of life, psychosocial consequences, and audiological rehabilitation after sudden sensorineural hearing loss. International Journal Of Audiology 2011; 50(2): 139-44.
20. Hua H, Karlsson J, Widén S, Möller C, Lyxell B. Quality of life, effort and disturbance perceived in noise: A comparison between employees with aided hearing impairment and normal hearing. International Journal Of Audiology 2013; 52(9): 642-9.
21. Hallberg L, Hallberg U, Kramer S. Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. Disability & Rehabilitation 2008; 30(3): 203-12.

22. Kushalnagar PP, Topolski TD, Schick BB, Edwards TC, Skalicky A M, Patrick DL. Mode of Communication, Perceived Level of Understanding, and Perceived Quality of Life in Youth Who Are Deaf or Hard of Hearing. Journal Of Deaf Studies & Deaf Education 2011; 16(4): 512-23.

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนา ในจังหวัดนครปฐม

คชาภรณ์ ศรีพารัตน์* วันเพ็ญ แก้วปาน**

สุรินธร กลัมพากร* จุฑาธิป ศีลบุตร*****

บทคัดย่อ

ความสามารถในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยปัจจัยด้านคนและปัจจัยด้านงาน ชาวนาเป็นเกษตรกรในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ทำงานจนถึงวัยสูงอายุ การส่งเสริมความสามารถในการทำงานแก่ชาวนาให้คงอยู่ตลอดช่วงชีวิตการทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้ยาวนาน งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวนาซึ่งสุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 380 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2561 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคทวิ

ผลการศึกษาพบว่า ชาวนาในจังหวัดนครปฐมส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.1 (Mean = 39.91, S.D.=4.10) และพบว่าชาวนาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะมีความสามารถในการทำงานเป็น 8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี (Adjusted OR=7.60, 95% CI=2.44–23.58) และชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 25 ปี จะมีความสามารถในการทำงานเป็น 6 เท่า เมื่อเทียบกับชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปีขึ้นไป (Adjusted OR=6.18, 95% CI=3.25– 11.74) และทั้ง 2 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาได้ร้อยละ 27.2

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลอาชีวอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพชาวนาควรมีการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแก่ชาวนาให้มีสุขภาพดี มีความปลอดภัยในการทำงาน ลดพฤติกรรมเสี่ยงเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานของชาวนาให้ดียิ่งขึ้นและยาวนานสืบต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำงาน/ เกษตรกรรม/ ชาวนา/ สุขภาพ

---

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: mintip894@gmail.com

** ผู้รับผิดชอบหลัก, รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wonpen.kae@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: jutatip.sil@mahidol.ac.th

Factors Related to Work Ability among Rice Farmers in Nakhonpathom Province

Kachaporn Sripharut* Wonpen Keawpan**

Surintorn Kalampakorn* Jutatip Sillabutra******

ABSTRACT

Work ability is an essential factor for accomplishing work tasks, and it comprises human factors and work factors. Farmers are a part of the agricultural labor force having informal employment and working until their old age. Therefore, promoting work ability for farmers throughout their work-life is necessary so they can work as long as possible. This research aims to study factors associated with the work ability of farmers in Nakhonpathom province. Subjects included 380 farmers for this descriptive cross-sectional study, selected by multi-stage sampling. Data were collected through self-administered questionnaires from October - December 2018 and were analyzed by binary logistic regression.

The findings show that 61.1% of the farmers in Nakhonpathom had work ability at an acceptable level (Mean = 39.91, S.D. =4.10). Those with perceived good health could work more than eight times as the remaining group with poor health perception (Adjusted OR = 7.60, 95% CI = 2.44 - 23.58). Farmers with work experience of fewer than 25 years could work six times more than those with more experience (Adjusted OR = 6.18, 95% CI = 3.25 - 11.74). These two factors predicted 27.2% of the work ability of farmers at 27.2%.

The results suggest that occupational health nurses and other health service staff should provide knowledge and create health promotion programs for farmers to be healthy through safety at work, reducing risk behaviors, and surveillance of occupational diseases. These kinds of programs would increase the ability of farmers to work longer and better.

Key word: Work ability/ Agriculture/ Farmers/ Health

Article info: Received June 22, 2020; Revised July 25, 2020; Accepted August 29, 2020.

* Graduate student in Master of Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสามารถในการทำงาน (Work ability) เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลที่จะสามารถทำให้บุคคลประสบความสำเร็จหรือบรรลุตามวัตถุประสงค์ในการทำงาน มีองค์ประกอบ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน[1] ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สุขภาพ ทักษะ ความรู้ความสามารถ ค่านิยม ทัศนคติและแรงจูงใจในการทำงาน ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงาน ภาระงาน องค์กรวัฒนธรรม การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ ความสามารถในการทำงานของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีปัจจัยด้านอายุเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อความสามารถในการทำงานเฉพาะบุคคล[2]

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลกระทบต่อโครงสร้างแรงงานด้วยเช่นกัน ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานในภาคเกษตรกรรมประมาณ 13.36 ล้านคน เป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญที่เปรียบเสมือนรากฐานทางเศรษฐกิจของประเทศ เพราะเศรษฐกิจไทยส่วนใหญ่มาจากผลผลิตทางการเกษตร การดูแลให้เกษตรกรมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) มีนโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพที่เป็นแรงงานนอกระบบ โดยกำหนดแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยมีเป้าหมายคือการส่งเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตแก่แรงงาน มีการดำเนินงานจัดบริการภาคเกษตรกร ภายใต้ชื่อ “คลินิกเกษตรกรปลอดโรค” โดยมีพยาบาลอาชีวอนามัยในหน่วยงานปฐมภูมิเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมให้เกษตรกรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก

จังหวัดนครปฐมเป็นแหล่งผลิตข้าวที่สำคัญ มีพื้นที่เพาะปลูกทั้งสิ้น 362,620 ไร่หรือประมาณร้อยละ 43 ของพื้นที่เกษตรกรรมทั้งหมดในเขตภาคกลาง มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะต่อการทำการเกษตร จากการศึกษาพบว่าทุกกระบวนการทำงานของชาวนามีความเสี่ยงในการทำงานและสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพตลอดเวลาการทำงาน ส่งผลให้ชาวนามีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุจากวัตถุมีคมบาดหรือการใช้เครื่องจักรกลเพื่อการเกษตร ร้อยละ 67 พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12 อันตรายจากความร้อน ถูกเผาไหม้ ร้อยละ 12 พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 65 ปัญหากล้ามเนื้อและกระดูก ร้อยละ 16 ซึ่งเกิดจากปัจจัยสำคัญได้แก่ การใช้อุปกรณ์ทางการเกษตรและสารเคมีจำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง[3] ไม่ปฏิบัติตามหลักความปลอดภัยในงาน[4] การดื่มสุรา ท่าทางในการทำงานที่ผิดธรรมชาติ[5] ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการทำงาน อาชีพชาวนาเป็นอาชีพที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ทำงานโดยไม่มีวันเกษียณอายุ ไม่มีวันหยุดและทำงานตามสภาพร่างกายที่สามารถทำได้ รวมทั้งปัญหาความยากจนจากราคาผลผลิตตกต่ำและ

หนี้สินจากการเสียหายของผลผลิต ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของชาวนาได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพความสามารถในการทำงานให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานตลอดช่วงอายุของการทำงานจึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชาวนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสามารถในการทำงานรวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการทำงานแก่ชาวนาเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

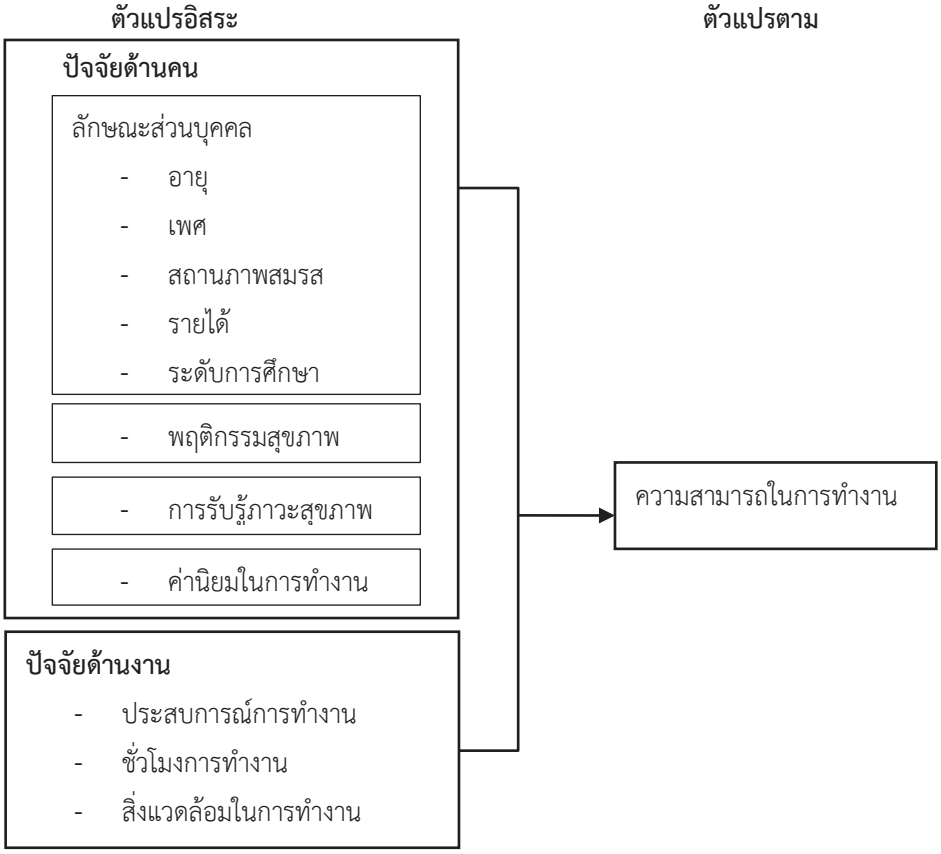
1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม
3. เพื่อทำนายความสามารถของปัจจัยด้านคน และปัจจัยด้านงานต่อความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่านิยมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม
2. ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม
3. ปัจจัยด้านคนและปัจจัยด้านงานสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการทำงานตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการทำงานของ อิมาลิเนน[6] โดยอธิบายในรูปแบบบ้านของความสามารถในการทำงานที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย 4 ชั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Human resources) ได้แก่ โครงสร้างชั้นที่ 1คือ สุขภาพ (health) และความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacities) โครงสร้างชั้นที่ 2 คือ ความรู้ความสามารถของบุคคล (Competency) ประกอบด้วยความรู้ (Knowledge) และทักษะความชำนาญ (Skill) ในการทำงานให้สำเร็จ โครงสร้างชั้นที่ 3 คือ ค่านิยม (Value) ปัจจัยด้านงาน (Work) ได้แก่ โครงสร้างชั้นที่ 4 ปัจจัยด้านงาน (Work) เป็นชั้นที่ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Environment) ความต้องการในงาน (Demands) ภาระงาน (Exposures) แผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวนาในจังหวัดนครปฐมที่ขึ้นทะเบียนเกษตรกรชาวนาในรอบปีงบประมาณ 2559 จำนวน 23,450 ครัวเรือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 380 คน จากการคำนวณ[7] ดังนี้

$$n = \frac{(23{,}450 * (1.96)^2) * 0.35 * (1 - 0.35)}{(23{,}450-1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.35) * (1 - 0.35)}$$

$$= \frac{20{,}494.45}{58.62 + 0.87}$$

$$= \frac{20{,}449.45}{59.49}$$

= 344 ครัวเรือน

เพื่อป้องกันความผิดพลาดหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่น้อยกว่า 380 ครัวเรือน

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอ ได้แก่ อำเภอบางเลน อำเภอกำแพงแสน อำเภอดอนตูม ขั้นที่ 2 กำหนดสัดส่วนของตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร อำเภอบางเลน จำนวน 278 คน อำเภอกำแพงแสน จำนวน 70 คน และอำเภอดอนตูม จำนวน 32 คน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่ายเลือกตำบล หมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 4เลือกครอบครัวชาวนาที่อยู่ในหมู่บ้านโดยกำหนดให้ตัวแทนกลุ่มประชาการ 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self – administered Questionnaire) จำนวน 1 ชุด มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันเท่านั้นไม่รวมถึงพฤติกรรมในอดีตที่เคยปฏิบัติมา ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปิด เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันเท่านั้นไม่รวมถึงพฤติกรรมในอดีตที่เคยปฏิบัติมา จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพ SF-36[8] แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ทางกาย 2) บทบาททางกาย 3) การทำหน้าที่ทางสังคม 4) บทบาททางอารมณ์ 5) อาการปวดเกี่ยวกับร่างกาย 6) สุขภาพจิต 7) พลังงาน 8) สุขภาพ จำนวน 36 ข้อ แบ่งช่วงคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งหมดเทียบระดับเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้ ช่วงคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี (Poor health) ช่วงคะแนนร้อยละ 50 – 75 เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี (Good health)

ส่วนที่ 4 ค่านิยมในการทำงาน ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Wollack[9] โดยแบ่งองค์ประกอบค่านิยมในการทำงานออกเป็น 6 ด้าน คือ ความภาคภูมิใจในงาน ความสนใจเกี่ยวกับงาน ความพอใจในกิจกรรม เจตคติต่อผลตอบแทน สถานภาพทางสังคม ความก้าวหน้าในชีวิต มีข้อคำถามทั้งเชิงบวก จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 ลักษณะงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะงาน ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ชั่วโมงในการทำงานต่อวัน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์ และจิตสังคม มีข้อคำถามลักษณะคำถามแบบปลายปิด จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 6 ความสามารถในการทำงาน เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำงาน

โดยจะใช้ดัชนีชี้วัดความสามารถในการทำงาน (Work Ability Index: WAI)[10] โดยมีส่วนประกอบ 7 ดัชนีตัวชี้วัด ได้แก่ ดัชนีที่ 1 ความสามารถในการทำงานในปัจจุบันเมื่อเทียบกับความสามารถในการทำงานที่ดีที่สุดที่ผ่านมา ดัชนีที่ 2 ความสามารถในการทำงานในลักษณะงานหลัก แบ่งเป็นความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้กำลังร่างกาย และความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้กำลังความคิด ดัชนีที่ 3 จำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ดัชนีที่ 4 ผลกระทบต่อการทำงานในปัจจุบัน จากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บต่างๆ ดัชนีที่ 5 จำนวนวันในการหยุดงาน เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือจากการเจ็บป่วย ดัชนีที่ 6 การประเมินความสามารถในการทำงานของตนเอง ดัชนีที่ 7 การประเมินแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 7–49 คะแนน โดยแบ่งดัชนีความสามารถในการทำงานออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 7–27 คะแนน มีความสามารถในการทำงานในระดับต่ำ 28–36 คะแนน มีความสามารถในการทำงานในระดับปานกลาง 37–43 คะแนน มีความสามารถในการทำงานในระดับดี 44–49 คะแนน มีความสามารถในการทำงานในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index - CVI) เท่ากับ 0.96 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดลองใช้กับชาวนากลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Cronbach's alpha coefficient)[11] การรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.87 ค่านิยมในการทำงาน เท่ากับ 0.90 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เท่ากับ 0.93 ความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.88

เก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับการรับรองการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ MUPH 2017 – 144 จึงดำเนินการติดต่อขอเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ก่อนทำการเก็บข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ทำแบบสอบถาม กำหนดวัน เวลา สถานที่เพื่อลงเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นไม่ระบุเป็นรายบุคคลที่เฉพาะเจาะจง ได้ข้อมูลตอบกลับมาจำนวน 380 คน คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ไคสแคว์ (Chi-square) และ Fisher's Exact test และนำปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานมาหาปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคทวิ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลของชาวนาในจังหวัดนครปฐมมีเพศชายและเพศหญิงสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยมีเพศชาย ร้อยละ 53.9 เพศหญิงร้อยละ 46.1 อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 22.6 (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.85 ปี S.D. =13.15) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.7 รายได้จากการทำนาอยู่ในช่วง 50,001 – 100,000 บาทต่อปี ร้อยละ 81.0

1.2 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ชาวนามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ร้อยละ 15.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 33.2 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 67.1 รับประทานอาหารไขมันสูงร้อยละ 5.0 มีปัญหาในการนอนหลับ ร้อยละ 7.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่า มีการเปลี่ยนคู่นอน ร้อยละ 3.9 มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ร้อยละ 4.2 สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 49.5 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 70.0 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 56.6 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 75.0 และมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยเฉพาะในการทำงานโดยใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีร้อยละ 95.8

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ชาวนามีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.7 และระดับไม่ดี ร้อยละ 5.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.76 (S.D. = 13.39) มีภาวะเจ็บป่วยแต่ไม่ส่งผลต่อการทำงาน ส่วนใหญ่ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ

1.4 ค่านิยมในการทำงาน พบว่า ชาวนาส่วนใหญ่มีระดับค่านิยมในการทำงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ68.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.6 (ค่าเฉลี่ยค่านิยมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4.16, S.D. = 0.54)

1.5 ลักษณะงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่า ชาวนาส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานยาวนาน เฉลี่ย25.67 ปี (S.D. = 13.11) ทำงานเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมงต่อวัน มีวันหยุดในการทำงานเฉลี่ย 2 วันต่อสัปดาห์ และมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ดี ร้อยละ 64.2 เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ได้แก่ อุบัติเหตุจากการใช้อุปกรณ์ทางการเกษตร แมลงและสัตว์มีพิษกัดต่อย

ส่วนที่ 2 ระดับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่ชาวนามีความสามารถในการทำงานในระดับดี ร้อยละ 61.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.8 และดีมาก ร้อยละ 17.1 (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and percentage of the sample separated by work ability levels. (n=380)

Work ability levels	Number	Percent
Moderate work ability level (28-36)	83	21.8
Good work ability level (37-43)	232	61.1
Excellent work ability level (44-49)	65	17.1
$\bar{X}$= 39.91 SD=4.10 Min-Max= 28.50 - 47.0		

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคน ปัจจัยด้านงานกับความสามารถในการทำงาน

1. ปัจจัยด้านคน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ค่านิยมในการทำงาน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถใน การทำงาน ได้แก่ อายุ (p<0.001) สถานภาพสมรส (p=0.017) ระดับการศึกษา (p=0.007) การดื่มสุรา (p=0.025) ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (p=0.042) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (p<0.001)

2. ปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน วันหยุด และสิ่งแวดล้อมในการทำงานพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน (p<0.001) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การทำงานของชาวนามีความสัมพันธ์กับอายุและระดับการศึกษา (p<0.001) (ตารางที่ 2)

Table 2 Shows relationship between human factors, work factors and work ability.

General information	Work ability levels				x^2 (df)	Crude OR (95%C.I)	p-value
	Moderate (n= 83)		Good (n=297)				
	n	%	n	%			
Age					71.104	7.749	< 0.001*
≤ 29	3	8.8	31	91.2	(1)	(0.825-2.188)	
30-39	2	4.3	45	95.7			
40-49	6	6.6	85	93.4			
50-59	27	22.1	95	77.9			
≥60	45	52.3	41	47.7			

General information	Work ability levels				x^2 (df)	Crude OR (95%C.I)	p-value
	Moderate (n= 83)		Good (n=297)				
	n	%	n	%			
Marital status					8.118	1.643	0.017*
Single	6	9.2	59	90.8	(1)	(0.888-3.040)	
Married	68	23.8	218	76.2			
Widowed	9	31.0	20	69.0			
Education level					7.196	7.881	0.007*
≤ Primary	80	24.0	254	76.0	(1)	(3.325-18.683)	
> Primary	3	6.5	43	93.5			
Alcohol drinking					5.050	1.897	0.025*
Do no drink	64	25.2	190	74.8	(1)	(1.079-3.335)	
Drink	19	15.1	107	84.9			
Energy drink drinking					4.138	1.403	0.042*
Do no drink	35	28.0	90	72.0	(1)	(1.016-2.768)	
Drink	48	18.8	207	81.2			
Perceived health status					34.945	12.882	< 0.001*
poor	15	75.0	5	25.0	(1)	(4.53-36.66)	
good	68	18.9	292	81.1			
Working experience					50.443	7.690	< 0.001*
≤ 25 years	14	7.2	181	92.8	(1)	(4.137-14.296)	
> 25 years	69	37.3	116	62.7			

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติคทวิ พบว่าปัจจัยที่สามารถคาดทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการทำงานเป็น 8 เท่าเมื่อเทียบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี (Adjusted OR=7.60, 95% CI = 2.44–23.58) ประสบการณ์การทำงาน ชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 25 ปี มีความสามารถในการทำงานเป็น 6 เท่า เมื่อเทียบกับชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า (Adjusted OR= 6.18, 95% CI=3.25–11.74) (ตารางที่3)

Table 3: Binary logistic regression analysis of the sample' work ability.

Variables	B	S.E.	Wald (df)	p-value	Adj. OR	95%C.I.for Exp.(B)	
						Lower	Upper
- Perceived health status	2.207	.578	12.287 (1)	< 0.01	7.60	2.44	23.58
- Working experience	1.821	.328	30.899 (1)	< 0.01	6.18	3.25	11.74

Nagelkerke R Square = 27.2, Constant = -1.699

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าชาวนาในจังหวัดนครปฐมส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะชาวนามีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี อยู่ในช่วงวัยกลางคนซึ่งมีภาวะสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีโรค ทำให้มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ilmarinen[2] พบว่าความสามารถในการทำงานจะลดลงเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยกลางคนหรืออายุประมาณ 45 ปี ทั้งนี้เกิดจากความเสื่อมถอยทางสุขภาพที่เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ความแตกต่างของกลุ่มอายุกับความสามารถในการทำงาน กลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีระดับความสามารถในการทำงานดีกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาต่ำ ทำงานมานาน มีความสัมพันธ์กับความ สามารถในการทำงานที่ลดลง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ชาวนาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการทำงานเป็น 8 เท่า เมื่อเทียบกับชาวนาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการทำงาน การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนั้นต้องครอบคลุมมิติทั้งทางด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางด้านจิตใจ แต่ยังรวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม หากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับความสามารถในการทำงานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ตามอายุและความเสื่อมถอยของร่างกาย ในขณะที่ภาระงานมีอยู่เท่าเดิม จึงทำให้เกิดความรู้สึกต้องทำงานหนักและมากขึ้น ก่อให้เกิดความ เครียด ความเหนื่อยล้าและทำงานในสภาพเดิมได้ช้าลงกว่าเดิม ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่เป็นพื้นฐานของสุขภาพ และเป็นพื้นฐานของความสามารถในการทำงาน[12] การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความสามารถในการทำงานมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางด้านประชากร ได้แก่ ความเครียดทางร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ทักษะ สุขภาพองค์กรและสถานภาพทางสังคม[13] ความสามารถในการทำงานมีความสัมพันธ์กับอายุ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับมิติสุขภาพในด้านการทำหน้าที่ทางกาย บทบาททางกาย สุขภาพทั่วไปและสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพไม่ดี ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดีจะส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำงานลดลง ทั้งนี้การรับรู้

ภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพที่ดีจะลดน้อยลงเมื่อมีอายุมากขึ้นและจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสื่อมถอยของสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐม ความสามารถในการทำงานตามสติปัญญาการรับรู้การควบคุมจิตใจและความต้องการทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกายด้วย การรับรู้ความสามารถจะเสื่อมถอยลงตามอายุ อายุที่มากขึ้นความเร็วในการโต้ตอบและตัดสินใจจะลดน้อยลงแต่ลักษณะของจิตใจจะเข้มแข็งขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ความเครียดจากการทำงาน สภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำงานของแรงงานไทย พบว่าสภาวะสุขภาพจิตมีความ สัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง ความสามารถในการทำงานในปัจจุบันและอนาคต นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแล้วยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตใจ และความผาสุก การทำหน้าที่ทางสังคม ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการทำงานเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสำคัญมากต่อการเกิดความเครียดจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและความปลอดภัยในการทำงาน สอดคล้องกับศึกษาภาวะสุขภาพจิตและการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า WAI มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า การมีอำนาจในการควบคุมงานต่ำและการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานไม่ดีส่งผลต่อความสามารถในการทำงานโดยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าปริมาณงานที่แท้จริง สามารถทำนายความผาสุกทางด้านจิตใจและความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้

ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการทำงาน ชาวนาในจังหวัดนครปฐมมีประสบการณ์การการทำนาเฉลี่ย 25.67 ปี พบว่าชาวนาที่มีประสบการณ์การทำนาน้อยกว่า 25 ปี มีความสามารถในการทำงานเป็น 6 เท่า เมื่อเทียบกับชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปี ซึ่งจำนวนปีของประสบการณ์ทำงานมีความ สัมพันธ์กับอายุ เนื่องจากความเสื่อมถอยทางร่างกาย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับแรงงานสูงอายุ ที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้ความสามารถทางสติปัญญาจะลดลงแต่แรงจูงใจในการทำงานจะไม่ลดลง ประสบการณ์ ผลการปฏิบัติงานและอายุมีผลต่อกัน โดยประสบการณ์ทำงานมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทำงานและความสามารถในการทำงาน งานที่ใช้พละกำลังจึงไม่เหมาะสมกับแรงงานสูงอายุการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคและความสามารถในการทำงานจะลดลงในทุกกลุ่มอายุตามจำนวนปีที่ทำงาน การทำนามีลักษณะงานเป็นงานที่ใช้กำลังกายมากกว่ากำลังความคิด ภาระงานกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานในแรงงานสูงอายุ พบว่าภาระงานทางด้านร่างกายที่มากขึ้นมีผลให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง[14]

จุดอ่อนของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างระหว่างช่วงอายุมาก ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ทำให้ทราบ

ถึงระดับความสามารถในการทำงานของชาวนาสูงอายุมากกว่าทุกกลุ่มวัย

จุดแข็งของการวิจัย

สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรที่เก็บข้อมูลได้อย่างแท้จริง กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรได้ดี วิธีการที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้ตอบด้วยตนเองมีความเหมาะสมได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริง มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนเข้าเก็บข้อมูล เพื่อไม่ให้กระทบกับการทำงานและการดำเนินชีวิตตามปกติ ผลการวิจัยทำให้เห็นว่าชาวนาส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานสูงอายุแต่ยังมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี ดังนั้นการส่งเสริมให้สามารถทำงานได้ยาวนานต่อจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อชาวนา เพราะเป็นอาชีพที่ต้องทำงานโดยไม่มีวันเกษียณอายุ

สรุป

ความสามารถในการทำงานของชาวนาในจังหวัดนครปฐมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และพบว่าชาวนาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะมีความสามารถในการทำงานเป็น 8 เท่าเมื่อเทียบกับชาวนาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 25 ปี จะมีความสามารถในการทำงานเป็น 6 เท่าเมื่อเทียบกับชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปีขึ้นไป การรับรู้ภาวะสุขภาพและประสบการณ์การทำงานสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของชาวนาได้ร้อยละ 27.2

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ด้านบริหาร

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยควรมีการส่งเสริมสนับสนุน จัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้ชาวนามีภาวะสุขภาพที่ดี เสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและเพิ่มความสามารถในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นตั้งแต่วัยแรงงานจนถึงสูงอายุให้สามารถทำงานได้ยาวนานต่อไป

2. หน่วยงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ควรมีการสนับสนุนการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./ PCU ของโรงพยาบาลชุมชน) อย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ เน้นการป้องกันโรค การควบคุมโรคและการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน วินิจฉัยรักษาพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อ รวมถึงการให้สุขศึกษา คำปรึกษาและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเกษตรกร โดยมุ่งเน้นการพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายร่วมกันในชุมชนและการร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ด้านวิชาการ

หน่วยงานอาชีวอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแรงงานนอกระบบควรมีการจัดทำโปรแกรม สนับสนุนการลดการดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการอารมณ์ให้กับชาวนา โดยการจัดทำสื่อต่างๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ลงพื้นที่ให้เข้าถึง

อย่างแท้จริงเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานของชาวนาให้ดียิ่งขึ้น

ด้านบริการ

ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คลินิกสุขภาพเกษตรกรที่ดำเนินการในที่ตั้งในหน่วยบริการสาธารณสุขตามนโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพที่เป็นชาวนาเช่น การสำรวจ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง การวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ สร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ให้กับชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรสร้างโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มชาวนาที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 25 ปีขึ้นไป

References

1. Kaleta D, Makowiece-Dabrowska T, Jegier A, Leisure-Time Physical Activity, Cardio-respiratory Fitness and Work ability: A study in Randomly Selected Residents of Lodz 2004; 17(4): 457-64.
2. Ilmarinen J. Promotion of work ability during aging. In Kumashiro M, ed. Aging and work. Taylor & Francis, London and New York 2003; 21–36.
3. Yaruang N. Sukonthasarn P. Occupational Safety Behaviors and Health Status among Rice Farmers in Chiang Rai Province**.** Journal of the Royal Thai Army Nurses 2016; 17(2): 163-74. (in Thai)
4. Jino J. The study of characteristic and related factors of occupational injuries of farmers in Sankamphaeng district, Chiangmai, Thailand. [Master Thesis of Science]. Chulalong University; 2014. (in Thai)
5. Setthetham D, Nathapindhu G, Ishida W, Patte T. Risk behavior and factors affecting to health in rice farmers. Journal for Public Health Research 2013; 6(2): 4-12. (in Thai)
6. Ilmarinen J. Toumi K. Past, Present and Future of Work Ability. People and Work Research Report 2004; 65: 1-25.

