

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2564

Vol. 35, No. 1

January - April 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ
ในเด็กวัยก่อนเรียน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลกับการรับรู้สมรรถนะ
พยาบาลวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแขวงทางหลวง
แห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียง
5. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา
ประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จ.ปทุมธานี
6. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม
7. ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุ
8. การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท

บทความวิชาการ

9. การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
-

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2564

ISSN 0857-5371

Vol. 35, No. 1

January - April 2021

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ 3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล		
คณะที่ปรึกษา	ศ.บุญธรรม ศ.ดร.ผ่องพรรณ ศ.พ.ญ.ชุติมา ศ.ดร.ศิริพร ศ.ดร.พรพิมล ศ.ดร.ศศิธร รศ.ดร.สมพร รศ.ดร.สุลี รศ.พ.ญ.จรรยาพร	กิจปรีดาวิสุทธิ เกิดพิทักษ์ ศิริกุลชยานนท์ จิรวัดน์กุล กองทิพย์ พุ่มดวง กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี ทองวิเชียร สุภาพ	มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล		
รองบรรณาธิการ	ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา		
กองบรรณาธิการ	ศ.นายนแพทย์พวย จูทา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา รศ.ดร.สุนีย์ ละกำป็น มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปัญญารัตน์ 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 รวีวรกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ผศ.ดร.พิมพ์สุภาวี่ จันทนะโสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ผศ.ดร.พรนภา หอมสินธุ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผศ.ดร.เพ็ญพิศ บุญมาลิก 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 และกันยายน - ธันวาคม

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

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง คณะกรรมการจัดทวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุขนี้เป็นวารสารที่ Double Blind Review มีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านเป็นผู้ประเมินผลงาน อยู่ TCI (T2) ได้ปรับปรุง website ของวารสารให้สอดคล้องตามเกณฑ์ของ Thai-Jo และจัดปรับระบบใหม่ จุดมุ่งหมาย เพื่อเป็นศูนย์รวมของนักวิชาการ นักปฏิบัติและนักวิจัย ทางด้านการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และความเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพของประชากร เน้นผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงาน รวมถึงชุมชนให้มีกลไกขับเคลื่อนจากระบบ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความเท่าเทียม และความยุติธรรมในสังคม ควบคู่ไปกับคุณภาพเชิงวิชาการ ตามเป้าประสงค์ของ SDG (Sustainable Goal Development) ยุค Digitalization ที่สังคมโลกที่ยังมีภาวะคุกคามจากวิกฤติ COVID-19 ประเทศไทยเคยได้รับความชื่นชม ในระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคได้นำพึงพอใจจากความเข้มงวดของรัฐ และความร่วมมืออันดีจากทุกภาคส่วน และประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ต่อมาสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป จากการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ของแรงงานข้ามชาติสมุทรสาครที่ตลาดกลางกุ้ง ต่อจากนั้นก็ขยายเป็น cluster ไปมาก หลายสายพันธุ์ จนทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้น เหนื่อยขึ้น โดยไม่มีวันหยุดพัก ขณะที่ตัวเลขของผู้ติดเชื้อที่พุ่งสูงขึ้นกว่าวันละ 2,000 คน ต่อเนื่องมา งานวิจัยในฉบับนี้ เป็นเรื่องร่วมสมัย พฤติกรรมการใช้หน้ากากผ้าในการป้องกัน COVID-19 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน การป้องกันอุบัติเหตุของนักเรียนวัยก่อนเรียน เป็นผลงานวิจัยในคลินิกและชุมชนที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงวิชาการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ที่เป็นช่วงเวลาสังคมไทยกำลังเผชิญอยู่กับ การระดมสรรพกำลังฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564
Journal of Public Health Nursing Vol.35, No.1 January - April 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม	The Caring Model development of Neonatal Sepsis at Somdet Phra Phutthaloetla Hospital in Samutsongkhram Province	1
มณี คูประสิทธิ์* สมคิด ปานประเสริฐ**	Manee Kuprasit* Somkid Panprasert**	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ในเด็กวัยก่อนเรียน	The Effects of Knowledge and Skill Promotion Program on Accident Prevention Behaviors in Preschool Children	21
นันทิดา จันทะวงศ์* เพลินพิศ บุญยมาลิก** สุนีย์ ละกำปัน**	Nuntida Juntawong* Plernpit Boonyamalik** Sunee Lagampan***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของ ผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลกับการรับรู้ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต พยาบาล มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต	Relationship between Satisfaction of Employer and Perceived Competencies of Professional Nurse Graduated, Kasem Bundit University	37
กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ* ประกาย จีโรจนกุล** นิติบดี ศุขเจริญ***	Kanokwan Silpakampises* Pragai Jirojanakul** Nitibodee Sukjaroen***	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบ ทางเดินหายใจในพนักงาน แขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียง	Factors Related to Respiratory Symptoms among Workers of A Highway District in Eastern Region	53
จุฑารัตน์ อินทพันธ์* อรวรรณ แก้วบุญชู** เพลินพิศ บุญยมาลิก*** ชาญชุตี จรรยาสิทธิ์****	Jutharat Inthaphan* Orawan Kaewboonchoo** Plernpit Boonyamalik*** Charnchudhi Chanyasanha****	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซี การ์เด้นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นราษฎร์ จ. ปทุมธานี	Health Behavior regarding Hypertension and Diabetes Mellitus: A Case Study of the Legacy Community, Sananrak Municipality Office, Pathum Thani Province	69
บงกช โมระสกุล*	Bongkoch Morasakul*	
พรศิริ พันธสี**	Pornsiri Punthasee**	
วาณี โพธิ์นคร***	Vanee Ponakorn***	
ศุภชัย ตรีบำรุง****	Supachai Treebumrung****	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม	Effects of Behavioral Modification Program on Medication Adherence among Uncontrolled Hypertension Patients Nawa District, Nakhon Phanom Province	90
ทินนรงค์ เรทนู*	Tinnarong Rethanu*	
มุกดา หนูยศรี**	Mukda Nuysri**	
นภาพิณญ์ จันทขัมมา***	Napaphen Jantacumma***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล โดยแนวคิดซาทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ	The Effects of Satir's Model based Individual Psychotherapy Program on Depression among the Elderly	108
ไพจิตร พุทธรอด* กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ**	Paijit Phuttharod* Kanokwan Silpakampises**	
การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท	Development of an Active Ageing Model among the Older Adults in Rural Community	123
นงลักษณ์ บุญเยี่ยม* นิตรา กิจธีระวุฒิวงษ์**	Nongluk Boonyia* Nithra Kitreerawutiwong**	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ		หน้า
การพยาบาลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Palliative nursing care for Coronavirus Infection 2019	141
จินตนา อัจฉินเทียะ*	Jintana Artsanthia*	
รตา ศรีสอาด**	Rata Srisa-art**	
เซอร์เทเรซา สมศรี สุเมธ ***	Sr.Terasa Somsree Sumet ***	
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ		157
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข		164
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ		165
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ		166

บทวิจัย

การพัฒนาแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

มณี คูประสิทธิ์* สมคิด ปานประเสริฐ**

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือด ถือเป็นภาวะคุกคามชีวิตในทารกแรกเกิด การดูแลจึงต้องการรูปแบบที่เหมาะสมและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเตียนและการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 71 คน ทารกเกิดมีชีพ จำนวน 86 คน และทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 11 คน การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล 3) นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 4) ประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบทบทวนเวชระเบียน แบบสอบถามสถานการณ์ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลและแบบรายงานผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ กำหนดนโยบายและเป้าหมาย การพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การคัดกรองและระบุตัวทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงและที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การค้นหาเชื้อ แหล่งติดเชื้อและควบคุมเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงขึ้น การฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต การปรับระดับประคอง การทำงานของอวัยวะต่างๆ การเฝ้าระวังและติดตามอาการ การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การติดตามการปฏิบัติ 3) ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและบุคลากร โดยหลังจากใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกเท่ากับ 9.09 อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 0 พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำลงสู่การนำไปปฏิบัติได้ ส่งผลให้ไม่พบการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล/ ทารกแรกเกิด/ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

E-mail: mnee008@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

The Caring Model development of Neonatal Sepsis at Somdet Phra Phutthaloetla Hospital in Samutsongkhram Province

Manee Kuprasit* Somkid Panprasert**

Abstract

Sepsis is life-threatening for neonates. Their care needs an appropriate model and clear nursing guidelines. This action research aims to develop a care model for neonatal sepsis at Somdet Phra Phutthaloetla Hospital, and examine care outcomes based on both Donabedian's model and the Iowa model of evidence-based practice. Subjects were 71 nurses, 86 live births and 11 neonates who were diagnosed with neonatal sepsis. The research progressed sequentially through the following four steps: 1) Situation analysis 2) Model development for clinical nursing 3) Implementation of the Model in Actual Cases, and 4) Evaluation of the Model Outcomes. Research tools included: A review of medical record forms for neonatal sepsis, a questionnaire of care situations for neonatal sepsis, a knowledge test for those who treat neonatal sepsis, a satisfaction assessment form to evaluate the care model, data collection assessment through neonate data forms and evaluation results during and after implementation. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired t-test.

The results showed a care model for neonatal sepsis with 3 components: The first component was a structure that included set policies and goals, development of registered nurses' knowledge, and management of medical equipment. The second component was a process including identification of neonatal sepsis with neonates at high risk, identification of the pathogen, the source of infection and infection control, resuscitation of the circulatory system, organ support with intensive monitoring, and multidisciplinary care for neonatal sepsis with follow-up practice. The third component was the outcome for patients and nurse practitioners after using the care model. Outcomes of the development indicated that the patient's incidence of severe sepsis and septic shock was 9.09; the mortality rate was 0. Nurses had increased mean scores of knowledges ($p < 0.05$); good levels in practice. Nurse satisfaction with the care model was very good. The neonatal sepsis care model's development was appropriate to its specific context, increased knowledge of nurses, and applicable in the work process to reduce mortality rate from neonatal sepsis. This model is recommended for further application for high- quality nursing development.

Key words: Care Model / Neonate / Sepsis

Article info: Received February 26, 2021; Revised April 2, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Corresponding Author, Registered Nurse, Senior Professional Level, Somdet Phra Phutthaloetla Hospital.

** Registered Nurse, Professional Level, Somdet Phra Phutthaloetla Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมากที่สุด¹ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา พบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด 0.5-8.0 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ² อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25-28.3^{3,4} ซึ่งทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ 1) อายุ 0 ถึง 3 วัน (Early onset neonatal sepsis; EOS) พบ 0.77 ถึง 1 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ⁵ เสียชีวิตร้อยละ 9.4⁶ 2) อายุมากกว่า 3 วัน (Late-onset neonatal sepsis; LOS) พบ 2.3 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เสียชีวิตร้อยละ 7.1⁷ สำหรับประเทศไทย พบมีทารกแรกเกิดติดเชื้อ 26.9 รายต่อ 1,000 ต่อการเกิดมีชีพ และติดเชื้อในกระแสเลือกร้อยละ 1.2⁸ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.7⁹ สาเหตุหลักการเสียชีวิต คือ ภาวะช็อก โดยทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ¹⁰ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต คือ การประเมิน/คัดกรองล่าช้า ดังนั้นการดักจับอาการระยะเริ่มแรกได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และป้องกันการเกิดภาวะช็อก ซึ่งจะเพิ่มการอัตราการรอดชีวิต¹¹ ซึ่งองค์กรสุขภาพต่างๆจึงพยายามพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาเพื่อการเฝ้าระวังดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้เกิดความปลอดภัย^{11,12} อาทิ สมาคมโรคระบบหายใจ และเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กติดเชื้อในกระแสเลือดโดยอิงตาม Surviving Sepsis Campaign ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกลไกในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น ขั้นตอนที่ 2 การรักษาการ

ติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการปรับระดับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าดูแลมอนิเตอร์ผู้ป่วยอย่างเข้มข้นและใกล้ชิดในระยะเวลาที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4 การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วน ทันเวลา¹³ จากกลยุทธ์ดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำมาเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยทำให้จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อก และเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง¹⁴ ส่วนการศึกษาในวัยทารกแรกเกิดพบเพียงบางขั้นตอน เช่น การพัฒนากลไกในการประเมินและคัดกรอง การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังติดตาม ซึ่งสามารถลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มศักยภาพทางการพยาบาลได้^{15,16}

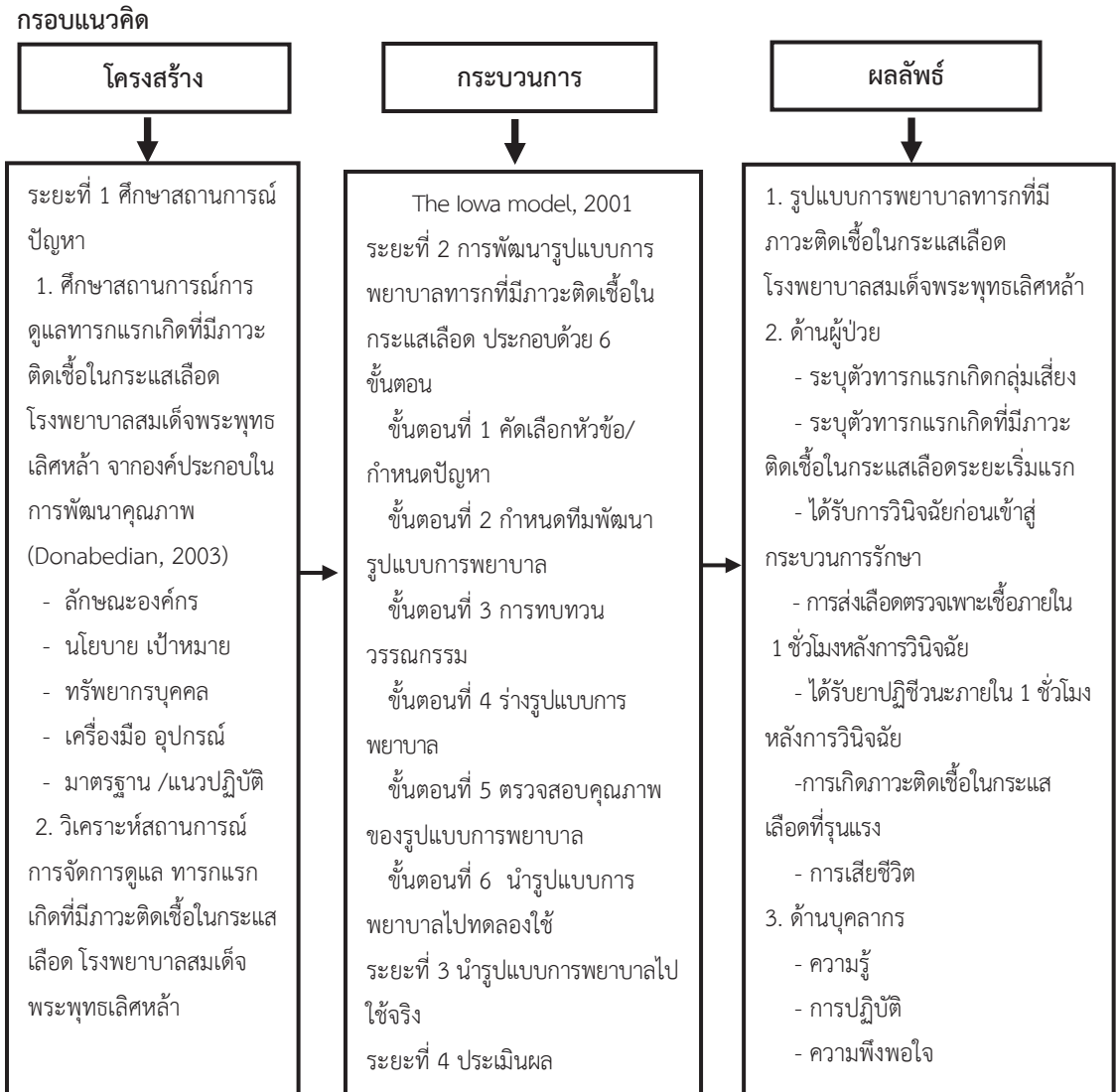
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด 1 ใน 5 ลำดับแรกของทุก ๆ ปี ในปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 24, 22.22 และ 12.5 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะลดลง แต่ผลลัพธ์การดูแลยังไม่บรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัดสำคัญ คือ อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด น้อยกว่าร้อยละ 7 อีกทั้งยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมของประเทศไทย คือ ร้อยละ 7.7⁹ แม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วก็ตาม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งได้ข้อมูลจากแบบสอบถามแพทย์ พยาบาล และการทบทวนเวชระเบียนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ยังขาดนโยบายสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ไม่เพียงพอ เครื่องมือบางหน่วยงานไม่เพียงพอ แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ใช้อยู่ปัจจุบันไม่ชัดเจน และไม่ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ ขาดการทบทวนและวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ขาดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและจัดการอย่างเหมาะสม ไม่มีทักษะความชำนาญในการเจาะเลือด การเปิดเส้นเลือดดำ การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานบกพร่อง การส่งสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อ และการให้ยาปฏิชีวนะล่าช้า ขาดการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด การบันทึก