7. Daniel, WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Science. 6th Edition, Wiley New York 1995; 273-303.
8. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version) Thai Journal Pharmacy Science 2005; 29(1-2): 69-88. (in Thai)
9. Wallack S, Goodale JG, Witjing JP, Smith PC. Development of the Survey of Work Values. Journal of Applied Psychology 1971; 55(4): 331-8.
10. Keawboonchoo O, Ratanasiripong P. Phychometric properties of the Thai version of the work ability index (Thai WAI). Faculty of Public Health Mahidol University, 2007. (in Thai)
11. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika 1951; 16(3): 297-8
12. Ilmarinen J, Tuomi K, Seitsamo J. New dimensions of work ability. In Costa G, Goedhard W, Ilmarinen J, eds. Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers. Elsevier; International Congress Series 2005; 1280: 3–7.
13. Juszczyk G. Work Ability Index (WAI) value in a sample of the working population in Poland. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2019; 26(1): 78-84.
14. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M, Aging, work, lifestyle and work ability among Finnish municipal workers in 1981–1992. Scand J Work Environ Health 1997; 23(1): 58–6.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จุฑาทิพย์ ศรชัย*

อาภาพร เผ่าวัฒนา พัชราพร เกิดมงคล*****

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคยาวนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแล การรับรู้ในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล (r =0.20, 0.17, 0.21 ตามลำดับ p-value < .05) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (r= -0.19, -0.16, -0.29, -0.21 ตามลำดับ, p-value < .05) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 14.6

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวและอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม/ ผู้ดูแลหลัก

---

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Depression of Caregivers of Older Adult with Dementia

Chutatip Sornchai*

Arpaporn Powwattana Patcharaporn Kerdmongkol*****

Abstract

Dementia is a chronic disease with long progression and growing severity with increasing age. If dementia progresses as continually to the point that patients are unable to support themselves, patients are required more care with effects on caregivers in many areas. This study was a descriptive research aimed to examine the factors related to depression in caregivers of older adult with dementia by using the conceptual framework of Ecological model of health behavior. The subjects were 160 primary caregivers who took older adult with dementia for treatment at the Older Adult Clinic and the Memory Clinic, Out-Patient Department, Ramathibodi Hospital. Data collection was carried out from July to September 2017. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and multiple regression statistics with significance set at .05

Findings indicated that the participants had depression 6.3%. The factors positively correlated with depression in caregivers of older adult with dementia are age, chronic disease and length of care (r =0.20, 0.17, 0.21, p-value < .05). The factors negatively correlated with depression in caregivers of older adult with dementia are care readiness, relationships between caregivers and older adult with dementia, caregivers' social support and participation in activities of the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Thailand (r = -0.19, -0.16, -0.29, -0.21, p-value < .05). Caregivers' social support, age and length of care were able to predict depression in caregivers at 14.6 %.

The findings can be applied as a guideline for enabling caregivers of older adult with dementia cope and manage problems appropriately as they adapt and live with older adult with dementia happily while having good quality of life.

Keywords: Depression/ Older adults with dementia/ Primary caregiver

Article info: Received May 2, 2019; Revised December 25, 2019; Accepted August 23, 2020.

* Graduate student in Master of Nursing Science Major in Community Nurse Practioner, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคยาวนานและเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น[1] มีการเสื่อมหน้าที่ของการรับรู้และเชาว์ปัญญา จนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และบางครั้งอาจมีอาการของโรคจิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย[2] หากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลทำให้เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว เกิดความต้องการการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการดูแลที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง การเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นจึงเป็นการเพิ่มบทบาทเดิมที่มีอยู่ อีกทั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก ได้แก่ การที่ได้ดูแลผู้ป่วย เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวที การได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลบุคคลที่ตนเองรัก การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ[3] ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ส่วนผลกระทบด้านลบ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ภาวะเศรษฐกิจ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาของพาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตัง[4] โดยใช้แบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory: CBI พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบด้านเวลาต่อผู้ดูแลมากที่สุด กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน รองลงมาได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ[5] ในเรื่องภาระและผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผลกระทบด้านร่างกาย ร้อยละ 52.8 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 38.9 มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และร้อยละ 8 มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 9 ต้องลาออกจากงานประจำหรือหยุดงาน เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดรายได้ ร้อยละ 18 ที่เคยมีรายได้จากการทำงานประจำมีรายได้ลดลง และร้อยละ 20.55 รู้สึกสูญเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ เช่น โอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ และ สังคม เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ทำให้บางครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ผลกระทบด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 86 ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 6 เกิดความขัดแย้งและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลักภาระให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ผลกระทบด้านอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 86 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด เศร้า เนื่องจากในช่วงที่ผู้สูงอายุอยู่ในระยะสมองเสื่อมปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ขาดประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แต่ต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเกิดความรู้สึกเครียด และบางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก “ดูแลแล้วเป็นบุญหรือบาป”[5] จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ดูแล เป็นความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ขัดแย้งทางอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเคารพ ความโกรธ ความละอายและเกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกสูญเสียต่อตนเอง และเมื่อความต้องการการดูแลมีมากกว่าแรงสนับสนุนที่มีอยู่ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกหมดพลังอำนาจ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าได้

จากรายงานของ National Family Caregiver Alliance[6] พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมผ่านประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาหรือเป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (HADS) ของพชรมณฑ์ ลำเลียงพล[7] พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12 โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอและต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่ยับยั้งชั่งใจ จากการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ของ ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ[5] พบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดอารมณ์เศร้า โดยร้อยละ 15 มีอาการร้องไห้ เสียใจบ่อย รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง และจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ[8] พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 42.9 เกิดความเครียด และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติร้อยละ 76.2 เกิดความเครียดจากการดูแล หากความเครียดคงอยู่เป็นเวลานาน การตอบสนองทางอารมณ์ก็จะคงอยู่และอาจมีการตอบสนองที่มากขึ้น เพราะบุคคลไม่มีโอกาสที่จะคืนความสมดุลทางอารมณ์ได้ ทำให้รู้สึกตึง

เครียดและวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อยๆ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด[9]

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน เช่น ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ[10,11] อายุ[11] ระดับการศึกษา[12] โรคประจำตัว[12] สถานภาพสมรส[13] รายได้[14] ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย[14] ความพร้อมในการดูแล[15] ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว[16] ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม[17] และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีการจัดตั้งสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมขึ้น[1] ในเดือนกรกฎาคม 2541จากการรวมตัวกันของบรรดาญาติผู้ป่วย และผู้ที่พร้อมจะให้ความสนับสนุน มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล ให้ความเข้าใจและติดตามความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ดำเนินการให้มีการค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกของโรค ประสานงานสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีความหลากหลายทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยเชิงเดี่ยวโดยศึกษาเฉพาะปัจจัยในแต่ละระดับ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคล ดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ โดยผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยในการศึกษา ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมเนื่องจากในสภาวะปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง และส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไรและมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

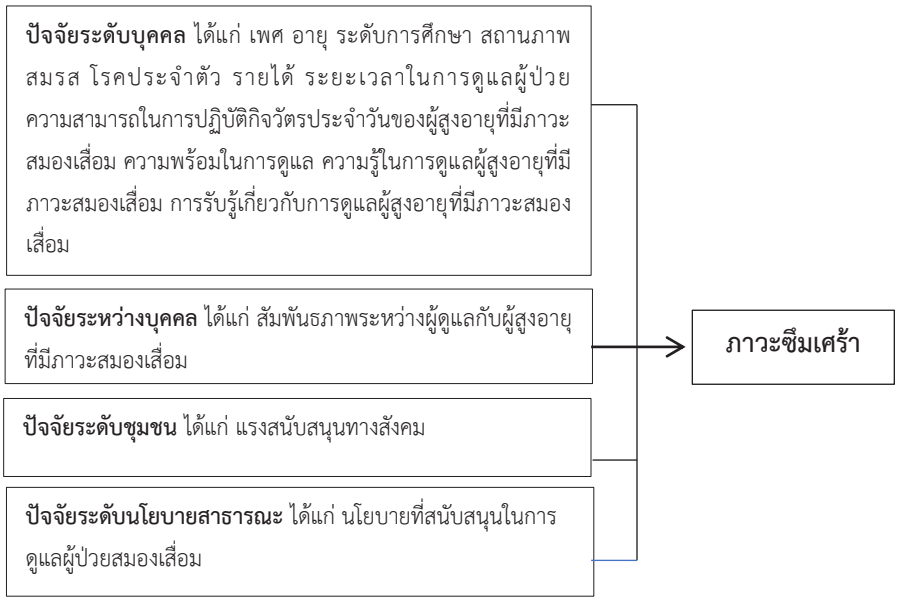
1. เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ระดับการศึกษา รายได้ ความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความพร้อมในการดูแล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคม นโยบายที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับชุมชน และนโยบายสาธารณะ



กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาในคลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 โดยเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ในฐานะ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel,1999) โดยใช้ค่า p คือ สัดส่วนของการเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาของพชรมณฑ์ ลำเลียงพล มีค่าเท่ากับ 0.12 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 145 คน ทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 160 คน เก็บข้อมูลในญาติผู้ป่วยทุกคนที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการตรวจจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 144 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบชนิดเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมิน The Barthel ADL index จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ใช้เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดินทางการเคลื่อนที่ การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ การขึ้นลงบันได โดยคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มากขึ้นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูแลของสจ๊วต และอาร์ชโบลด์ พัฒนาโดย สุปราณี สมบูรณ์[15] จำนวน 28 ข้อ เพื่อสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม 8 ด้าน รูปแบบการประเมินเป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มี 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีความพร้อม มีความพร้อมในการดูแลน้อย มีความพร้อมในการดูแลปานกลาง มีความพร้อมในการดูแลมาก และมีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson) สูตร KR–20 มีค่าเท่ากับ 0.62

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประเมินการรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรค การจัดการปัญหาในการดูแล ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม กิจกรรมบำบัดและการมาพบแพทย์ตามนัด รูปแบบการประเมินเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.84 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยคมสัน แก้วระยะ[19] ตามแนวคิดและทฤษฎีขององค์ประกอบสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือร่วมกับดัดแปลงส่วนที่ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ได้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) จำนวน 20 ข้อ ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ได้รับการดูแล 2 ด้าน รูปแบบการประเมินเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ตรงกับความรู้สึกและสภาพจริงมากที่สุด ตรงกับความรู้สึกและสภาพจริงมาก ตรงกับความรู้สึกและสภาพจริงน้อย และไม่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพจริงเลย มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ85 Part II) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ชมนาด วรรณพรศิริ[20] ตามแนวคิดของแบรนท์และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert)[21] จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน รูปแบบการประเมินเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ตรงกับความเป็นจริงมาก ตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ ตรงกับความเป็นจริงเพียงเล็กน้อย และไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์[22] ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัวและความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินและสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุด นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน แล้วนำมาเทียบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือน้อยกว่า 21 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 21–25 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน 26–34 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง 35–40 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และมากกว่า 40 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ 01-60-45

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยการทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise method ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ โดยตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 56.8 ปี (S.D.= 13.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 51.3 และมีการศึกษาระดับอุดมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 72.5 มีรายได้เฉลี่ย 26,285.8 บาทต่อเดือน (S.D.=26203.3) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.8 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 5.8 ปี (S.D.= 4.6) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแล 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 69.4 รองลงมาคือเป็นสามี ร้อยละ 10.6 โดยผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.9 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.1 ไม่มีภาระในการดูแล ร้อยละ 63.8 และมีภาระในการดูแล ร้อยละ 36.4 โดยส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.8 มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.8 มีการรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.8 มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.4 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 73.1 และเคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 26.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 86.2 และเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 13.8 และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ ไม่เป็นภาระพึ่งพามากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือเป็นภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 25.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 โดยแยกออกเป็นภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ 3.8 ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ 1.9 และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ร้อยละ 0.6

Table 1 Correlations between Personal Factors, Interpersonal Factors, Community Factors and depression among caregivers of older adult with dementia analyze by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. (n = 160)

Factors	Pearson's Product Moment Correlation Coefficient (r)	p-value
Sex	0.04	0.61
Age	0.20	0.01*
Marital status	0.12	0.13
Chronic diseases	0.17	0.03*
Length of care	0.21	0.01*
Income	-0.13	0.09
Level of education	-0.10	0.21
Severity of dementia	-0.05	0.53
Care readiness	-0.19	0.02*
Care knowledge	-0.12	0.14
Perception of care	-0.12	0.15
Relationships	-0.16	0.04*
Social support	-0.29	0.00*
Participation in activities of the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association	-0.21	0.01*
Membership in the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association	-0.01	0.90

* p-value < 0.05

Table 1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= 0.120 , 0.17, 0.21 ตามลำดับ) ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= -0.19, -0.16, -0.29, -0.21 ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

Table 2 Factors Predicting Depression among caregiver of Older adult with Dementia using Multiple Regression Analysis with the Stepwise Method.

Predictive Factors	B	Beta	t	p-value
Social support	-0.142	-0.304	-4.085	.000
Age	0.127	0.215	2.868	.005
Length of care	0.264	0.158	2.124	.035

p-value < 0.05, R^2 = 0.162, Adjusted R Square= .146, Constant= 0.038, F=10.086, p-value= .000

จาก Table 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise method พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสามารถคาดทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 14.6 และปัจจัยที่สามารถคาดทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Beta = -0.304) รองลงมา คือ อายุของผู้ดูแล (Beta = 0.215) และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Beta = 0.158)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.3 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง ร้อยละ 3.8 ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน ร้อยละ 1.9 และภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพชรมณฑ์ ลำเลียงพล[7] ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับการรักษาโดยพบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 56.8 ปี (S.D.= 13.0) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.9 การที่ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก ทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทผู้ดูแลได้นาน[23] ด้านรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 26,285.8 บาทต่อเดือน (S.D.= 26203.3) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ไม่มีปัญหากับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และมีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 72.5 ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถใช้เหตุผล หาวิธีแก้ปัญหาได้ดี สามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และยังสามารถแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ[14,24] จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกกดดันและไม่เกิดความเครียด และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 และมีการรับรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.8 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลายด้าน ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแลเพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้[25] และการที่มีการรับรู้ ทัศนคติที่ดีในการดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีในการดูแล ก็จะทำให้เกิดความเครียด และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ประกอบกับการมีนโยบายที่สนับสนุนในการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยทางสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีการฟังบรรยายและเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย (Support Group) ณ ศูนย์เสริมพลังสร้างสุขภาพ ชั้น 1 อาคารเรียนรวมและปฏิบัติการโรงพยาบาลรามาธิบดี ทุกวันอาทิตย์ที่ 4 ของเดือน มีจดหมายข่าวจากสมาคม เพื่อให้สมาชิกได้รับทราบความเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่างๆ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำในเรื่องสถานที่บำบัดความเข้าใจในเรื่องโรคและความช่วยเหลือด้านอื่นๆ การให้ความรู้ความเข้าใจ เอกสาร VDO เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การจัดเตรียมสถานที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวัน กลุ่มสัมพันธ์สำหรับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 5.8 ปี (S.D.=4.6) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแล 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือระยะเวลาในการดูแล 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานอาจเป็นการเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้ดูแล ทำให้มีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น[14] ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.6 ยังสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครอบครัวและสังคมได้ อาจเนื่องมาจากการได้รับการรักษาที่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระ ไม่เกิดความเครียดจากการดูแล และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.8 แสดงให้เห็นว่า ความพร้อมในการดูแลส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับการยอมรับและเข้าใจสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม[26]

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพด้านการยอมรับความเป็นบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=2.3, S.D.=0.4) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=2.2, S.D.=0.5) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความเคารพและยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สุงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงตลอดจนอาจมีปัญหาเรื่องความจำ ความสนใจ การตัดสินใจหรือพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุนั้นจะช่วยให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน พร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือการแสดงออกซึ่งการช่วยเหลือต่อกัน ก่อให้เกิดความพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข[27] ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.9 และมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 2.6, S.D.=0.7) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยป้องกันและดูดซับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงที่บุคคลมีความเครียด[28] แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง[29] และสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Ecological model of health behavior) ซึ่งกล่าวว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีหลายระดับ ตั้งแต่ ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและชุมชน ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่และมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ช่วยป้องกันและดูดซับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด ทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น การที่ผู้ดูแลได้รับความรัก ความผูกพันใกล้ชิดจาก บุคคลรอบข้าง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ได้ถึงคุณค่าของตนเอง มีโอกาสได้ช่วยเหลือบุคคลรอบข้าง ได้รับความช่วยเหลือและได้รับกำลังที่ดี ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดี ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลอีกด้วย ประกอบกับ อายุของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างเยอะ ซึ่งบุคคลในวัยนี้ จะมีประสบการณ์ในการดูแล มีความสามารถในการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดี แต่การที่ผู้ดูแลมีอายุมาก ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย สภาพร่างกายที่เสื่อมถอย จำนวนเซลล์สมองที่ลดลง สารสื่อประสาท ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางกายร่วม ประกอบกับระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของอารมณ์ในทางลบ แม้ว่าบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาจะมีการปรับตัว แต่การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ลบอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาได้

จุดอ่อนของการศึกษาในงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่พาผู้สูงอายุมารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดีเท่านั้น ปัจจัยในการศึกษาในครั้งนี้ในส่วนของอิทธิพลจากระบบนิเวศจึงมีข้อจำกัด อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่านั้น

จุดแข็งของการศึกษาในงานวิจัย

เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากในสภาวะปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ และโรคที่ผู้สูงอายุมักเป็นอยู่เสมอคือ โรคสมองเสื่อม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวสมองเสื่อมมีร้อยละ 6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 14.6

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ด้านปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินคุณภาพการดูแล และสังเกตภาวะเครียดในผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาระเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านของตน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแล ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหรือบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์และด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลต่ำที่สุด ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล เน้นการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับญาติระหว่างให้การดูแล การจัดกลุ่มสนทนาสำหรับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เป็นต้น

3. ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก และมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ดังนั้น ควรจัดหาผู้ดูแลแทน หรือควรมีการเตรียมสมาชิกภายในบ้านให้ช่วยในการดูแล เพื่อลดความเครียด หรือความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแลที่อาจจะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาจะพบว่า สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการจัดกิจกรรม การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้ว แต่จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้น ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้บริการ ศึกษาหาความรู้ในการดูแล เพื่อเป็นการลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลและเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลอีกทางหนึ่ง

2. ควรมีศูนย์การให้ข้อมูล แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีเบอร์โทรศัพท์ให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทที่ต่างออกไป เช่น ในชุมชน เป็นต้น เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะศึกษาในเขตเมือง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอาจมีความหลากหลายและแตกต่างกัน

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมกระตุ้นการทำงานของสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นการชลอความรุนแรงของโรค คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาวะการพึ่งพา และลดผลกระทบต่อผู้ดูแล

References

1. The Alzhemeimer's Disease and Related Disorders Association. About Association [Internet]. 2010 [cited 2017 August 28]. Available from: http://www.azthai.org
2. Srisurapanont M, Dissayawanit J. Textbook of psychiatry. Chiang mai: Sangsilp; 1999.
3. Nitchapa M, Chamaiporn K, Supasit P, Vipan P, Satayavongthip B. Role of Family Caregivers for The Elderly with Alzheimer's Disease. Journal of Nursing and Health Sciences 2012; 6(2): 122-3. (in Thai)
4. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 2013; 58(1): 101-10. (in Thai)
5. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
6. Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving. Selected caregiver statistics [Internet]. 2001 [cited 2011 October 19]. Available from: https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-demographics.
7. Lamliangpon P. Anxiety-depression and quality of life in dementia caregivers. Journal of Mental Health of Thailand 2015; 23(2): 112-24. (in Thai)

8. Tangchurat S. A comparative study of burdens and stress between relative and non-relative caregiver of alzheimer' s disease patients. [Master thesis (Mental Health)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
9. Otrakun A. Mental health. Bangkok: Wphat; 1997.
10. Chirawatkul S. Depression in middle-aged women. Bangkok: Dansudtankarnpim; 2003.
11. Ounnapiruk L. Gerontological Nursing: Neurological problems. Bangkok: Boonsirikarnpim; 2009.
12. Beck, A. T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: International Universities Press; 1967.
13. Trangkasombat U. Create EQ for life. Bangkok: Suntakarnpim; 2004.
14. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practice St. Louis: Mosby-Year Book; 2001.
15. Somboon S. Caregiving Preparedness Among Caregivers of Persons with Dementia Attending at Suan Prung Psychiatric Hospital. [Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
16. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer's dementia patients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 2012; 57(3): 335-46. (in Thai)
17. Mazure, C. M. Life Stressors as Risk Factors in Depression. Clinical Psychology: Science and Practice 1998; 5(3): 291–313.
18. Kaewraya K. Relationships between personal factors, ability of elderly to perform daily living activities, elderly and elderly caregiver relationships and role stress of caregiver of the elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi Province. [Master of Nursing Science (Nursing Education)]. Bangkok: Chulalongkorn University, 1997.
19. Wannapornsiri C. Relationship Between Social Network, Social Support and Mental Health of Nurses in Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok Province. [Master of Nursing Science (Medical and Surgical Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University, 1992.

20. Brandt, P.A., Weinert, C. The PRQ-85 A Social support measure. Nursing Research 1985; 30:272-80.
21. Lotrakul M, Sukanich P. Thai Depression Inventory. Journal of the Medical Association of Thailan 1999; 20(1):17-9.
22. Wimolrat P. Promoting the role of family caregiver. Journal of Nursing Science 1994; 14(4):33-8.
23. Kamwongpin M. Stress Coping Styles and Social Support of Suicide Attempters. [Master of Nursing Science (Mental health and psychiatric nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000.
24. Yodpet S. Elderly caregiver. Thammasat University: Bangkok; 2004.
25. Stewart BJ, Archbold PG. New measures of concepts central To and understanding of an caregiving. Unpublished manuscript. School of Nursing, Oregon Health Sciences University; 1986.
26. Chaidaroon S. Relationships between Faculty-Student Helping Relationship and Clinical Nursing Experience of Student Nursing in Private Higher Education Institutions. [Master thesis (Nursing Education)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1994.
27. Beeber LS. Depression in women. In A. B. McBride & J. K. Austin (Eds.), Psychiatric-mental health nursing: Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1996.
28. Thiangthum W, Lagampan S, Powwattana A. Community capacity building: concept and applications. Danex Intercorporation: Bangkok; 2012.

บทวิจัย

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ

กานดาวสี มาลีวงษ์* วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย**
หทัยชนก บัวเจริญ* ศรีสุดา สว่างสาลี****
เบญจวรรณ จันทพล*** ยงยส หัถพรสวรรค์****** วณิดา มงคลสินธุ์*******

บทคัดย่อ

ระบบส่งเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือที่แข็งแกร่งของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการยกระดับกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ เข้าถึง เข้าใจ ใช้ประโยชน์และบอกต่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนยังขาดข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ในพื้นที่ต่างๆ รองรับการวิจัยแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรอบรู้สุขภาพรวมทั้งพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 18 ชมรมและผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม 634 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ชุดสำหรับคณะกรรมการชมรมและผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมผู้สูงอายุ มกราคม 2561- พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์แบบจำลองจากข้อมูลปริมาณและคุณภาพบนฐานแนวคิด 4 Smart

ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชมรมผู้สูงอายุจัดให้สมาชิกเรียงจาก “ไม่ล้ม” “กินข้าวอร่อย” “ไม่ซึมเศร้า” และ “ไม่ลืม” พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนบอกต่อได้มากที่สุดด้าน “ไม่ล้ม” คือ จัดบ้านให้เป็นระเบียบและดูแลพื้นไม่ให้ลื่น ด้าน “กินข้าวอร่อย” คือ กินไข่ผักผลไม้ทุกวันเพื่อให้ได้สารอาหารจำเป็น ด้าน “ไม่ลืม” คือ วางของใช้ให้เป็นที่เพื่อให้จำได้และด้าน “ไม่ซึมเศร้า” คือ ทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นเพื่อคงคุณค่า ประยุกต์จากแบบจำลองระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิก รู้จำ ลองฝึก ทำได้ต่อเนื่องจนดีต่อสุขภาพและบอกต่อสิ่งที่ทำได้ดี” ผลการวิจัยได้สนับสนุน แนวคิดการพัฒนาระบบ สร้างเสริมสุขภาพ ผ่าน กระบวนการสร้างความรอบรู้ในระดับบุคคล โดยใช้ รูปแบบของ Smart

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ/ ชมรมผู้สูงอายุ/ ระบบส่งเสริมสุขภาพ/ การรอบรู้สุขภาพ

---

* นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
E-mail: catvanida04@yahoo.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

**** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย

***** นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

****** นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย

******* อาจารย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Elderly Health Promotion System Development through a Health Literacy Process in Elderly Clubs of the Bangkok Metropolitan Administration

Kandavasee Maleevong* Vanida Durongrittichai**

Hataichanok Buajalearn* Srisuda Sawangsalee******

Benjawan Jantapol*** Yongyot Hattapornsakwan****** Vanida Mongkolsinh*******

Abstract

A health promotion system is a potent tool for stakeholders to foster the cognitive-enhancing processes of the elderly. It serves to increase learning by being accessible, understandable, utilized and communicative in promoting healthy behaviors. However, empirical data is lacking to support critical areas. The objective of this mixed methods research design is to analyze health promotion behaviors and health literacy, as well as to develop a model of the health promotion system for the elderly in elderly clubs. The study population consisted of 18 elderly club committees and 634 elderly club members. The research instruments were of two kinds: questionnaires and in-depth interviews of elderly club committees and their members. Data was collected from January 2018 - May 2019. Quantitative data is represented by means and standard deviations. The qualitative data is analyzed using content analysis. Also, the health promotion model is a synthesis of both quantitative and qualitative data based on the 4 Smart model.

The results show that the health promotion activities that the elderly club organized for members included "Don't Fall," "Delicious Eating," "No Depression," and "Don't Forget." The health-promoting behaviors that most elderly practiced for the "Don't Fall" activity was keeping the house tidy and keeping the floor dry, "Delicious rice-eating" emphasized eating eggs, vegetables, and fruits every day to receive essential nutrients. "Do not forget" was choosing a regular place as a place to remember, and "No depression" was to do activities with other people to maintain self-value. The research results supported the system development concept of promoting health through a process of health literacy at the individual level using the 4 Smart model.

Keywords: System development/ Elderly club/ Health promotion system/ Health literacy

Article info: Received June 17, 2020; Revised July 29, 2020; Accepted August 25, 2020

* Public Health Technical Officer, Expert Level (Nutrition), Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health

** Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Community Nursing Program, Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University

*** Assistant Professor, Department of Community Nursing Program, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

**** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health

***** Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Regional Health Promotion Center 8, Udon Thani

****** Medical Doctor, Expert Level (Medical), Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health

******* Lecturer, Navamindradhiraj University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันกรุงเทพมหานคร (กทม.) มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สถิติกรมการปกครอง พ.ศ. 2559 พบว่ากทม. เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากสุดเป็น 5 อันดับแรกของประเทศ สาเหตุสำคัญมาจากการมีคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพด้านบริการสุขภาพดีขึ้น[1,2] ในจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 800,000 คนพบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 92[3] ผู้สูงอายุติดสังคมเป็นประชากรกลุ่มใหญ่และมีความสำคัญเพราะยังทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ความเสื่อมของวัยอาจนำให้เข้าสู่ภาวะเปราะบางที่ทำให้มีความสามารถทางกายลดลง เกิดความบกพร่องทางความคิดและจิตใจ เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บป่วย ให้กลายเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ความเสื่อมที่พบบ่อยมีผลให้เกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่ หกล้ม หลงลืม ซึมเศร้า มีปัญหาประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและสุดท้ายจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น[4]

การที่ผู้สูงอายุจะสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากและนานที่สุดและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนให้ส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรม ดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นจากการมีความรอบรู้สุขภาพที่ดีเพียงพอจึงจะผลักดันให้บรรลุการส่งเสริมสุขภาพเป้าหมายที่ต้องการซึ่งประกอบด้วยการเข้าถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ เข้าใจปัจจัยปกป้องเพื่อเลือกใช้ข้อมูลที่ดีต่อสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนวิธีดูแลสุขภาพตนเองและถ่ายทอดประสบการณ์สู่ผู้อื่น ซักถามหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากบุคคลหรือแหล่งที่น่าเชื่อถือ แยกแยะและสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันและนำประสบการณ์การดูแลตนเองไปถ่ายทอดสู่บุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยให้ผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น[5] โดยการส่งเสริมสุขภาพเป้าหมาย 4 Smart ได้แก่ Smart Walk คือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม Smart Brain คือ ฝึกฝนทักษะทางสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม Smart Sleep คือ นอนหลับเพียงพอ และ Smart Eating คือ กินตามหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้และโปรตีนคุณภาพสูง[6]

กทม. กำหนดแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2561–2564) โดยมีเป้าหมายที่จะดูแลผู้สูงอายุทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม[7] มีการบริหารจัดการงานพัฒนาผู้สูงอายุที่บูรณาการกับหน่วยงานเกี่ยวข้องบนฐานข้อมูลพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เผยแพร่องค์ความรู้และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนบนกลยุทธ์ PIRAB (Partner Invest Regulate and Legislate Advocate and Build capacity)[8] ชมรมผู้สูงอายุถือเป็นกลไกและพื้นที่ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นร่วมกับคนช่วงวัยเดียวกันเพื่อคงไว้หรือพัฒนาศักยภาพ เพื่อปรับตนเองให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัย ชมรมยังเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารสวัสดิการสังคม จัดบริการต่าง ๆ และช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบปัญหา

สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพฯ รายงานว่าชมรมผู้สูงอายุใน กทม. มีจำนวน 395 ชมรม สมาชิก 44,344 คน กิจกรรมของชมรมถือเป็นหัวใจ

สำคัญที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเองจนนำไปปฏิบัติด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ กิจกรรมเชิงสังคมและกิจกรรมเชิงสุขภาพ[9] โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หากแต่ไม่มีการศึกษายืนยันว่ากิจกรรมที่ออกแบบบนกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพมีประสิทธิผลต่อความรอบรู้สุขภาพเพียงใด ผลพบเพียงว่าจัดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของสมาชิก อาทิ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมต่อเนื่องสม่ำเสมอ กิจกรรมเชิงสังคมทำให้อารมณ์แจ่มใส ไม่หมกมุ่นหรือซึมเศร้า คงการรับรู้ ไม่หลงลืมง่าย คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น รวมถึงการมีสมาชิกภาพของชมรมในกลุ่มเครือข่ายสังคมส่งผลด้านบวกให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถนะทางกายดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[10]

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กทม. ระยะที่ 2 (พ.ศ.2561–2564) เป็นกรอบชี้นำให้ภาคีเครือข่ายใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบนมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ในความสามารถดูแลตนเองที่จำเป็นด้วย 4 Smart (Walk Brain Sleep Eat หรือ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)[11] ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์กฎบัตรออตตาวาโดยจะต้องดำเนินการตั้งแต่ระดับปฏิบัติการไปจนระดับนโยบายอย่างเป็นระบบ[12] เป้าหมายเพิ่มความสามารถที่จะควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของผู้สูงอายุจนเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตและสังคม รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและยกระดับระบบบริหารจัดการชมรมด้วยกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพที่มีเป้าหมายไปยังการส่งเสริมสุขภาพจึงจะสามารถนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน

การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จมีตัวอย่างให้พบเห็นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครเองมีชมรมที่ถือว่ามีดำเนินการเป็นตัวอย่างที่ดี เช่น ชมรมผู้สูงอายุเขตดอนเมือง ชมรมผู้สูงอายุเขตหนองแขม ชมรมผู้สูงอายุเขตดินแดง เป็นต้น ซึ่งควรทำความเข้าใจสภาพการณ์ความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุ เงื่อนไขทุนทางสังคม ปัจจัยและกลไกต่าง ๆ ที่ผลักดันให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทั้งในระดับบุคคล ระดับชุมชนและระดับองค์กร ซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมระดับพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จและควรขยายผลด้วยการค้นหาระบบและกลไก สะท้อนคิดถอดบทเรียนบนกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ขับเคลื่อนด้วยความเข้มแข็งของผู้เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุทุกภาคส่วนและสร้างเป็นต้นแบบที่นำศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องมาบริหารจัดการตามแนวคิดองค์กรรอบรู้สุขภาพ สร้างทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกับเงื่อนไขและบริบทของชมรมผู้สูงอายุให้สามารถสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

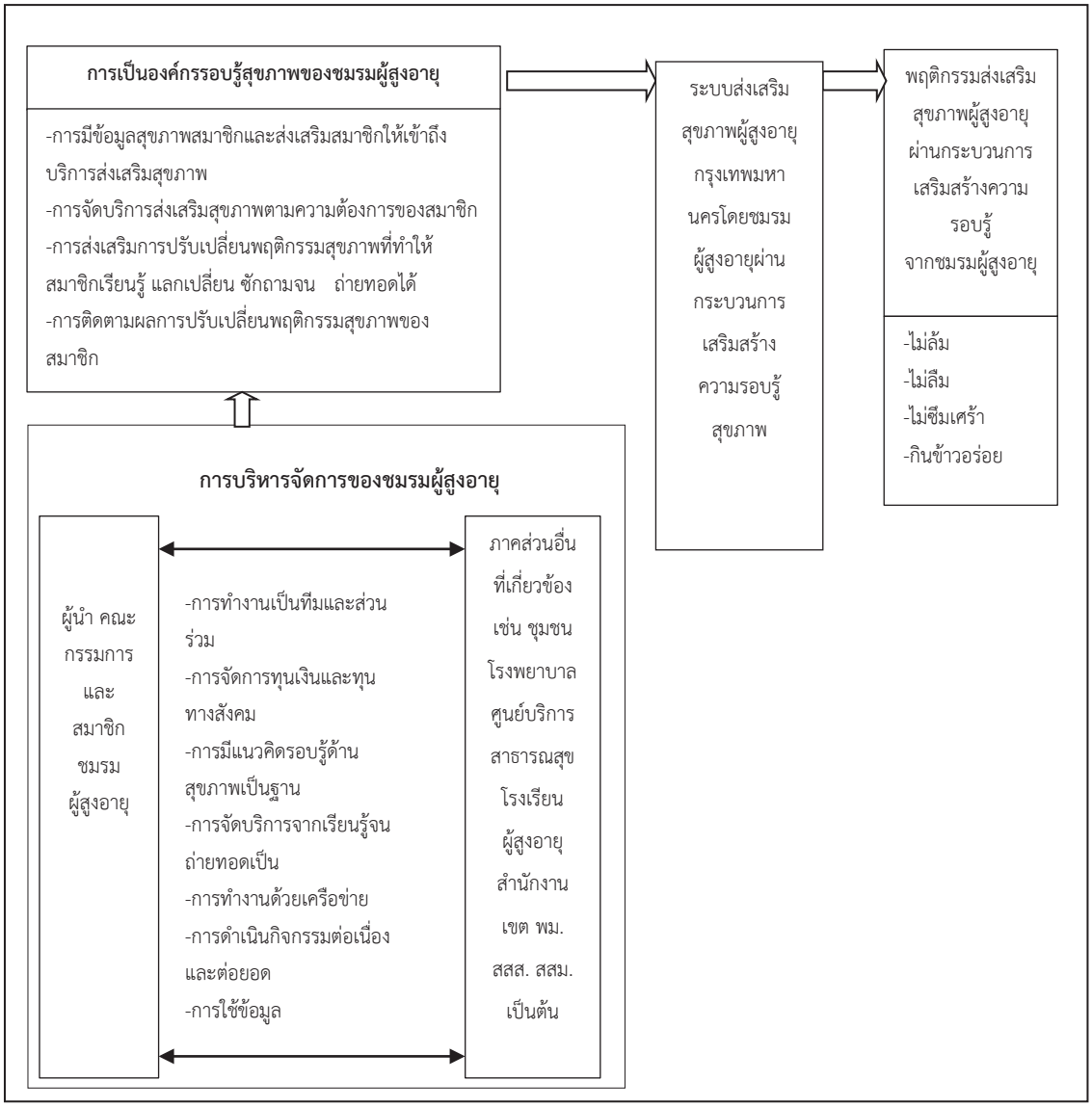
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ

และการสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ

3. พัฒนาแบบจำลองการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครโดยชมรมผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การบริหารจัดการบนฐานแนวคิดองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นองค์กรตามแนวทางประชารัฐที่ทำงานเป็นทีมและเครือข่าย จัดการทุนเงินและทุนทางสังคมบนข้อมูล จัดบริการอย่างต่อเนื่องและต่อยอด เชื่อว่าเป็นระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุดำเนินงานโดยส่งผลให้สมาชิกเรียนรู้แลกเปลี่ยน ซักถาม ปฏิบัติจนถ่ายทอดได้อย่างถูกต้องและบรรลุเป้าหมายที่จะส่งเสริมสุขภาพในประเด็น 4 Smart (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นวิจัยแบบผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Mixed method) ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 ศึกษาการบริหารงานของชมรมผู้สูงอายุตามแนวทางองค์กรรอบรู้สุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดให้สมาชิกผู้สูงอายุเพื่อ 4 Smart จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ เป็นผู้บริหารชมรมหรือตัวแทนและชุดที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ที่ได้รับจากชมรมผู้สูงอายุที่สร้างตามกรอบ 4 Smart และแนวคิดความรอบรู้สุขภาพจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวสัมภาษณ์เชิงลึก ค้นหาโครงสร้าง รูปแบบ วิธีบริหารจัดการ เทคนิคหรือกลยุทธ์ที่ใช้ ปัญหาอุปสรรค ทิศทาง และแนวโน้มการดำเนินงานตามแนวทางองค์กรรอบรู้สุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดให้สมาชิกผู้สูงอายุเพื่อ 4 Smart โดยคัดเลือกชมรมตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อสังเคราะห์ต้นแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ

ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ เกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นชมรมในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) 50 เขตพื้นที่และยินดีร่วมงานวิจัย ส่วนที่ 2 คือ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรม เกณฑ์คัดเลือก คือ กลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นหรือชุมชนได้หรือมีคะแนนความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 12 คะแนนขึ้นไปและอาศัยประจำหรือต่อเนื่องในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงหรือย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย คำนวณตัวอย่างด้วยตาราง[11] โดยใช้จำนวนผู้สูงอายุสมาชิกชมรมเป็นฐานอ้างอิงประมาณ 800,000 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 380 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายและสัดส่วนใกล้เคียงกันในทุกเขตกำหนดตัวอย่างไว้ 600 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเริ่มจากเลือกเขตพื้นที่ทั้งหมด 6 เขตทั่วกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เขตดอนเมือง เขตห้วยขวาง เขตบางรัก เขตจอมทอง เขตหนองแขมและเขตประเวศ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเขตละ 100 คน จากชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่นั้นๆ 3 ชมรม ซึ่งเลือกชมรมและเลือกสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดตามลำดับ โดยมีการกระจายลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละชมรมใกล้เคียงกัน เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น เก็บข้อมูลจริงได้ 634 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้สูงอายุสมาชิกชมรม 30 คนโดยเลือกตัวแทนผู้สูงอายุจาก 6 เขต ๆ 5 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน ศบส. ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตรวมจำนวน 20 คน ผู้แทนจากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย

สำนักงานเขต ศบส. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รวมจำนวน 15 คน

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพสำหรับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติของชมรมในการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกและลักษณะการทำงานของชมรมตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพ ชุดที่ 2 แบบสอบถามระบบการส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ ชุดที่ 3 แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับเก็บข้อมูลสมาชิกชมรมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลจากผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานในชมรมประกอบด้วยที่มา โครงสร้าง องค์ประกอบ วิธีดำเนินงานและผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม จากการนัดหมายกับตัวแทนกรรมการชมรมและสมาชิก สำหรับกรรมการชมรมจะให้ตอบแบบสอบถามโดยอิสระ ส่วนสมาชิกชมรมผู้วิจัยจะสอบถามด้วยตนเองเป็นรายบุคคล เมื่อเก็บแบบสอบถามแล้วเสร็จ เริ่มดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการนัดประชุมชมรมผู้สูงอายุครั้งละ 1 เขตพื้นที่ รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ประเด็นสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวข้องกับที่มาของชมรม โครงสร้างและองค์ประกอบของชมรม กลไกและเงื่อนไขการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่ 4Smart ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จนถึงเดือน พฤษภาคม 2562 เครื่องมือวิจัยทุกชุดตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดลองใช้กับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.958 และ 0.963 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาประกอบกันเพื่อสังเคราะห์แบบจำลอง[14]

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ E010h/61

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับ 4 Smart

1. ลักษณะทั่วไปและการให้บริการแก่สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

อายุชมรมเฉลี่ย 14.53 ปี เป็นชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 50.7) ส่วนใหญ่จดทะเบียน (ร้อยละ 90.0) โดยจดทะเบียนกับสหพันธ์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 46.2)รองลงมาคือจดทะเบียนทั้งกับสมาคมสภาผู้สูงอายุและสหพันธ์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 27.1) โดยมีสมาชิกน้อยกว่า 50 คน (ร้อยละ 35.2) สิทธิตามกฎหมายที่ชมรมส่งเสริมให้สมาชิกเข้าถึงมากที่สุด คือ เบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 88.7) รองลงมา คือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 78.3) สงเคราะห์จัดการศพตาม

ประเพณี (ร้อยละ 65.2) สิทธิที่สมาชิกเข้าถึงน้อยที่สุด คือ การให้คำปรึกษาทางคดี (ร้อยละ 12.2) ชมรมไม่ได้รับงบสนับสนุนจากชุมชน ส่งสมาชิกไปอบรมการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 52.5) โดยเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอื่นมากที่สุด รองลงมาเป็นการประชุมวิชาการ ศึกษาดูงาน สนับสนุนให้สมาชิกเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุตามลำดับ

ในรอบ 1 ปีชมรมจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ ร้อยละ 93.2 โดยตรวจโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 92.3) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 89.1) ประเมินดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 83.3) ตามลำดับ ในรอบ 1 เดือน จัดกิจกรรมออกกำลังกายร้อยละ 73.3 และเยี่ยมสมาชิกเจ็บป่วยร้อยละ 69.2 จัดกิจกรรมเชิดชูคุณค่าผู้สูงอายุร้อยละ 65.6 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมเอง ร้อยละ 60.6 โดยประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ประสบการณ์ของสมาชิกมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนกิจกรรมที่จัดคิดเป็นร้อยละ 53.9 เป็นแหล่งศึกษาดูงานหรือมีการถ่ายทอดความรู้ให้กับชมรมอื่นๆ ร้อยละ 9.5

2 . การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกเกี่ยวกับ 4 Smart

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชมรมจัดให้สมาชิกมากที่สุด คือ เคลื่อนไหว/ ออกแรงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าขาแข็งแรง ทรงตัวได้ดี (ค่าเฉลี่ย 3.60) รองลงมา คือ จัดให้มีการพบปะพูดคุยหรือปรับทุกข์กันเพื่อคลายความกังวลใจ (ค่าเฉลี่ย 3.52) และกินไข่ ปลา ผัก ผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็น (ค่าเฉลี่ย 3.46) โดยชมรมทำให้สมาชิกทำได้ต่อเนื่องจนดีต่อสุขภาพและไปบอกต่อมากที่สุดในกิจกรรมด้าน “ไม่ล้ม” คือ เคลื่อนไหว/ออกแรงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าขาแข็งแรง ทรงตัวได้ดี (ร้อยละ 9.0) กิจกรรมด้าน “ไม่ลืม” คือ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อาทิตย์ละ 5 วันเพื่อเลือดไหลเวียนดี (ร้อยละ 2.3) กิจกรรมด้าน “ไม่ซึมเศร้า” คือ กิจกรรมที่ชอบยามว่างเพื่อให้เพลิดเพลินผ่อนคลายและกิจกรรมด้าน “กินข้าวอร่อย” คือ กินไข่ ปลา ผัก ผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็น

3. ลักษณะการทำงานของชมรมผู้สูงอายุตามลักษณะองค์กรแห่งความรอบรู้สุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะการทำงานของชมรมบางข้อที่ต้องปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามลักษณะองค์กรแห่งความรอบรู้สุขภาพ ข้อที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ชมรมผู้สูงอายุนำผลประเมินการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่พบว่าสมาชิกปฏิบัติได้น้อยและถ่ายทอดสู่ผู้อื่นได้น้อยไปปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 2.76, S.D.=0.425) รองลงมา คือ จัดกิจกรรมหรือโครงการทุกครั้งจะกำหนดเป้าหมายที่วัดการปฏิบัติได้ของสมาชิกจนถ่ายทอดสู่ผู้อื่นเป็น จัดทำเนื้อหาของข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริงและบอกต่อผู้อื่นได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.63, S.D.=0.492, 0.503) และเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ชมรมทำได้ดี โดยมีให้เลือกอย่างหลากหลาย (ค่าเฉลี่ย 2.58, S.D.=0.503)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 42.9 จบประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 สถานภาพสมรมร้อยละ 47.3 สมาชิกครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 49.1 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 67.2 รายได้จากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 76.7 ร้อยละ 50.31 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในรอบ 1 ปีเกือบทุกครั้ง ร้อยละ 60.3 ดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 มีปัญหาสายตา ร้อยละ 81.2 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.8 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 44.5 เบาหวาน ร้อยละ 27.0

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด คือ เก็บสิ่งของเครื่องใช้ประจำให้อยู่เป็นที่ (ค่าเฉลี่ย 1.73) รองลงมา คือ ดูแลพื้นไม่ให้ลื่น/ไม่ให้เปียกแฉะ (ค่าเฉลี่ย 1.72) และจัดสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ (ค่าเฉลี่ย 1.65) กิจกรรมการปฏิบัติประจำมากที่สุดด้าน “ไม่ล้ม” คือ ดูแลพื้นไม่ให้ลื่น/ไม่ให้เปียกแฉะ (ร้อยละ 75.7) ด้าน“ไม่ลืม” คือ เก็บสิ่งของเครื่องใช้ประจำให้อยู่เป็นที่ (ร้อยละ 74.8) ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” คือ ทำกิจกรรมเพลิดเพลิน มีคุณค่าทางจิตใจ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ ดูหนังฟังเพลง สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น (ร้อยละ 65.9) ด้าน “กินข้าวอร่อย” คือ ดูแลเหงือกและฟันเพื่อลดโรคการสูญเสียฟันประจำ (ร้อยละ 66.4)

3. ความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถบอกต่อบุคคลอื่นได้ส่วนใหญ่ในด้าน “ไม่ล้ม” คือ ทำพื้นห้องน้ำให้แห้งเพื่อลดการหกล้ม (ร้อยละ 42.9) ด้าน “ไม่ลืม” คือ วางของที่ใช้เป็นประจำให้เป็นที่เพื่อให้ระลึก/ทบทวนได้ (ร้อยละ 29.7) ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” คือ ร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น เพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกันและคงคุณค่าในตนเอง (ร้อยละ 33.9) และด้าน “กินข้าวอร่อย” คือ กินไข่ ผักผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็น (ร้อยละ 43.1)

ส่วนที่ 3 ระบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ

คำสำคัญที่สะท้อนกิจกรรมของชมรมที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพเรียงตามลำดับความสำคัญจาก “ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม” คือ “รู้จำ ลองฝึกทำได้ต่อเนื่องดีต่อสุขภาพและบอกต่อสิ่งที่ทำดี” ซึ่งสามารถสังเคราะห์เป็นระบบและกลไก เรียกว่า Smart by LeIST@BKK (Leadership, Information, Stakeholder, Team) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ

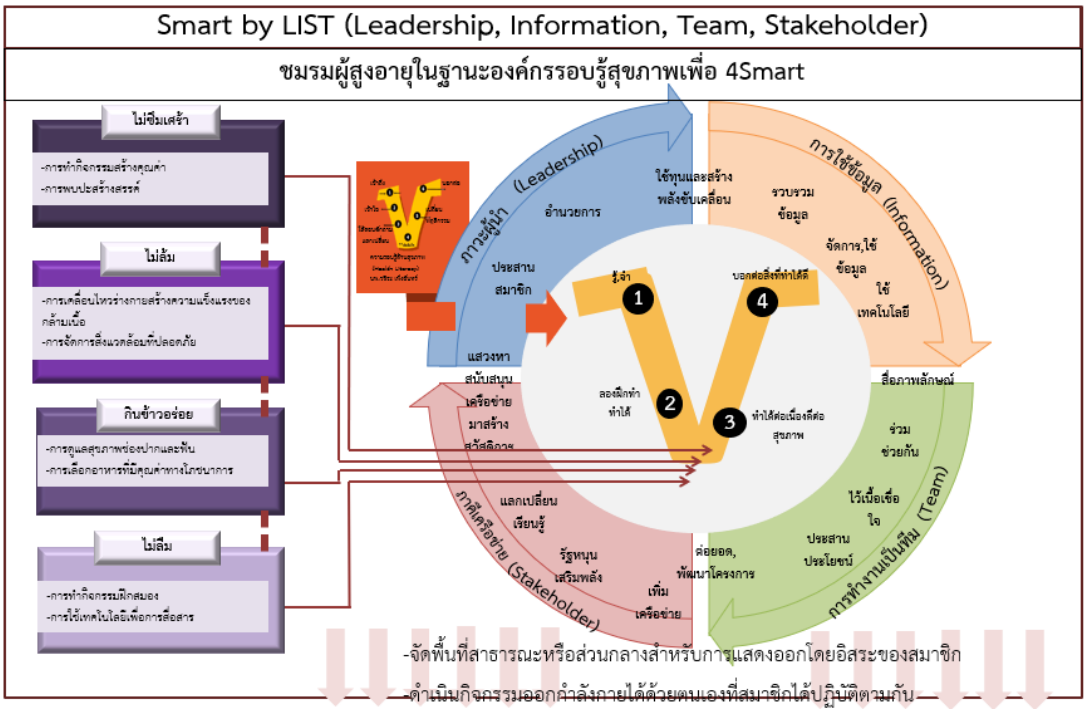
1) ภาวะผู้นำของกรรมการ (Leadership: L) ที่อำนวยการให้นำพาหรือโน้มน้าวสมาชิกให้ร่วมกันทำกิจกรรมจนบรรลุเป้าหมาย ดึงศักยภาพของสมาชิกที่เสียสละเพื่อส่วนรวมมาเป็นทุนและพลังขับเคลื่อนกิจกรรมผู้นำชมรมสานให้สมาชิกเห็นประโยชน์ร่วมกัน เช่น จำนวนสมาชิกที่อาสามาทำกิจกรรมให้ชมรมหรือสมทบทุนหรือสิ่งของมากขึ้นในแต่ละปี เป็นต้น

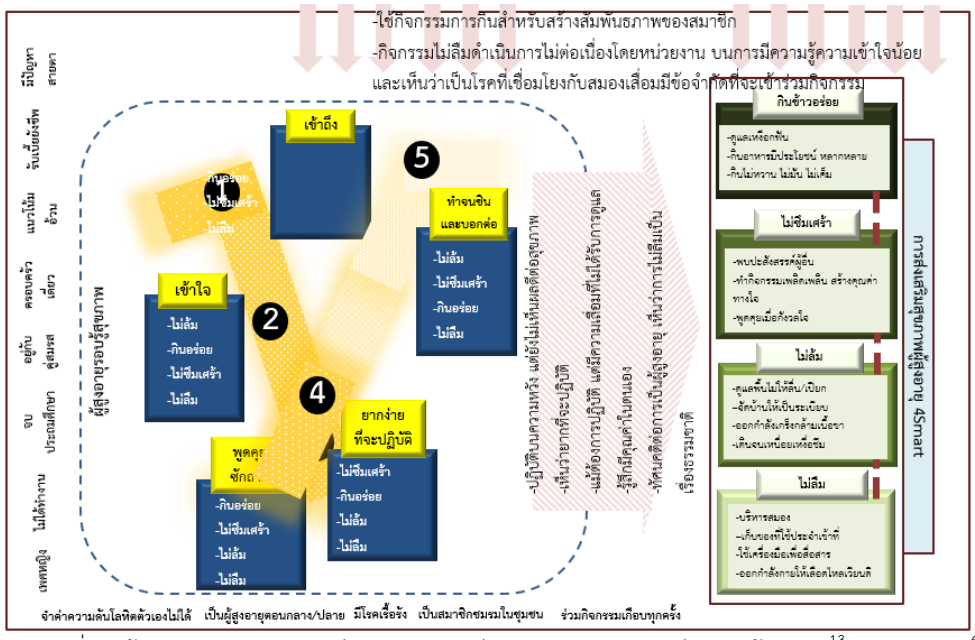
2) ใช้ข้อมูลมาสร้างประโยชน์เพื่อการทำงาน (Information) สื่อสารแลกเปลี่ยนเพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพ ที่สำคัญหลายชมรมสื่อภาพลักษณ์เพื่อแสดงผลการทำงานไปยังชมรมอื่นและเครือข่าย

3) การมีส่วนร่วมกับชมรมอื่นและภาคีเครือข่าย (Stakeholder: S) เป็นจุดเชื่อมการทำงานสำคัญที่ช่วยสานภาคส่วนเดิมซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ เสาะหาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคส่วนใหม่เพื่อเพิ่มเครือข่าย เช่น บริษัทวัสดุก่อสร้างในชุมชน เป็นต้น

4) การทำงานเป็นทีม (Team: T) เป็นลักษณะโดดเด่นของชมรมที่เข้มแข็ง ภายใต้การนำของผู้นำและทีมกรรมการที่ทำงานในทิศทางเดียวกัน การดำเนินงานของชมรมเกี่ยวกับ “ไม่ล้ม” โดยมากเน้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตามมาด้วยจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย “กินข้าวอร่อย” พบว่าให้ความสำคัญกับการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน “ไม่ซึมเศร้า” พบว่ามุ่งเน้นการพบปะสังสรรค์และทำกิจกรรมที่สร้างคุณค่าในตนเอง “ไม่ลืม” จะให้ความสำคัญไปที่การทำกิจกรรมฝึกสมองและใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร ทั้งนี้สามารถประมวลแบบจำลองดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครให้“ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม” ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ Smart by LeIST @ BKK (Leadership, Information, Stakeholder, Team)





แหล่งที่มา: ผู้วิจัยออกแบบ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ จากกรอบแนวคิดองค์กรรอบรู้สุขภาพ[13] และ 4 Smart[6]