ทางการพยาบาลไม่สามารถระบุถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามกรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของโตนานปีเตียน¹⁷ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล¹⁸ (ดังภาพที่ 1) ซึ่งจะทำให้กระบวนการดูแลเป็นระบบและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มบุคลากร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากคุณสมบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี และปฏิบัติงานในหอคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

หอผู้ป่วยกุมารเวช หอผู้ป่วยพิเศษกาญจนาภิเษก หอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งได้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 71 คน

2. กลุ่มผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทารกเกิดมีชีพ

จากคุณสมบัติ คือ อายุ 0 ถึง 28 วัน ได้รับการดูแลในห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวช พิเศษกัญญาภิเชก พิเศษรวมใจเอื้อ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยบิดาหรือมารดาฟัง/พูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจำนวน 86 คน 2) กลุ่มทารกเกิดมีชีพที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มแรก และได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือศึกษาสถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ แบบทบทวนเวชระเบียนทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบสอบถามปัญหาและสถานการณ์การดูแลทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลของบุคลากร ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นเลือกคำตอบและเติมข้อมูลในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นความรู้ทางวิชาการเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด จำนวน 54 ข้อ และ

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัย เลือกตอบ ถูกหรือผิด ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 49 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การพยาบาล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3. เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อมูลในช่องว่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการติดตาม และเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตและการดูแลรักษาที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรายงานผลตามตัวชี้วัด จำนวน 9 ข้อ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ตรวจสอบคือ แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนแบบสอบถามสถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การพยาบาล และแบบเก็บข้อมูลการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index:

CVI) เท่ากับ 0.96, 0.91, 0.93, 1.00, 0.94, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่น โดยการนำรูปแบบการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ จำนวน 10 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ของแบบทดสอบความรู้ของพยาบาล วิชาชีพ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบประเมิน ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ได้ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85, 0.85 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดย คณะกรรมการคัดกรองและจริยธรรมสำหรับ งานวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เลขที่ COA No. 41 วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วม โครงการ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มี ผลกระทบใด ๆ การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการ สอบถามใช้รหัส การรายงานและนำเสนอข้อมูลจะ แสดงในภาพรวมเท่านั้น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแล ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยทบทวนเวชระเบียนทารกแรกเกิดที่มี ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 32 ฉบับ และสอบถามสถานการณ์การดูแลทารกแรก เกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แบบสอบถาม

ปลายเปิดกับกุมารแพทย์ จำนวน 1 คน แพทย์ เพิ่มพูนทักษะจำนวน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 28 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส เลือด ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการ การพยาบาลตามแนวคิดการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ไอโอวาโมเดล¹⁸ โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกหัวข้อ/กำหนดปัญหาจาก ข้อมูลในระยะที่ 1 โดยสรุปเป็นปัญหาด้าน โครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

2. กำหนดทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดจากหน่วยงานต่าง ๆ จำนวน 9 คน

3. การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหา หลักฐานเชิงประจักษ์ มาเขียนเป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส เลือด โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบ กำหนด แหล่งสืบค้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 ถึง 2020 ทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญในการ สืบค้น เกณฑ์คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ สืบค้นได้ โดยใช้หลัก PICO framework¹⁹ และ นำมาประเมินคุณภาพ จัดลำดับความน่าเชื่อถือ ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์²⁰ ซึ่งมี หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 18 ฉบับ

4. ร่างรูปแบบการพยาบาลทารกแรก เกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย

1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ กำหนดนโยบาย/ เป้าหมายการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและการสื่อสาร การพัฒนาความรู้ และทักษะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลทารกที่ติดเชื้อในกระแสเลือด การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการค้นหาและระบุทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด การระบุตัวทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การค้นหาเชื้อ แหล่งติดเชื้อและควบคุมเชื้อ การฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต การประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การเฝ้าระวังและติดตามอาการของทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรก การดูแลรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านผู้ป่วยและบุคลากร

5. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ปรับปรุงเนื้อหาของรูปแบบการพยาบาลและเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. ดำเนินการนำรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปทดลองใช้ โดยผู้ทดลองใช้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ปรับปรุงเนื้อหาตาม

ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดย

1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลและรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พัฒนาขึ้นแก่ทีมพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการทดสอบความรู้ก่อนการอบรม

2. ประชุมทำความเข้าใจกับทีมพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

3. นำรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง

4. ประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน และรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบประเมิน ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 4 ประเมินผลการนำรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย

1. ด้านผู้ป่วย นำข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูล การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มาวิเคราะห์ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลตามตัวชี้วัด

2. ด้านบุคลากร นำข้อมูลจากการตอบแบบประเมินในระยะเวลาที่ 3 มาวิเคราะห์ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งก่อนและหลังการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ ประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรและผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบ paired t-test

ผลการศึกษา ผลการศึกษาสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ประกอบด้วย

1.1 ด้านโครงสร้าง

1.1.1 กำหนดนโยบาย เป้าหมาย การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1.1.2 พัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดประชุมวิชาการเรื่ององค์ความรู้ใหม่ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือดและแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกปี ปีละ 2 ครั้ง และเมื่อมีการปรับปรุงแนวทางดูแลรักษาใหม่

1.1.3 การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยจัดระบบสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์ สำรองและวางแผนการจัดซื้อ

1.2 ด้านกระบวนการ

1.2.1 การค้นหาทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ พยาบาลในหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยที่รับทารกแรกเกิด คัดกรองปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านมารดาและทารก พร้อมบันทึกผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงลงในเวชระเบียน

1.2.2 การค้นหาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ ใช้แบบประเมิน Modified Pediatric Early Warning signs (MPEW) ร่วมกับ SIRS criteria ติดตาม ประเมิน ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ค่าคะแนน MPEW score และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามเงื่อนไขของค่าคะแนน MPEW score รายงานแพทย์หลังคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ภายในเวลา 15 นาที และบันทึกเวลาที่แพทย์ให้การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีมีการย้ายผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดให้ส่งต่อข้อมูลโดยใช้หลัก SBAR

1.2.3 การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะเริ่มแรก

1) ดูแลค้นหา ควบคุมและกำจัดแหล่งติดเชื้อ กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ ทำ sepsis workup ตามแผนการรักษา เน้นการส่ง

เลือดตรวจเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ช่วยแพทย์ทำหัตถการเพื่อจำกัดแหล่งติดเชื้อ เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ หลังแพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดและสั่งการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง

2) ดูแลทางเดินหายใจ กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ ให้การบำบัดด้วย O₂ ผ่านตู้หรือ O₂ box ร่วมกับติดตามอาการอย่างใกล้ชิด (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่หายใจเร็ว)

3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมิน MPEW score ประเมิน SOFA score ร่วมกับสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะ poor tissue perfusion หรือ organ dysfunction รายงานแพทย์ตามเงื่อนไขของค่าคะแนน MPEW score และรายงานทันทีเมื่อพบคะแนน SOFA score \geq 2 คะแนน หรือพบอาการและอาการแสดงของความผิดปกติระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ เพียง 1 อาการ หรือระบบอื่น ๆ \geq 2 อาการ เจาะเลือดส่งตรวจ serum lactate ตามแผนการรักษาและติดตามผล

1.2.4 การดูแลในระยะของการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

1) พื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ 1) เปิดเส้นเลือดดำภายใน 15 นาที หลังมีคำสั่งการรักษา 2) ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวช หากไม่สามารถเปิดเส้นเลือดดำได้ภายใน 90 วินาที 3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงพอตามแผนการรักษา 4) เฝ้าระวังภาวะน้ำเกินระหว่างการให้สารน้ำ 5) ใส่สายสวน

ปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 6) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 7) ประเมินความเพียงพอของปริมาณสารน้ำ ใน 1 ชั่วโมงแรก โดยพิจารณาจากค่า MAP \geq GA , HR อยู่ในช่วง 100-180/min, urine output $>$ 1ml/kg/hr, Capillary refill time $<$ 2 sec, ScvO₂ $>$ 70% (กรณีทำ C- line) ระดับความรู้สึกตัวปกติ และปลายมือ ปลายเท้าอุ่น 8) ประเมินภาวะ fluid refractory shock ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้สารน้ำ หากพบรายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิตตามแผนการรักษา ร่วมกับประเมินภาวะfluid-refractory catecholamine resistant shock หากพบรายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา ภายหลังส่งเลือดตรวจหา cortisol level

2) การประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ (1) ดูแลระบบการหายใจหากพบภาวะ poor tissue perfusion หรือภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ (2) ดูแลการทำงานของไต ติดตามค่า HCO₃, K, ABG, BUN, Creatinine และประเมินข้อบ่งชี้สำหรับการบำบัดทดแทนไต (3) ดูแลโภชนาการ โดยเริ่มให้อาหารผ่านระบบทางเดินอาหารเร็วที่สุด ประเมินความผิดปกติในการย่อยและการดูดซึมอาหาร หากพบรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (4) ดูแลให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เมื่อทารกมี agitation หรือก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ (5) ดูแลระบบเลือด โดยติดตามและประเมินข้อ

บ่งชี้ในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (6) ดูแลการทำงานต่อมไร้ท่อ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หากพบ $> 180 \text{ mg/dl}$ รายงานแพทย์ และดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษา

3) การเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง กำหนดกิจกรรมดูแล ดังนี้ (1) ประเมินและบันทึกความผิดปกติที่สามารถสังเกตเห็นได้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินและบันทึกค่า MAP ทุก 15 นาทีและทุก 1 ชั่วโมง เมื่อไม่พบความผิดปกติ (2) ประเมินและบันทึกค่า CVP , ScvO₂ (กรณีทำ C-line) ทุก 1 ชั่วโมง (3) ติดตามและเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง (4) ติดตามระดับ serum lactate

1.4.5 การดูแลในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ กำหนดกิจกรรมดูแล คือ การวางแผนจำหน่าย โดยพยาบาลในหอผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและมารดา วางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกำหนดแผนการจำหน่าย เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยพยาบาลเวชกรรมสังคมร่วมเตรียมความพร้อมของครอบครัว วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านทารกแรกเกิดกรณีในเขตรับผิดชอบ ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนหรือ PCU ใกล้บ้านในกรณีอยู่นอกเขตรับผิดชอบ และส่งกลับข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านมาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

1.4.6 การติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กำหนดกิจกรรม ดังนี้ ประเมินตนเอง ประเมินโดยหัวหน้าหน่วยงาน ทุก 1 เดือน ประเมินโดยทีมพัฒนา

รูปแบบการพยาบาลทุก 2 เดือน สรุปและแจ้งผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทุก 3 เดือน

ด้านผลลัพธ์

1. ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การระบุตัวทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะเริ่มแรก การได้รับการวินิจฉัยก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง และการเสียชีวิต

2. ด้านบุคลากร ได้แก่ ระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ด้านผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มทารกเกิดมีชีพส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.47 อายุ 0-3 วัน ร้อยละ 93.02 คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 62.79 อายุครรภ์ 35-39 สัปดาห์ ร้อยละ 61.63 น้ำหนักแรกคลอด 2,500-4,000 กรัม ร้อยละ 59.30 Apgar score ที่ 5 นาที มากกว่า 6 ร้อยละ 98.83 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล น้อยกว่า 10 วัน ร้อยละ 54.65 ทุกรายจำหน่ายด้วยอาการทุเลา กลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 โดยทุกรายอายุ 1 วัน คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 54.55 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 45.45 ส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 35-39 สัปดาห์ รองลงมาน้อยกว่า 35 สัปดาห์ และมากกว่า 40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ

72.73, 18.18 และ 9.09 ตามลำดับ น้ำหนักแรกคลอด 2,500 -4,000 กรัม ร้อยละ 54.55 และน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 45.45 ทุกรายมี Apgar score ที่ 5 นาที มากกว่า 6 ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล น้อยกว่า 10 วัน ร้อยละ 72.72 มากกว่าหรือเท่ากับ 10 วัน ร้อยละ 27.27 ทุกรายจำหน่ายด้วยอาการทุเลา

ผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายและมีบางตัวชี้วัดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ส่วนตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีเพียง 1 ตัวชี้วัด คือ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อก เท่ากับ 9.09

Table 1 Outcomes of intervention for neonatal sepsis.

Indicators	Target	Outcomes	
		number	%
1. Early identification of risk factors for neonatal sepsis	≥ 80%	11	100
2. Early diagnosis of neonatal sepsis	≥ 80%	11	100
3. Pre- treatment diagnosis	≥ 80%	9	81.82
4. Blood culture within 1 hour after diagnosis	100%	11	100
5. Antibiotic within 1 hour after diagnosis	100%	11	100
6. Severe sepsis /Septic shock rate	0	1	9.09
7. Completed within 6 hours of septic shock resuscitation	100%	1	100
8. Mortality rate	0	0	0

ด้านบุคลากร

ข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปี และอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.52, 38.03 และ 7.04 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.77 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 4.23 ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 21.13 หอผู้ป่วยกุมารเวช ร้อยละ 16.90 ห้องคลอด หอผู้ป่วยพิเศษกัญญาภิเชก หอผู้ป่วยพิเศษรวมใจเอื้อ มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 14.08 และห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 8.45 ประสบการณ์การทำงานสูงสุด มากกว่า 20 ปี

รองลงมา 11-20 ปี และน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.06, 18.31 และ 5.63 ตามลำดับ ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดหรือผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 69.01 และเคยอบรม ร้อยละ 30.99

ด้านความรู้ ในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลรายด้าน พบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาการและอาการแสดง ด้านการค้นหาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านการติดตามและ

เฝ้าระวังอาการรุนแรงหรือภาวะช็อก ด้านการฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต ด้านการประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านความหมาย และด้านการค้นหาเชื้อ แหล่งติดเชื้อและควบคุมเชื้อ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเช่นกัน แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

Table 2 Comparison of nurses' knowledge before and after the caring model implementation.