ในประเด็นความรอบรู้สุขภาพนั้นพบว่าส่วนใหญ่ทำได้เพียงให้สมาชิกรับความรู้ เข้าใจหรือปฏิบัติได้ ขณะที่ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมหรือโครงการแต่ละมิติแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของชมรม ตลอดจนความยากง่ายของกิจกรรมหรือโครงการนั้นว่าจะนำพาสมาชิกให้รอบรู้ระดับใด การบริหารงานของชมรมเน้นเพียงทำกิจกรรมให้แล้วเสร็จ อีกทั้งชมรมยังขาดความเข้าใจต่อความหมายของการยกระดับความสามารถและศักยภาพ รวมถึงความเชื่อมโยงระหว่าง “องค์กรรอบรู้สุขภาพ” “ความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุ” และ “การส่งเสริมสุขภาพใน 4 มิติ” เงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ การจัดพื้นที่สาธารณะหรือส่วนกลางสำหรับจัดกิจกรรมการแสดงออกโดยอิสระของสมาชิก เน้นกิจกรรมออกกำลังกายที่ให้สมาชิกปฏิบัติด้วยตนเองและปฏิบัติตามกัน ใช้กิจกรรมเลี้ยงสังสรรค์สำหรับสร้างสัมพันธภาพของสมาชิก ทั้งนี้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม” พบว่าอุปสรรคที่ส่วนใหญ่ของกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ลืม” มักดำเนินการไม่ต่อเนื่องโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการมีความรู้ ความเข้าใจน้อย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าโรคที่เชื่อมโยงกับสมองเสื่อมมีข้อจำกัดที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาหรือขยายผลการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครโดยชมรมผู้สูงอายุ

จากการประมวลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่ทำงานกับผู้สูงอายุใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลหรือศูนย์รายงานข้อมูล รวมทั้งใช้ทำประชาคมเพื่อให้เกิดการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยนการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดทำแผนพัฒนาชุมชนเขตเมืองโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสหพันธ์ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครและสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการชมรมบนกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุ 4 มิติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายจนเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลในฐานะ “ศูนย์เสริมความรอบรู้สุขภาพสี่มิติ” และ “ศูนย์ฝึกอบรมด้านการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร” จากการให้ข้อมูลในการสนทนาเชิงลึกที่ผู้มีส่วนได้ส่นเสียสำคัญกล่าวว่า “สหพันธ์และสมาคมสภาผู้สูงอายุน่าจะต้องทำงานร่วมกัน ไม่แยกส่วนแบบต่างคนต่างทำ เพราะปัญหาผู้สูงอายุเรื่องล้ม ลืม ซึม กินเป็นเรื่องใหญ่และผู้สูงอายุมีแต่จะเพิ่มขึ้น ควรจัดตั้งเป็นศูนย์ดำเนินงานที่ชัดเจน”

3. กทม. จัดสรรงบประมาณให้กองทุนสวัสดิการชุมชนด้านสุขภาพแบบครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุและให้สมาชิกร่วมออมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลด้านโภชนาการและการส่งเสริมการคิด การจดจำเพื่อป้องกันหลงลืม

4. หน่วยงานหนุนเสริมแกนนำผู้สูงอายุให้ร่วมบริหารกองทุนเพื่อจัดสวัสดิการสังคมหรือสร้างเครือข่ายสวัสดิการสังคมหรือกองบุญหรือกองทุนอื่นเพื่อขยายไปสนับสนุนกิจกรรมอื่นของผู้สูงอายุในชุมชน

5. สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเพิ่มช่องทางสื่อสารร่วมกับใช้เทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน กิจกรรมคลายเครียดและการจัดสิ่งแวดล้อมในและบริเวณครัวเรือน รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้ง “สภาองค์กรชุมชนเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ” ที่เน้นเรียนรู้แบบข้ามพื้นที่โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานสารสนเทศของ กทม. เพื่อเป็นฐานขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 4 มิติ จากการให้ข้อมูลในการสนทนาเชิงลึกที่ผู้มีส่วนได้ส่นเสียสำคัญกล่าวว่า “สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเป็นหน่วยงานหลักของ กทม.ที่น่าจะเป็นศูนย์กลางเชื่อมการทำงานและหนุนชมรมผู้สูงอายุเขตต่างๆ ให้ทำงานแบบองค์กรชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 ประเด็นอย่างต่อเนื่องแล้วจัดเก็บเป็นฐานข้อมูล”

ข้อเสนอแนะต่อชมรมผู้สูงอายุ

1. ชมรมผู้สูงอายุควรวิเคราะห์ความต้องการของสมาชิกให้ครอบคลุม “ไม่ซึมเศร้า ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ลืม” และจัดกิจกรรมหรือโครงการตามลำดับความสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องและนำประสบการณ์ถ่ายทอดสู่ผู้อื่นอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ชมรมและสมาชิกเข้าใจความหมายและเห็นความสำคัญของความรอบรู้สุขภาพ 4 มิติ รวมถึงกระบวนการพัฒนาสู่การเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพเพิ่มเติม

2. ชมรมผู้สูงอายุควรร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสร้างความตระหนักใน 4smart กับกลุ่มวัยทำงานต่อเนื่องจนวัยสูงอายุ โดยบูรณาการงานของทุกหน่วยไปด้วยกันและติดตามผลการดำเนินงานเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับสำหรับพัฒนากิจกรรมหรือโครงการชมรมให้ดียิ่งขึ้น จากการให้ข้อมูลในการสนทนาเชิงลึกที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญกล่าวว่า

"ทุกวันนี้ชมรมไม่ค่อยได้รับการสนับสนุน กรรมการและสมาชิกต้องดิ้นรนช่วยเหลือตัวเอง หน่วยงานรัฐต้องช่วยทำให้ชมรมทำงานแบบมีเครือข่ายมากกว่านี้ ผสมผสานงานต่าง ๆ โดยมีชมรมเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่แต่ละหน่วยงานมาทำงานซ้ำ ๆ กับสมาชิกผู้สูงอายุแบบเป็นครั้งๆ โดยไม่มีการติดตามผล"

3. ชมรมผู้สูงอายุควรส่งเสริมหลักคิดการบริหารจัดการชมรมที่มีเป้าหมายขององค์กรรอบรู้สุขภาพที่เน้นรอบรู้ด้านเทคโนโลยี (Digital literacy) แก่ประธานและกรรมการ เนื่องจากชมรมที่ประสบความสำเร็จพบว่าสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) บริหารจัดการชมรมและสมาชิกได้เป็นอย่างดี

4. ชมรมผู้สูงอายุควรสร้างสมรรถนะผู้นำชมรมเชิงบูรณาการ ยกระดับกิจกรรมด้านสุขภาพและด้านสังคม เพิ่มกิจกรรมการปลูกฝังความรับผิดชอบต่อตนเองและสิทธิ์ เพิ่มศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุให้ร่วมบริหารกองทุนเพื่อจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพหรือจัดตั้งกองบุญหรือกองทุนเฉพาะกลุ่มและขยายไปสนับสนุนกิจกรรมอื่นของผู้สูงอายุในชุมชน จากการให้ข้อมูลในการสนทนาเชิงลึกที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญกล่าวว่า

"ประธานและกรรมการของชมรมเก่ง ๆ เกือบทั้งนั้น แต่ยังขาดการช่วยเหลือให้เก่งแบบนักจัดการหรือคิดวิธีส่งเสริมสุขภาพสมาชิกแบบเป็นระบบ ยังทำกิจกรรมไปตามที่หน่วยงานต่างๆ กำหนดให้ บางทีก็ไม่สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และยังไม่สามารถทำให้ชมรมมีงบประมาณหรือหาแนวทางที่จะทำให้มีงบประมาณมาจัดสรรเป็นสวัสดิการให้สมาชิก มีบางชมรมเท่านั้นที่ทำได้ ผู้นำชมรมนั้นต้องเก่งหรือไม่ก็มีหน่วยงานพี่เลี้ยงที่ช่วยเหลืออย่างดี"

5. ชมรมผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่เป็นสมาชิกกลุ่มสวัสดิการชุมชนเพื่อผู้สูงอายุใน 4 มิติอย่างน้อย 1 กลุ่ม ผ่านกระบวนการนำใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุ จากการให้ข้อมูลในการสนทนาเชิงลึกที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญกล่าวว่า

"ชมรมที่มีสมาชิกจำนวนมาก ผู้นำจะเก่งมากเรื่องการจัดหางบประมาณ การรู้ว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีปัญหาหรือมีความต้องการอะไรมากน้อยและโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุมาเป็นสมาชิก มาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอไม่ขาด ซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ผู้นำจะหาทางให้ผู้สูงอายุได้ประโยชน์ทุกครั้งหรือไม่ก็ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการแบบใดแบบหนึ่ง ซึ่งผู้สูงอายุจะพอใจครอบครัวของผู้สูงอายุก็พอใจ"

6. ทุกชมรมดำเนินการสร้าง 4 smart อย่างต่อเนื่อง ผลักดันชมรมที่มีศักยภาพสูงให้เป็นต้นแบบโดยพิจารณาบทเงื่อนไขความต้องการและการมีส่วนร่วมของสมาชิก อีกทั้งบางประเด็น เช่น ซึมเศร้าเป็นประเด็นที่ดำเนินการได้ยากหรือค่อนข้างเข้าใจได้ยากสำหรับชมรมและผู้สูงอายุ ขณะที่ไม่ล้มและการกินเป็นเรื่อง

พื้นฐานและอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยใน 4 smart อื่น ๆ แล้วค่อย ๆ คืบการดำเนินการไปสู่ทุก smart ให้ครบถ้วน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ชมรมผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม” แตกต่างกันเรียงลำดับจากกิจกรรมมิติ “ไม่ล้ม” เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงที่มาร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกอื่น ตามมาด้วยกิจกรรมมิติ “กินข้าวอร่อย”เพื่อให้ยังคงการบดเคี้ยวรับรสอาหารและโภชนาการ และกิจกรรมในมิติ “ไม่ซึมเศร้า” ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นลำดับแรก ใกล้เคียงกับกิจกรรมในมิติ “ไม่ลืม” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พบไม่มากเพื่อให้ยังคงจำในข้อมูลที่จำเป็นและเป็นกิจกรรมใหม่ที่ชมรมยังรับรู้หรือเข้าใจน้อย สอดคล้องโนเวก และคณะ[15] ที่กล่าวถึงการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุว่าควรเน้นสร้างความผาสุกทางใจ คลายเครียด เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อตนเองและบุคคลอื่น ชี้ชัดว่าลำดับกิจกรรมที่ชมรมจัดให้สมาชิกจาก “ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม” นั้นเป็นเพราะแต่ละกิจกรรมเป็นไปตามความยากง่ายในการปฏิบัติ และความต้องการของสมาชิก ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์สังคมมากกว่าสภาพร่างกายเพราะยอมรับว่าเป็นความเสื่อมถอยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity theory) กล่าวว่าการได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้[16]

2. การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุช่วยกันทำงานตามความถนัดและความสามารถที่มาจากการรู้จักคุ้นเคย บางชมรมสร้างเครือข่ายได้ การจัดการทุนเงินและทุนสังคมไม่มีงบสนับสนุนจากภายนอก กำกับติดตามงานไม่ชัดเจน กิจกรรมจัดซ้ำตามวงรอบปีที่ไม่มีแบบแผน ส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นและยังไม่สะท้อนการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณขึ้นอยู่กับศักยภาพของชมรมที่ดำเนินการตามที่หน่วยงานรัฐกำหนดให้ตามกำลังและศักยภาพ หากพิจารณาตามการบริหารจัดการ PIRAB สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา[16] พบว่าชมรมผู้สูงอายุทำงานในลักษณะซ้ำเดิมและตามการร้องขอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจเพราะมีความสามารถในการสร้างเครือข่ายกับเครือข่ายภายนอกน้อย ขาดความสามารถในการแสวงหาทุนด้วยตัวเอง ยังไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับได้อย่างเต็มที่ อาศัยความไว้เนื้อเชื่อใจต่อกันระหว่างกรรมการและสมาชิก ยังไม่สามารถสื่อสารผลลัพธ์การดำเนินงานที่แสดงถึงภาพลักษณ์ที่ชัดเจนของชมรม ความสามารถของสมาชิกเกิดจากการเรียนรู้จากสมาชิกด้วยกันเป็นส่วนใหญ่

3. สำหรับการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ ประธานชมรมขาดความเข้าใจการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึง เข้าใจ ซักถามแลกเปลี่ยน ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงจนบอกต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ หลายชมรมไม่มีแผนกำหนดทิศทางการทำงาน ขาดการเก็บข้อมูลสุขภาพสมาชิก มีเพียงรายงานผลปฏิบัติงานประจำปี ขาดการคัดกรองข้อมูลก่อนส่งสารไปยังสมาชิก และขาดการคัดเลือกหรือจัดปรับประเด็นของ

สาร ขาดการติดตามผลสิ่งที่สื่อสารออกไป เช่นเดียวกับระดับความรอบรู้สุขภาพของสมาชิกผู้สูงอายุที่สามารถบอกต่อบุคคลอื่นได้สูงสุดนั้น คือ “กินข้าวอร่อย” คือ กินไข่ ผักผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นที่พบเพียงร้อยละ 43.1 สอดคล้องกับ ปานหทัย ปานสิทธิ์ และคณะ[15] ที่พบว่ากรรมการชมรมไม่เข้มแข็ง เมื่อเทียบเคียงกับแนวคิดองค์กรรอบรู้สุขภาพซึ่งจะต้องมีฐานข้อมูลและจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงความต้องการที่ทำให้สมาชิกเรียนรู้จนถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งต้องติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องจากเกือบทุกชมรมเติบโตจากการช่วยเหลือกันแบบเพื่อนบ้าน แก้ปัญหาตามที่พบ ปฏิบัติตามงานที่หน่วยงานต่างๆ มอบหมายจึงขาดการวางกรอบการทำงานเชิงบริหารที่จะนำไปสู่การเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นคุณลักษณะของผู้นำการบูรณาการแนวคิดสู่การปฏิบัติ การพัฒนาวิธีทำงานของกรรมการและการประเมินผลลัพธ์ของการสื่อสารซึ่งเป็นแก่นหลักของการนำพาชมรมและสมาชิกให้ตระหนักต่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและยังประโยชน์[18,19]

4. กลไกการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4 Smart ของชมรมผ่านการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ[20] พบรูปแบบ Smart by LeIST@BKK โดยเฉพาะภาวะผู้นำของกรรมการ (Leadership: L) พบว่าประกอบด้วยการโน้มน้าวและดึงศักยภาพกรรมการและสมาชิกให้ร่วมกันทำกิจกรรมจนบรรลุเป้าหมาย แสวงหาและสนับสนุนภาคีเครือข่ายพร้อมกับนำมาซึ่งสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลเพื่อการทำงาน (Information: I) ประกอบด้วยการรวบรวม แสวงหา จัดการและใช้ข้อมูลเพื่อทำกิจกรรมหรือโครงการต่อเนื่องสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย (Stakeholder: S) ประกอบด้วยการทำงานร่วมกับภาคส่วนเดิมและการเสาะหาภาคส่วนใหม่ๆ รูปแบบที่พบคล้ายคลึงกับหลายรูปแบบของการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากฐานรากของชุมชนที่ถอดบทเรียนหรือสังเคราะห์แล้วมักพบว่าผู้นำเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยขับเคลื่อนงานโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและทำประโยชน์ให้กับบุคคลรอบข้าง สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้ามาร่วมกันพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ[21,22]

จุดเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย ระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุแสดงให้เห็นทั้งองค์ประกอบเงื่อนไขและกลไกการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่พัฒนาบนฐานแนวคิดการสร้างความรอบรู้ที่นำไปสู่การสร้างความสามารถการดูแลตนเองที่จำเป็นผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้าและกินข้าวอร่อย เป็นการช่วยยืนยันถึงความสามารถในการนำแนวคิดองค์กรรอบรู้สุขภาพ และ 4Smart มาใช้ในสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้บริบทชมรมผู้สูงอายุเขตเมือง โดยระบบนี้ถือเป็นนวัตกรรมเชิงพื้นที่และเชิงประเด็นที่สามารถเป็นต้นแบบสำหรับนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นของกรุงเทพมหานครรวมทั้งในพื้นที่เขตเมืองอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนและลักษณะของชมรมผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแหล่งหลักของข้อมูลคุณภาพ ข้อมูลนี้มี

ความสำคัญอย่างมากในขั้นตอนการสังเคราะห์ให้ได้มาซึ่งระบบส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นข้อควรพิจารณาและปรับปรุงสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป หรือในการทำวิจัยในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน

สรุป งานวิจัยนี้ สนับสนุนแนวคิดของ Smart และการสร้างเสริมพลังอำนาจแห่งตน ให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมได้อย่างต่อเนื่อง มีความรอบรู้ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพจากการสร้างพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ในเชิงปฏิบัติ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญของชมรมผู้สูงอายุต่างๆในเขตกรุงเทพมหานคร ควรมีการสำรวจปัญหาและความต้องการของสมาชิกในประเด็น สร้างเสริมสุขภาพตามหลักไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่เศร้าและกินข้าวอร่อย แล้วร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่บุคคล ตั้งแต่วัยทำงานจนถึงวัยเกษียณ สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป ควรจะใช้ระบบนิเวศน์มาติดตามการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆโดยเฉพาะเขตชนบทที่มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของชนกลุ่มต่าง ๆ

References

1. The Secretariat of the House of Representatives. Elderly society and the driving of Thai economy. [Electronic documents]. 2018 [cited 2020 April 2]. Available from http:// www.parliament. go.th/libtary
2. Department of Elderly Affairs [Internet]. 2019 [cited 2020 April 1]. Elderly statistics. Available from http://www.dop.go.th/th/know/1.
3. Anan A. Aging society: Challenges Thailand. National Convention and the Members of Thammasat University and Politics Royal Institute. 2015.
4. The Elderly Council of Thailand. Elderly Club Guide. [Internet]. 2016 [cited 2020 April 1]. Available from http://www.dop.go.th/download/ knowledge/knowledge_ th_ 20161706104732_1.pdf.
5. Kitpapon S. Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand. Journal of Health Systems Research 2017; 11(1): 26-36. (in Thai)

6. Department of Health. Elderly Health Promotion Guide and prevent dementia for the people. Cluster of elderly group. Department of Health, Ministry of Public Health [Electronic documents]. 2018.
7. Office of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary. Strategic Plan, Ministry of Public Health 2017–2021; 2017.
8. Department of Older Persons (DOP). Situation of The Thai Elderly 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 April 22]. Available from http://www.dop.go.th/th/know/1.
9. Piaseu N, Prasertpan C, Maruo SJ, Kittipimpanon K. Activities and Outputs of a Senior Club in an Urban Community: A Case Study. Rama Nurs J 2015; 20(3): 388-00.
10. Sriphaiphan T, et al. Local unite to take care of the elderly in the community. Health Learning Center, Office of Health Promotion Fund Training course and knowledge development project for expanding work to enhance well-being. 2017. (In Thai)
11. Health Promotion Center Region 5. Implementation plan for development and driving support programs Strategic Plan for Health Promotion and Disease Prevention to Excellence 2017-2036 with Participation; 2017.
12. World Health Organization (WHO). Health In SDGs Policy brief 4: Health literacy [Internet]. 2016 [cited 2020 April 10]. Available from https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf?ua=1
13. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. NAM Perspectives; 2012.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-10.
15. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Medical Research Methodology; 2008.

16. Novek S, Menec V, Tran T, Bell S. Exploring the Impacts of Senior Centres on Older Adults. Winnipeg, MB: Centre on Aging; 2013.
17. Tanasugarn C. Health Literacy. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
18. Aunprom-me S. Milestones in Health Promotion. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013.
19. Pansit P, Arphattananon T, TitiravevongS. A Model and Operation of Senior Citizen Clubs in Amphoe Pakphayoon, Changwat Phattalung; 2017. (in Thai)
20. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine 2008; 67(12), 2072-8.
21. Wiser F, Durst C, Wickramasinghe N. Using Activity Theory Successfully in Healthcare: A Systematic Review of the Theory's Key Challenges to Date. Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences [Internet]. 2019 [cited 2020 April 21]. Available from https://www.researchgate.net/publication/.
22. Pengjunt W. Health Literacy geared to Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
23. Durongritichtichai V, Khungtum- neam K, Jampates N. Developing a system of social welfare for the underprivileged older persons to inequality reduction 2018; 26, 95-119.

บทวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย

รังสิมา พัสระ[*]

มัณฑนาวดี เมธาพัฒนะ[**] **วิภากร สอนสนาม**[***]

จุฑามาศ มีบุญ[****] **บุญฑริกา ผาใต้**[*****]

บทคัดย่อ

การขาดการออกกำลังกายในผู้สูงวัยจะส่งผลทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของการป้องกันข้อติดแข็งเมื่อสูงวัย เป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวที่ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปง จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน ในเดือน กันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ 1) นวัตกรรมและโปรแกรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจ ให้กลุ่มตัวอย่างชมการสาธิตร่วมกับการบรรยาย ทบทวนซ้ำ และสาธิตย้อนกลับ ประเมินการรับรู้การดูแลตนเอง และนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test ผลวิจัยพบว่า คุณภาพของนวัตกรรมมีประสิทธิภาพระดับดี (S.D. = 0.56) มีความเหมาะสมต่อการเป็นเครื่องออกกำลังกาย เรียนรู้ได้ง่าย ทนทานและทันสมัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีขึ้น อยู่ระดับดีมาก ความพึงพอใจนวัตกรรมอยู่ระดับมาก ร้อยละ 27.6 และพบว่า ความสามารถยืดหรือยกแขนได้โดยไม่มีอาการปวดตามข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่าหลังใช้นวัตกรรมได้มากขึ้น มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000) พยาบาลวิชาชีพสามารถประยุกต์ใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดผู้สูงอายุได้ช่วยในการป้องกันและลดปัญหาภาวะข้อติด

คำสำคัญ: นวัตกรรมยางยืด/ ข้อติดแข็ง/ ผู้สูงวัย

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

E-mail: rangsima.pa@ssru.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

The Effectiveness of the Elastic Band Innovation to Prevent Joint Stiffness in the Elderly.

Rangsima Passara[*] Muntanavadee Maytapattana[**]
Wipakon Sonsnam[***] Jutamat Meeboon[****] Boontarika Patai[*****]

Abstract

Lack of exercise in the elderly will result in decreased physical fitness in the elderly. The Quasi-experimental with one group pre-post test study to assess the effectiveness of and satisfaction with joint stiffness prevention in the elderly by using the elastic rubber band innovation. The sample consisted of 30 elderly in Ban Pong Sanook community, Nan Province, by purposive sampling. The research instruments were 1) Innovative elastic rubber band exercise to prevent joint stiffness in the elderly applying concepts of Orem's theory. 2) Questionnaire to assess the effectiveness of and satisfaction with joint protection. The elderly subjects attended a lecture and returned for a demonstration to assess self-care, integrated with the innovation. Data were analysed using descriptive statistics and paired t-test. The results showed the quality assessment of the innovation at an acceptable level (S.D. = 0.56). Moreover, suitability for use as exercise equipment for the elderly, ease in learning to use, durable and modern design and behavioural adaptation leading to better health were very good (S.D.= 0.49, 0.57, 0.51 respectively). Satisfaction assessment was at a high level (27.6%). Effectiveness after using the innovation to prevent joint in terms of the ability to stretch without pain in the joints, shoulders, elbows, back, knees, as well as to lift arms and legs showed statistically significant results (p = .000). This integrated program with innovative elastic rubber bands is recommended in nursing practice as a means to provide caring prevention of joint pain to the elderly.

Keywords: elastic band/ ankylosis/ elderly

Article info: Received June 26, 2020; Revised July 30, 2020; Accepted August 27, 2020.

* Corresponding author, Lecturer, College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

** Assistant Professor College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

*** Assistant Professor College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

**** Students in Nursing Science Program College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

***** Students in Nursing Science College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงวัยในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และคาดว่าปี 2568 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) (กระทรวงสาธารณสุข) กระบวนการสูงอายุส่งผลให้สมรรถภาพทางกายที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างอิสระของผู้สูงวัยลดลง[1] อีกทั้งยังพบว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังและการขาดการออกกำลังกายจะส่งผลทำให้สมรรถภาพทางกายในผู้สูงวัยลดลง การออกกำลังกายที่มีรูปแบบสามารถชะลอหรือป้องกันการลดลงของสมรรถภาพทางกายในผู้สูงวัยได้ โดยการออกกำลังกายควรเป็นประเภทที่กล้ามเนื้อมัดใหญ่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและนานพอและการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนาน[1] ที่ผ่านมาจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างหลากหลายและส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายที่แตกต่างกันและมีความเหมาะสมและข้อจำกัดในแต่ละกลุ่มประชากรร่วมด้วย เช่น การรำไท่จี๋ชี่กง ซึ่งมีท่าทางรำที่จะต้องได้รับการฝึกฝนจากการอบรม การออกกำลังกายในน้ำซึ่งต้องมีสถานที่รวมถึงชุดที่ใช้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย ทำให้ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องและขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ในการศึกษาการออกกำลังกายที่พบว่าส่งผลต่อกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น การออกกำลังกายแบบรำไม้พลองมองเชิงเมืองน่าน[1] การออกกำลังกายแบบอะวาโอโดรง[2] การออกกำลังกายแบบหะฐะโยคะ[1] การออกกำลังกายด้วยเครื่องออกกำลังกายแบบสั่นทั้งตัว (Whole body vibration exercise)[3] การออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก[4] การออกกำลังกายแบบจินกังกง[5] การบริหารกล้ามเนื้อขาอย่างต่อเนื่อง[6]

การออกกำลังกายด้วยยางยืดก็เช่นเดียวกันนอกจากเป็นจะการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสากลที่ใช้อุปกรณ์แล้วยังเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับคนไทย ด้วยคุณสมบัติพิเศษของยางยืดคือ มีแรงดึงกลับ ภายหลังจากการถูกดึงให้ ยืดออก ซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบประสาทส่วนที่รับรู้ ความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ให้มีปฏิกิริยาการรับรู้และตอบสนองต่อแรงดึงของยางที่กำลังถูกยืด ซึ่งเป็นผลดีต่อการพัฒนาและบำบัดรักษา ระบบการทำงานของประสาท กล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรงและทำงานดีขึ้น ชะลอความเสื่อมของระบบ ประสาทกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ[7] อีกทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่น ลดความตึงตัว เพิ่มความแข็งแรง และทนทาน ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายดีขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้นการออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[8] นอกจากนี้การออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ยางยืด เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย สามารถทำเองที่บ้านได้ซึ่งเหมาะกับความต้องการของผู้สูงวัย[7] ได้มีการศึกษาโปรแกรม การออกกำลังกายด้วยยางยืดพบว่ามีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้ผู้สูงวัยสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้[7] และได้มีการ

พัฒนาต่อยอดเพื่อเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ เช่น กะลายางยืด เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับยางยืด ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมยางยืดเพื่อลดภาวะข้อติดเมื่อสูงวัยเพราะเป็นอุปกรณ์ที่หาง่าย ประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถประดิษฐ์ใช้ได้เองในบ้าน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายเมื่อสูงวัยขึ้นได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายรูปแบบหนึ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองระดับบุคคล ที่กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี”[9] โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของการป้องกันข้อติดแข็งในผู้สูงวัย ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิผลของการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดสามารถลดภาวะข้อติดในผู้สูงวัยได้

2. ความพึงพอใจของผู้สูงวัยในการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดมีระดับดี

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

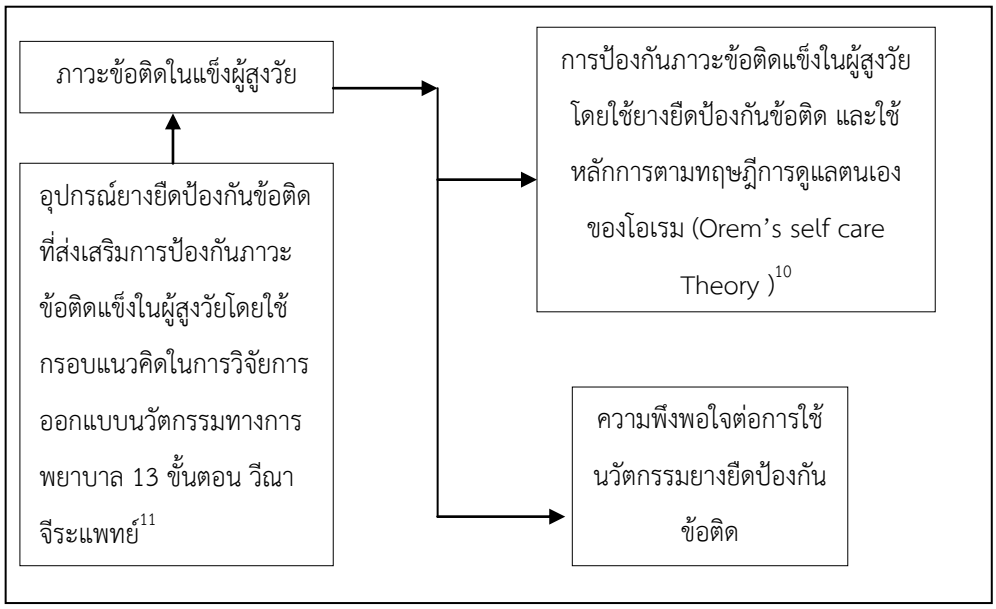
1. ประสิทธิผลและความพึงพอใจของการป้องกันข้อติดแข็งเมื่อสูงวัย คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียน การฟัง การชมการสาธิต และการบรรยาย ภาวะข้อติดแข็งและวิธีการป้องกัน ด้วยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem’s self care Theory)[9] คือการสอน สาธิต และบรรยายการใช้อุปกรณ์ยางยืดป้องกันข้อติด และการสาธิตย้อนกลับ

2. ภาวะข้อติดแข็ง คือ ภาวะที่มีการขยับข้อได้น้อย เช่น ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า โดยมักจะเริ่มจากน้อยๆ เช่น ไม่สามารถ ยกไหล่ได้สุดหรือไขว่หลังได้สุดเป็นมากขึ้นจนขยับได้น้อยหรือไม่ได้เลย

3. นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติด คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารร่างกายบริเวณข้อไหล่ ข้อศอก และข้อเข่า เพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem’s self care Theory)[9] บูรณาการร่วมกับการออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล 13 ขั้นตอน โดยใช้เวลาเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มละ 60 นาที ของวีณา จีระแพทย์[10] ดังกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไปนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองชนิดไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบแต่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (quasi experimental research: one group pre-post test design)

สถานที่ศึกษา: ชุมชนบ้านปงสนุก หมู่ 2 ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปงสนุก หมู่ 2 ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัวจังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปงสนุก หมู่ 2 ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีคุณลักษณะดังนี้

1. ไม่เคยได้รับการสอนด้วยโปรแกรมนี้มาก่อน
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง
4. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self care Theory) บูรณาการร่วมกับการออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล 13 ขั้นตอนของ วีณา จีระแพทย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

1) การมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล

2) การประเมินความต้องการนวัตกรรม (Need analysis)

3) การสร้างแนวร่วมและทีมงาน

4) การกำหนดประเด็น /หัวข้อที่ต้องการพัฒนานวัตกรรม

5) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

6) การสังเคราะห์ข้อความรู้ที่ได้จากวรรณกรรมที่มีคุณภาพ

7) การออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล

8) การกำหนดวิธีวัด (Measurement) ประสิทธิภาพของนวัตกรรม

9) การกำหนดรายละเอียดของวิธีการใช้นวัตกรรมในคลินิกหรือในการทดลอง

10) การทดลองใช้นวัตกรรมใหม่

11) การประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม

12) การบันทึกโดยสรุปผลพร้อมแหล่งอ้างอิง

13) การเผยแพร่นวัตกรรมไปใช้จริงโดยมีการประเมินผลลัพธ์ของนวัตกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม 1) แบบระเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย ซึ่งพัฒนาเครื่องมือขององค์อร ประจันเขตต์[11] เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดความคิดเห็น 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และ 2) แบบประเมินยางยืดป้องกันข้อติดผู้สูงวัย ที่พัฒนามาจากแบบประเมินในงานวิจัยขององค์อร ประจันเขตต์[11] ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดความคิดเห็น 4 ระดับ จำนวน 8 ข้อ

การแปลความหมายของคะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย และแบบประเมินยางยืดป้องกันข้อติดผู้สูงวัย

ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย (คะแนนเต็ม 25)	**แบบประเมินยางยืดป้องกันข้อติดผู้สูงวัย (คะแนนเต็ม 32)**
ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นมากที่สุด	ระดับ 4 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับดีมาก
ระดับ 4 หมายถึง มีความคิดเห็นมาก	ระดับ 3 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับดี
ระดับ 3 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง	ระดับ 2 หมายถึง เป็นงานที่อยู่ในระดับพอใช้
ระดับ 2 หมายถึง มีความคิดเห็นน้อย	ระดับ 1 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับควรปรับปรุงและแก้ไข
ระดับ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นน้อยที่สุด	

โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการประเมินผล ดังนี้

ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย (คะแนนเต็ม 25)	แบบประเมินยางยืดป้องกันข้อติดผู้สูงวัย (คะแนนเต็ม 32)
4.24 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นมากที่สุด	3.28 – 4.00 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับดีมาก
3.43 – 4.23 หมายถึง มีความคิดเห็นมาก	2.52 – 3.27 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับดี
2.62 – 3.42 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง	1.76 – 2.51 หมายถึง เป็นงานที่อยู่ในระดับพอใช้
1.81 – 2.61 หมายถึง มีความคิดเห็นน้อย	1 – 1.75 หมายถึง เป็นผลงานที่อยู่ในระดับควรปรับปรุงและแก้ไข
1 - 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นน้อยที่สุด	

การหาค่าความตรง (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 1 คน ตรวจความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไป Try out กับผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ .86

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

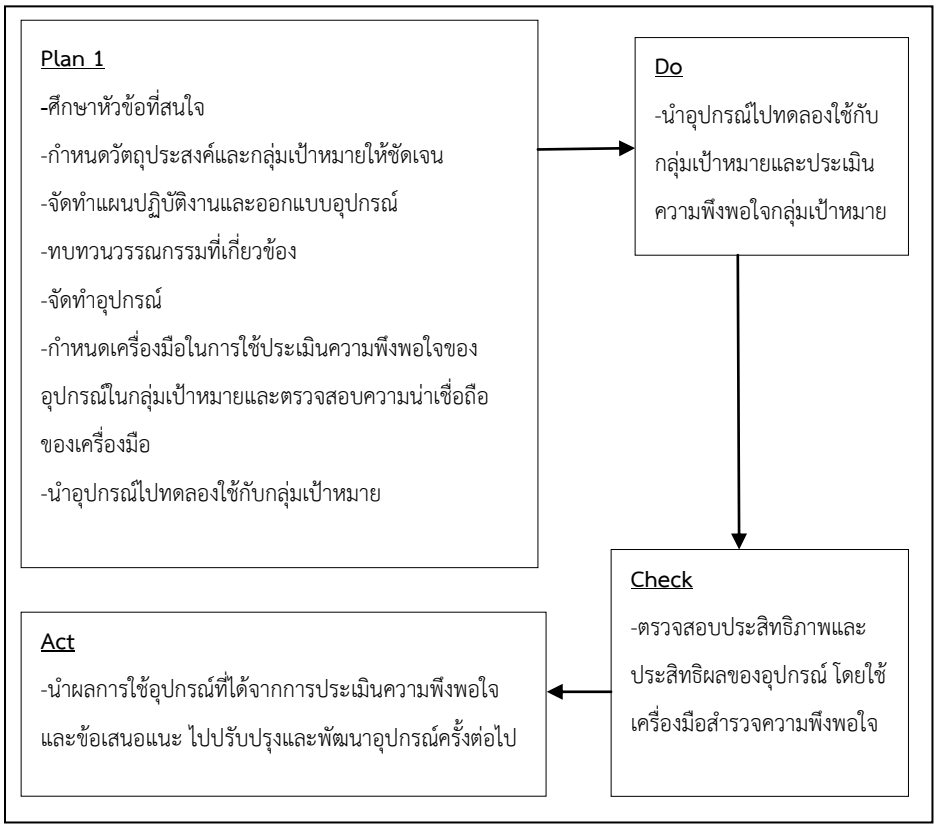
1. ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการ และนัดหมายวัน
เวลาที่ชุมชนสะดวก

2. เตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่ ผู้ช่วยผู้วิจัยและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 5 คน โดยการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางเก็บข้อมูล และการทำความเข้าใจต่อข้อคำถามต่าง ๆ ในแบบสอบถาม

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปงสนุก หมู่ 2 ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว จังหวัดน่าน และยินดีเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. พบกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกับผู้นำชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอธิบายเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และขอความยินยอมในการให้ข้อมูล เมื่อประชากรเข้าใจและยินยอมแล้วจึงดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล โดยนัดวันเข้าร่วมกิจกรรมล่วงหน้า โดยนัดเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

ขั้นพัฒนานวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติด



ขั้นดำเนินการทดลอง

จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการสาธิตร่วมกับการบรรยาย ทบทวนซ้ำ สาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ยางยืดป้องกันข้อติดในการบริหารร่างกายบริเวณข้อไหล่ ข้อศอก และข้อเข่า เพื่อป้องกันภาวะข้อติด กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60 นาที ที่ศาลาเอนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประเมินคุณภาพของนวัตกรรม ความพึงพอใจผู้ใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการประเมินความพึงพอใจและประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการประเมินประสิทธิผลนวัตกรรมก่อนและหลังใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ด้วย Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนของโครงการวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลาเมื่อไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงวัยที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านปงสนุก หมู่ 2 ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน ด้านเพศ พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 ด้านอายุ พบว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 56-60 ปี ด้านการศึกษา สำรวจพบว่าจบการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 80 และจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 20

2. การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย พบว่า นวัตกรรมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับดี (S.D. = 0.32) นวัตกรรมสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง อยู่ในระดับดี S.D. = 0.31) นวัตกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับดี (S.D. = 0.18) นวัตกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง อยู่ในระดับดี (S.D. = 0.41) นวัตกรรมที่เหมาะเป็นเครื่องออกกำลังกายในผู้สูงวัยที่มีปัญหาข้อติด อยู่ในระดับดีมาก (S.D. = 0.49) นวัตกรรมเรียนรู้ได้ง่าย ทนทานและทันสมัย อยู่ในระดับดีมาก (S.D.= 0.57) นวัตกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (S.D. = 0.51) และใช้ระยะเวลาในการศึกษาเหมาะสม อยู่ในระดับดี (S.D. = 0.56) การประเมินคุณภาพรวมของนวัตกรรมมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี (S.D. = 0.56)

3. การประเมินความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย พบว่า ส่วนใหญ่ให้คะแนนการประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมอยู่ระดับมาก ร้อยละ 27.6 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 12.6 ดังตารางที่ 1

4. ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย ก่อนและหลังการใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีภาวะข้อติดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม ($\bar{X}$) เท่ากัน คือ 3.70 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการมีภาวะข้อติดก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม โดย Paired t-test ได้ค่า t = .00 ค่า p < .001 (p = .000) ค่าเฉลี่ยความสามารถยืดหรือยกแขนได้โดยไม่มีอาการปวดตามข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า ก่อนการใช้นวัตกรรม ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.73 หลังการใช้นวัตกรรม ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.97 ได้ค่า t = -2.97 ค่า p < .01 (p = .006) และค่าเฉลี่ยความสามารถยกแขน ยกขาได้มากขึ้นก่อนการใช้นวัตกรรม ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.40 หลังการใช้นวัตกรรม ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.93 ได้ค่า t = -4.28 ค่า p < .001 (p = .000) สรุปผลว่าประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัยก่อนและหลังการใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .01

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย (n = 30)

ข้อคำถาม	ระกับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	5	4	3	2	1			
1. ความต้องการของผู้สูงวัยต่อนวัตกรรม	0	21 (70.0)	9 (30.0)	0	0	3.70	.466	มาก
2. ความสนใจของผู้สูงวัยที่จะใช้นวัตกรรมในการออกกำลังกาย	1 (3.3)	20 (66.7)	9 (30)	0	0	3.73	.521	มาก
3. เนื้อหาเหมาะสมกับผู้สูงวัย	1 (3.3)	20 (66.7)	8 (26.7)	1 (3.3)	0	3.70	.596	มาก
4. นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อผู้สูงวัยและผู้ดูแลที่ใช้ในการออกกำลังกายและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	7 (23.3)	15 (50.0)	8 (26.7)	0	0	3.97	.718	มาก
5. นวัตกรรมชิ้นนี้สามารถดัดแปลงและพัฒนาไปใช้กับชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ	6 (20.0)	16 (53.3)	8 (26.7)	0	0	3.93	.691	มาก
รวม	**4.5**	**27.6**	**12.6**	**0**	**0**	**3.806**	**.529**	**มาก**

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย ก่อนและหลังการใช้ (N=30)

	$\bar{X}$	S.D.	D	df	p-value
มีภาวะข้อติด					
ก่อน	3.70	0.46	.00	29	.000
หลัง	3.70	0.59			
สามารถยืดหรือยกแขนได้โดยไม่มีอาการปวดตามข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า					
ก่อน	3.73	0.52	- 2.97	29	.006
หลัง	3.97	0.71			
สามารถยกแขน ยกขาได้มากขึ้น					
ก่อน	3.40	0.49	- 4.28	29	.000
หลัง	3.93	0.69			

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของการป้องกันข้อติดแข็งเมื่อสูงวัย ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเมื่อสูงวัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าประสิทธิภาพของนวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อยึดติดโดยภาพรวมนั้นอยู่ในระดับดี โดยเห็นว่าเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมจะเป็นเครื่องออกกำลังกายเมื่อสูงวัยและมีปัญหาข้อติดอยู่ในระดับดีมาก อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในระดับมากที่สุดโดยเห็นว่าเป็นนวัตกรรมที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงวัยและผู้ดูแลที่ใช้ในการออกกำลังกายและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนนวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดนี้สามารถดัดแปลงและพัฒนาไปใช้กับชีวิตประจำวันด้านอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับเจริญ กระบวนรัตน์ และดวงใจ แซ่หยี ที่พบว่าการออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ยางยืดเป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย สามารถทำเองที่บ้านได้ซึ่งเหมาะกับความต้องการของผู้สูงวัย[7] นอกจากนี้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดเป็นนวัตกรรมที่มีคุณภาพโดยมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีโดยสามารถทำให้ผู้ใช้งานรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาลัยและสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ ที่พบว่าการออกกำลังกายด้วยยางยืดมีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้ผู้สูงวัยสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้[13] ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ทำให้การเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมยังไม่ชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์และตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ตลอดจนการประเมินสิ่งแวดล้อม ลักษณะการดำรงชีพ เพื่อออกแบบวิธีการใช้นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดให้มีประสิทธิผลมากที่สุด

สรุป

ผลการศึกษานวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดในผู้สูงวัย พบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้สูงวัยมีความรู้ในการดูแลและป้องกันภาวะข้อติด รวมถึงช่วยลดอาการปวดบริเวณข้อต่างๆ ได้ และทำให้ทราบถึงการเลือกใช้อุปกรณ์การดูแลที่เหมาะสม เพื่อรักษาและป้องกันภาวะข้อติด รวมถึงท่าทางการบริหารข้อต่างๆ ทำให้ได้แนวทางเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและป้องกันภาวะข้อติดและลดอาการปวดข้อ และเป็นแนวทางพัฒนา ทั้งทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารทางการพยาบาลและการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรรู้วิธีการจัดทำยางยืดที่ป้องกันภาวะข้อติดและลดอาการปวดตามข้อต่างๆ และรวมถึงการบริหารตามข้อ

2. พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

3. เผยแพร่นวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติด และ ความรู้ใน การดูแล ป้องกันภาวะข้อติดโดยใช้อุปกรณ์แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสถานบริการคลินิกผู้สูงวัยในโรงพยาบาลและในเครือข่าย

4. ควรมีการสนับสนุน ให้มีการจัดอบรมพัฒนาบุคลากรเผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ สุขภาพทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสถานบริการและในเครือข่ายชุมชนในดูแลสุขภาพของผู้สูงวัยและผู้ที่มีปัญหาข้อติด

5. นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทาวิจัยครั้งต่อไป หรือนำไปพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะข้อติดในผู้สูงวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้การเปรียบเทียบผลของนวัตกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทที่อยู่อาศัยที่แตกต่างออกไปเช่น ในสังคมเมือง สังคมชนบท เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมยางยืดป้องกันข้อติดที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งภาครัฐ และเอกชนหลายท่านที่ได้มาให้ความคิดเห็นที่มีคุณค่าแก่งานวิจัยนี้มาโดยตลอด ตลอดจนผู้นำหมู่บ้าน และผู้สูงวัยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลวิจัยซึ่งทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Boonprasert C, Panuthai S, Chintanawat R. Effect of Hatha Yoga Exercise on Physical Fitness Among Older Persons. Nursing Journal 2016; 43(5): 35-47. (in Thai)
2. Patcharakornpot S, Kaewmanee S, Sujintawong S. Exercise in Awa Odori a sustainable way of promoting health People of Tokushima Prefecture Japan. Journal of Public Health Nurses 2016; 30(3): 170-82. (in Thai)
3. Phanwittayakool R, Pongurgsorn C. The Effect of Whole Body Vibration Exercise on Changing of Serum Biological Bone Markers in Postmenopausal Women: a Preliminary Report. ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine 2013; 23(3): 81-6. (in Thai)

4. Riyakad A, Chintanawat R, Sucamvang K. Impact of Nordic Walking Exercise on the Severity of Knee Osteoarthritis in Elderly People. Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(4): 94-106. (in Thai)
5. Sanee A. Exercise in the Elderly: Jinkangkong Exercise. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2018; 19(3): 71-6. (in Thai)
6. Yodrach M, Choowattanapakorn T. The Effects of a Preparation Program Combined with a Rubber Chain Exercise Program on the Functional Capacity of Elderly Post Total Knee Arthroplasty. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014; 23(3): 63-75. (in Thai)
7. Tatrat C. Health Circle Rubber Chain. Bangkok: Grand Sport Group Co., Ltd; 2007.
8. Loampan T, Rachnavy H. MuscleStrengthand Endurance after Elastic Band Exercise Training in Older Adults. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima 2019; 25(2): 148-67. (in Thai)
9. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th Edition. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Jiraphaet V. Roles of Professional Nurses and Research for Innovative Nursing Development. Faculty of Nursing Chulalongkorn University; 2009.
11. Prachankhet O. Elastic Coconut Shell: Health Innovation for Home Bound and Bed Bound Elder. Journal of Army Nurses 2014; 15(2): 33-8. (in Thai)
12. Phetchalalai C, Udompanich S. Effect of elastic band exercise program on physical performance in Thai elderly. Journal of Public Health Research Khon Kaen University 2019; 12(2): 52-61. (in Thai)

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

เพ็ญศรี โภชนกิจ*

บทคัดย่อ

งานวิจัยฉบับนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม สุ่มเลือกกลุ่มทดลองจำนวน 40 ราย ได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 ราย ที่ได้รับคู่มือป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือนชนบทไปศึกษาด้วยตนเอง

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ สถิติ Paired t-test และ Independent t-test เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีกว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ข้อเสนอแนะ วิจัยนี้สามารถปรับใช้ให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่กระบวนการคิดไปจนถึงการลงมือทำ นำไปสู่เกิดความยั่งยืนในชุมชน

คำสำคัญ: ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ/ การป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม/ ผู้สูงอายุ

---

*ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา
E-mail: pensripo2012@gmail.com

Effects of An Empowerment Program on Prevention of Falling among Older Adults

Pensri Phochanakit*

Abstract

This quasi – experimental research aimed to compare the average risk score for falling based on the Timed Up and Go Test (TUGT) and Berg Balance Scale (BBS) before and after elderly participated in an empowerment program. Subjects were selecting from elderly who had passed a risk assessment for falls. One group of 40 patients were randomly assigned to join an eight-week empowerment program while 40 in a comparison group were given a self-study guidebook on preventing falls among the elderly people in rural households.

Research findings were represented using percentage frequency distribution paired t-test comparison and Independent t-test for scores within and between groups. Following the program, the average risk scores, both the Timed Up and Go Test and Berg Balance Scale improved from initial assessment at a statistical significance ($p<0.01$). For those who using the program, the average risk scores were better than for the control group receiving regular care at a statistical significance ($p<0.01$). For recommendation, This research shows that this prevention program is adaptable to the context of the area. Using a community involvement process starting from the planning process to practice can enable sustainability of the program in the community.

Keywords: Empowerment program/ Preventing falls among elderly people/ Elderly

Article info: Received June 19, 2020; Revised July 20, 2020; Accepted August 28, 2020.

* Corresponding Author, Registered Nurse, Khlong Ri Tambon Health Promoting Hospital, Sathing Phra, Songkhla, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาว จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักอนามัยผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีช่วงอายุยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 12.5 ปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 16.5 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ผู้ชายและผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี และ 76 ปี ตามลำดับ[1] ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาสุขภาพและร่างกายเสื่อมถอยอ่อนแอตามกาลเวลา ทำให้เกิดปัญหาการแตกหักของกระดูก เป็นสาเหตุแรกในการเสียชีวิตและการบาดเจ็บทางกายของผู้สูงอายุ[2,3] พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนประมาณร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ต้องเผชิญกับภาวะต่อความเสี่ยงการหกล้ม และยังมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเฉลี่ยประมาณ 0.3-1.6 ครั้งต่อคนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงสูงอายุจะมีโอกาสในการหกล้มร้อยละ12.6 ผู้ชายสูงอายุจะมีโอกาสในการหกล้มร้อยละ 7.4[4] สำรวจข้อมูลปี 2558–2560 พบว่าตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา มีผู้สูงอายุหกล้มจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยเพศชาย 4 คน เพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และ 81.81 ตามลำดับ ในส่วนของอาการบาดเจ็บประกอบด้วย อาการฟกช้ำ แผลถลอก 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.81 แยกเป็นเพศชาย 6 คนเพศหญิง 12 คน รองลงมาคือ กระดูกหัก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ประกอบด้วย เพศชาย 2 คน ติดเตียง 1 คน และเสียชีวิต 1 คน นอกจากนี้ผลกระทบหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน พบว่ามีเพศหญิงติดเตียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09

ผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุดคือการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 25-75 รองลงมาคือกระดูกข้อสะโพกหักร้อยละ 20-30 อาการบาดเจ็บรุนแรงของสมองร้อยละ 5-10 และการเสียชีวิตร้อยละ 3.5 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วจะเสียชีวิตในหนึ่งปีและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดภาวะทุพพลภาพ[5,6] ผู้สูงอายุบางคนเมื่อเกิดภาวะหกล้มเข้ารับการรักษา จะเกิดความรู้สึกอาย มีอาการซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานอยากฆ่าตัวตาย[7] จ่ายค่ารักษาสูงถึงกว่าหลายแสนบาทต่อคนต่อครั้ง หากรวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่นรายได้ที่ครอบครัวต้องเสียไปเมื่อต้องหยุดงานมาดูแล หรือรายจ่ายที่จ้างคนดูแล ประมาณการว่าอาจสูงถึง 1,200,000 บาทต่อคนต่อปี[5,8] การรักษาในโรงพยาบาล จะมีระยะเวลานานกว่าการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นถึง 20 วัน อายุที่มากและมีโรคประจำตัวต้องนอนโรงพยาบาลนานหรือนอนติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอดไป หลังเกิดหกล้มแล้วผู้สูงอายุ 1 ใน 5 จะไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก[9]

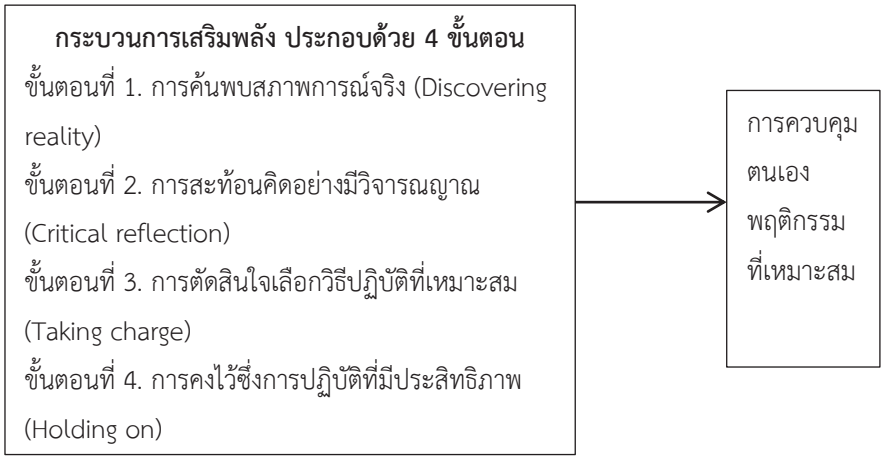
หกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอก[10,11,12] ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรให้ได้มากที่สุด โดยการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ[13,14,15] สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ[16,17,18] การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวระมัดระวังป้องกันภาวะหกล้ม จะมี

ประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันภาวะหกล้มได้ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี[19,20,21,22,23] ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญจนเกิดเป็นนโยบายในการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ[24,25,26] ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ ที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง พัฒนาศักยภาพของบุคคล ให้ตระหนักถึงความสามารถของตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้รับรู้ถึงพลังอำนาจสามารถจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดินและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดินและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมและกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) ชนิดสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลการทดลอง 8 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลคลองรีอยู่ในระบบฐานข้อมูล JHCIS ที่ผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้เครื่องมือ Falls Risk Assessment tool ซึ่ง

สามารถแยกกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงได้เป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยงที่จะหกล้มคือ 0–24 คะแนน มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ คือ 25-50 คะแนน และมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 51

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จากผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง หกล้ม โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ซึ่งกำหนดค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 และพาวเวอร์ (Power) เท่ากับ0.80 โดยมีการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนดจากงานวิจัยของกมลทิพย์ ภูมิศรี[27] ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกันได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 รายต่อกลุ่ม ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ซึ่งผู้วิจัยเขียนชื่อประชากรทั้งหมด 80 คน และแบ่งการจับฉลากเป็นจำนวน 2 ครั้ง โดยจับฉลากกลุ่มแรกจำนวน 40 คน ให้เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากอีกจำนวน 40 คนเป็นกลุ่มควบคุม

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลคลองรี ที่ผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้เครื่องมือ Falls Risk Assessment tool ประกอบด้วย 14 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างปลอดภัยโดยได้รับการประเมินกิจกรรมจากนักวิจัย โดยอ้างอิงจากเกณฑ์การใช้เครื่องมือ Falls Risk Assessment tool และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ หลังการเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บป่วยจนส่งผลให้ไม่สามารถขยับตัว ลุกนั่งหรือเดินได้จะถูกคัดออกจากการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างทดลองด้วย

การจัดกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ จำนวน 40 คน เข้าอยู่ในกลุ่มทดลอง และจำนวน 40 คนเข้าอยู่ในกลุ่มควบคุม คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ซึ่งกำหนดค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 และพาวเวอร์ (Power) เท่ากับ 0.80 โดยมีการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้จากการจับฉลากภายในกลุ่มและก่อนการจับฉลากผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงในเรื่องเพศ อายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีผู้ดูแลอยู่ตลอดมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวเนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ในระหว่างดำเนินการวิจัยไม่มีผู้สูงอายุออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ[28] ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย1.กิจกรรม

แทรกแซงการป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือน 2. คู่มือเพื่อป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือนชนบท มีรายละเอียดการใช้คู่มือและความรู้เรื่องภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ตอนที่ 1) คำแนะนำการใช้คู่มือ เพื่อทำเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของคู่มือ ตอนที่ 2) เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งหัวข้อสำคัญในคู่มือประกอบด้วย ความหมายของภาวะหกล้ม ภาวะหกล้มเกิดกับผู้สูงอายุมากน้อยแค่ไหน ผู้สูงอายุหกล้มแล้วเป็นอย่างไร สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม สาเหตุภายในและสาเหตุภายนอก ครอบครัวจะช่วยผู้สูงอายุไม่ให้หกล้มได้อย่างไร 3. โปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกการทรงตัวในผู้สูงอายุ (Balance exercise) รูปแบบเน้นท่าทางการทรงตัว ใช้เวลา 30 นาทีแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงอบอุ่น 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย 20 นาที และช่วงคลายอุ่น 5 นาที พร้อมทั้งแจกภาพการออกกำลังกายในท่าต่าง ๆ และอธิบายรายละเอียดความสำคัญของแต่ละท่า 4. ตารางบันทึกการออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และการบันทึกทุกครั้งที่ออกกำลังกาย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ และ 5. การติดตามเยี่ยมบ้านทุกเดือนเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ[14,15,20,29] โปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และโครงสร้าง (Constructvalidity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน นำมาปรับปรุงอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนใช้โปรแกรมฯ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โดยได้รับหมายเลขการรับรอง คือ 15/2560 และผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มโดยการประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่จำนวน 8 คน โดยคัดเลือกผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความเข้าใจ มีความรู้ความสามารถในการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย สามารถเข้ามารับการอบรมการใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโดยฝึกการสัมภาษณ์และฝึกการใช้เครื่องมือจนเข้าใจ และฝึกปฏิบัติระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยจนสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการลงบันทึกในเอกสารได้ครอบคลุมทุกรายการ จากนั้นประสานงานกับบุคลากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ที่จัดเก็บข้อมูล เพื่อนัดรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และจัดประชุมชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุ ถึงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ จะได้คู่มือเพื่อป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือนชนบท โปรแกรมการออก