Nurses' knowledge	Before		After		t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. Mean	1.15	0.49	1.92	0.20	5.43	0.06
2. Risk factors	8.07	0.39	9.70	0.17	3.62	0.00*
3. Signs and Symptoms	7.83	0.40	9.37	0.24	4.13	0.00*
4. Identification of neonatal sepsis	3.72	0.43	4.83	0.18	3.01	0.01*
5. Sepsis workup and infection control	1.91	0.17	1.94	0.17	1.00	0.25
6. Monitoring for the assessment of severe sepsis or septic shock	2.04	0.46	2.38	0.33	3.33	0.04*
7. Resuscitation of circulatory system	6.73	0.50	10.69	0.31	8.08	0.00*
8. Organ support	1.52	0.50	2.92	0.17	3.29	0.04*
9. Intensive monitor during 24-48 hours	5.79	0.37	6.99	0.04	4.09	0.00*
total	39.79	0.44	50.93	0.23	10.22	0.00*

* p-value < 0.05

ด้านการปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนว โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.35$, $SD=2.17$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับการปฏิบัติดีมาก มี 3 ด้าน โดยด้านที่มีการปฏิบัติค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านการค้นหาเชื้อ แหล่งติดเชื้อและควบคุมเชื้อ ($\bar{X}=4.70$, $SD=1.59$) รองลงมา คือด้านการค้นหาและระบุตัวทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ($\bar{X}=4.67$, $SD=0.53$) และด้านการ

ค้นหาและระบุตัวทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ($\bar{X}=4.60$, $SD=0.79$) ตามลำดับ ด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี มี 5 ด้าน โดยการปฏิบัติด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการค้นหาและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ($\bar{X}=4.33$, $SD=2.13$) รองลงมา คือ ด้านการประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ($\bar{X}=4.20$, $SD=1.84$) ด้านการ

พื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต($\bar{X}=3.95$, $SD=1.60$) ด้านการเฝ้าระวังและติดตามอาการของทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องในช่วง 24 ถึง

48 ชั่วโมงแรก ($\bar{X}=3.92$, $SD=1.64$) ด้านการดูแลในรูปสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{X}=3.84$, $SD=1.97$) และการติดตามการปฏิบัติ ($\bar{X}=3.66$, $SD=0.53$) ตามลำดับ

Table 3 Nursing practice of intervention for neonatal sepsis.

Nursing practice outcomes	\bar{X}	SD	Level
1. Early identification of risk factors for neonatal sepsis	4.67	0.53	very good
2. Early identification of neonatal sepsis	4.60	0.79	very good
3. Sepsis workup and infection control	4.70	1.59	very good
4. Monitoring for the assessment of severe sepsis or septic shock	4.33	2.13	good
5. Resuscitation of circulatory system	3.95	1.60	good
6. Organ support	4.20	1.84	good
7. Intensive monitor during 24-48 hours	3.92	1.64	good
8. Multidisciplinary care	3.84	1.97	good
9. Nursing practice monitoring for guidelines	3.66	0.53	good
total	4.33	2.16	good

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.52$, $SD=0.57$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการ ($\bar{X}=3.98$, $SD=0.58$) รองลงมา คือ ด้านผลลัพธ์ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) และด้านโครงสร้าง ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.57$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

1. รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในครั้งนี้ เป็น

รูปแบบที่พัฒนาภายใต้การศึกษาศาสนาการณปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบัน เช่น ขาดทิศทางการดูแลรักษา เครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน และการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ พยาบาลมีความรู้และทักษะสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพียงพอ การรายงานแพทย์ล่าช้า การส่งสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อและยาปฏิชีวนะล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนการวินิจฉัย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขาดการทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติไม่ถูกนำลงสู่การปฏิบัติ และการบันทึกทางการพยาบาลไม่สามารถระบุถึงผลลัพธ์ทางการ

พยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อีกทั้งเป็นการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาเบเดียน (Donabedian)¹⁷ และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของไอโอวาโมเดล (Iowa Model of Evidence-Base Practice)¹⁸ ทำให้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ และปัญหาตามบริบท อีกทั้งยังมีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ยังเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ได้รูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติสื่อสารเข้าใจตรงกัน และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับป้องกันภาวะปอดแฟบในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนามาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนา และทีมผู้ทดลองใช้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทมากที่สุด²¹

2. การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.1 ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละการดักจับทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในระยะเริ่มแรกด้านมารดาและตัวทารก ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา ร้อยละการส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ/การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อพ้นจากภาวะช็อกภายใน 6 ชั่วโมง อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ได้รับการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม รับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายเนื่องจากทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 ราย มี congenital heart disease จึงมีความยากต่อการดูแลรักษาโดยเฉพาะการเผ่าระวังภาวะ poor tissue perfusion, organ dysfunction และการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสาเหตุที่ผู้ป่วยเด็ก congenital heart disease เสียชีวิตในหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลชูโตโม เมืองซาราบายา เกิดจากการติดเชื้อรุนแรง ทำให้ระบบการหายใจและหัวใจล้มเหลว²² และการศึกษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ได้อภิปรายผลการศึกษาไว้ว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานหลายอวัยวะส่งผลให้ประสิทธิผลของการรักษาลดลง²³

2.2 ด้านบุคลากร เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ

พยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล และเมื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในครั้งนี้ มีกระบวนการให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ โดยการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้และทำความเข้าใจก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล มีการสอน แนะนำสนับสนุน ควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่ายจากทีมพัฒนาเมื่อลงประเมินและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด โดยสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบงานดียิ่งขึ้น พบว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ในรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับความต้องการของ

หน่วยงานอย่างแท้จริง และเป็นรูปแบบใหม่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดหลายหน่วยงาน²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย พบว่าการสร้างระบบบริการพยาบาลจะเกิดความพึงพอใจของทุกฝ่ายได้นั้น เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกเครือข่าย หากยังเป็นระบบบริการพยาบาลแบบใหม่ที่สามารถแก้ปัญหาการทำงานยิ่งเป็นที่น่าสนใจและพึงพอใจของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง²⁵

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ผู้วิจัยใช้เวลาในการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้จริง เพียง 3 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในช่วงเวลาดังกล่าวมีเพียง 11 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กทำให้ผลการวิจัยมีโอกาสดคลาดเคลื่อนได้มาก รวมทั้งทำให้พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่พบแนวปฏิบัติบางประเด็น เช่น การประเมินและบันทึกความดันในหลอดเลือดส่วนกลาง ประเมินและบันทึกความอึดตัวของออกซิเจน ในหลอดเลือดดำส่วนกลาง จึงไม่พบคำตอบในข้อดังกล่าว นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการติดตามการปฏิบัติโดยให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลทางเดียว อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ รวมทั้งไม่สามารถทำการศึกษาข้อมูลจากบิดามารดา ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ จึงทำให้รูปแบบการพยาบาลสามารถแก้ปัญหาในภาพรวมได้ นอกจากนี้การพัฒนายังเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิด ตั้งแต่การช่วยสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบท เนื่องจากแนวปฏิบัติบางประเด็นอาจเป็นข้อจำกัด การดูแลรักษาของโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถปฏิบัติได้จริง และเป็นที่ยอมรับของพยาบาลผู้ปฏิบัติ

สรุป

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถแก้ไขสถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ โดยช่วยให้พยาบาลมีทิศทางในการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและชัดเจน สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ง่าย มีความรู้ทันสมัย น่าเชื่อถือจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตัดสินใจนำมาใช้ในการแก้ปัญหาทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล คือ พัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรปรับรูปแบบการเสริมสร้างความรู้แก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดประชุมวิชาการ ร่วมกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำให้พยาบาลเกิดกระบวนการเรียนรู้ เข้าใจ จดจำ ความรู้ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ดีขึ้น และควรติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นนี้ต่อเนื่อง สม่าเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะยาวต่อไป โดยเพิ่ม ขยายขนาดของกลุ่มตัวอย่างศึกษา หรือจากสถานพยาบาลอื่น ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างศึกษาที่เป็นตัวแทนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ตรง และครอบคลุม น่าเชื่อถือได้เพิ่มมากยิ่งขึ้นเพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและเหมาะสมทางสถิติ

2. ควรศึกษาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมาพัฒนาและใช้ศักยภาพของบุคลากรอย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยของทารกแรกเกิด

3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในโรคที่สำคัญหรือโรคที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm RDS), หอบหืด (Asthma), ปอดอักเสบ (Pneumonia)

Reference

1. Simonsen KA, Ann L, Anderson-Berry B, Shirley F, Delair AH, Davies D. Early-Onset Neonatal Sepsis. *Clinical Microbiology Reviews* 2014; 27(1): 21-47.
2. Tesini BL. Neonatal sepsis: MSD Manual Version [Internet]. 2018 [cited 2020 July]. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/infections-in-neonates/neonatal-sepsis>
3. Kardana IM. Incidence and factors associated with mortality of neonatal sepsis. *Pediatric indonesiana* 2011; 51(3): 144-8.
4. Jajoo M, Kapoor K, Garg K, Manchanda V, Mittal SK. To study the incidence and risk factors of early onset neonatal sepsis in an out born neonatal intensive care unit of India. *Clinical neonatology* 2015; 4(2): 91-5.
5. Procianoy RS, Silveira RC. The challenges of neonatal sepsis management. *J Pediatr* 2019; 96(S1): 80-6.
6. Palatnik A, Liu LY, Lee A, Yee LM. Predictors of Early-Onset Neonatal Sepsis or Death Among Newborns Born at <32 Weeks of Gestation. *Perinatology* 2019; 39(7): 949-55.
7. Berardi A, Sforza F, Baroni L, Spada C, Ambretti S, Biasucci G, et al. Epidemiology and complications of late-onset sepsis: an Italian area-based study. *PLoS ONE* 2019; 14(11):1-15.
8. Kiatchoosakun P, Jirapradittha J, Areemitr R, Sutra S, Thepsuthammarat K. Current Challenges in Reducing Neonatal Morbidity and Mortality in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (S7): 18-23. (in Thai).
9. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Study report: maternal and infant mortality 2011-2015 [Internet]. 2016 [cited 2020 July 10] Available from: <http://ihpptaigov.net/DB/publication/attachresearch/402/chapter1.pdf>
10. Wijugprasert P. Pediatric septic shock at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai journal of pediatrics* 2014; 53(1): 43-51. (in Thai).
11. Husada D, Chanthavanich P, Chotigeat U, Sunttarattiwong P, Sirivichayakul C, Pengsaa K, et al. Predictive model for bacterial late-onset neonatal sepsis in a tertiary care hospital in Thailand. *BMC Infectious Diseases* 2020;20: 1-11.
12. Sharma A, Mathur P, Sharma JN, Gupta M, Agarwal A. Neonatal Sepsis - A Study of Predisposing Factors and

- Causative Organisms. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2020; 8(10): 2256-9.
13. The Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine. Clinical Practice Guideline for Management of Pediatric Severe Sepsis and Septic Shock [Internet]. 2018 [cited 2020 December 16]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org>
 14. Rodjinda S. Development of Caring Model for Sepsis Patients in the Medical Wards, Nan Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2019; 30(1): 120-34.
 15. Gale BM, Hall KK. The Use of Patient Monitoring Systems to Improve Sepsis Recognition and Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 2020; 16(Suppl): S8-11
 16. Sunthornkulwong M. Developing a surveillance system and assessing early-onset neonatal sepsis in special ward of Jainadnarendra hospital [Internet]. 2018 [cited 2020 December 16]. Available from: <http://www.chainathospital.org/>.
 17. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 18. Titler MG, Kleiber FC, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, EverettL Q, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001; 13(4): 497-509.
 19. Picheansathian W. Searching for Evidence: Essential Skills of Nurses in Thailand 4.0 Thai. *Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2018; 5(1): 136-48. (in Thai).
 20. The Joanna Briggs Institute [Internet]. 2014 [cited 2020 August 5]. Available from: <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual>
 21. Kirdpole W. Developing a clinical nursing practice guidelines for prevention atelectasis in preterm neonate using ventilator. Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2008. (in Thai).
 22. Cahyono A. The Cause of Mortality Among Congenital Heart Disease Patients in Pediatric Ward, Soetomo General Hospital. *Indonesian Journal of Cardiokog* 2007; 28(4), 279-84.
 23. Weiss SL. Clinical update in pediatric sepsis: focus on children with pre-existing heart disease. *Cardiothorac Vasc Anesth* 2020; 34(5): 1324-32.

24. Phokapun P, Leethongdee S, Tikkapanyo C. The Quality Improvement of Clinical Risk Management System for Care Standard of In-Patient Care of Nurses in the Fort Sunpasitthiprasong Hospital in Ubon Ratchathani Province. *The Royal Thai Army Nurses* 2012; 13(2): 31-48. (in Thai).
25. Chompoolong S, Suwalaya Sriruksa S. The Development Nursing Service System of Preterm Infant in Mahasarakham Hospital and Network. *Nurses' association of Thailand, North-Eastern division* 2013; 31(2): 151-64. (in Thai).

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ในเด็กวัยก่อนเรียน

นันทิดา จันทะวงศ์*

เพลินพิศ บุญยมาลิก** สุนีย์ ละกำป็น**

บทคัดย่อ

การได้รับอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่พบบ่อยในเด็กทั่วโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้เรื่องและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรและการพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Paired t-Test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยสนับสนุนผลของโปรแกรมที่สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรและการพลัดตกหกล้มในเด็กวัยก่อนเรียนและควรนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอนปกติในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนอื่นต่อไป

คำสำคัญ: เด็กวัยก่อนเรียน/ ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ/ ทักษะการป้องกันอุบัติเหตุ/ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

* นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: plempit.suw@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

The Effects of Knowledge and Skill Promotion Program on Accident Prevention Behaviors in Preschool Children

Nuntida Juntawong^{*}

Plernpit Boonyamalik^{**} Sunee Lagampan^{***}

Abstract

Accidents are a leading cause of injury and death among children worldwide. This quasi-experimental with two groups pre-posttest study aimed to assess the effects of knowledge and skill promotion program on accident prevention behavior among preschoolers. Study samples were 51 children aged 3-6 years old in Bangkok Child Development Centers and divided into experimental (n=24) and control group (n=27). The program applying the Health Belief Model (HBM) included providing knowledge and practicing accident prevention skill with the duration of 2 weeks. Data related to knowledge and behavior on traffic and fall accident was collected using interviewed questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistics such as Chi-square test, Independent t-test, and Paired t-test.

The result revealed that after experiment, the experimental group had the mean score of knowledge and the mean scores of behaviors on traffic and fall accident higher than before the experiment and those in the comparison groups with a statistical significance (p-value <0.001 and < 0.05, respectively).

The findings support the effectiveness of the program that had impacted on knowledge and behaviors in preventing traffic and fall accidents in preschool children and should be further incorporated with regular teaching and learning curricular in other Child Development Centers.

Key words: Preschool Children/ Knowledge of Accident Prevention/ Skills of Accident Prevention/ Accident Prevention Behaviors

Article info: Received March 1, 2021; Revised April 10, 2021; Accepted April 30, 2021

^{*} Master student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{**} Corresponding Author, Assistant 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

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

การได้รับอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่พบบ่อยในเด็กทั่วโลก ในทุกวันจะมีครอบครัวสูญเสียเด็กจากการได้รับอุบัติเหตุโดยไม่ได้ตั้งใจหรือได้รับบาดเจ็บมากกว่า 2000 ครอบครัว ทั่วโลก จากรายงานการป้องกันอุบัติเหตุและบาดเจ็บในเด็กขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟพบว่าการบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนนและการพลัดตกหกล้ม เป็น 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 0-17 ปี (ร้อยละ 22.3 และ 4.2 ตามลำดับ)¹

จากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติของโรงพยาบาลเครือข่าย 33 แห่งระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 พบว่ามีเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากทุกสาเหตุ จำนวน 20,790-21,346 รายต่อปี โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 375-448 รายต่อปี ในปี 2560 พบว่ามีเด็ก 20,953 ราย ได้รับบาดเจ็บรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 12.72 ของการได้รับบาดเจ็บรุนแรงทุกสาเหตุของทุกกลุ่มอายุ ในจำนวนนี้เสียชีวิต 375 ราย สาเหตุของการบาดเจ็บรุนแรงที่พบสูงสุด 2 ลำดับแรก คือ อุบัติเหตุจากรถ และอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ส่วนการบาดเจ็บที่มีเด็กเสียชีวิตนั้น อุบัติเหตุจากรถและอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ยังคงเป็น 5 ลำดับแรกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และจากการเก็บข้อมูลพบว่าสถานที่พบการเกิดเหตุสูงสุดอันดับหนึ่งคือในบ้านและบริเวณบ้าน รองลงมาคือโรงเรียน และสถานที่สาธารณะอื่น ๆ ตามลำดับ²

เด็กวัยก่อนเรียนหรือวัยอนุบาลหรือเด็กปฐมวัยเป็นเด็กที่มีการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 26, 25, 23, 24 และ 25 ต่อ 100,000 คน ในเด็กอายุ 1, 2, 3, 4, และ 5 ปี ตามลำดับ³ ซึ่งสาเหตุเกิดจากตัวเด็กเอง เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่เรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้มาก พัฒนาการด้านต่าง ๆ จะก้าวหน้าขึ้น สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและการทรงตัวในท่าต่าง ๆ ได้ดี เด็กวัยนี้จึงชอบห้อยโหน ปีนป่าย ปีนต้นไม้ และลื่นไถล^{4,5} นอกจากนั้นช่วงวัยนี้เด็กจะอยากรู้อยากเห็น กระตือรือร้น สามารถแยกแยะความแตกต่างของสิ่งของได้ แก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยสิ่งที่รับรู้และจินตนาการของตนเอง โดยยังไม่รู้จักคิดไตร่ตรองอย่างรอบด้าน อย่างไรก็ตามเด็กปฐมวัยสามารถเข้าใจกฎหรือข้อบังคับง่าย ๆ ได้⁶

ปัจจุบันมาตรการหลักในการจัดการความปลอดภัยสำหรับเด็กที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น การใช้ตัวล๊อคประตูเพื่อป้องกันเด็กเปิด และเพิ่มการควบคุมดูแลให้มากขึ้น 2) การสอนให้เด็กรู้จักป้องกันตนเอง และ 3) การปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยที่ไม่ทำให้เด็กและผู้ปกครองรู้สึกถูกบังคับ เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและมาตรการความปลอดภัยยังอาจเกิดการผิดพลาดได้ ซึ่งนำไปสู่อุบัติเหตุในที่สุด เป้าหมายสูงสุดของการเรียนเรื่องความปลอดภัย คือ ทำให้เด็กปฐมวัยเกิดการลงมือปฏิบัติ⁷

ในประเทศไทยมีการดำเนินการจากหลายภาคส่วนโดยการนำของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก เช่น โครงการสังคมหัวแข็ง เพื่อรณรงค์ให้สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์ กิจกรรม “10 ทักษะความปลอดภัย: ก่อน 10 ปี ต้องมี 10 อย่าง” ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับฝึกทักษะการเอาตัวรอดเพื่อความปลอดภัยให้กับเด็กระดับอนุบาล 3 - ประถมศึกษาปีที่ 3 เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นในเรื่องของการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของผู้ดูแล ในส่วนของการสอนเด็กให้ป้องกันตนเองนั้น ยังมีการดำเนินภายใต้ข้อจำกัด เช่น จัดขึ้นเฉพาะเด็กบางช่วงอายุ การจัดกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเฉพาะที่ และมีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้เด็กบางช่วงอายุ หรือเด็กที่อยู่ในครอบครัวมีเศรษฐฐานะต่ำ ประกอบกับผู้ปกครองมองไม่เห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมดังกล่าว ขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้ทักษะด้านความปลอดภัยที่เด็กในแต่ละช่วงวัยต้องรู้ โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูง หากเด็กในวัยดังกล่าวได้รับการสอนให้ป้องกันตนเองจนเด็กเกิดทักษะในการป้องกันตนเอง ก็จะส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลง รวมทั้งเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมความปลอดภัยที่พึงประสงค์ให้กับเด็กในระยะยาว

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต

และการได้รับบาดเจ็บในเด็กวัยก่อนเรียนของประเทศไทย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ประกอบกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ ในปี พ.ศ. 2560-2579 กรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่รับดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่อยู่ในชุมชน ลักษณะชุมชนเป็นชุมชนแออัด มีเศรษฐฐานะต่ำ ส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรและพลัดตกหกล้ม และจากการสัมภาษณ์ครูที่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนเรียนพบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนคือการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งถือเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก มีหน้าที่ในการให้คำชี้แนะคำปรึกษาแก่เด็ก ครอบครัว และผู้ดูแลเด็ก ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก รวมถึงการจัดกิจกรรมให้เกิดความตระหนักและทักษะการป้องกันอุบัติเหตุให้ทันสมัย เหมาะกับสภาพสังคม และพัฒนาการของเด็กตามช่วงอายุ⁸ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อนำผล

การศึกษาที่ได้ไปจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของเด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่อื่นต่อไปจาก **วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียน

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียนมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียนหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและพลัดตกหกล้มสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในการศึกษาคั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะ ที่ส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้ เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

ของการเกิดอุบัติเหตุ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาคั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่ 1 ปี 2563 ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G^* Power version 3.1.9.4) กำหนดค่า effect size = 0.96 (คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน) ค่า α = 0.05 และ Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน และจากงานวิจัยดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างหายไปจากการทดลองร้อยละ 14.6 ประกอบกับศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มตัวอย่างไม่มาเรียนสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เมื่อผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ดำเนินการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีจำนวนเด็กอายุ 3-6 ปี ในภาคเรียนที่ 1 ปี การศึกษา 2563 มากกว่า 20 คน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

(Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก และกำหนดให้ศูนย์ที่จับฉลากในลำดับแรกเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์ที่จับฉลากในลำดับที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ เป็นเด็กวัยก่อนเรียนทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 3-6 ปี (3 ปี 0 วัน - 6 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ มีระดับพัฒนาการทั้ง 5 ปกติ/ สมวัย ตามผลการประเมินของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ และบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 29/2563 เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2020-076 ผู้วิจัยชี้แจงผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ อายุ เพศ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

อาชีพ (เก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิของศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มแบบมีรูปประกอบ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามจะเป็นข้อคำถามแบบถูก ผิด เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ (ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเรื่องอุบัติเหตุจราจร 10 ข้อ และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 10 ข้อ) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การพิจารณาประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างประยุกต์ใช้กระบวนการการประเมินผลการเรียนรู้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม¹⁰ โดยจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ >ร้อยละ 80 (คะแนนจากแบบวัด 16-20) หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 (คะแนนจากแบบวัด 12-15) หมายถึงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ < ร้อยละ 60 (คะแนนจากแบบวัด 0-11) หมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยใช้ดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขชุมชน ด้านการสื่อสารและการผลิตสื่อ และด้านความปลอดภัยในเด็ก (CVI = 0.9) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่อง โดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้ม

โดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ท^{11,12} แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ระดับการปฏิบัติที่ได้ปฏิบัติ ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา เกณฑ์ในการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกคือปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบคือ ปฏิบัติทุกครั้ง = 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน มีจำนวน 12 ข้อ (พฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยา 6 ข้อ และพฤติกรรมกรรมการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม 6 ข้อ) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 85-100 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 69-84 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 52-68 หมายถึงพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมคิดเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยวิธีเดียวกันกับแบบวัดความรู้ (CVI = 0.8) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการของครอนบาค (Cronbach method) หรือครอนบาคแอลฟา (α -coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาและพลัดตกหกล้มสำหรับเด็กวัย

ก่อนเรียน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 10-15 คน กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องอุบัติเหตุจรรยาและการพลัดตกหกล้ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจรรยาและการพลัดตกหกล้ม การฝึกทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาและการพลัดตกหกล้ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาและการพลัดตกหกล้ม จัดกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/ครั้ง

การดำเนินโปรแกรม

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2563 โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียน สร้างเครื่องมือเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับข้อคำถามของแบบสอบถาม และฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์กับเด็กวัยก่อนเรียนภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยและผ่านการทดสอบการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยให้กับบิดามารดา ผู้ปกครอง และเด็กวัยก่อนเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยในระหว่างที่กลุ่มทดลองมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม กลุ่ม

เปรียบเทียบจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองมีการดำเนินการทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

วันแรก มีกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ก่อนเริ่มทำกิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นครูพี่เลี้ยงเด็กแบ่งเด็กแต่ละระดับชั้นเป็น 2 กลุ่ม ได้กลุ่มละประมาณ 10-15 คน โดยกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมเรื่องอุบัติเหตุจากรถยนต์ทางถนน กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมเรื่องอุบัติเหตุจากการโดยสารยานพาหนะ เมื่อแต่ละกลุ่มทำกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทำการสลับกลุ่ม รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

ครั้งที่ 1 อุบัติเหตุจากรถยนต์: อุบัติเหตุจากรถยนต์ทางถนนใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยเล่าเรื่องผ่านหนังสือนิทานเรื่อง “พี่สามสอนน้อง” (ใช้เวลา 15 นาที) ฝึกทักษะการข้ามถนนผ่านสถานการณ์จำลอง (ใช้เวลา 40 นาที) และสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากรถยนต์ทางถนน (ใช้เวลา 5 นาที)

ครั้งที่ 2 อุบัติเหตุจากรถยนต์: อุบัติเหตุจากรถยนต์โดยสารยานพาหนะ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยเล่าเรื่องผ่านหนังสือนิทานเรื่อง “ไบค์ไปเที่ยว” (ใช้เวลา 20 นาที) ฝึกทักษะการสวมหมวกนิรภัย (ใช้เวลา 40 นาที) และสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการโดยสารยานพาหนะ (ใช้เวลา 5 นาที)

วันที่ 2 มีกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ก่อนเริ่มทำกิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพี่เลี้ยงเด็กทำการแบ่งเด็กแต่ละระดับชั้นเป็น 2 กลุ่ม ได้กลุ่มละประมาณ 10-15 คน โดยกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรม

เรื่องการพลัดตกหกล้มภายในบ้านและบริเวณบ้าน กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมเรื่องการพลัดตกหกล้มภายนอกบ้านและเมื่อแต่ละกลุ่มทำกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทำการสลับกลุ่ม โดยกิจกรรมในวันที่ 2 มีดังนี้

ครั้งที่ 3 อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม: การพลัดตกหกล้มภายในบ้านและบริเวณบ้าน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยเล่าเรื่องผ่านหนังสือนิทานเรื่อง “ไบค์อยู่บ้าน” (ใช้เวลา 15 นาที) ฝึกระเบิดเสียงภายในบ้านและบริเวณบ้าน และพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มและการปฏิบัติตนที่ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มผ่านภาพวาดสถานการณ์จำลอง (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที) และสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มภายในบ้านและบริเวณบ้าน (ใช้เวลา 5 นาที)

ครั้งที่ 4 อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม: การพลัดตกหกล้มภายนอกบ้าน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยเล่าเรื่องผ่านหนังสือนิทานเรื่อง “พี่สามพาเที่ยว” (ใช้เวลา 15 นาที) ฝึกระเบิดเสียงภายนอกบ้าน และพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มและการปฏิบัติตนที่ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มเมื่ออยู่นอกบ้านผ่านภาพวาดสถานการณ์จำลอง (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที) และสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มภายนอกบ้าน (ใช้เวลา 5 นาที)

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 2 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการกิจกรรมตาม

โปรแกรม และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และทดสอบสมมติฐานโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Pair t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น $\alpha = 0.05$ ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้มีการทดสอบการ

กระจายของข้อมูลทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า จากการเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$)

Table 1 Number and percentage of personal characteristics of preschool children, comparing between the experimental group and the comparison group.

Personal characteristics	Experimental (n = 24)		Comparison (n = 27)		p-value
	Number	%	Number	%	
Sex					.579 ^a
Male	11	45.8	15	55.6	
Female	13	54.2	12	44.4	
Age (Year)					.307 ^b
3	6	25.0	8	29.6	
4	7	29.2	10	37.0	
5	9	37.5	9	33.3	
6	2	8.3	0	0.0	
	$\bar{x} = 4.29$	S.D. = .96	$\bar{x} = 4.04$	S.D.=.81	
	Min = 3.00	Max = 6.00	Min = 3.00	Max= 5.00	

หมายเหตุ: ^a Chi-square test, ^b Independent t-test

ผลการทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน

อุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูงและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มี ความแตกต่าง ($p\text{-value} >$

0.05) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$)) และหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Comparison of mean scores of knowledges about traffic and fall accident between the experimental and the comparison group.

	Experimental (n = 24)		Comparison (n = 27)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Pre - intervention	17.33	2.46	16.19	3.04	1.471	49	.148
Post - intervention	18.96	1.43	15.00	4.30	4.514	32.307	<0.001
	t=4.713		t = -1.477				
	p-value <0.001		p-value = .152				

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้ม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง

และไม่มี ความแตกต่าง ($p\text{-value} > 0.05$) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) และหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 3 Comparison of mean scores of traffic and fall accident prevention behavior between experimental and comparison groups.

	Experimental (n = 24)		Comparison (n = 27)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
Pre - intervention	76.60	8.94	77.06	10.80	-.162	49	.872
Post - intervention	85.76	8.64	79.21	12.49	2.197	46.349	.033
	t = 4.607		t = 1.087				
	p-value <0.001		p-value = .287				

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง และพบว่าหลังการทดลองข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุด มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น และจากการทดสอบสมมติฐานพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้ม ซึ่งช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อ

การเป็นโรค และโรคนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เขาพอสมควร และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตัวเขา และโอกาสที่จะทำให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ผลประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค 4) ปัจจัยร่วม ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สภาพเศรษฐกิจสังคม และความรู้ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย การศึกษา อากา และสื่อต่าง ๆ¹³ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม โดยเลือกใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มโดยวิธีการให้ความรู้ด้วยการเล่าเรื่องผ่านหนังสือนิทาน

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดประสบการณ์โดยใช้สถานการณ์จำลองที่มีต่อความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยในห้องเรียนของเด็กอนุบาล¹⁴ พบว่าหลังการทดลองเด็กชั้นอนุบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยในห้องเรียนที่ได้รับการจัดประสบการณ์ โดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านหนังสือการ์ตูนสามมิติต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของเด็กก่อนวัยเรียน¹⁵ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม Safety Detective⁹ ซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียนเพื่อเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอันตรายภายในบ้านและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บในเด็กวัยก่อนเรียนพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บภายในบ้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรและการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรและการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และพบว่าหลังการ

ทดลองแบบประเมินพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุด มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น และจากการทดสอบสมมติฐานพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value เท่ากับ .033) ผลการศึกษานับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ต่อเนื่องได้นั้นบุคคลจะต้องรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ¹³ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเลือกใช้วิธีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็กด้วยการฝึกทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรและการพลัดตกหกล้ม ผ่านสถานการณ์จำลองทักษะที่ได้รับการฝึกปฏิบัติได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย การข้ามถนน การระบุดูเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มภายในบ้าน/บริเวณบ้าน และนอกบ้าน จนครบ 24 คน และทำถูกต้องทุกขั้นตอนของแต่ละทักษะ

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม Safety Detective⁹ ซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียนเพื่อเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอันตรายภายในบ้านและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บในเด็กวัยก่อนเรียนพบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บภายใน