กำลังกายที่เน้นการฝึกการทรงตัวในผู้สูงอายุ (Balance exercise) ตารางบันทึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งแจกภาพการออกกำลังกายในท่าต่าง ๆ และอธิบายรายละเอียดความสำคัญของแต่ละท่า รวมถึงแนะนำถึงการปฏิบัติตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยมีมาตรการป้องกันไว้อย่างดีและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 80 คน ซึ่งกิจกรรมนี้จะประเมินก่อนและหลังการวิจัย โดยประกอบด้วย การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวซึ่งวัดได้จากความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน (Time up and go test) หรืออาจใช้การทดสอบการหมุนตัว (Turn 1800 test) กิจกรรมต่อมา คือBerg Balance Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความสามารถในการทรงตัว ประกอบด้วย 14 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างปลอดภัยและกิจกรรมประเมินผ่าน Falls Risk Assessment tool เป็นเครื่องมือซึ่งสามารถแยกกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงได้เป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยงที่จะหกล้ม มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ และมีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง ผู้สูงอายุได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือดังกล่าวทั้งกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือนชนบทนำไปศึกษาด้วยตนเอง ในส่วนกลุ่มทดลองจะมีการประชุมเพื่อชี้แจงแนะนำการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอธิบายรายละเอียดการใช้คู่มือป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มและฝึกท่าออกกำลังกายจนผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าใจ พร้อมทั้งแจกภาพการออกกำลังกายในท่าต่าง ๆ และอธิบายการบันทึกทุกครั้งที่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการสอบถาม ตอบข้อซักถามเพื่อประเมินความเข้าใจ หลังจากการประชุมกลุ่มเสร็จ จะลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล และประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในกิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 เป็นการค้นพบสภาพการณ์จริงที่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการให้ความรู้ ตามแผนการสอน สื่อภาพนิ่ง สาธิตและฝึกให้ปฏิบัติ และนำคู่มือฯ มาทบทวนจะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ตามความสะดวกเหมาะสม พร้อมกับให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การตอบข้อซักถาม เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน 2) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในสัปดาห์ที่ 1 ลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสัปดาห์ที่ 8 เป็นการคงไว้ซึ่ง

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และประเมินผลตามเครื่องมือราบุคคล และผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับคู่มือการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปศึกษาด้วยตนเองจะได้รับการติดตามผลทุกเดือน เป็นระยะเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS สถิติการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในช่วงเวลาก่อนการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโดย Paired t-test เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยควบคุมโดย Independent t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)
1.1 เพศ		
ชาย	4 (10.0%)	7 (17.5%)
หญิง	36 (90.0%)	33 (82.5%)
รวม	40 (100.0%)	40 (100.0%)
1.2 อายุ		
60 – 69 ปี	9 (22.5%)	15 (37.5%)
70 – 79 ปี	25 (62.5%)	23 (57.5%)
80 ปี ขึ้นไป	6 (15.0%)	2 (5.0%)
รวม	40 (100.0%)	40 (100.0%)
1.3 การอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	1 (2.5%)	0(0.0%)
อาศัยอยู่กับบุตร	22 (55.0%)	31 (77.5%)
อาศัยอยู่กับญาติ	2 (5.0%)	2 (5.0%)
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	4 (10.0%)	7 (17.5%)
อาศัยอยู่กับหลาน	11 (27.5%)	0 (0.0%)
รวม	40 (100.0%)	40 (100.0%)

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และเพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 70–79 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมามีอายุ 60–69 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาอาศัยอยู่กับหลาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 อาศัยอยู่กับคู่สมรสจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 อาศัยอยู่กับญาติจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และอาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และเพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ17.5 กลุ่มควบคุมมีอายุ 70–79 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมามีอายุ 60–69 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 77.5 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 อาศัยอยู่กับญาติจำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 5 ตามลำดับโดยก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะที่เหมือนกัน คือ จำนวนผู้หญิงที่มากกว่าผู้ชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 70–79 ปี และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร นอกจากนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติที่ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงพบว่ามีผลการวิจัยมีการแจกแจงแบบปกติและผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ทดสอบผลการวิเคราะห์ทางสถิติแสดงดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืน และก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในช่วงเวลาก่อนการใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม ดังตารางที่ 2

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดินและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน กับกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในช่วงเวลาก่อนการใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม

กลุ่มทดลอง		n	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	ก่อนทดลอง	40	17.25	6.50	7.733	0.000
	หลังทดลอง	40	7.13	8.54		
ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน	ก่อนทดลอง	40	12.48	5.09	4.790	0.000
	หลังทดลอง	40	8.70	2.65		
ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ	ก่อนทดลอง	40	40.03	11.77	4.978	0.000
	หลังทดลอง	40	49.70	5.08		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดินต่ำกว่าก่นได้รับ และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกับกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลปกติ

กลุ่มตัวอย่าง		n	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม	40	14.88	9.57	3.821	0.000
	กลุ่มทดลอง	40	7.13	8.54		
ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน	กลุ่มควบคุม	40	11.85	3.64	4.422	0.000
	กลุ่มทดลอง	40	8.70	2.65		
ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม	40	41.55	9.60	4.746	0.000
	กลุ่มทดลอง	40	49.70	5.08		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <.01

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดินต่ำกว่า และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงที่

ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนการทดลอง การได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการประยุกต์ทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เชื่อในความสามารถในการตัดสินใจการปฏิบัติตามที่ตนได้ตัดสินใจ การดำเนินการด้วยตนเอง เชื่อในสมรรถนะแห่งตน เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศินาท แขนอก[18] พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) การศึกษาของวิลาวรรณ สมตน และคณะ[29] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <. 001) การศึกษาของภาวดี วิมลพันธุ์ และขนิษฐา พิศฉลาด[9] พบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.36 และ 0.77, t = 4.45, p<.05)

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การสื่อสารกับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องทบทวนซ้ำทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าเข้าใจได้ถูกต้อง และกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวต้องให้เวลากับผู้สูงอายุ จะรีบเร่งไม่ได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งค่อนข้างนาน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอย่างดี โดยเฉพาะครอบครัวตื่นตัวให้ความสำคัญ ใส่ใจในการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุออกกำลังการ การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

สรุป

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน และความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสนับสนุนให้นำโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวระมัดระวังป้องกันภาวะ

หกล้ม ซึ่งมีประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันภาวะหกล้มได้ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.2 บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำการวิจัยนี้มาปรับใช้ให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ และทบทวนความรู้ต่างๆ ตามคู่มือป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในครัวเรือนชนบท

1.3 บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ และควรมีการพัฒนาความรู้ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุในประเด็นอื่นต่อไปโดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ความร่วมมือจากทุกองค์กรในชุมชนที่เริ่มตั้งแต่กระบวนการคิดไปจนถึงการลงมือทำ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน จนนำไปสู่เกิดความยั่งยืนในชุมชน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

References

1. Institute Of Geriatric Medicine. Management of Sleep Disorders in the Elderly. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2008.
2. Rodseeda P. Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care.Thai Red Cross Nursing Journal 2018; 11(2): 15-25. (in Thai)
3. Khongrang S, Boongird C, Phiphadthakusolkul S, Putthipokin K. Health Promotion Education for Elderly Patients by Using Structured Self-Health Records to Enhance Knowledge and Attitudes Toward Fall Prevention. Ramathibodi Medical Journal 2019; 42(1): 19-28. (in Thai)
4. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppaka W. The 5th Thai National Health Examination Survey 2014. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2014.
5. Phetsanghan U. Falls among Elderly People. LokWanNee WanSuk 2014; 471/2551: 1-2. (in Thai)
6. Sorysang L, Khompraya J, Natetanasombut K. A study of fall prevention guideline in older adult living in Mitraphappatana Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(1): 122-9. (in Thai)
7. Boonpleng W, Sriwongwan W, Sattawatcharawanij P. Rate and Associated Factors for Falls among Elderly People: Chaopraya Waterfront Community in Nonthaburi Province. Nursing Science Journal of Thailand 2015; 33(3): 74-86. (in Thai)
8. Aroonsang P. Nursing care for critical problems in elderly: Usage. Khon kaen: Klung Nana; 2011.
9. Wimolphan P, Pitchalard K. Effect of a Fall Prevention Program on Falls among Elderly People. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013; 23(3): 98-109. (in Thai)
10. Kamsri W. Health beliefs influencing fall-preventive behaviors in the edlerly with hypertension dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2550.
11. Harnirattisai T, Thongtawee B, Raetong P. The Effects of a Physical Activity Program for Fall Prevention among Thai Older Adults. Pacific Rim International Journal of Nursing

Research 2015; 19(1): 4-18. (in Thai)

12. Wongphaet P, Watchareeudomkarn W. Effect of Partial Body Weight Support Treadmill Training on Improvement of Walking and Balance in Elderly Community-dwellers.Journal of Thai Rehabilitation Medicine 2016; 26(1): 19-23. (in Thai)
13. Piyaworakul D. Community capacity in promoting exercise of the elderly in Wang Nuea Subdistrict, Lampang Province [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
14. Pongaumpai P, Hoontrakul S, Roojanavech S. The Effects of Family Empowerment Program on Fall Prevention Capabilities of the Elderly. Royal Thai Navy Medical Journal 2018; 45(2): 311-27. (in Thai)
15. Hengkrawit S. Fall Prevention Program in Elderly Patients with Previous Hip Fracture. Region 4-5 Medical Journal 2016; 35(4): 259-60. (in Thai)
16. Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. Adult and Elderly Nursing. Vol. 1. 13th ed. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2013.
17. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Kasemsup V, Aekplakorn W, Leerapan B. Research to Develop Long-Term Care (Long-term care) for elderly patients who are dependent under the health insurance system. Bangkok: Department of Community Medicine Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2018.
18. Khanork S. Effectiveness of Multifactorial Intervention for Preventing Falls Programme in Elderly Visiting Aging Clinic [Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing]: Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
19. Phattanaporn V. Efficacy of falling prevention program in the elderly in Chiang Mai. Chiang Mai: Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2008.
20. Simplee S, Banchonhattakit P. Effects of Health Literacy Promoting Programs and Exercise by Applying Maneewach Exercise for Preventing Fall in Elderly at Buriram Province. Journal of Health Education 2019; 42(2): 149-59.
21. Sumpowthong K. Family and elderly health care and promotion.

Bangkok: Faculty of Nursing Thammasat University; 2009.

22. Rongmuang D, Tongdee J, Nakchattri C, Sombutboon J. Incidence and Factors Associated with Fall among the Community-Dwelling Elderly, Suratthani. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016; 27suppl 1: 123-38.
23. Suttanon P, Piriyaprasarth P, Aranyavalai T, Krootnark K. Falls in Thai older people living in urban and suburban areas: incidence, risk factors, management and prevention. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2015.
24. Phoochinda W, Pongsupa Y, Phianyam W, Vongchan P, Nootimthong S. Development of Environmental Management Model by the Aging people in rural areas in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2014.
25. Champar-ngam N. Environmental Health Management: Well-Being of Elderly People Society. EAU Heritage Journal Science and Technology 2561; 13(2): 63-73. (in Thai)
26. Poonual D, Puanarunutha S, Phongphit S, Sirasoonthorn P. A Development of Healthy Ageing City Model. Journal of Health Education 2014; 37(126): 82-101. (in Thai)
27. Poomsri K, Effect of supporttive-educative nursing system on self-care for falls prevention among ekderly. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2004.
28. Junsukon E, Kongpracha A. The Effectiveness of the Empowerment Program Towards Self-care Competency among Community-Dwelling Elders. PSRU Journal of Science and Technology 2017; 2(1): 24-34. (in Thai)
29. Somton W, Rawiworrakul T, Amnatsatsue K. Effects of a Fall Prevention Program for Thai Older Adults. Journal of Public Health Nursing 2013; 27(3): 58-70. (in Thai)

บทความวิชาการ

การคัดกรองโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ลลิตา แก้ววิไล*

บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคของความเสื่อมทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง ปัญหาเรื่องการทรงตัว และ อาการสั่น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล การคัดกรองผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายใหม่ในชุมชนเป็นความท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ทักษะการซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากอายุรแพทย์ต่อไป จุดประสงค์ของบทความนี้ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันรวมถึงพัฒนาทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งเป็นส่วนของการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายใหม่ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังชะลอการดำเนินของโรค และลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคพาร์กินสัน/ การตรวจคัดกรอง/ ผู้สูงอายุ/ พยาบาลชุมชน

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

How Community Nurse Practitioners Screen for Parkinson's Disease in the Community

Lalita Kaewwilai*

Abstract

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder commonly found in the elderly. Patients with Parkinson's disease typically exhibit movement problems such as bradykinesia, rigidity, unstable posture, and tremor resulting in a poor quality of life for patients and their families. Screening new Parkinson's disease cases in the community is a challenge for community nurse practitioners because individual patients will present with unique symptoms. Therefore, clinical knowledge about Parkinson's disease, history taking skills, physical examination skills, and observation follow up skills will assist the community nurse practitioner in detecting new cases, with referral to medical doctors for proper medical treatment. The purpose of this article is to develop an understanding of Parkinson's disease and empower community nurse practitioner competencies such as history taking skills, physical examination skills, with a specific skill in observing movement problems necessary to identify new Parkinson's disease cases and delay disease progression and disabilities.

Keywords: Parkinson's disease/ Screening for Disease/ Elderly/ Community nurse practitioner

Article info: Received December 30, 2018; Revised March 16, 2020; Accepted August 30, 2020.

* Corresponding Author, Lecturer at Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

โรคพาร์กินสันเกิดขึ้นจากการเสื่อมของเซลล์ที่ผลิตสารโดปามีนในก้านสมองส่วนที่เรียกว่า Substantia nigra ซึ่งสาเหตุของการเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด[1] เมื่อมีการเสื่อมของ Substantia nigra เกิดขึ้น ทำให้ปริมาณของโดปามีนที่ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาท มีหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัวในสมองลดน้อยลงจนกระทั่งปริมาณไม่เพียงพอที่จะส่งสัญญาณไปยัง Basal ganglia ส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวจึงขาดความสมดุล[1] โดยอาการหลักของโรคพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง ปัญหาในเรื่องการทรงตัว และอาการสั่น[1,2] ความชุกของโรคพาร์กินสันจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป[3,4] และพบว่าอายุ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรคพาร์กินสัน[1,2] ประชาชนบางกลุ่มมีความเข้าใจว่าอาการเคลื่อนไหวช้า อาการสั่นนั้นเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือได้รับการวินิจฉัยล่าช้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว เกิดภาระการดูแล การสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น[1] สำหรับประเทศไทยหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของสภากาชาดไทย มีการเสนอข้อมูลว่าร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในไทยอายุน้อยกว่า 40 ปี พบว่ามีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคในกลุ่มคนวัยทำงานและวัยกลางคน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการในการคัดกรองโรคพาร์กินสันแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันในชุมชน ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกเพื่อคัดแยกบุคคลที่มีความเสี่ยงมาวินิจฉัยรักษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น[5] เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองและให้การรักษาตั้งแต่เริ่มต้นที่มีอาการ ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคพาร์กินสันและชะลอการดำเนินของโรคได้[6] แม้ว่าโรคพาร์กินสันจะไม่ได้ทำให้เสียชีวิต แต่อาการของโรคส่งผลต่อความมั่นใจในการใช้ชีวิต จากการสั่นเกร็ง และอาจเกิดการหกล้มจากการเดินติดขัดและอาการข้างเคียงของโรคและการรักษา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและครอบครัว

อาการของโรคพาร์กินสัน

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจมีอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติของลำไส้ ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดมกลิ่น อารมณ์จิตใจ และปัญหาการนอน (Prodromal non-motor symptoms)[7,8] ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอาจมีปัญหาท้องผูก การได้กลิ่นลดลง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น ย้ำคิดย้ำซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาการนอน ฝันร้าย ละเมอ ขยับแขนขาอย่างรุนแรงในขณะหลับร่วมด้วย[8] อาการต่างๆ เหล่านี้เป็นอาการแสดงเริ่มต้นที่ผู้ป่วยควรได้รับการคัดกรองโรคพาร์กินสัน

อาการหลักของโรคพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor Symptoms)[1,2] คือ

1. อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) อาการเคลื่อนไหวช้าเป็นอาการหลักที่เกิดในผู้ป่วยพาร์กินสันทุกราย ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสังเกตอาการได้ว่า ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้าลงหรือมีการหยุดชะงักระหว่างการเคลื่อนไหว เช่น การเขียนหนังสือตัวเล็กลง การแกว่งแขนเวลาเดินน้อยลง ซึ่งอาการเคลื่อนไหวช้ามักเกิดในด้านเดียวกันกับด้านที่มีอาการสั่น

2. อาการสั่น (Tremor) เป็นอาการที่สังเกตเห็นได้เด่นชัดแต่อาการสั่นนั้นไม่จำเป็น ต้องพบในผู้ป่วยทุกราย อาการสั่นแบบโรคพาร์กินสันจะเกิดขณะที่มือนั้นอยู่เฉย (Rest tremor) เช่น ขณะที่นั่งดูทีวีอยู่ เป็นต้น อาการสั่นจะลดน้อยลงเมื่อผู้ป่วยใช้มือนั้นทำงาน เช่น เขียนหนังสือ หรือตักอาหาร เป็นต้น

3. อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) เป็นอาการที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งตึงของแขน ขา และลำตัว ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ปวดตามกล้ามเนื้อ ซึ่งเริ่มที่แขนหรือขาด้านเดียวกันกับด้านที่มีอาการสั่น อาการนี้มักจะเป็นอาการที่ทำให้เกิดความลำบากในผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เช่น เดินไปห้องน้ำไม่ทัน ลุกขึ้นยืนได้ยาก พลิกตัวบนเตียงลำบาก เป็นต้น

4. ปัญหาของการทรงตัว (Postural instability) เป็นอาการที่มักเริ่มเกิด 2-5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีลักษณะการเดินที่เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยพาร์กินสันมักจะเดินซอยเท้าถี่ (Shuffle gait) เดินในลักษณะที่โน้มตัวไปข้างหน้า (Festination gait) และเมื่อกลับตัวขณะเดิน ผู้ป่วยมักจะกลับทั้งตัวไปพร้อมๆ กัน ร่วมกับซอยเท้าถี่ๆ (En bloc turn) ผู้ป่วยมักจะเดินย่ำเท้าอยู่กับที่เหมือนกับเท้าติดอยู่กับพื้น (Gait freezing) ปัญหาการเดินในลักษณะนี้จะเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มง่าย เสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ

นอกจากอาการทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยพาร์กินสันยังมีอาการของระบบอื่นๆ ร่วมด้วย (Non motor symptoms)[1,2] ได้แก่ ภาวะท้องผูกร้อยละ 70-80[9] ปัสสาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 75[10] ปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืน ร้อยละ 56.7[11] อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 53.1[11] และปัญหาเรื่องการนอนประมาณร้อยละ 42.8[11] อาการซึมเศร้าประมาณร้อยละ 50[12] และอาการหลงลืมร้อยละ 10-80 ขึ้นอยู่กับระยะของโรค[13] ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง[14]

การรักษาโรคพาร์กินสัน

ในปัจจุบันมีการพัฒนายาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันหลายกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทดแทนสารโดปามีนที่ลดลง การเลือกใช้ยาพาร์กินสันในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาของโรคพาร์กินสัน อายุผู้ป่วย อาการของผู้ป่วย เป็นต้น[1]

1) ยาลีโวโดปา (Levodopa) เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันมากที่สุด จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และจัดเป็น gold standard ในการรักษาโรคพาร์กินสัน[1,4] ในปัจจุบันยาลีโวโดปาที่มีใช้หลายรูปแบบ เช่น

Madopar®, Sinemet® เป็นต้น[1,2] ผลข้างเคียงของยาลีโวโดปา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน มึนศีรษะ และความดันโลหิตต่ำ การรับประทานยาลีโวโดปาควรหลีกเลี่ยงการรับประทานร่วมกับอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นม เนื่องจากโปรตีนสามารถลดการดูดซึมของยาลีโวโดปาได้[1,2]

2) ยาเสริมโดปามีน (Dopamine agonist) ยาเสริมโดปามีนสามารถช่วยเพิ่มระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รับประทานเฉพาะยาลีโวโดปาอย่างเดียว[1] ในปัจจุบันยาเสริมโดปามีนที่มีใช้หลายรูปแบบ เช่น Sifrol®, Trivastral®, Requip®, Bermergon® เป็นต้น[1,2] ผลข้างเคียงของยาเสริมโดปามีน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ เห็นภาพหลอน ภาวะอาการที่ทำซ้ำๆ และไม่สามารถควบคุมได้ (Punding) ภาวะง่วงนอนหรือหลับทันที และภาวะบวม[1,2,4]

3) ยายับยั้งเอนไซม์ Catechol-O-methyltransferase (COMT inhibitors) ส่งผลให้ยาลีโวโดปานั้นถูกทำลายน้อยลง และส่งผลให้ยาลีโวโดปาเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น เพื่อเปลี่ยนไปเป็นโดปามีนต่อไป[1,4] ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ COMT จะต้องรับประทานร่วมกับยาลีโวโดปาเสมอ เพื่อช่วยลดอาการยาหมดฤทธิ์ก่อนการทานยามื้อถัดไป ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ COMT ได้แก่ Comtan®[1,2] ผลข้างเคียงของยายับยั้งเอนไซม์ COMT ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก ปัสสาวะสีเข้ม[1,2]

4) ยายับยั้งเอนไซม์ Monoamine oxidase isoenzyme type B (MAO-B) มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเอนไซม์ MAO-B ส่งผลให้ระดับของโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น[1,2] มีคุณสมบัติในการลดอาการพาร์กินโซนิซึ่มเพียงเล็กน้อย[1] ยายับยั้งเอนไซม์ MAO-B ได้แก่ Julab® Jumex®, Sefmex® เป็นต้น[1,2] ผลข้างเคียงของยายับยั้ง MAO-B ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ สับสน เห็นภาพหลอน สับสน ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน[1,2]

5) ยา Anticholinergics ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสารสื่อประสาทโดปามีนและ acetylcholine ในระบบประสาทส่วนกลาง[1] ยา anticholinergics มีประสิทธิภาพในการลดอาการสั่น ยา anticholinergics ได้แก่ ACA®[1,2] ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะลำบาก คลื่นไส้ ท้องผูก และปากแห้ง[1,2] การใช้ยา anticholinergics ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมอาจส่งผลให้อาการแย่ลง หรือมีอาการสับสนได้[1,2]

ตัวอย่างรูปแบบการบริหารจัดการการคัดกรองโรคพาร์กินสัน

ในต่างประเทศได้มีการบริหารจัดการในการคัดกรองโรคพาร์กินสันหลากหลายรูปแบบ เช่น การส่งแบบสอบถามไปที่บ้านผู้สูงอายุก่อนเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคพาร์กินสัน หากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคพาร์กินสันอีกครั้งหนึ่ง[15] อย่างไรก็ตามการคัดกรองแบบนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงและผู้สูงอายุอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบคัดกรอง อีกวิธีการหนึ่งคือ การทบทวนแฟ้มประวัติของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการคัดกรอง แต่ก็มีข้อเสีย

เนื่องจากผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นซึ่งไม่มีอาการแสดงชัดเจนอาจไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรอง[15] ดังนั้นเพื่อแก้ไขข้อจำกัดต่างๆ Abbas และคณะ[15] ได้แนะนำให้ดำเนินการคัดกรองเป็น 2 ระยะ คือ ส่งแบบสอบถามไปที่บ้านของผู้สูงอายุตามช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันของประชากรในประเทศ และหากผลการตอบแบบสอบถามเข้าเกณฑ์การวินิจโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวมาพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัยอีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการคัดกรองโรคพาร์กินสันในประเทศต่างๆ เช่น ในประเทศอังกฤษได้ดำเนินโครงการศึกษาวิจัย PREDICT-PD[16] เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันของประชากรอังกฤษ โดยวิธีการส่งแบบสอบถามทางอินเตอร์เน็ตให้กับผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปีเพื่อตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประวัติครอบครัว อาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวต่างๆ และพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับแบบประเมินภาวะวิตกกังวล และประเมินการนอนหลับ หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจวัดอาการเคลื่อนไหวช้า จากการพิมพ์แป้นคีย์บอร์ดด้วยโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้น นอกจากนี้ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับแบบทดสอบการดมกลิ่น (University of Pennsylvania Smell Identification Test: UPSIT) เพื่อทดสอบว่าสูญเสียการดมกลิ่นหรือไม่ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางอัลกอริทึ่ม จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าวิธีการนี้สามารถคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันได้ แต่มีข้อจำกัดบางประการเช่นข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ทางอัลกอริทึ่มเป็นข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม อาจเกิดความไม่เที่ยงตรงของข้อมูลทั้งจากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมโครงการ หรือจากการประเมินอาการที่ไม่ได้มีผลการยืนยันทางคลินิกอีกครั้งหนึ่ง จึงมีความเสี่ยงต่อการวิเคราะห์ที่ไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ก็เป็นอีกหนึ่งวิธีการคัดกรองที่สามารถคัดกรองได้ในประชากรกลุ่มใหญ่ และเป็นวิธีที่สามารถดำเนินการได้ง่าย และเสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศอื่นๆ เช่น การศึกษาในประเทศแคนาดา[7] ได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคพาร์กินสันโดยการประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์เพื่อให้ตอบคำถามเพียง 1 คำถามเกี่ยวการนอนหลับว่ามีปัญหาการนอนฝันร้าย ขยับตัวตามความฝันหรือละเมอทำร้ายผู้อื่นหรือไม่ (REM Sleep Behavior Disorder: RBD) หากมีอาการผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับปัญหาการนอนอีกครั้งหนึ่ง โดยมีผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 40 ราย จาก 111 ราย หลังจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สงสับว่ามีปัญหาการนอนหลับจะได้รับการตรวจความผิดปกติในการนอนอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 12 รายจาก 19 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการนอน (REM Sleep Behavior Disorder: RBD) มีอาการนำของโรคพาร์กินสัน ซึ่งวิธีการคัดกรองวิธีการนี้สามารถใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้เช่นกัน

สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ปรับปรุงข้อคำถามจากเครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันจากการศึกษาของ Chan และคณะ[17] เนื่องจากได้ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง เครื่องมือคัดกรองโรคพาร์กินสันฉบับภาษาไทยมีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการพาร์กินสัน ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวลำบาก อาการสั่น สีหน้าเรียบเฉย และปัญหาการทรงตัว ซึ่งได้รับการทดสอบความแม่นยำในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของโรคพาร์กินสันในประชากรไทยมีค่า sensitivity และ specificity ที่ 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ[18] การคัดกรองโรคพาร์กินสันอาจเริ่มต้นดำเนินการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากความชุกของโรคพาร์กินสันจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น[1] ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการสามารถประยุกต์ใช้จากรูปแบบการให้บริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการคัดกรองโรคพาร์กินสัน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถพัฒนาระบบการคัดกรองโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพาร์กินสันแก่ชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสังเกตอาการการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว และชุมชน การให้บริการตรวจคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาและส่งต่ออายุรแพทย์เพื่อวินิจฉัยรักษาต่อไป โดยมีแนวทางในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพในตำบล ในการติดตามดูแลประชาชนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่มีความยั่งยืน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนชุมชนควรประสานงาน เตรียมความรู้และความพร้อมของ อสม. แกนนำสุขภาพในตำบล ให้เข้าใจถึงบทบาทของตนเอง มีความมั่นใจในด้านความรู้พื้นฐานของโรคพาร์กินสัน การใช้เครื่องมือคัดกรองและการแจ้งผลคัดกรอง และควรมีการฟื้นฟูความรู้ให้แก่ อสม. และแกนนำสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของชุมชน[19]

2. รณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และอาศัย อสม. แกนนำสุขภาพในตำบล เครือข่ายสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน จากการประยุกต์แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแบบแผนสุขภาพในการคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าเครือข่ายสังคมที่มีอยู่ตามธรรมชาติเป็นแกนนำที่มีประสิทธิภาพในถ่ายทอดข้อมูลเรื่องโรค การคัดกรองโรคแก่สมาชิกเครือข่ายเป็นรายบุคคล และส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์ และข้อเสียของการรับการคัดกรอง ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจ

โรคได้ดียิ่งขึ้น สามารถทำให้ประชาชนรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการคัดกรอง[19]

3. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ด้วยการคัดกรองในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป การคัดกรองโรคพาร์กินสันนั้นสามารถให้ อสม. ดำเนินการได้ในหมู่บ้านด้วยเครื่องคัดกรองโรคพาร์กินสันที่ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย[2,13]

3.1 หากไม่พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน จากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง อสม.ควรให้ความรู้แก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับอาการของโรคพาร์กินสัน เพื่อให้สังเกตอาการด้านการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว และชุมชน หากเริ่มมีอาการทางด้านการเคลื่อนไหว แนะนำให้มาปรึกษาแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ ด้วยวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองโรคพาร์กินสันซ้ำในทุกๆ 1 ปี

3.2 หากพบความเสี่ยงจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง อสม. ควรส่งต่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพาร์กินสันเป็นรายบุคคล นอกจากการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองแล้ว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรซักประวัติ และตรวจร่างกายเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน

การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น

การซักประวัตินั้นพยาบาลควรเริ่มซักประวัติตั้งแต่ ประวัติทั่วไป อายุ อาชีพ ประวัติครอบครัว ประวัติการรับประทานยา ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นและอาการปัจจุบันและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ[1,2,4]

1. อายุ อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคพาร์กินสัน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีโอกาสพบโรคพาร์กินสันมากขึ้น[1,2,4]

2. ประวัติครอบครัว ความผิดปกติทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคพาร์กินสันในคนอายุน้อย[1]

3. อาชีพ อาชีพที่สัมผัสสารเคมีหรือยาฆ่าแมลงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันมากกว่าอาชีพอื่นถึง 3 เท่า ดังนั้นพยาบาลควรซักประวัติเกี่ยวกับการสัมผัสกับสารเคมีหรือยาฆ่าแมลง เช่น พาราควอท (Paraquat) เพอร์เมทริน (Permethirn)[1] นอกจากนี้อาชีพที่ได้รับการกระทบกระเทือนของศีรษะอย่างรุนแรง เช่น นักมวย หากได้รับการกระแทกทางศีรษะรุนแรงและหมดสตินานเกินกว่า 5 นาทีจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า[1]

4. ประวัติการรับประทานยา เนื่องจากยาบางกลุ่มอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการพาร์กินโซนิซึ่มได้ ยาที่พบว่าใช้บ่อย ได้แก่ ยาแก้อาการเวียนศีรษะ เช่น ฟลูนาริซีน (Flunarizine) ซินนาริซีน (Cinnarizine) ยาสำหรับโรคจิตเวช เช่น ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol) ริสเพอริโดน (Risperidone) ยาแก้แพ้อาเจียนกลุ่ม เมโทโครพลาไมด์ (Metoclopramide) ยาลดความดันโลหิตสูง

กลุ่มรีเซอพีน (Reserpine) เมทิลโดปา (Methydopa) แอมโลดิปีน (Amlodipine)[1] หากพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาในกลุ่มนี้อยู่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยา และประเมินอาการทางด้านการเคลื่อนไหวอีกครั้งหนึ่ง หลังจากหยุดรับประทานยา หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติแล้ว แสดงว่า อาการพาร์กินโซนิซึ่มที่พบนั้นเกิดจากการใช้ยา (Drug induced Parkinsonism)[1]

นอกจากการซักประวัติแล้วพยาบาลควรตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์ในการวินิจฉัยแยกโรคพาร์กินสันออกจากโรคอื่นๆ วิธีการตรวจร่างกายสามารถทำได้โดยการสังเกตการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของผู้ป่วย โดยมีวิธีการสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติต่างๆ[1,2] ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ป่วยในท่านั่ง โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ที่มีผนักพิง ไม่มีที่รองแขน แล้วให้ผู้ป่วยวางมือบนโต๊ะ หรือบนหน้าขาตัวเอง เพื่อตรวจอาการสั่นขณะอยู่เฉย (Rest tremor) โดยขณะตรวจ อาจเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยโดยการให้นับเลขถอยหลัง เช่น 10-1 หรือให้นับวัน หรือเดือน ย้อนหลัง อาการสั่น อาจเกิดขึ้นที่มือข้างใดข้างหนึ่งก่อน อาการสั่นโดยส่วนใหญ่จะเริ่มที่มือ โดยเฉพาะที่ปลายนิ้ว คล้ายกำลังปั้นเม็ดยา (Pill-rolling tremor) อาการสั่นที่มักจะสับสนระหว่างโรคพาร์กินสัน คือ อาการสั่นของโรค Essential tremor ซึ่งลักษณะอาการสั่นจะแตกต่างกันออกไป อาการสั่นของโรค Essential tremor ลักษณะการสั่นคือ สั่นขณะใช้มือทำงาน เช่น ตักข้าว หยิบสิ่งของ และมักจะสั่นเริ่มพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้นในท่าเหยียดแขนไปทางด้านหน้า แล้วสังเกตอาการสั่น อาการสั่นของโรคพาร์กินสันจะลดน้อยลงเมื่อเทียบกับอาการสั่นขณะอยู่เฉย และอาการสั่นอาจเกิดขึ้นได้หลังจากยกแขนขึ้นหลายวินาที (Re-emergent tremor)

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยเคาะนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ต่อเนื่องนาน 10 วินาที โดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude)ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ป่วยกำมือสลับแบมือนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 5 ให้ผู้ป่วยคว่ำมือสลับหงายมือนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้กว้าง และเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความกว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 6 ให้ผู้ป่วยเคาะส้นเท้ากับพื้นนาน 10 วินาทีโดยให้ผู้ป่วยพยายามทำให้สูง และ เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วสังเกตอาการการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หรือความ

กว้าง (Amplitude) ที่ลดลงเมื่อทำกิจกรรมต่อเนื่อง (Motor decay)

ขั้นตอนที่ 7 ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ผู้ตรวจหมุนแขน/ ขาและศีรษะเพื่อตรวจดูแรงต้านในทุกทิศทาง ทั้งงอ/เหยียด คว่ำ/หงาย สังเกตอาการแข็งเกร็งจากการเพิ่มขึ้นของแรงต้านทานเท่ากันตลอดการเคลื่อนไหวไม่ว่าจะช้าหรือเร็ว อาการแข็งเกร็งเป็นจังหวะเหมือนซี่ล้อเกวียน (Cogwheel rigidity) ขณะตรวจให้ผู้ป่วยกำมือด้านตรงข้ามกับแขน/ขา ด้านที่ตรวจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 8 ให้ผู้ป่วยเอามือกอดอกแล้วลุกขึ้นยืน ผู้ตรวจสังเกตการทรงตัวว่าสามารถลุกขึ้นจากเก้าอี้ได้อย่างลำบากหรือไม่ มีอาการเซ ขณะลุกขึ้นยืนหรือไม่

ขั้นตอนที่ 9 ให้ผู้ป่วยเดินไปข้างหน้าประมาณ 10 เมตร แล้วหมุนตัวกลับ ผู้ตรวจสังเกตลักษณะการเดินของผู้ป่วยต่อไปนี้

- ผู้ป่วยแกว่งแขนที่น้อยลงขณะเดิน แขน อาจแกว่งแขนน้อยลงข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง

- ลำตัวของผู้ป่วยตัวโน้มไปข้างหน้าขณะเดิน (Stoop posture or camptocormia)

- ผู้ป่วยเดินก้าวสั้น ซอยเท้าถี่ (Shuffling)

- ผู้ป่วยเดินโน้มไปข้างหน้าตามแรงโน้มถ่วงก้าวสั้นลงเรื่อยๆ (Festination)

- ผู้ป่วยหมุนตัวไปทั้งตัวขณะหันหลังกลับตัว (Turn en bloc)

- ผู้ป่วยเดินแล้วขาติดพื้นก้าวขาไม่ออก (Freezing of gait)

ขั้นตอนที่ 10 ให้ผู้ป่วยยืนกางขากว้างประมาณระยะไหล่ 2 ข้าง ผู้ตรวจตรวจการทรงตัวโดนการดึงตัวผู้ป่วยบริเวณไหล่ จากด้านหลัง (Pull test) หากผู้ป่วยถอยหลังมากเกิน 2 ก้าว หรือล้มไปข้างหลัง แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการทรงตัว

ผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละรายจะมีอาการที่ตรวจพบเมื่อตรวจร่างกายผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นหากพยาบาลเข้าใจลักษณะอาการของโรคพาร์กินสัน จะช่วยให้สามารถซักประวัติ และสังเกตอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันในปัจจุบันอายุรแพทย์ได้ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB)[1] คือ ตรวจหาอาการพาร์กินโซนิซึ่ม โดยผู้ป่วยต้องมีอาการช้า (Bradykinesia) เป็นอาการหลัก จากนั้นจึงซักประวัติเพื่อแยกโรคพาร์กินสันออกจากกลุ่มอาการพาร์กินโซนิซึ่มอื่นๆ และหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติซับซ้อนแพทย์อาจพิจารณาการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจในการส่งตรวจที่เหมาะสมต่อไป[1] อย่างไรก็ดีสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผู้มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า มีความผิดปกติต่างๆ เช่น ท้องผูก ปัญหาการนอนหลับ ตลอดจนการได้กลิ่นลดลง (Hyposmia) ที่อยู่ในวัยเกิน 40 ปีขึ้นไป ควรจะได้รับการประเมินคัดกรองด้วย

บทสรุป

การให้ความรู้และการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันในชุมชนเป็น

บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะต้น ชะลอการดำเนินของโรค และลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการคัดกรองโรคพาร์กินสัน รวมถึงพัฒนาทักษะในการคาดการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันเบื้องต้น จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังเกตอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ หากพบอาการเหล่านี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นส่วนสำคัญของทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับ อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงองค์กร เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ดียิ่งขึ้น

References

1. Bhidayasiri R. Clinical Practice Guideline for Diagnosis and Management of Parkinson’s disease. Bangkok: Chulalongkorn Centre of Excellence for Parkinson's Disease & Related Disorders. Chulalongkorn Hospital. Thai Red Cross Society; 2011. (in Thai)
2. Boonrod N, Boonpeng K, Bhidayasiri R. Parkinson's Disease Nursing Handbook. Bangkok: Chulalongkorn Centre of Excellence for Parkinson's Disease & Related Disorders. Chulalongkorn Hospital. Thai Red Cross; 2016 (in Thai)
3. De Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. Lancet Neurol 2006; 5(6): 525-35.
4. Vernon GM. Parkinson Disease and the Nurse Practitioner: Diagnostic and Management Challenges. The Journal for Nurse Practitioners 2009; 5(3): 195-206.
5. Na Nakorn R. Benefits and Cautions for Health Screening. Journal of Health Systems Research 2013; 7(3): 325-30. (in Thai)
6. Prachublarb C. Competencies in Caring Patients with Parkinson’s Disease. J Royal Thai Army Nurses 2015; 16(1): 1-7. (in Thai)

7. Postuma RB, Pelletier A, Berg D, Gagnon J-F, Escudier F, Montplaisir J. Screening for prodromal Parkinson's disease in the general community: a sleep-based approach. Sleep Medicine 2016; 21:101-5. doi.org/10.1016/j.sleep.2015.12.016.
8. Pellicano C, Benincasa D, Pisani V, Buttarelli FR, Giovannelli M, Pontieri FE. Prodromal non-motor symptoms of Parkinson's disease. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2007; 3(1): 145-52.
9. Jost WH. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's Disease. Journal of the neurological sciences 2010; 289(1-2): 69-73.
10. Kristian W, Clare J F. Bladder Dysfunction in Parkinsonism: Mechanisms, Prevalence, Symptoms, and Management. Movement Disorders 2006; 21(6): 737-45.
11. Bhidayasiri R, Mekawichai P, Jitkritsadakul O, Panyakaew P, Kaewwilai L, Boonrod N, et al. Nocturnal journey of body and mind in Parkinson's disease: the manifestations, risk factors and their relationship to daytime symptoms. Evidence from the NIGHT-PD study. Journal of neural transmission (Vienna, Austria: 1996) 2014; 121 Suppl 1: S59-68.
12. Burn DJ. Beyond the iron mask: Towards better recognition and treatment of depression associated with Parkinson's disease. Movement disorders 2002; 17(3): 445-54.
13. Aarsland D, Kurz MW. The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. Journal of the Neurological Sciences 2010; 289(1): 18-22.
14. Santos-García D, de la Fuente-Fernández R. Impact of non-motor symptoms on health-related and perceived quality of life in Parkinson's disease. Journal of the Neurological Sciences 2013; 332(1-2): 136-40.
15. Abbas MM, Xu Z, Tan LC. Epidemiology of Parkinson's Disease East Versus West. Mov Disord Clin Pract 2018; 5: 14-28.
16. Noyce AJ, Bestwick JP, Silveira-Moriyama L, Hawkes CH, Knowles CH, Hardy J, Giovannoni G, Nageshwaran S, Osborne C, Lees AJ, Schrag A. PREDICT-PD: identifying risk of Parkinson's disease in the community: methods and baseline

results. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85(1): 31-7.

17. Chan DK, Hung WT, Wong A, Hu E, Beran RG. Validating a screening questionnaire for parkinsonism in Australia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69(1): 117-20.
18. Setthawatcharawanich S, Sathirapanya P, Phabphal K, Limapichat K. Short questionnaire for Parkinson's disease as a screening instrument. Clinical Neurology and Neurosurgery 2011; 113(10): 885-8.
19. Luevanich C. Hypertension: Pattern for Screening the Health Silent Killer. Journal of Yala Rajabhat University 2553; 5(1): 71-86. (in Thai)

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคพาร์กินสัน[2]

คำชี้แจง: โปรดกาเครื่องหมาย กากบาท (x) ลงในช่องว่างที่ตรงกับอาการของท่านใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่	**ใช่**	**ไม่ใช่**	**คะแนน**
1.ท่านงุ่มง่ามมากขึ้น หรือลำบากขึ้นในการใช้มือทำงานเช่น ติดกระดุม บิดลูกบิด ใช้ไขควง (อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบหรือ อัมพฤกษ์)	☐ (2 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)	
2.ท่านมีอาการสั่นของมือ แขน ขา หรือ ศีรษะ	☐ (4 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)	
3.ท่านมีน้ำลายสอจะไหลเมื่ออ้าปากเล็กน้อย หรือไม่มีอาการแสดงทางสีหน้า (หน้าตาย หรือเหมือนหน้ากาก)	☐ (2 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)	
4.ท่านเสียการทรงตัวขณะหมุนตัว	☐ (2 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)	
5. ท่านกำลังรับประทานยาแก้อาการเวียนศีรษะ กลุ่ม Cinnarizine , Flunarizine /ยาสำหรับโรคจิตเวช เช่น Haloperidol, Risperidone ยาแก้แพ้อาเจียนกลุ่ม Metoclopramide ยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่ม Reserpine, Methydopa, Amlodipine	หากรับประทานยาในกลุ่มนี้ ให้ระวังอาการพาร์กินสันที่เกิดจากยา (Drug induce parkinsonism) แนะนำให้หยุดยาในกลุ่มนี้ และสังเกตอาการ		
รวมคะแนน คะแนน 0-5 ไม่พบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน คะแนน 6-10 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสัน แนะนำให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม			

บทความวิชาการ

ขยะมูลฝอย: ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร

ศิริพร คำวานิล*

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**

บทคัดย่อ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้สังคมมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ (New normal) อีกทั้งมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ หรือ Work from home ทำให้ประชาชนอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงการเดินทาง หรือซื้อสินค้าตามห้างสรรพสินค้าหรือตลาดนัด ถึงแม้ว่ามาตรการดังกล่าวจะช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ แต่สิ่งที่ตามมาคือประชาชนมีการสั่งอาหารเดลิเวอรี่มากขึ้น รวมทั้งการซื้อสินค้าผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ปริมาณขยะประเภทพลาสติกเพิ่มสูงขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ และหากไม่เร่งดำเนินการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง ย่อมส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ขยะประเภทหน้ากากอนามัยใช้แล้วถือเป็นขยะติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคเราควรทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี หากปะปนไปกับขยะชุมชนจะส่งผลให้พนักงานเก็บขนขยะ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 และเมื่อถูกนำไปกำจัดด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มโอกาสที่เชื้อจะแพร่กระจายไปสู่คนในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ขยะมูลฝอยในช่วงสถานการณ์ COVID-19/ ผลกระทบ/ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

---

* นักศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

E-mail: siri_kamvanin@hotmail.com

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

E-mail: narongsakn@nu.ac.th, nnoosorn@yahoo.com

Solid Waste: What is the situation during COVID-19?

Siriporn Kamvanin*

Narongsak Noosorn**

Abstract

Hazardous solid waste has been a persistent problem. Due to the coronavirus epidemic (COVID-19), society has changed its way of life (a 'new normal'). It has become routine to stay at home to stop the spread of infection for the nation and to work from home. Keeping people at home, refraining from traveling, and not going out to buy products in department stores or flea markets has resulted in people ordering food delivered to them. This delivery of products results in increased plastic waste in almost all areas. Inaction to correct the problem, inevitably affects humans and the environment. Also, used mask waste is considered infectious waste. When disposed of with municipal wastes, discarded masks can spread the virus to garbage collectors. There is an increased risk of infection with COVID-19. When masks are disposed of by improper means, they may increase the chance that the infection will spread to people in the community.

Keywords: solid waste/ COVID-19/ impact/ waste management concept

Article info: Received June 30, 2020; Revised July 25, 2020; Accepted August 31, 2020.

* Doctoral student, Doctor of Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

** Corresponding Author, Associate Professor Faculty of Public Health, Naresuan University

บทนำ

สถานการณ์ขยะมูลฝอยทั่วโลกในปี พ.ศ. 2559 มีปริมาณขยะ 2,200 ล้านตันต่อปี ซึ่งกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงมีปริมาณขยะ 1 ใน 3 ของโลก แม้มีประชากรเพียง 16% ของประชากรโลก นอกจากนี้ กว่า 90% ของกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย มักทิ้งขยะโดยไม่มีวิธีการจัดการที่เหมาะสม และไม่มีกฎหมายการจัดการขยะรองรับ จากการเพิ่มขึ้นของประชากร และการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปริมาณขยะทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 3,400 ล้านตันภายในปี พ.ศ.2593 ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วนปริมาณขยะทั่วโลกจะเพิ่มขึ้น 1,540 ล้านตันต่อปี ของการเกิดขยะในปัจจุบัน และ “ขยะพลาสติก" ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ต่อไป ซึ่งมีปริมาณ 242 ล้านตัน หรือ 12% ของขยะมูลฝอยประเภทอื่น[1]

ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ ได้สรุปภาพรวมปี พ.ศ.2561 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 27.8 ล้านตัน เพิ่มขึ้น 1.64% จากปี พ.ศ.2560 ซึ่งถูกคัดแยกและนำกลับไปใช้ประโยชน์เพียง 34% ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง 39% และกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง 27% ซึ่งเป็นขยะพลาสติกประมาณ 2 ล้านตัน และขยะอันตราย 6.4 แสนตัน[2] โดยที่ความหนาแน่นของประชากร ขนาดครัวเรือน ขนาดของเมือง เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเกิดขยะมูลฝอยชุมชน[3] ขยะมูลฝอยนอกจากเป็นปัญหาที่เกิดกับชุมชนเมืองแล้ว ชุมชนบนพื้นที่สูงที่มีความหลากหลายของประชากรก็พบปัญหาด้านการจัดการขยะเช่นกัน เนื่องจากชาวไทยภูเขายังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะ[4] นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ จำนวนประชากร ผลกระทบของมาตรการเชิงนโยบาย หรือมาตรการในการจัดการขยะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดขยะมูลฝอย ซึ่งมีส่วนสำคัญในการวางแผนศึกษาแนวโน้มของการเกิดขยะมูลฝอยในอนาคต[5] โดยรัฐบาลได้มีแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559-2564) โดยมีแนวคิดหลักคือ การมุ่งเน้นลดขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด การนำของเสียกลับมาใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยแบบศูนย์รวม และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนประเทศไทย ไปสู่การเป็นสังคมปลอดขยะ: Zero Waste Society[6]

จากข้อมูลสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย สถานการณ์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในช่วงที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉิน ทำให้ในเขตกรุงเทพมหานครมีขยะพลาสติกเพิ่มขึ้นกว่า 60% และในเขตเทศบาลนครราชสีมามีขยะพลาสติกเพิ่มขึ้นกว่า 30%[7] และเนื่องจากขยะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนต่างให้ความสำคัญ พยายามหามาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของสังคม ผู้เขียนจึงได้เขียนบทความนี้ เพื่อนำเสนอขยะมูลฝอยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 มาตรการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ผลกระทบที่เกิดจากขยะมูลฝอย และแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอย โดย

มุ่งหวังว่าผู้อ่านจะได้แนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยต่อไป

ขยะมูลฝอยในช่วงสถานการณ์ COVID-19

จากสถานการณ์ขยะมูลฝอยในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า พื้นที่ในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร และเมืองท่องเที่ยวอื่นๆ มีปริมาณขยะมูลฝอยโดยรวมลดลง พื้นที่ในกรุงเทพมหานครมีปริมาณขยะมูลฝอยลดลงจาก 10,560 ตันต่อวันเป็น 9,370 ตันต่อวันลดลง 11% จังหวัดภูเก็ตลดลงจาก 970 ตันต่อวันเป็น 840 ตันต่อวันลดลง 13% จังหวัดนครราชสีมาลดลงจาก 240 ตันต่อวันเป็น 195 ตันต่อวันลดลง 19% เมืองพัทยาลดลงจาก 850 ตันต่อวันเป็น 380 ตันต่อวัน ลดลง 55% เป็นต้น[7] ในขณะที่ปริมาณขยะพลาสติกกลับเพิ่มขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ ซึ่งขยะพลาสติกเป็นปัญหาใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับขยะประเภทอื่น ปัญหาขยะพลาสติกที่เพิ่มขึ้นนี้มาจากการสั่งอาหารเดลิเวอรี่ (Food delivery) ที่มีบริการส่งถึงบ้านหรือที่ทำงาน รวมทั้งการซื้อสินค้าระบบ Online Shopping มากขึ้น สาเหตุหนึ่งมาจากมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ (Work from home) ซึ่งมาตราการดังกล่าวจำกัดการเดินทาง ให้ประชาชนอยู่แต่บ้าน ปิดบริการทุกอย่างยกเว้นที่จำเป็น เช่น ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหาร ร้านยา ประชาชนจึงหันมาสั่งสินค้าออนไลน์แทนการจับจ่ายสินค้าตามห้างสรรพสินค้าหรือตลาดนัด สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ทำให้เกิดการดำเนินชีวิตแบบ "New normal" หรือวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ ถึงแม้จะช่วยควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนาได้ โดยรัฐบาลขอความร่วมมือให้ประชาชนอยู่บ้าน และสั่งปิดสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการติดต่อของโรค แต่ผลที่ตามมาคือปริมาณขยะพลาสติกที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

จากรายงานของกรุงเทพมหานคร ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบว่า มีปริมาณขยะพลาสติกทั้งหมด 3,440 ตันต่อวัน คิดเป็น 37% ของปริมาณขยะทั้งหมด 9,370 ตันต่อวัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 2,120 ตันต่อวันในปี 2562 เพิ่มขึ้น 62%[7] จากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า ขยะมีแหล่งกำเนิดมาจาก 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มขยะจากการสั่งอาหารเดลิเวอรี่ ประกอบด้วยถุงพลาสติกใส่อาหาร กล่องพลาสติกและพลาสติกใช้ครั้งเดียว เช่น ช้อน ส้อม ไม้จิ้ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณขยะจำพวกเศษอาหารถูกทิ้งปะปนมากับขยะทั่วไปมีปริมาณเพิ่มขึ้น และยังมีขยะที่เกิดจากการปรุงอาหารที่บ้านเพิ่มขึ้น ส่วนอีกกลุ่มคือขยะจำพวกหน้ากากอนามัยใช้แล้วซึ่งถือเป็นขยะติดเชื้อ

ข้อมูลจากอุตสาหกรรมพลาสติกของไทย พบว่า ยอดขายพลาสติกภายในประเทศ และส่งออกเพิ่มสูงขึ้น 40-50% โดยยอดขายบรรจุภัณฑ์อาหารเพิ่มขึ้น 10% และยอดขายบรรจุภัณฑ์อาหารประเภทย่อยสลายได้เพิ่มขึ้น 30%[8] กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจึงได้ร่วมมือกับโมเดิร์นเทรด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดขยะพลาสติก โดยการเลิกแจกถุงพลาสติกให้กับลูกค้าตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นมา ในส่วนของตลาดสด ร้านขายของชำ รัฐบาลได้ขอความร่วมมือให้ลดการใช้ถุงพลาสติกเช่นกัน โดยตั้งเป้าหมายให้เลิกใช้ถุงพลาสติกทั่วประเทศ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป พร้อมทั้งมีการพลักดันกฎหมาย บังคับใช้ควบคู่กับการประชาสัมพันธ์ไปด้วย จึงนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่สังคมไทย ที่จะร่วมกันแก้ปัญหาขยะพลาสติกภายใต้ Roadmap การจัดการขยะพลาสติก พ.ศ. 2561-2573 การขับเคลื่อนประเด็นการแก้ไขปัญหาขยะพลาสติก ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และต้องมุ่งไปที่การลดตั้งแต่ต้นทาง การใช้ซ้ำ และการเติม ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่สร้างขยะตั้งแต่แรก[9]

การบริการอาหารในรูปแบบเดลิเวอรี่ (Food delivery) ได้เติบโตมาแล้วระยะหนึ่ง พร้อมกับการซื้อขายสินค้าด้วยระบบ Online Shopping ซึ่งมีการขยายตัวชัดเจนมาตั้งแต่ 2-3 ปีที่ผ่านมา ในกรุงเทพและปริมลฑล รวมทั้งเมืองใหญ่ต่างๆ เนื่องจากผู้บริโภคต้องการความสะดวกสบายมากขึ้น มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และการเดินทางที่ไม่สะดวก ซึ่งก่อนหน้านี้มีการคาดการณ์ว่าจะเติบโตประมาณปีละ 10-20% จากสถานการณ์ปกติแต่ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 และจากการประกาศภาวะฉุกเฉินในเดือนมีนาคม และเมษายน พ.ศ. 2563 ได้มีการเติบโตมากกว่า 300%[7] ขยะพลาสติกที่มาจากการสั่งอาหารเดลิเวอรีก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ทิ้งขยะโดยไม่มีการคัดแยก ทิ้งเศษอาหารปะปนมากับขยะพลาสติก ปัญหาดังกล่าวเกิดจากประชาชนขาดความตระหนักว่าควรคัดแยกอย่างไร การนิยมความสะดวก หรือความสบายจากการไม่ต้องเก็บ ไม่ต้องล้างภาชนะ และความกังวลว่าจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา หากสัมผัสภาชนะหรือซ้อนส้อมของผู้ที่ติดเชื้อ ซึ่งขยะพลาสติกเหล่านี้ปนเปื้อนมากับเศษอาหาร จึงไม่สามารถนำไปรีไซเคิล หรือแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่เพื่อเพิ่มมูลค่าได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องนำขยะพลาสติกที่ปนเปื้อนเหล่านี้ไปกำจัดโดยการเทกองหรือฝังกลบเช่นที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาล อีกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อม หากจัดการไม่ถูกต้อง อาจปนเปื้อนลงสู่ดิน แม่น้ำ ทะเล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัตว์ทะเลได้

จะเห็นได้ว่าท่ามกลางการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไป "New normal" วิถีชีวิตรูปแบบใหม่ความต้องการในการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนมีมากขึ้น เพราะนอกจากจะถูกใช้ทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้ว ประชาชนทั่วไปยังมีความต้องการใช้หน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันเชื้อ COVID-19 อีกด้วย หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วจัดเป็นขยะติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วปนเปื้อนด้วยเสมหะ น้ำลาย น้ำมูก และอาจปนเปื้อนเชื้อโรคจากบุคคลที่ป่วย หรือผู้เป็นพาหะนำโรคได้ และหากไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี โดยทิ้งปะปนไปกับขยะชุมชน จะส่งผลให้พนักงานเก็บขนขยะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 และเมื่อถูกนำไปกำจัดด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มโอกาสที่เชื้อจะแพร่กระจายไปสู่คนในชุมชนทั้งทางน้ำและทางอากาศ

นอกจากนี้ หน้ากากอนามัยยังมีส่วนประกอบที่ผลิตจากวัสดุย่อยสลายยากเช่น โพลีโพรไพลีน (Polypropylene: PP) คนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโพลีโพรพิลีนมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บป่วยของทางเดินหายใจ[10] นอกจากจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยแล้ว ปริมาณขยะหน้ากากอนามัยแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง ยังส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมได้

มาตรการในการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์ COVID-19 มาตรการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์ระบาดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับประชาชน[11]

1. คัดแยกขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะที่เป็นพิษหรือเป็นอันตรายจากชุมชน ก่อนจะนำไปทิ้งลงถังขยะ หรือจุดรวบรวมขยะ เพื่อรอการเก็บขนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังทิ้งหน้ากาก

3. ให้ความร่วมมือกับแนวทางจัดการขยะที่ทางองค์กรปกครองท้องถิ่นกำหนด

4. การทิ้งหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ให้แยกใส่ถุงต่างหาก 2 ชั้น ปิดปากถุงให้แน่น พร้อมติดหน้าถุงว่า “หน้ากากอนามัย” เพื่อให้รถเก็บขนขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บขนไปกำจัด

5. หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า (ขยะติดเชื้อ) ให้นำไปทิ้งในถังขยะสีแดง หรือในจุดรวบรวมขยะเฉพาะเพื่อรอการเก็บขน

อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการจัดการขยะในช่วง COVID-19 ได้เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีการ คัดแยกขยะก่อนทิ้ง อีกทั้ง ยังมีการทิ้งขยะประเภทหน้ากากอนามัยใช้แล้วรวมกับขยะทั่วไป เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 มีแนวโน้มที่รุนแรง และขยายวงกว้างมากขึ้น ความต้องการใช้หน้ากากอนามัยก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย คำถามที่เกิดขึ้นตามมาคือ ศักยภาพในการรองรับบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีอยู่ในปัจจุบันจะสามารถรองรับได้หรือไม่ และถ้าหากขยะหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วไม่ได้ถูกคัดแยกออกมาแต่ถูกทิ้งปะปนกับขยะชุมชนอื่นๆ หน่วยงานภาครัฐจะดำเนินการอย่างไร

ขณะที่กรมควบคุมโรค[12] ได้ให้คำแนะนำสำหรับผู้ถูกกักกันหรือผู้ถูกคุมไว้สังเกตอาการในที่พักอาศัย ตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ให้มีการแยกขยะเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- ขยะทั่วไป เช่น ถุงพลาสติก บรรจุภัณฑ์ใส่อาหาร ขวด เป็นต้น ให้เก็บรวบรวมเป็นขยะทั่วไป

- ขยะที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า กระดาษ ทิชชู เป็นต้น ให้เก็บรวบรวมและทำลายเชื้อ โดยใส่ถุงขยะ 2 ชั้น และทำลายเชื้อโดยการราดด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ (Sodium hypochlorite; NaOCl) แล้วมัดปากถุงให้แน่นก่อนนำไปทิ้งรวมกับขยะทั่วไป แล้วล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลทันที

มาตรการจัดการขยะในช่วงสถานการณ์ระบาดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[13]

มาตรการรณรงค์คัดแยกขยะ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนคัดแยกขยะแต่ละประเภท ใส่ถุงและมัดปากถุงให้แน่น ไม่ให้มีรอยฉีกขาด แล้วนำไปทิ้งในถังขยะหรือจุดรวบรวมขยะเพื่อรอการเก็บขนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทิ้งหน้ากากอนามัยใช้แล้ว โดยแยกใส่ถุงต่างหากปิดปากถุงให้แน่น และควรทำสัญลักษณ์ที่ถุงขยะ เช่น ผูกเชือกหรือเขียนบอกให้รู้เวลาพนักงานเก็บขนขยะมาจัดเก็บหรือนำไปทิ้งในถังขยะสีแดง

3. จัดให้มีถังขยะสีแดงไว้ในที่สาธารณะหรือจุดรวบรวมขยะเพื่อเป็นจุดทิ้งขยะหน้ากากอนามัยใช้แล้วเป็นการเฉพาะ

4. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่าหากผู้ที่ไม่มีอาการป่วยหรือไม่ได้ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) สามารถใช้หน้ากากผ้าแทนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ได้ เนื่องจากสามารถซักทำความสะอาดโดยใช้น้ำยาซักผ้าเด็ก หรือน้ำสบู่อ่อน หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ และตากแดดให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้ใหม่ เพื่อเป็นการลดจำนวนขยะหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว และจำนวนขยะติดเชื้อด้วย

มาตรการเก็บขยะ

1. จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ถุงมือ หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า และเครื่องแต่งกายที่รัดกุม เป็นต้น และกำชับให้พนักงานเก็บขนขยะสวมใส่ในการปฏิบัติงานทุกครั้ง รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำรองให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานทุกวัน

2. ให้มีการป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) แก่พนักงานเก็บขนขยะทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติงานทุกครั้ง เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ สบู่ เป็นต้น

3. ตรวจสุขภาพพนักงานเก็บขนขยะเป็นระยะตามความเหมาะสม

4. หลังจากการปฏิบัติงานทุกครั้งให้ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อผสมแอลกอฮอล์ ทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ เครื่องแต่งกายที่สวมใส่ในขณะที่ปฏิบัติงาน รวมถึงฉีดล้างรถบรรทุกเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประจำทุกวัน

มาตรการกำจัดขยะ

1. ในกระบวนการกำจัดขยะให้หามาตรการและอุปกรณ์ที่เหมาะสมให้แก่พนักงานประจำจุดกำจัดขยะเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน

2. สำหรับการกำจัดขยะหน้ากากอนามัยและหน้ากากผ้าให้การกำจัดเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ 2545

ผลกระทบที่เกิดจากขยะมูลฝอย

ปัญหาขยะมูลฝอยหากไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมดังนี้

1. ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ขยะมูลฝอยที่ถูกทิ้ง และรวบรวมอย่างไม่ถูกต้อง หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพของประชาชน[2,14] โดยเฉพาะขยะประเภทหน้ากากอนามัยใช้แล้วอาจนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตั้งแต่แหล่งกำเนิด การเก็บขน และการกำจัด

2. มลพิษทางอากาศ เกิดจากการกำจัดขยะมูลฝอยโดยการเผาขยะกลางแจ้ง หรือเตาเผาที่ไม่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดควันซึ่งทำให้ทัศนวิสัยไม่ดี เป็นอันตรายต่อการขับขี่ยวดยาน และเกิดมลพิษทางอากาศ ส่งผลต่ออุณหภูมิของโลกที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน หรือหากกองขยะทิ้งไว้ก็จะส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เนื่องจากก๊าซที่เกิดจากการหมัก ได้แก่ ก๊าซมีเทน หรือก๊าซชีวภาพ ซึ่งติดไฟหรือทำให้เกิดการระเบิดขึ้นได้ และก๊าซไข่เน่า (ก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์) จะส่งกลิ่นเหม็นรบกวน ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน นอกจากนี้ ฝุ่นละอองที่เกิดจากการเก็บรวบรวม การขนถ่าย และการกำจัดขยะ เป็นเหตุรำคาญที่มักจะมีการร้องเรียนจากประชาชนอยู่เสมอ จะเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ. 2561 ประเภทปัญหามลพิษที่ได้รับการร้องเรียนสูงสุด คือ ปัญหากลิ่นเหม็น ร้อยละ 45 รองลงมาคือ ฝุ่นละออง/เขม่าควัน ร้อยละ 24 และเสียงดัง/เสียงรบกวน ร้อยละ 14 ตามลำดับ[15]

3. มลพิษทางน้ำ เกิดจากการกองขยะบนพื้น เมื่อฝนตกน้ำจากกองขยะจะไหลลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาน้ำเน่าเสีย และส่งกลิ่นเหม็นรบกวนตามมา รวมถึงสารพิษหรือโลหะหนักที่อาจปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ และเป็นอันตรายมนุษย์สิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศ

4. เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและสัตว์นำโรค เกิดจากการกองขยะหมักหมมจนกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคเช่น หนู แมลงสาบ และแมลงวัน ซึ่งเป็นพาหะนำโรคติดต่อ เช่น ตับอักเสบ เชื้อไทฟอยด์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง

5. ทำลายสุนทรียภาพด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อมีกองขยะเกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้พื้นที่นั้นหรือพื้นที่โดยรอบมีทัศนียภาพไม่สวยงาม ไม่น่ามอง เกิดความเสื่อมโทรมตามมา[2,14]

6. การได้รับอันตรายจากการจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนี้อาจทำให้เกิดอันตรายต่อระบบผิวหนัง โรคระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้หอบ หืด โรคติดเชื้อจากขยะติดเชื้อ การติดเชื้อในระบบเลือด ระบบทางเดินอาหาร การได้รับพิษจากการใช้สารเคมีในขยะติดเชื้อบางประเภทเป็นต้น[16]

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีขยะติดเชื้อเกิดขึ้นจำนวนมาก เชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 การแพร่กระจายของโรคมี 2 เส้นทาง คือ ผ่านทางระบบทางเดินหายใจ และการสัมผัส หากผู้ติดเชื้อไอหรือจาม จะเกิดละอองฝอยฟุ้งกระจาย มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อผ่านทางการหายใจ และความเสี่ยงต่อการสัมผัสละอองฝอยที่ตกบริเวณต่างๆ เสี่ยงต่อการติดโรคจากการสัมผัสได้[17] เพื่อลดการแพร่กระจายของโรค จึงควรได้รับการจัดการอย่างถูกสุขลักษณะ และการกำจัดที่ถูกหลักสุขาภิบาล ซึ่งมาตรการจัดการที่เหมาะสม

กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนามีวิธีการดังนี้

แนวทางในการลดและจัดการขยะพลาสติกจาก Food delivery

เนื่องจากมีขยะประเภทพลาสติกที่มาจากการสั่งอาหารเดลิเวอรี่เกิดขึ้นจำนวนมาก เพื่อเป็นการลดการเกิดขยะ จึงมีทางเลือกสำหรับผู้ประกอบการ[8] ดังนี้

1. งดการใช้และการให้พลาสติกชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Single-use plastics) เช่น ช้อน ส้อม หลอดกาแฟ เป็นต้น

2. เลือกใช้บรรจุภัณฑ์แบบย่อยสลายได้ เช่น ผลิตภัณฑ์จากชานอ้อยหรือกระดาษ

3. เลือกใช้บรรจุภัณฑ์อาหารแบบใช้ซ้ำหรือจัดให้มีระบบค่ามัดจำบรรจุภัณฑ์

4. เลือกใช้บรรจุภัณฑ์อาหารให้เหมาะกับอาหารแต่ละประเภท หรือมีช่องแยกชนิดอาหาร

5. เพิ่มทางเลือกในแอพพลิเคชั่นในการสั่งอาหาร ให้มีการระบุรับหรือไม่รับช้อนพลาสติก ถุงพลาสติก หรือหลอดพลาสติก เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการการขยะมูลฝอย

เนื่องจากมาตรการอยู่บ้าน งดการเดินทางในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องการจัดการขยะโดยชุมชน สามารถวางแผน กำหนดวิสัยทัศน์ และเป็นแบบอย่างที่ดี สามารถชักจูงให้สมาชิกในชุมชนให้ร่วมกันจัดการขยะอย่างมีระบบ และยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายชุมชนในการจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมในการจัดการขยะ และหากสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ก็จะสามารถประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์[18] อย่างไรก็ตาม การประเมินผลกระทบจากการเกิดขยะมูลฝอยก็เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพควรมีการคัดแยกขยะแต่ละประเภทก่อนถูกรวบรวม ขนส่ง และกำจัดอย่างถูกต้องโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป[19] การจัดการขยะมูลฝอยมีวิธีการดังนี้

1. ลดการเกิดขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด เช่น การคัดแยกขยะรีไซเคิล และการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ให้มากที่สุด รวมถึงการใช้สินค้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การเลือกใช้สินค้าชนิดเติม แทนสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ชนิดใช้ครั้งเดียว[20,21] โดยเฉพาะขยะประเภทพลาสติกที่มีปริมาณมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา

2. การเพิ่มศักยภาพการจัดการขยะมูลฝอย กล่าวคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีระบบเก็บรวบรวม ขนส่ง กำจัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา

3. ส่งเสริมการบริหารจัดการขยะมูลฝอย โดยการสร้างจิตสำนึกให้แก่เยาวชนและประชาชน รวมถึงการแรงจูงใจในการจัดการขยะที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักต่อการจัดการขยะประเภทหน้ากากอนามัยใช้แล้วซึ่งถือเป็นขยะติดเชื้อชนิดหนึ่ง ดังนั้นเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อควรทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี แม้ว่าปัญหาขยะมูลฝอยจะมีมาอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญและผลักดันให้ทุกภาคส่วนของสังคมในการเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา

ดังกล่าว จึงมีแนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในประเทศไทย[6] ดังนี้

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย

รูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสม คือ การลดการเกิดขยะที่ต้นทาง โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนลดการใช้ผลิตภัณฑ์ ที่ก่อให้เกิดขยะ ด้วยการใช้น้อย ใช้ซ้ำ และนำกลับมาใช้ใหม่ ส่งเสริมให้มีการคัดแยกขยะ หรือเพิ่มมูลค่าของขยะ การนำขยะอินทรีย์ไปทำเป็นปุ๋ยหมัก เศษอาหาร เศษผักผลไม้ไปเป็นอาหารสัตว์ หรือนำไปหมักทำน้ำจุลินทรีย์สำหรับบำบัดของเสีย การเก็บรวบรวมขยะโดยการคัดแยกขยะ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมและกำจัดต่อไป 22 ซึ่งรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย มีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนสะอาดน่าอยู่ มีสภาพแวดล้อมที่ดี และเพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย องค์ประกอบในการจัดการขยะมูลฝอยมี 3 ประการ[23] ดังนี้

1. การพัฒนากลไกชุมชน คือการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ และการสร้างทัศนคติที่ดีในการจัดการ เกิดการคิดริเริ่ม ส่งเสริมการเรียนรู้ และสร้างความเข้มแข็งในชุมชน

2. การพัฒนากิจกรรม คือการจัดการขยะมูลฝอย ตั้งแต่ต้นทางไปสู่ปลายทาง เป็นการลดการเกิดขยะมูลฝอย ด้วยการคัดแยก และการนำกลับมาใช้ประโยชน์ รวมทั้ง การรวบรวม การขนส่ง และการกำจัดขยะมูลฝอยให้ถูกต้อง และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3. การพัฒนาความร่วมมือ คือการประสานความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน ในการจัดการขยะมูลฝอยได้แก่ สร้างความร่วมมือในชุมชน ผู้ประกอบการ ภาครัฐ ภาคเอกชน เป็นต้น

ตัวอย่างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเขาหัวช้าง อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง[24] โดยรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ครัวเรือนหรือหมู่บ้านและเทศบาล ในส่วนของครัวเรือน จะจัดให้มีถังสำหรับรองรับขยะแต่ละประเภท หรือถุงดำทุกครัวเรือน เพื่อคัดแยกขยะที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และขยะที่ต้องการทิ้ง ส่วนของเทศบาล จัดให้มีสถานที่ที่เหมาะสม และถังรองรับขยะประจำทุกหมู่บ้าน และสนับสนุนให้คำปรึกษา หรือสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มจัดการขยะของชุมชน การบริหารจัดการขยะในชุมชน และโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในชุมชน ตลอดจนรณรงค์เผยแพร่ ส่งเสริมให้ความรู้แก่ชุมชนในการบริหารจัดการขยะอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา เนื่องจากการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มจัดการขยะของชุมชน การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ในการจัดการขยะอย่างถูกต้อง โดยการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนคัดแยกขยะแต่ละประเภท ใส่ถุงและมัดปากถุงให้แน่น ไม่ให้มีรอยฉีกขาด แล้วนำไปทิ้งในถังขยะหรือจุดรวบรวมขยะเพื่อรอการเก็บขน และประชาสัมพันธ์ให้ทิ้งหน้ากากอนามัยใช้แล้วโดยแยกใส่ถุงต่างหากจากถุงขยะประเภทอื่น ปิดปากถุงให้แน่น และควรทำสัญลักษณ์ที่ถุงขยะ

หน้ากากอนามัย เช่นผูกเชือกหรือเขียนบอกให้รู้ เวลาพนักงานเก็บขนขยะมาจัดเก็บหรือนำไปทิ้งในถังขยะสีแดง ซึ่งจัดให้เป็นถังขยะติดเชื้อ หรือนำไปทิ้งไว้ในจุดรวบรวมขยะเฉพาะเพื่อรอการเก็บขน ในส่วนของเทศบาลจัดให้มีถังขยะสีแดงไว้ในที่สาธารณะหรือจุดรวบรวมขยะเพื่อเป็นจุดทิ้งขยะหน้ากากอนามัยและหน้ากากผ้าเป็นการเฉพาะ

บทสรุป

ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีการดำเนินวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ (New Normal) เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบันในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ประชาชนมีการสั่งอาหารเดลิเวอรี่หรือสินค้าออนไลน์มากขึ้น ปริมาณขยะพลาสติกจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย สังคมไทยควรตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา ซึ่งก็คือปัญหาขยะพลาสติก ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ ถึงแม้เราจะไม่รู้ว่าการระบาดของ COVID-19 จะยุติลงเมื่อใด แต่เราต้องใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่นี้ไปอีกนาน และเราจะรับมือกับปัญหาขยะพลาสติกนี้อย่างไร และที่สำคัญคือขยะอาจกลายเป็นภัยร้ายที่แฝงตัวอยู่อย่างเงียบๆ ในชุมชน ส่งผลกระทบทั้งต่อมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมหากไม่มีการจัดการที่ดีพอ

ถึงแม้ว่ามาตรการที่ภาครัฐดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน จะเน้นการสร้างความตระหนักและให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับวิธีการทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วอย่างถูกวิธีก็ตาม ยังคงมีประชาชนบางส่วนที่ทิ้งขยะหน้ากากอนามัยใช้แล้วรวมกับขยะทั่วไป ดังนั้น ประเทศไทยควรใช้มาตรการเชิงรุกที่เข้มข้นขึ้น โดยเน้นไปที่การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และขอความร่วมมือกับประชาชนอย่างจริงจัง ในการคัดแยกและทิ้งหน้ากากอนามัยให้ถูกวิธี รวมทั้งจัดตั้งถังขยะติดเชื้อให้เพียงพอ นอกจากนี้ ควรใช้สื่อในการรณรงค์ที่มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย และสามารถเข้าถึงกลุ่มคนทุกเพศ ทุกวัย เพื่อขอความร่วมมือให้ประชาชน ช่วยกันแยกหน้ากากอนามัยใช้แล้วออกจากขยะครัวเรือนประเภทอื่น และใส่ถุงที่ปิดสนิท มัดปากถุงให้แน่น และเขียนหน้าถุงว่า “หน้ากากอนามัย”

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา การดูแลด้านสภาพแวดล้อม และการกำจัดขยะเป็นสิ่งสำคัญ หากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ทั้งในขั้นตอนการเก็บรวบรวม การขนส่ง และการกำจัด ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเป็นเหตุให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชนและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการขยะที่ถูกต้อง โดยลดการเกิดขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด การเพิ่มศักยภาพการจัดการขยะมูลฝอย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบเก็บรวบรวม ขนส่ง กำจัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการสร้างจิตสำนึก หรือแรงจูงใจในการจัดการขยะที่ถูกต้องให้แก่เยาวชนและประชาชน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาให้เกิดความยั่งยืน ผู้เขียนจึงได้เขียนบทความนี้ขึ้น โดยเห็นว่าอาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ และเป็นแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอยต่อไป

References

1. The World Bank. WHAT A WASTE 2.0 A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050 [internet]. 2018 [cited 2020 August 2]. Available from https://www.worldbank.org/en/news/infographic/2018/09/20/what-a-waste-20-a-global-snapshot-of-solid-waste-management-to-2050.
2. Pollution Control Department. Ministry of Natural Resources and Environment. Summary of the pollution situation in Thailand in 2018. Bangkok: Ministry; 2019.
3. Bureecam C, Chaisomphob T. Models of municipal solid waste generation and collection costs applicable to all municipalities in Thailand. Songklanakarin J. Sci. Technol 2015; 37(4): 449-54. (in Thai)
4. Tawongma S, Samati P. Solid Waste Management of Karen Hilltribe Communities in the Village Area for Security and Border Guard Villages Chiangmai. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2020; 12(1): 268-76. (in Thai)
5. Lebersorger S, Beigl P. Municipal solid waste generation in municipalities: Quantifying impacts of household structure, commercial waste and domestic fuel. Waste Management 2011; 31(9–10): 1907–15.
6. The Secretariat of the House of Representatives Academic Office. Waste management in Thailand. Bangkok: Publishing Print The Secretariat of the House of Representatives; 2019.
7. Simachaya W. Plastic waste surpasses 60% during COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 August 13]. Available from http://www.tei.or.th/th/blog_detail.php?blog_id=518.
8. Praiwan Y, Apisitniran L, Jitpleecheep P, Plastis plans fail as pandemic deliveries prevail. Bangkok Post 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 August 13]. Available from https://www.bangkokpost. com/business/1904060/plastic-plans-fail-as-pandemic-deliveries-prevail.
9. Rakrod P. Crisis of COVID-19 Are you adding to the plastic waste crisis [Internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from https://www.greenpeace.org/thailand/story/16270/plastic-single-use-1 plastic-crisis-in-covid-9-sitution.
10. Thumpanichwong K, Wibulpholprasert W. How to leave a

mask safe for society and Environment. Green Network Magazine Issue 99 May-June 2020 Column How to [Internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from https://www.greennetworkthailand.com/ฮาวทูทิ้ง-หน้ากากอนามัย.

11. Department of Environmental Health. Department of Health. Waste management methods for people in the situation of COVID-19. [Brochure]. Nonthaburi: Office; 2020.
12. Department of desease control, Ministry of public health. Measures for screening, separation, quarantine, quarantine or control For surveillance, prevention and Control disease from travelers who come from local or port cities outside the Kingdom Infectious cases of coronavirus 2019 Or COVID-19 (Version 2020 March 19) [internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php.
13. Ministry of Interior. Solid waste management measures during the coronavirus epidemic situation 2019 (COVID-19) [internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from file:///C:/Users/VivoBook/Desktop/2020-03_af9059398285c57_3.pdf
14. Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Handbook of self-care for people living around waste sorting and recycling areas, 1st edition 2015. Environmental medicine group. Bureau of Occupational and Environmental Diseases; 2015.
15. Pollution Control Department. Ministry of Natural Resources and Environment. Statistics of pollution complaints in 2018 [internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from http://www.pcd.go.th/info_serv/pol2_stat2561.cfm.
16. Department of Environmental Health. Department of Health (NCC.). Infectious waste worker training manual Defense courses And suppress the transmission of infection Or the danger that may be caused by a waste infection [internet]. 2020 [cited 2020 August 3]. Available from https://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/Strategic_Plan/6/5_13.pdf.
17. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus [internet]. 2020 [cited 2020 August 3].

Available from https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-andwaste-management-for-covid-19.

18. Srisuwan C. "Model Community Based Waste Management: A Case Study of Wat Champa Community," (Thesis Master's Degree, Major in Public Management, Faculty of Political Science, Thammasat University; 2015.
19. Thanh NP, Matsui Y, Fujiwara T. Household solid waste generation and characteristic in a Mekong Delta city, Vietnam. Journal of Environmental Management 2010; 91(11): 2307–21.
20. Chaampong P, Chuin S. Solid waste management. Bangkok: Publisher of Chulalongkorn University; 2017.
21. Simachaya W. Master Plan for Solid Waste Management of the Country (2016-2021) [Internet]. 2019 [cited 2020 August 3]. Available from http://infofile.pcd.go.th/waste/PP_Fukuoka2.pdf.
22. Faijumpa A. The Model Development of Participation Waste Management in JOMSI SubDistrict Administrative Organization, Chiangkhan District Loei Province. Journal of Council of Community Public Health 2020; 2(1); 1-17. (in Thai)
23. Department of Environment, Bangkok. Manual of Hazardous Waste Sorting for Youth Bangkok: Company Come to print; 2013.
24. Churak Y, Jiaokok J, Yammai S, Kandisakul Y, Jongkontulnisaka C. Manage solid waste in households of Khao Hua Chang Sub-District Municipality, Tamot District, Phatthalung Province; 2017. Document The 8th National Hat Yai Academic Conference, Songkhla, Hat Yai University; 2017, 775-67.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบัน (พ.ศ.2563) อยู่ในระดับ วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะและได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณาจึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณี ศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการ ย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทวิจัยหรือบทความที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ website: สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย http://www.thaiphn.org

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 **จำนวนไม่เกิน 12 หน้า A4 (15 หน้า B5)** (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับ ทาง Online ใน website ของสมาคมฯ หรือส่งมายัง **กองบรรณาธิการ** เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียน ตาม**แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้**

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**

2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ**ระบุผู้รับผิดชอบหลัก** ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

<u>ส่วนที่ 2</u> รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

<u>ส่วนที่ 3</u> ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

<u>ตอนที่ 1</u> รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

<u>ตอนที่ 2</u> เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วนอะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

<u>ตอนที่ 3</u> การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (**ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ**) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนเนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับวัดพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชาวนากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชาวนามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล **ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ** ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean ±Standard Deviation)	48.5±10.5		49.5 ± 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ

4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้

4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ

4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ http://www.thaiphn.org

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) Times New Roman ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e-mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก อย่างไรก็ดีการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตาม ประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

Journal artical

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2011; 28:44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res. 2014; 28(1):23-30. (In Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care. 2004; 27 (9): 2154-2160.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application : individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P.The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. P.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO. 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014.P.154-168 (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13, 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
    - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 2,600 บาท
    - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 3,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
    - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 7,500 บาท
    - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 8,500 บาท
3. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน (พิเศษ) 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง ท่านต้องเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

***กรณีบทความมีความยาวเกินกว่า 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท**

**เริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป สามารถเข้าดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ที่ http://www.ph.mahidol.ac.th/phjournal/Instructions%20to%20Authors.pdf

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข
สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ
หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์
สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....

ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	**รายปี**	**อัตราค่าสมาชิก**	**1,000.00 บาท**
	ราย 3 ปี	**อัตราค่าสมาชิก**	**2,500.00 บาท**

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม

และได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์ **เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี "สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ"**

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E-mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....

(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

.....

.....

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐บทความ ☐บทความวิจัย ☐บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังนี้

.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสารธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อสกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่ .....

.....

E-mail address: .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

หมายเหตุ ผลงานวิจัย/บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว (คำแนะนำ ยังอยู่ในกระบวนการแก้ไข ปรับปรุง โปรดติดตามความก้าวหน้าใน website ของสมาคมที่จะประกาศ เพิ่มเติมเร็วๆ นี้ รวมถึงการส่งต้นฉบับทาง Online)