บ้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมโดยใช้เทคนิคละครเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กอายุ 4 ปี⁷ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปลอดภัยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เกิดขึ้นช่วงเริ่มมีสถานการณ์โรคโควิด 19 ระบาดทั่วโลก แม้ขณะที่มีการดำเนินการจะไม่มีการระบาดในประเทศไทย แต่ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการออกจากบ้าน ลดการทำกิจกรรมบางอย่างลง ซึ่งอาจมีให้ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มในบางพฤติกรรมตามแบบสอบถาม ในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อน - หลังทำโปรแกรม เช่น การโดยสารรถเมล์ การไปเล่นที่สนามเด็กเล่น เป็นต้น

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กระชับ และเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน เนื้อหาของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีที่รองรับชัดเจน การจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มเล็กทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วม และได้รับการฝึกทักษะครบทุกคน

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ไม่มีการวัดในระยะติดตามผล และการวัด

พฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุในกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง และไม่ได้มีการนำบิดามารดา หรือผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ด้านบริหาร

ควรมีการจัดหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพครูที่เลี้ยงในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มในเด็กวัยก่อนเรียน สนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และมีการบรรจุรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนของศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน

2. ด้านการบริการ

ควรนำรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มไปพัฒนาศักยภาพของครูที่เลี้ยง ให้มีทักษะและความสามารถในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการ

นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ให้กับเด็กวัยก่อนเรียนตามบริบทของตนเอง โดยในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและการพลัดตกหกล้มควรทำต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งเป็นการช่วยให้เด็กได้รับความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมจากสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลการส่งเสริมความรู้และทักษะสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนในเรื่องอื่น ๆ เช่น ความปลอดภัยในโรงเรียน การป้องกันอัคคีภัย ความปลอดภัยในการเดินทางไป-กลับ โรงเรียน เป็นต้น

2. การศึกษาในครั้งนี้ไม่มีระยะการติดตามผล คำแนะนำของการศึกษาต่อไปควรออกแบบการวิจัยเพิ่มให้มีระยะติดตามผลเข้าไปด้วย หรือออกแบบเป็นการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว โดยกำหนดให้มีผู้ติดตามผลเป็นครูพี่เลี้ยง บิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก เพื่อดูแลติดตามให้

เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการนำบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก เข้ามาร่วมในการศึกษา และไม่ได้มีการสื่อสารเกี่ยวกับรายละเอียดของกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้งให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลักทราบ คำแนะนำการศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบกิจกรรมเพื่อให้บิดา มารดา หรือผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก มีส่วนร่วมในการศึกษาตามความเหมาะสมของบริบท เช่น การจัดให้มีข้อความจากผู้วิจัยถึงบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก เพื่อให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และติดตามให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานเขตยานนาวา มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนชุมชนเชื้อเพลิงใน และศูนย์พัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนชุมชนเย็นอากาศ

References

1. World Health Organization [WHO]. World Report on Child Injury Prevention [Internet]. 2008 [Cited 2019 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/World_report.pdf
2. Prem Sri N. editors. Annual Epidemiological Surveillance Report [Internet]. 2017 [Cited 2019 Aug 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/th/site/office/view/boe>
3. Tungkeeratichi J. editors. Growth and Development. 3rd ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.
4. Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in-home injuries: A context, correlates, and determinants. *Journal of Pediatric Psychology* 2004; 29(6): 415-31. doi: 10.1093/jpepsy/ jsh046.
5. Plitponkarpim A. Child Accident. Bangkok: Thanprinting; 2007.
6. The Royal College Pediatricians of Thailand. Parent's Guide: Preschool aged 3 - 6 years. Bangkok :The Royal College Pediatricians of Thailand: Pediatric Society of Thailand; 2017.
7. Pantongruk P. Effects of Organizing Activities by Using Drama Techniques in Promoting Safety Behaviors of Four Year Old Children .*Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2017; 20(2): 2855-70. (in Thai)
8. Chivanon N, Accidents in Children: Situation and Prevention .*The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016; 24(3): 1-12. (in Thai)
9. Morrongiello BA, Bell M, Park K, Porebtova K. Evaluation of the Safety Detective Program: A Classroom-Based Intervention to Increase Kindergarten Children's Understanding of Home Safety Hazards and Injury-Risk Behaviors to Avoid. *Prevention science* 2016; 17(1): 102 -11. doi:10.1007/s11121-015-0581-8
10. Bloom B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill book; 1971.
11. Likert RA. Technique for the Measurement of Attitude. *Archive Psychological, New York* [Internet]. 1932 [Cited 2020 Mar 2]. Available

- from https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
12. Jacob J, Michael S. Three – Point Likert Scales Are Good Enough. *Journal of Marketing Research* [Internet]. 1971 [Cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.researchgate.net/post/Can-I-use-Likert-scale-of-3-points-in-attitudes-measurements>
 13. Glanz K, Lewis M, Rimer KB. *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice*. (3rd Edition). San Francisco: Jossey - Bass Publisher; 2002.
 14. Rattanameesangnin T. The Effects of Experience Management using Simulations on Classroom Safety Understanding of Kindergarteners. *An Online Journal of Education* 2015; 10(1): 1-14. (in Thai)
 15. Sanongyard J, Dhanawan W, Maungchang Y. The Effects of Program over Three – dimensional Comic Book Knowledge to Infection Control among Preschool Child. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016; 26(2): 34 – 42. (in Thai)

บทวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลกับการรับรู้สมรรถนะ

พยาบาลวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ*

ประกาย จิโรจน์กุล** นิติบดี สุขเจริญ***

บทคัดย่อ

สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามว่าบัณฑิตที่ผลิตออกไป มีสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานหรือไม่ โดยการวิจัยเชิงบรรยายนี้ มุ่งศึกษา 1) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ตามการรับรู้ของบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต 2) ความสัมพันธ์ของคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต กับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ประชากร คือ บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 และผู้ใช้บัณฑิตโดยตรง กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตพยาบาล และผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 25 คู่ข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 50 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยการส่งไปและกลับแบบสอบถามผ่านระบบไปรษณีย์ ในช่วงระหว่าง 15 มกราคม 2563 ถึง 1 มีนาคม 2563 ซึ่งแต่ละคู่ข้อมูลใช้การหาค่าความสัมพันธ์ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการรับรู้ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต มีค่าสูงกว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ทั้งรายด้านและโดยรวม ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ส่วนผลการทดสอบความสัมพันธ์ของคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต และการรับรู้ของบัณฑิต ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว คือ สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย

ข้อเสนอแนะ สถาบันควรส่งเสริมสมรรถนะที่เป็นจุดเด่นของบัณฑิต ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย เพื่อให้นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่เห็นความสำคัญของสมรรถนะด้านนี้ มีความภาคภูมิใจ และธำรงรักษาไว้ในรุ่นต่อ ๆ ไป ควรพัฒนาสมรรถนะที่ยังเป็นจุดอ่อน คือด้านวิชาการและวิจัย โดยจัดการเรียนการสอน ให้นักศึกษาเป็นผู้รู้จักแสวงหาความรู้ด้วยตัวเองมากขึ้นและควรพัฒนาผู้ที่มีสมรรถนะที่ได้คะแนนต่ำให้มีสมรรถนะสูงขึ้นได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยการออกแบบการเรียนรู้แบบส่งเสริมเฉพาะบุคคล

คำสำคัญ: สมรรถนะ/ ความพึงพอใจ/ การรับรู้

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต E-mail: kanokwan.sil@kbu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต E-mail: pragai.jir@kbu.ac.th

*** อาจารย์ สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต E-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Relationship between Satisfaction of Employer and Perceived Competencies of Professional Nurse Graduated, Kasem Bundit University

Kanokwan Silpakampises*

Pragai Jirojanakul** Nitibodee Sukjaroen***

Abstract

The institutes need to follow up their graduates' competencies according to labor market expectations. The objectives were 1) to study the self-perception and the employer's satisfaction of nurse graduates' professional competencies 2) to study the relationship of employer's satisfaction and self-perception of those nurse graduates. The population is nurses who 1st graduated edition and their employers (Direct supervisor). The questionnaires 50 items and five-rating-scale are sent and returned by mail from 15th January – 1st March 2020. The samples are the 25 dual-set were analyzed by Pearson's correlation coefficient.

The research results are Competency 1, Ethics, professional codes of ethics, and laws is the highest score. The investigation on the relationships of employers' satisfaction and self-perception of those nurse graduates showed that the only aspect of ethics, professional codes of ethics, and laws ($p = .05$).

The suggestions are the outstanding competency on ethics, professional codes of ethics, and laws should be promoted amongst current students to realize, to proud and to maintain. In contrast, academic and research competency is the lowest, should be developed by creating teaching and learning experiences that will enhance self-learning. Furthermore, the nurse who had low competencies scores should develop to standard score by individual instructional design.

Keywords: Competency/ Satisfaction / Perceived

Article info: Received November 26, 2020; Revised April 1, 2021; Accepted April 30, 2021

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nurse, Kasem Bundit University.

** Assistant Professor, Faculty of Nurse, Kasem Bundit University.

*** Lecturer, Research Center, Kasem Bundit University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคเทคโนโลยีก้าวหน้า ทำให้ประชาชนสามารถสืบค้นและเข้าถึงแหล่งความรู้สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว และเรียนรู้ช่องทางของการเรียกรองสิทธิ์ผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาคที่ควรจะได้รับ ดังจะเห็นจากสังคมออนไลน์มักมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านลบ เกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ปัจจัยสำคัญที่มีจะผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพในอนาคต คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะบัณฑิตพยาบาลที่เข้าสู่ตลาดแรงงานวิชาชีพ¹ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของทั้งภาครัฐ และเอกชน หลังสำเร็จการศึกษามาระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และประสบการณ์ทางวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทั้งในหลักสูตร และนอกหลักสูตรโดยเน้นการใช้หลักการพยาบาล และข้อมูลความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตในการจัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตในปีการศึกษา 2557 เพื่อผลิตบัณฑิตให้มีเอกลักษณ์ที่มีความรู้ ความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ภายใต้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคมอาเซียนที่กำลังจะรวมเป็นหนึ่งเดียว ประเทศมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านเทคโนโลยีเป็นต้น ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่จากพฤติกรรมส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ดังนั้นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวม ให้การพยาบาลที่เน้น 4 มิติ

ค่านึงถึงมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยและความปลอดภัยต่าง ๆ ตลอดจนใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหาสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน และการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการเข้าถึงผู้รับบริการภายใต้ความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล เพื่อให้การพยาบาลภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงมีความจำเป็น ตลอดจนการผลิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ ยังต้องให้สอดคล้องกับอัตลักษณ์มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต² เพื่อให้สามารถการปรับตัวเข้ากับสังคม อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขภายใต้พหุวัฒนธรรมได้ ซึ่งเมื่อบัณฑิตพยาบาลสำเร็จการศึกษาแล้ว 6 เดือนแล้ว ต้องได้รับการติดตามประเมินผลสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปลูกฝัง ปมเพาะในกระบวนการจัดการศึกษาตลอด 4 ปี ในการนำความรู้ และประสบการณ์จนผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ได้เรียนรู้จากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตสามารถนำไปปรับใช้กับบริบทการใช้สมรรถนะปฏิบัติงานวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nursing Midwifery Practice) ในสถานบริการสุขภาพต่อไป

สภาการพยาบาลได้กำหนดให้ผู้ที่จบการศึกษาเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามข้อบังคับของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 เรื่องสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อ

ทำให้การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นอย่างดีมีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยเดิมนั้นได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 14 สมรรถนะ ต่อมาด้วยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาการพยาบาลในการประชุมครั้งที่ 4/2552 เมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2552 สภาการพยาบาลจึงได้ประกาศสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพขึ้นใหม่ทั้งสิ้น 8 สมรรถนะ³ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย

สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ

สมรรถนะที่ 4 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ

สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย

สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ

สมรรถนะที่ 7 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ

สมรรถนะที่ 8 สมรรถนะด้านสังคม

จากมุมมองของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะของบัณฑิตสะท้อนถึงคุณภาพของการผลิตของสถาบันการศึกษาพยาบาล ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตมีความสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเสนอให้เพิ่ม

ทักษะด้านสังคม ชีวิต และการทำงาน ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม รวมทั้งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และความสามารถให้บริการด้านพยาบาล แก่ ชุมชน สังคม และประเทศชาติ⁴ ผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังสูง 3 อันดับแรก คือ จรรยาบรรณต่อวิชาชีพ การจัดการสุขภาพในชุมชน และการรักษาเบื้องต้น⁵ ผู้ใช้บัณฑิตระดับปริญญาตรีมีความต้องการโดยรวมในระดับปานกลางด้านคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้วิจัยเสนอแนะให้จัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเพื่อให้บัณฑิตปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับมากในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านวิชาการ/ปฏิบัติงานทางวิชาชีพ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านความสามารถในการสื่อสาร ด้านคุณลักษณะการเป็นผู้นำและด้านบุคลิกภาพ รวมทั้งเสนอแนะให้พัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสุขภาพ ตลอดจนสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้หลักตรรกะคณิตศาสตร์สถิติ รวมทั้งสามารถสะท้อนกระบวนการคิดของตนเองเมื่อพบกับสิ่งท้าทายใหม่ ๆ และสามารถพัฒนาแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์⁶ ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อความสามารถของบัณฑิตพยาบาลพบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพของบัณฑิตอยู่ในระดับมาก และสมรรถนะการตรงต่อเวลามี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด และการใช้ภาษาอังกฤษในการทำงานมีคะแนนน้อยที่สุด ได้เสนอแนะว่า ควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอนการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้บัณฑิตมีสมรรถนะทุกด้านมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริหารจัดการ การใช้ภาษาอังกฤษและการวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้น⁷ งานวิจัยอื่น ๆ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในระดับดี คือ พฤติกรรมการบริการสุขภาพ ส่วนด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือความรู้ รองลงมาคือด้านทักษะทางปัญญาและเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะทางปัญญา⁸ บัณฑิตพยาบาลมีความพึงพอใจในเพื่อนร่วมงานมากที่สุด⁹ นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจสูงสุด พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีระดับความพึงพอใจด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ความสามารถพื้นฐานที่ส่งผลต่อการทำงานและด้านความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด¹⁰

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการประเมินทั้ง 2 ทาง คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 8 ด้านของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 1 ที่เป็นรุ่นแรกของการผลิตนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต และการประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาล แล้วนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมิน ผลที่ได้คาดว่าจะทำให้

เกิดการนำไปพัฒนาการผลิตนักศึกษาพยาบาลรุ่นต่อไปให้เกิดประสิทธิภาพตรงตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต

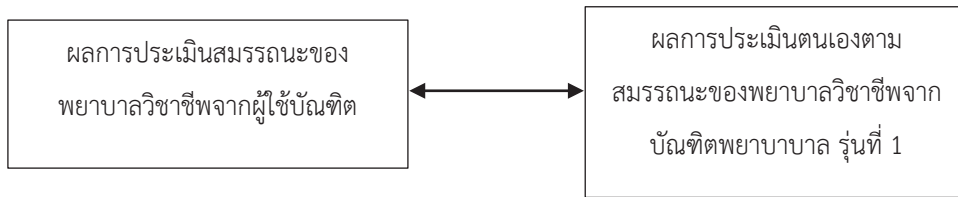
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อสำรวจสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ตามการรับรู้ของบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต

2) เพื่อหาความสัมพันธ์ของคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต กับการรับรู้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต

กรอบแนวคิด

เนื้อหาแนวทางการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ทั้ง 8 ด้าน ของสภาการพยาบาลสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีของเบนจามิน บลูม¹¹ เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ เนื่องจากองค์ประกอบผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรคุณวุฒิการอุดมศึกษา สาขาการพยาบาลศาสตร์ มาจากการศึกษาวิจัยการใช้แนวคิดของทฤษฎีดังกล่าวในการกำหนดมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้เพื่อให้ได้คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงของสังคม และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์รายด้านระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ จึงใช้ทฤษฎีดังกล่าวเป็นแนวทางการวิจัยครั้งนี้



ภาพ 1 กรอบการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ

สำรวจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ

ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตพยาบาลและ ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 25 คู่ข้อมูล ที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งคู่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple sampling) เป็นกลุ่มบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2560 และมีการทำงานในสถานพยาบาล และหัวหน้างาน (ผู้บังคับบัญชาสายตรง) ยินดีให้ข้อมูลโดยทั้งคู่ยินยอมและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบประเมิน (Questionnaire) เป็นเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลโดย โดยเครื่องมือ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะข้อ 1-7 สร้างโดยชลธิชา โภชนกิจ¹² ส่วนสมรรถนะที่ 8 คณะผู้วิจัยสร้างตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของสภาการ

พยาบาลและเอกลักษณ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

แบบประเมิน สำหรับผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต รุ่นที่ 1 เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกัน ที่มีข้อคำถามประเด็นเดียวกัน เป็นแบบประเมิน แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตพยาบาล/ผู้ใช้บัณฑิต

ส่วนที่ 2 การประเมินสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2560 มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด รวมทั้งหมด 8 ด้าน จำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วย

1. สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย
2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ

4. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ
5. สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย
6. สมรรถนะ ด้านการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพ
7. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ
8. สมรรถนะด้านสังคม

ทั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบค่าความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ซึ่งควรได้ผลมากกว่าหรือเท่ากับ .5 ทุกข้อ¹³ คำถาม และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .968 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง .803 - .960

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สำหรับแสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับคะแนนความพึงพอใจต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต และการรับรู้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล ใช้การแปลผลค่าเฉลี่ย¹⁴ ดังนี้

ช่วงค่าเฉลี่ย	การแปลผล
1.00 – 1.50	ระดับน้อยที่สุด
1.51 – 2.50	ระดับน้อย
2.51 – 3.50	ระดับปานกลาง
3.51 – 4.50	ระดับมาก
4.51 – 5.00	ระดับมากที่สุด

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ใช้การแปลผล¹⁵ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การแปลผล
0.00-0.20	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
0.21-0.50	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.51-0.80	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.81-1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารุ่นนี้คณะผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบให้ศึกษาวิจัยจากกรรมการการจรรยาบรรณในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต หมายเลขเอกสาร 016/2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การส่งแบบสำรวจไปยังบัณฑิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 ซึ่งสำเร็จการศึกษา เมื่อปีการศึกษา 2560 ทั้งหมด 40 คนเป็นหลัก และนำส่งถึงหัวหน้าผู้บังคับบัญชาโดยตรง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้า/ ผู้ช่วยหอผู้ป่วย พยาบาลอาวุโส ปฏิบัติการ และบัณฑิตพยาบาล โดยให้เขียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล แล้วทำการแจกแบบประเมินไปยังหน่วยงานที่บัณฑิตทำงานทั้งหมด

2. ตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิต พยาบาลตอบแบบสอบถามและส่งกลับมาให้ผู้วิจัย

โดยจำนวนผู้ส่งกลับคืนที่สามารถจับคู่กับระหว่างผู้ใช้บัณฑิต และบัณฑิตทำงาน แล้วมีการตอบคำถามที่สมบูรณ์ รวมทั้งสิ้น 25 คู่ ข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 62.50 ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป จึงพิจารณาเฉพาะ 25 คู่ ข้อมูลที่สมบูรณ์นี้แล้วเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 ซึ่งสำเร็จการศึกษา เมื่อปีการศึกษา 2560 จำนวน 25 คน มีรายละเอียดดังนี้ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นมาแล้วน้อยกว่า 6 เดือน 5 คน (20%) ประมาณ 6-7 เดือน 7 คน (28%) และมากกว่า 7 เดือน 13 คน (52%) เมื่อพิจารณาสถานที่ปฏิบัติงานพบว่า มี 4 คน (16%) ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป หรือโรงพยาบาลของรัฐระดับเดียวกัน ส่วนอีก 4 คน (16%) ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลของรัฐระดับเดียวกัน และส่วนใหญ่ 17 คน (68%) ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน และลักษณะการจ้างงาน ของบัณฑิตเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 25 คน (100%)

2. ข้อมูลของผู้ใช้บัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 ซึ่งสำเร็จการศึกษา เมื่อ

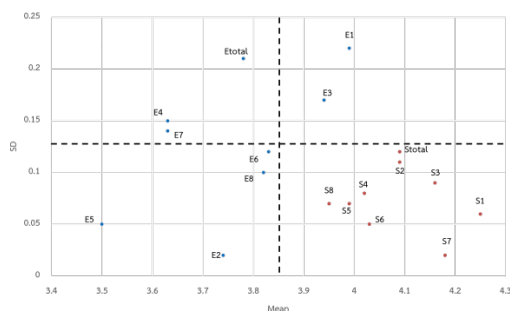
ปีการศึกษา 2560 จำนวน 25 ชุด เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 23-63 ปี โดยเฉลี่ย 43 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 22 คน (88%) ปริญญาโท จำนวน 3 คน (12%) เมื่อพิจารณาแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่าดูแลทุกแผนก จำนวน 11 คน (44%) งานพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 3 คน (14%) งานบริการกุมารเวชกรรม จำนวน 1 คน (4%) งานอายุรกรรม จำนวน 2 คน (8%) งานพยาบาลสูติกรรม จำนวน 3 คน (12%) งานศัลยกรรม จำนวน 5 คน (20%)

3. การรับรู้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล รวมทุกด้าน (8 สมรรถนะ) อยู่ในระดับสูง โดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 4.09, SD = 0.12 โดยในด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.25, SD = 0.06) และด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.95, SD = 0.07)

4. คะแนนความพึงพอใจต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, SD = 0.21) โดยในด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.99, SD = 0.22) และด้านวิชาการ และวิจัยเป็นเพียงด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean=3.50, SD=0.05)

Table 1 Mean SD and level of employer's satisfaction and self-Perception of competency in each competency.

Competency	Employer's Satisfaction (N = 25)			Self-Perception of Competency (N= 25)		
	Mean	SD	Level	Mean	SD	Level
1. Ethics, code of conduct, and law	3.99 (Max.)	0.22	High	4.25 (Max.)	0.06	High
2. Nursing and midwifery practice	3.74	0.02	High	4.09	0.11	High
3. Professional features	3.94	0.17	High	4.16	0.09	High
4. Leadership, management and quality control	3.63	0.15	High	4.02	0.08	High
5. academic and research	3.50 (Min.)	0.05	Mediu m	3.99	0.07	High
6. Communication and relationship	3.83	0.12	High	4.03	0.05	High
7. Information technology	3.63	0.14	High	4.18	0.02	High
8. Social	3.82	0.10	High	3.95 (Min.)	0.07	High
total	3.78	0.21	High	4.09	0.12	High



Graph 1 Relation between Mean and SD of Employer's Satisfaction and Self-Perception

ผลการจัดกระทำข้อมูลดังกราฟ 1 แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการแสดงความ คิดเห็นของ 2 กลุ่ม คือ ผู้ใช้บัณฑิต (E) และ บัณฑิตพยาบาล (S) ในแต่ละสมรรถนะ (ตัวเลข) ซึ่งแสดงสัญลักษณ์บนกราฟ เช่น S1 หมายถึง คะแนน ประเมิน ของบัณฑิตพยาบาลใน สมรรถนะที่ 1 เป็นต้น การกระจายของคะแนน ประเมินตนเองของบัณฑิตพยาบาลในทุก สมรรถนะ พบว่า มีการประเมินให้คะแนนตนเอง สูงกว่าผู้ใช้บัณฑิตในทุกสมรรถนะ โดยแนวโน้ม การประเมินของบัณฑิตพยาบาลให้คะแนน ตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาการประเมินจาก ผู้ใช้บัณฑิตมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับ สมรรถนะแต่ละชนิด ซึ่งสมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านวิชาการ และการวิจัย สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการ สื่อสารและสัมพันธ์ภาพ และสมรรถนะที่ 8 สมรรถนะด้านสังคม เป็นกลุ่มที่ผู้ใช้บัณฑิตเห็น

สอดคล้องกันเนื่องจากมีการกระจายของการให้ คะแนนต่ำ แต่ค่าคะแนนของกลุ่มดังกล่าวมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่น้อยกว่าที่บัณฑิตพยาบาล ประเมิน

5. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ราย ด้านของการรับรู้ของบัณฑิตต่อสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต กับความพึงพอใจ ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของผู้ใช้บัณฑิต โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับ ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $\alpha = 0.05$ เพียง ด้านเดียว โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) คือ .405 แสดงว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต สัมพันธ์ กับการรับรู้ของบัณฑิตต่อสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพของบัณฑิตในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ในสมรรถนะ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ด้านเดียวกัน

Table 2 The Relationship of Employer's Satisfaction and Self-Perception on Professional Competencies. (N=25 dual-set)

Employer's Satisfaction	Self-Perception of Competency								
	1	2	3	4	5	6	7	8	total
Competency 1 Ethics, code of conduct, and law	.405*	.247	.388	.344	.386	.220	.225	.357	.358
Competency 2 Nursing and midwifery practice	.310	.116	.266	.189	.233	.077	.139	.226	.221
Competency 3 Professional features	.211	.046	.202	.134	.151	.021	.025	.137	.142

Employer's Satisfaction	Self-Perception of Competency								
	1	2	3	4	5	6	7	8	total
Competency 4 Leadership, management and quality control	.201	.067	.250	.145	.164	.054	.044	.204	.168
Competency 5 academic and research	.245	.125	.255	.100	.139	.076	.131	.286	.184
Competency 6 Communication and relationship	.235	.138	.256	.110	.120	.073	.129	.288	.184
Competency 7 Information technology	.213	.179	.292	.174	.187	.134	.149	.318	.225
Competency 8 Social	.111	.134	.220	.124	.135	.116	.096	.238	.161
Competency total	.277	.142	.301	.195	.222	.106	.122	.279	.233

* Significant in level 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ตามการรับรู้ของบัณฑิต มีคะแนนสูงกว่า ความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตในแต่ละด้าน และรวมทุกด้าน ทั้งนี้ความพึงพอใจต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ตามการรับรู้ของบัณฑิตด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย และสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตที่ให้คะแนนด้านนี้สูงที่สุดเช่นกัน ในขณะที่ผู้ใช้บัณฑิตประเมินให้ด้านวิชาการและวิจัยเป็นเพียง

ด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ส่วนบัณฑิตพยาบาลประเมินตนเองด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เมื่อเรียงลำดับของคะแนนประเมินมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดของแต่ละกลุ่มผู้ประเมิน แต่มีเพียงสมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมายที่ประเมินเป็นลำดับแรก แสดงให้เห็นว่าบัณฑิตพยาบาลนี้มีจุดเด่นด้านคุณธรรมและจริยธรรม จากการประเมินของผู้ใช้บัณฑิตที่มีแนวโน้มของการให้คะแนนไปในทิศทางเดียวกัน คือ สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านวิชาการ และการวิจัย สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการ

สื่อสารและสัมพันธ์ภาพ และสมรรถนะที่ 8 สมรรถนะด้านสังคม เป็นสมรรถนะที่ผู้จัดการเรียนการสอนความคำนึงถึงที่ต้องเสริมเพิ่มสมรรถนะกลุ่มนี้ให้มีเพิ่มสูงขึ้น ส่วนสมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย และสมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ผู้ใช้บัณฑิตประเมินให้มีระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาทำให้สมรรถนะมีความเด่นชัดกว่าสมรรถนะอื่นๆ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $\alpha = 0.05$ แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ จริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผลการวิจัย พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2554 มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในด้านคุณธรรม จริยธรรม⁶ และสอดคล้องกับผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้บังคับบัญชา/นายจ้างต่อความสามารถบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการวิจัยพบว่าผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจต่อสมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

และการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพของบัณฑิตอยู่ในระดับมาก⁵

นอกจากนั้นผลการประเมินการรับรู้ของบัณฑิตต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ สมรรถนะที่ 8 ด้านสังคมและสมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย ตามลำดับ แต่ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย ถึงแม้ลำดับจะแตกต่างกัน แต่จะเห็นได้ว่า ผู้ประเมินทั้งสองกลุ่มมีความเห็นในทิศทางเดียวกัน ว่าบัณฑิตยังมีสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งสมรรถนะด้านนี้ ประกอบไปด้วยสองส่วนใหญ่ ๆ คือ ส่วนแรก ด้านวิชาการ อันเกี่ยวข้องกับ การแสวงหาความรู้ การสรุปประเด็นความรู้และถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับผู้ร่วมงาน ในการพัฒนา และแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงาน ส่วนที่สอง ด้านการวิจัย อันเกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย ซึ่งอาจพออธิบายได้ว่าการที่บัณฑิตยังมีสมรรถนะในส่วนแรกน้อย เนื่องจากเพิ่งเริ่มปฏิบัติงานในปีแรก อาจยังขาดความมั่นใจ ในด้านความรู้ ความชำนาญที่จะสามารถถ่ายทอด หรือแบ่งปันกับผู้อื่นได้ แต่ในส่วนที่สอง ซึ่งเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย อันเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ควรจะเป็นสมรรถนะที่บัณฑิตใหม่ ก็สามารถทำได้ หากได้รับการฝึกฝนในระหว่างที่ศึกษาในหลักสูตร

ในประเด็นนี้จึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาพัฒนาในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษารู้จักการตั้งคำถาม หรือการระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูลที่เชื่อถือได้จากหลายแหล่ง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำมาสู่คำตอบที่ใช้สำหรับการตัดสินใจ หรือการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาวิจัยของสถาบันอื่น ๆ ก็พบจุดอ่อนในด้านนี้ เช่น การเสนอแนะให้มีการบูรณาการการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้หลักตรรกะ คณิตศาสตร์และสถิติ รวมทั้งสามารถสะท้อนกระบวนการคิดของตนเอง เมื่อพบงานใหม่ที่ท้าทาย และสามารถพัฒนาแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์

สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ตามการรับรู้ของบัณฑิต ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ด้านสังคม แต่ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตนั้น อาจเนื่องจากสมรรถนะด้านนี้ มุ่งเน้นเกี่ยวกับการติดตามและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การมีส่วนร่วมในการออกความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของหน่วยงาน ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการอนุรักษ์วัฒนธรรม ค่านิยมวัฒนธรรมของชาติ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งบัณฑิตอาจประเมินว่า เป็นเรื่องที่ไกลตัว และมีศักยภาพไม่เพียงพอ

ด้านความสัมพันธ์ภายในของคะแนนการประเมินของผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิต พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแต่ละด้านมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในระดับปานกลางถึงสูง แสดงให้เห็นถึงการประเมินของบุคคลแต่ละคนมีแนวโน้มการประเมินที่สัมพันธ์กันในทุกสมรรถนะอย่างสูงทั้งผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิต แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ของบัณฑิตต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิตกับคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต มีเพียงสมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งความสัมพันธ์รายคู่โดยรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ถึงต่ำ หมายถึงการรับรู้ของบัณฑิตที่มีต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ แทบจะไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตเลย

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย อาจไม่สะท้อนความเป็นตัวแทนทางสถิติ
2. ความหลากหลายของการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลที่รับผิดชอบ ทำให้สมรรถนะที่แสดงออกหรือใช้ประจำมีความแตกต่างกัน และไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้การประเมินจึงขึ้นกับงานที่รับผิดชอบ

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

1. การสำรวจด้วยแบบสอบถามที่มาจากพื้นฐานงานวิจัย และปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของการผลิตบัณฑิตของมหาวิทยาลัย ในข้อคำถามของสมรรถนะที่ 8

2. ผู้ประเมินเป็นการประเมินจากการปฏิบัติงานจริง และมีสายงานที่เกี่ยวข้องกัน ทำให้ทราบสภาพของข้อมูลที่เป็นจริง

สรุป

คะแนนการรับรู้ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มีค่าสูงกว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ที่มีต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต ทั้งในรายด้านและในภาพรวม ซึ่งสมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย เป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุดจากการประเมินของทั้งกลุ่มผู้ใช้บัณฑิต และบัณฑิตพยาบาลประเมินตนเอง สอดคล้องกับผลการทดสอบความสัมพันธ์ของคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต และการรับรู้ของบัณฑิต ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของบัณฑิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว คือ สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย นอกจากนี้ยังมี สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพด้วย ที่ผู้ใช้บัณฑิตที่ให้คะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งนับว่าจุดเด่นของบัณฑิตพยาบาลรุ่นที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มของสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ และมีการกระจายตัวของคะแนนต่ำ คือ สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ และสมรรถนะที่ 8 สมรรถนะด้านสังคม เป็นสิ่ง

ที่ผู้จัดการเรียนการสอนควรนำไปพิจารณาปรับปรุงหลักสูตรที่เสริมสมรรถนะของกลุ่มนี้ให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันควรส่งเสริมสมรรถนะที่เป็นจุดเด่นของบัณฑิต คือ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย เพื่อให้ให้นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรเห็นความสำคัญของสมรรถนะด้านนี้ มีความภาคภูมิใจ และธำรงรักษาไว้ในรุ่นต่อ ๆ ไป

2. สถาบันควรเสริมสร้าง และพัฒนาสมรรถนะที่ยังเป็นจุดอ่อน คือด้านวิชาการและการวิจัย โดยจัดประสบการณ์การเรียนการสอน ให้นักศึกษาเป็นผู้รู้จักแสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง สามารถรวบรวมข้อมูลที่เชื่อถือได้จากหลายแหล่ง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาสู่คำตอบที่ใช้สำหรับการตัดสินใจ หรือการแก้ปัญหา โดยใช้โจทย์สถานการณ์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การทำโครงการ หรือโครงการ ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาการของนักศึกษา ในบริบทของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินสมรรถนะของบัณฑิตตามผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านของหลักสูตร และอัตลักษณ์ของบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

Reference

1. Anupunpisit V, Suwandee S, Wetcharungsri P, Sukjaroen N. Foresight of Thai Nurses in Asean Economic Community. *Journal of Police Nurse* 2016; 8(2): 119-28. (in Thai)
2. Suwandee S, Kamwachirapitak R. Strategies for Manpower Planning and Development in the Contemporary World at Kasem Bundit University. *Kasem Bundit Journal* 2018; 19(2): 1-11. (in Thai)
3. Nursing Council. National Nursing and Midwifery Development Plan 2007-2016. 2nd ed. Nonburi: Suruyod Printing; 2010.
4. Phumkokru S, Sukonthasarn A, Wongwiriyapun A, Liewtraku T, Nakhapa W. Desired Characteristics of Graduates from Faculty of Nursing, Chiang Mai University as Perceived by their Supervisors/ Employers. *Nursing Journal* 2016; 43(Suppl): 151-61. (in Thai)
5. Cheunchuchit S, Duangka S, Namvicha K, Haisirikul M, Boonmee S. Satisfied characteristics according to the expectations of graduate employers on the graduates program in community health, BuriramRajabhat University. *Nursing Public Health and Education Journal* 2016; 17(1): 80-94. (in Thai)
6. Oopkhaew A, Wongsri P, Somboon B, Pranudta S. Satisfaction of head nurses and managers toward qualifications of graduates from baccalaureate nursing program. *Nursing Science Journal of Thailand* 2015; 33(1): 77-84. (in Thai)
7. Chuengkriangkrai B, Unsanit P, Thanoruk R. Satisfaction of Administrators/Employers with Ability of Graduated Nurses from Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. *Ramathibodi Nursing Journal* 2008; 14(1): 71-85. (in Thai)
8. Choojai R. The Satisfaction of superiors towards quality of registered nurses graduated from Boromarajjonnani College of Nursing, Ratchaburi. Academic Year 2012. The 6th National and International Research Conference 2015; 2(6): 418-25. (in Thai)
9. Chaikongkiat P, Dowroj N. Current Job Placement of Graduates from the Colleges under Praboromarajchanok Institute, Academic Year 2009.

- Journal of Health Science 2014; 23(5): 907-20. (in Thai)
10. Pleankaew P, Pongjuntaradej N. Satisfaction of the Employers toward competencies for Graduate Nurses, Police Nursing College 2016; 8(1): 136-44. (in Thai)
11. Bloom BS. Evaluation to improve learning. New York: McGraw-Hill; 1981.
12. Pochanakij, C. Development of Competency Indicators for Register Nurses of Songklanagarind Hospital. [M.A. Thesis in Human and Social Development]. Songkla: Songkla University; 2017.
13. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of Content Validity for Research Instrument. Journal of Nursing and Health Sciences 2017; 11(2): 105-11. (in Thai)
14. Srisaard B, Nilkaew B. Population Reference when Estimating the Scale Tool on a Sample. Journal of Educational Measurement Mahasarakham University 1992; 3(1): 22-25. (in Thai)
15. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ ในพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียง

จุฑารัตน์ อินทพันธ์* อรวรรณ แก้วบุญชู**
เพลินพิศ บุญยมาลิก*** ชาญชุตี จรรยาสิทธิ์****

บทคัดย่อ

พนักงานกรมทางหลวงมีโอกาสสัมผัสสารเคมีหลากหลายชนิด รวมทั้งแอสฟัลต์ ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจของพนักงาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับอาการระบบทางเดินหายใจของพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียง จำนวน 102 คน รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน กับอาการระบบทางเดินหายใจ โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.6 มีอาการระบบทางเดินหายใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการโรคระบบทางเดินหายใจ คือ แผนกการทำงานที่สัมผัสสาร PAHs จากฟุ้งแอสฟัลต์ (OR=5.53, 95% CI=1.63-18.74) อายุการทำงานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป (OR=4.24, 95% CI=1.17-15.31) และมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (OR=4.42, 95% CI=1.34-14.54)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้ กรมทางหลวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพนักงานก่อสร้างถนนและซ่อมผิวทาง ควรพัฒนามาตรการในการป้องกันการสัมผัสสาร PAHs จากฟุ้งแอสฟัลต์ เพื่อป้องกันอาการระบบทางเดินหายใจ ควรจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และจัดอบรมวิธีการใช้ที่ถูกต้องให้กับพนักงานก่อสร้างถนนและซ่อมผิวทาง

คำสำคัญ: แอสฟัลต์/ อาการระบบทางเดินหายใจ/ สารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน/ พนักงานก่อสร้างถนน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอาชีวอนามัย) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: orawan.kae@mahidolo.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Respiratory Symptoms among Workers of A Highway District in Eastern Region

Jutharat Inthaphan* Orawan Kaewboonchoo**

Plernpit Boonyamalik*** Charnchudhi Chanyasanha****

Abstract

Workers of highway districts are exposed to a wide variety of chemical substances, including asphalt which may affect workers' respiratory systems. This study aimed to investigate factors related to respiratory symptoms among 102 workers of a highway district in Eastern region of Thailand. A Cross-sectional study design with self-administered questionnaire was applied to collect studied data. Multiple Logistic Regression analysis was performed to examine the relationship between personal characteristics and work factors with respiratory symptoms.

Results revealed that the prevalence of respiratory symptoms among workers of highway district in the eastern region of Thailand was 18.6%. Factors related to respiratory symptoms were work at department with PAH exposure ($OR_{adj}=5.53$, 95%CI=1.63-18.74), working more than 10 years ($OR_{adj}= 4.24$, 95% CI=1.17-15.31) and comorbidity with diabetes and hypertension ($OR_{adj}=4.42$, 95% CI=1.34-14.54).

Study results suggested that department of highway and health care related agencies should take action to prevent PAH exposure to reduce risk of respiratory symptoms among road paving asphalt workers. Use of suitable personal protective equipment (PPE) should be implemented following the training of workers in the proper use of PPE.

Keywords: Asphalt/ Respiratory Symptoms/ PAH exposure/ Road Paving Worker

Article info: Received March 2, 2021; Revised April 4, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Graduate student in Master of Nursing Science (Occupational Health Nursing), Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. Email: orawan.kae@mahidol.ac.th

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

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอสฟัลต์ (Asphalt) หรือ ยางมะตอย เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการกลั่นน้ำมันปิโตรเลียมดิบ ที่นิยมนำมาใช้ในการก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง เพื่อให้พื้นผิวถนนเรียบและมีความทนทาน แอสฟัลต์ประกอบด้วยส่วนผสมของสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) ที่สามารถระเหยออกมาได้ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนที่ใช้ความร้อน¹

แนวทางหลวงมีหน้าที่ซ่อมบำรุงผิวถนน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการชำรุดมากขึ้นจนถึงขั้นโครงสร้างของถนน ซึ่งการซ่อมแซมต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากและเสียค่าใช้จ่ายสูง และที่สำคัญการชำรุดของผิวถนนยังเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้ใช้รถใช้ถนนด้วย การซ่อมผิวทาง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1) ขุดพื้นถนนเพื่อรื้อวัสดุที่เสียหายออก 2) บดพื้นถนนภายหลังการรื้อวัสดุให้แน่น 3) นำวัสดุผสมใหม่ใส่บนพื้นถนนเดิมที่อัดแน่นให้เต็มพื้นที่ที่ต้องการซ่อม 4) ทำการบดอัดวัสดุผสมใหม่ให้แน่นที่ละชั้นจนเสร็จเรียบร้อย 5) ทำความสะอาดผิวถนน 6) เคลือบผิวถนนด้วยแอสฟัลต์ 7) ปิดทับผิวถนนด้วยหินฝุ่น 8) ทำความสะอาดผิวถนนอีกครั้ง และ 9) ทำการตีเส้นจราจรให้ได้มาตรฐาน เมื่อพิจารณาจากขั้นตอนการทำงานดังกล่าว จะเห็นได้ว่าพนักงานซ่อมผิวถนนมีโอกาสสัมผัสสิ่งก่ออันตรายได้ในทุกขั้นตอนของการทำงาน และมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากสาร PAHs ที่ผสมอยู่ในแอสฟัลต์ จากการศึกษา

ที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า พนักงานก่อสร้างถนนที่ใช้แอสฟัลต์มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีอัตราชุกอาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจสูงกว่าคนทั่วไปและพบว่า มีสมรรถภาพปอดลดลง^{2,3}

PAHs พบมากในฟุ้งหรือไอระเหยของแอสฟัลต์ ทั้งในรูปของอนุภาค และก๊าซ การสัมผัส PAHs ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ ผิวหนังอักเสบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการระคายเคือง มีอาการไอ หายใจลำบาก และเมื่อสัมผัสเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิด มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำลาย และมะเร็งต่อมลูกหมากได้^{4,5} ดังนั้น การประเมินคัดกรองอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานทำถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น แต่การศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัดมาก

ช่องทางที่สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้มากที่สุด คือทางการหายใจ เมื่อสารเคมีผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ สารเคมีบางชนิดจะถูกละลายเป็นของเหลวแล้วถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต แต่มีสารเคมีบางชนิด เช่น PAHs ไม่สามารถละลายเป็นของเหลวและถูกดูดซึมได้ และยังคงตกค้างอยู่ในปอด เนื่องจากมนุษย์เราต้องหายใจตลอดเวลา พื้นที่ผิวของระบบทางเดินหายใจของมนุษย์จึงมีขนาดกว้างใหญ่เช่นกัน โดยเฉพาะที่ปอดมีพื้นที่ผิวมากถึง 90-100 ตารางเมตร ทำให้อัตราการรับและดูดซึมสารเคมีที่ปอดสูงมาก เนื่องจากระบบทางเดินหายใจเป็นทางต้นและสิ้นสุดที่ปอด จึงไม่สามารถขบสารเคมีที่

ไม่ละลายและตกค้างอยู่ที่ปอดออกได้ ทำให้สารเคมียังคงตกค้างอยู่ภายในปอด และเกิดการระคายเคือง ร่างกายมีกลไก การขับสารเคมีที่ตกค้างอยู่ในปอดให้ออกมา ทำได้โดยการไอเท่านั้น ซึ่งมีผลน้อยมาก จึงทำให้สาร PAHs ส่วนใหญ่ยังคงตกค้างอยู่ในปอดและก่อให้เกิดอันตรายต่อคนทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอุปกรณ์ป้องกันให้กับพนักงานพร้อมทั้งจัดการอบรมให้พนักงานเกิดความตระหนักและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้องเหมาะสมกับลักษณะงาน และใช้อย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับการสัมผัส PAHs เข้าสู่ร่างกาย ทั้งทางการสูดดมและทางผิวหนัง แตกต่างกันไปตามลักษณะงานและภารกิจปฏิบัติงาน ที่มีระยะห่างระหว่างแหล่งกำเนิดของแอสฟัลต์ฟุ้งกับผู้รับสัมผัสแตกต่างกัน เช่น ระดับการสัมผัส PAHs ในกลุ่มพนักงานซ่อมถนนหรือซ่อมผิวทาง สูงกว่าพนักงานตักลูกกลิ้ง 12 เท่า ในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พนักงานก่อสร้างถนนหรือซ่อมผิว และ 2) พนักงานที่ปฏิบัติงานหน้าที่อื่นในแนวทางหลวงเดียวกัน ซึ่งระดับการสัมผัส PAHs ของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัย มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ จึงเห็น

ความสำคัญของปัญหา และสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแนวทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษานี้ใช้แนวคิดอาชีวอนามัย ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหรืออาการผิดปกติจากการทำงาน ประกอบด้วยปัจจัยด้านคนทำงาน (Worker) กับปัจจัยด้านงาน (Work) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยระบบทางเดินหายใจให้กับพนักงานแนวทางหลวงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแนวทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

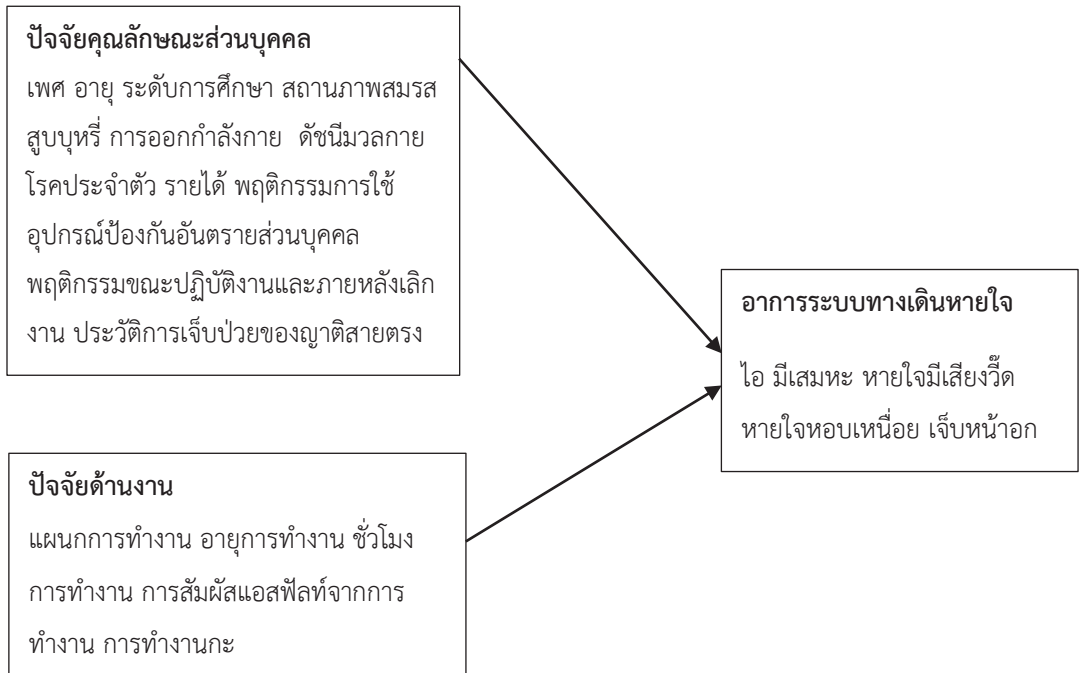
โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาความชุกของการมีอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแนวทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน ในพนักงานแนวทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงาน กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแนวทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยงานมีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนชนากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 95 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจาก การไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัยหรือขอยกเลิกกลางคัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 105 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้ง

เพศหญิงและเพศชาย และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออกคือ ขาดงาน ลางาน หรือเจ็บป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล และมีประวัติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งหรือหอบหืดก่อนเริ่มทำงานที่แขวงทางหลวง ในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในพนักงานที่ให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 105 คน ภายหลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล แล้วเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 97.1

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดลเลขที่ MUPH 2020-002

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ทางด้านวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม และทางด้านพยาบาลสาธารณสุข ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) คุณลักษณะส่วนบุคคลเท่ากับ .94 ปัจจัยด้านงานเท่ากับ .89 และอาการระบบทางเดินหายใจเท่ากับ 1.0 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล

คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พฤติกรรมขณะปฏิบัติงาน และภายหลังเลิกงาน และประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านงาน

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ แผนการทำงาน อายุการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน การสัมผัสแอสบิลท์จากการทำงาน และการทำงานกะ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการระบบ

ทางเดินหายใจ เป็นแบบสอบถามอาการระบบ

ทางเดินหายใจสำหรับผู้ใหญ่ที่ประยุกต์มาจาก ATS-DLD-78-A (American Thoracic Society Division of Lung Disease) ฉบับภาษาไทย อาการ ที่ประเมิน ได้แก่ ไอ มีเสมหะ ไอร่วมกับมีเสมหะ หายใจมีเสียง หายใจขัด และเจ็บหรือแน่นหน้าอก⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยความสะดวกทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อขอความร่วมมือและความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูล และแจ้งพนักงาน ให้ทราบถึงขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเชิญพนักงานที่ยินดีเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 10-15 นาทีต่อคน ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพนักงานแขวงทางหลวง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.4 มีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD =11.6) โดยพบว่าช่วงอายุ 50-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 31.6) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 65.6 กิโลกรัม (SD=14.1) ส่วนสูงเฉลี่ย 165.9 เซนติเมตร (SD=9.1) คิดเป็นค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD=4.8) ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,225.6 บาท (SD=1,314.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 33.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 34.3) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.5) นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่เป็นส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีญาติสายตรงป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหอบหืด ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกาย เป็นประจำเพียงร้อยละ 25.5 และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 48.0) ขณะปฏิบัติงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.8 ดื่มน้ำหรือ

รับประทานอาหาร และร้อยละ 43.0 สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ล้างมือทุกครั้งภายหลังเลิกปฏิบัติงาน (ร้อยละ 84) มากกว่าร้อยละ 60 สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน โดยที่สวมหมวกมากที่สุด (ร้อยละ 83.0) แต่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่สวมใส่นั้นไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน

2. ข้อมูลปัจจัยด้านงาน

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานประจำที่แขวงทางหลวง โดยมีลักษณะงานแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแผนการทำงาน แบ่งเป็นงานก่อสร้างถนนและซ่อมผิวทาง (ร้อยละ 40.2) กับงานภูมิทัศน์ ป้ายจราจร และซ่อมบำรุง (ร้อยละ 48.0) และงานสำนักงาน (ร้อยละ 11.8) มีอายุการทำงานเฉลี่ย 7.8 ปี (SD=7.9) จำนวนวันทำงานเฉลี่ย 4.2 วันต่อสัปดาห์ (SD=1.8) และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อวัน (SD=1.9) ทำงานเฉพาะช่วงกลางวันไม่มีงานกะ สำหรับกลุ่มงานก่อสร้างถนนทำงานสัมผัสแอสฟัลท์เฉลี่ย 7.4 วันต่อเดือน (SD=6.7) และ 5.7 ชั่วโมงต่อวัน (SD=2.1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.8 เคยทำงานที่อื่นมาก่อนและ 1 ใน 3 ทำงานเกี่ยวกับการซ่อมถนนและเป็นพนักงานขับรถ

3. ข้อมูลอาการระบบทางเดินหายใจ

อาการระบบทางเดินหายใจที่ได้จากการรายงานตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอาการที่สูงที่สุดคืออาการหายใจขัดหรือเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 14.7) รองลงมาคือหายใจมีเสียงวี๊ดขณะที่อากาศเย็น (ร้อยละ 11.6) และเป็นหวัด (ร้อยละ 10.5) และเมื่อวินิจฉัยความผิดปกติตาม

เกณฑ์ของสมาคมโรคทรวงอกของสหรัฐอเมริกา แผนกโรคปอด (American Thoracic Society Division of Lung Disease) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 18.6 มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยที่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด และปอดอุดกั้น มีอัตราชุกเท่ากันคือร้อยละ 26.3 ส่วนไอและมีเสมหะเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 21.1

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงาน กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออก ด้วยสถิติไคว์แอสคว์ พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว และปัจจัยด้านงาน ได้แก่ แผนกการทำงาน และอายุการทำงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการระบบทางเดินหายใจ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Association between personal factors and work factors and respiratory symptoms. (n=102)

Variable	Respiratory symptoms		Crude OR	95%CI	p-value
	No (%)	Yes (%)			
Gender					
Male	80.2	19.8	.677	.177-2.583	.566
Female	85.7	14.3	1		
Age					
≥ 42 year	76.8	23.1	2.026	.699-5.811	.189
< 42 year	87.0	13.0			
BMI					
≥23 kg/m ²	84.0	16.0	.710	.259-1.944	.504
< 23 kg/m ²	78.8	21.2	1		
Marital status					
Single/widow	85.0	15.0	.691	.236-2.025	.499
Married	79.7	20.3	1		
Education					
Primary school and lower	82.9	17.1	.879	.298-2.591	.816
Higher than primary school	81.0	19.0	1		

Variable	Respiratory symptoms		Crude OR	95%CI	p-value
	No (%)	Yes (%)			
Exercise					
No/sometime	78.9	21.1	2.044	.544-7.680	.282
Regular	86.5	11.5	1		
Smoke					
Yes	81.6	18.4	.968	.357-2.625	.948
No/quit	81.1	18.9	1		
Work at department with PAHs exposure					
Yes	70.7	29.3	3.192	1.133-8.992	.024*
No	88.5	11.5	1		
Working year					
> 10 year	74.5	25.5	2.868	.947-8.687	.047*
≤10 year	89.4	10.6	1		
Asphalt exposure					
Yes	76.1	23.9	2.137	.672-6.802	.192
No	87.2	12.8	1		
Helmet used					
Not regular	85.7	14.3	.769	.153-3.858	.749
Regular	82.2	17.8	1		
Safety glasses used					
Not regular	90.6	9.4	.302	.079-1.161	.070
Regular	74.5	25.5	1		
Mask used					
Not regular	91.3	8.7	.442	.090-2.165	.303
Regular	82.3	17.7	1		
Glove used					
Not regular	85.7	14.3	.611	.168-2.220	.452
Regular	78.6	21.4	1		

Variable	Respiratory symptoms		Crude OR	95%CI	p-value
	No (%)	Yes (%)			
Apron used					
Not regular	85.7	14.3	.729	.197-2.697	.635
Regular	81.4	18.6	1		
Safety shoes used					
Not regular	83.3	16.7	.933	.233-3.738	.922
Regular	82.4	17.6	1		
Wash hands after work					
Not regular	75.0	25.0	1.667	.469-5.927	.426
Regular	83.3	16.7	1		
Smoking during work					
Yes	79.1	20.9	1.244	.456-3.391	.669
No	82.5	17.5	1		
Drink during work					
Yes	78.6	21.4	1.705	.513-5.659	.380
No	86.2	13.8	1		
Chronic disease					
Yes	59.1	40.9	4.846	1.650-14.237	.002**
No	87.5	12.5	1		

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการระบบทางเดินหายใจ ทั้งหมดมาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกพบว่า ปัจจัยแผนกการทำงาน อายุการทำงาน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจในพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า พนักงานแผนกที่ต้องทำงานสัมผัส PAHs (ก่อสร้างถนน) มีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจเป็น 5.532 เท่าของพนักงานในแผนกอื่น ได้แก่ ปรับแต่งภูมิทัศน์ ติดป้ายจราจร พนักงานขับรถ และพนักงานสำนักงาน พนักงานที่มีอายุการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจเป็น 4.236 เท่าของพนักงานที่มีอายุการ

ทำงานน้อยกว่า 10 ปี และพบว่าพนักงานที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดิน

หายใจเป็น 4.415 เท่า ของพนักงานที่ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 2)

Table 2 Adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (95%CI) for respiratory symptoms among highway district workers. (n=102)

Variables	Adjusted	95%CI		p-value
	OR	Lower	Upper	
Work at department with PAHs exposure	5.532	1.633	18.783	.006
Working > 10 year	4.236	1.172	15.312	.028
Having chronic disease	4.415	1.341	14.536	.015

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อัตราชุกอาการระบบทางเดินหายใจของพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 18.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ แผนกการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน และโรคประจำตัว

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาครั้งนี้กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอัตราชุกอาการระบบทางเดินหายใจ สูงกว่าในกลุ่มพนักงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนที่พบร้อยละ 9.8⁹ และสูงกว่าในพนักงานก่อสร้างทางหลวงและอุโมงค์ในประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 10.7)¹⁰ และในคนงานก่อสร้างทั่วไปของประเทศอินเดีย (ร้อยละ 7.4)¹¹ อาการระบบทางเดินหายใจเป็นกลไกการป้องกันของร่างกายอย่างหนึ่ง เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ การทำงานก่อสร้างมีปัจจัยเสี่ยงที่ปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจหลายอย่าง อาทิ ฝุ่น ไอระเหย และฟุ้ง

ของสารเคมี เมื่อคนงานสูดหายใจเข้าไปจะทำให้เกิดการระคายเคือง และหากเป็นการสัมผัสที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อาการที่เกิดขึ้นสามารถพัฒนาให้เกิดเป็นการเจ็บป่วยในระยะต่อมา ดังเช่น การศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยอายุการทำงานของพนักงานเท่ากับ 7.8 ปี ซึ่งสูงกว่าอายุการทำงานของพนักงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชน ที่ใช้เวลาเพียง 3 ปี⁹ จึงยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่า ในการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในปริมาณเท่า ๆ กัน แต่ผู้ที่ได้รับเป็นระยะเวลานานกว่า จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่สัมผัสระยะเวลาสั้นกว่า¹²

นอกจากนี้การเกิดอาการผิดปกติต่างๆ ยังขึ้นอยู่กับชนิดและความเข้มข้นของสารเคมีที่สัมผัสด้วย การศึกษาครั้งนี้คนงานก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทางลาดยางแอสฟัลต์ นอกจากการสัมผัสฝุ่นหิน และฝุ่นจากท่อไอเสียรถยนต์ที่วิ่งผ่านไปมาขณะปฏิบัติงานแล้ว ยังสัมผัสไอ

ระเหยและควันจากแอสฟัลต์ ซึ่งมีส่วนผสมของสาร PAHs ในแอสฟัลต์ด้วย แต่ในการก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนไม่มีปัจจัยดังกล่าว⁹ จึงทำให้อัตราสุขภาพการระบบทางเดินหายใจในพนักงานก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทางลาดยางสูงกว่า

พฤติกรรมส่วนบุคคล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่ออาการระบบทางเดินหายใจของพนักงานก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง เช่น การสูบบุหรี่ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของพนักงาน (ร้อยละ 48.0) ที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ และสูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน การสูบบุหรี่ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีการสัมผัสสาร PAHs ซึ่งส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจร่วมด้วยเช่นกัน จึงทำให้อัตราสุขภาพการระบบทางเดินหายใจในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาในพนักงานก่อสร้างระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชน⁹

สำหรับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60.0 มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายทุกครั้ง อย่างไรก็ตามจากการสังเกตอุปกรณ์ป้องกันที่พนักงานส่วนใหญ่ใช้อยู่ นั้นเป็นอุปกรณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน เป็นอุปกรณ์ที่พนักงานจัดทำมาใช้เอง เช่น หมวกผ้ากันแดด ผ้าปิดปากปิดจมูก และถุงมือผ้า เป็นต้น อุปกรณ์ดังกล่าวไม่สามารถป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งจากการสูดดมและทางผิวหนัง แตกต่างจากพนักงานก่อสร้าง

ระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชน ที่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานตามหลักอาชีวอนามัย ที่หน่วยงานจัดหาให้และสามารถเบิกจ่ายได้ตามความจำเป็น และมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพประจำสำนักงานเพื่อดูแลความปลอดภัยให้กับพนักงานตลอดเวลาการทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน⁹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับอาการระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในการศึกษาครั้งนี้ คือแผนการทำงานที่มีการสัมผัส PAHs โดยพบว่า พนักงานแผนกก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง มีโอกาสเกิดอาการระบบทางเดินหายใจสูงกว่ากลุ่มพนักงานแผนกงานอื่น 5.53 เท่า (95% CI= 1.633-18.743) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพนักงานแผนกก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง เป็นกลุ่มที่ได้สัมผัส PAHs จากฝุ่นหรือไอระเหยของแอสฟัลต์ขณะปฏิบัติงาน ในทุกขั้นตอนของการก่อสร้างถนนหรือซ่อมผิวทาง และส่งผลต่ออาการระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสัมผัสควันหรือไอระเหยของแอสฟัลต์ ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และการลดลงของสมรรถภาพปอด^{13,14,15} โดยที่การลดลงของสมรรถภาพปอดพบได้หลังจากการทำงานลาดยางแอสฟัลต์ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 วัน¹⁶

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พนักงานที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และ

เบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการระบบทางเดินหายใจสูงกว่าพนักงานที่ไม่มีโรคประจำตัว สูงเป็น 4.42 เท่า (95% CI= 1.341-14.536) แสดงให้เห็นว่าพนักงานที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ หากต้องทำงานที่สัมผัสสาร PAHs หรือแอสฟัลต์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพยากรณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁷ และการศึกษาของ Khalid และคณะ¹⁸ พบว่า โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจ โควิด-19 ของผู้ป่วยประเทศซาอุดีอาระเบีย นอกจากนี้การศึกษาในประเทศเกาหลี ยังพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า การป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหอบหืดของประชากรเกาหลี¹⁹

จุดอ่อนของการวิจัยนี้

1. เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประเมินการรับสัมผัส PAHs ทางอ้อม โดยใช้แผนกการทำงานเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ไม่ได้ประเมินการรับสัมผัสของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ทำให้ไม่มีข้อมูลระดับการสัมผัส PAHs จริง
2. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลครั้งเดียว ทำให้ไม่สามารถระบุปัจจัยสาเหตุและปัจจัยผลได้บอกได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่านั้น
3. การศึกษาค้นคว้านี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนพนักงานแขวงทางหลวงทั่วประเทศได้

เนื่องจากการศึกษาเพียงแขวงทางหลวง 1 แห่งเท่านั้น

จุดแข็งของการวิจัยนี้

การวิจัยนี้ประเมินอาการระบบทางเดินหายใจโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานที่พัฒนาโดยสมาคมโรคทรวงอกของสหรัฐอเมริกา (American Thoracic Society) ATS-DLD-78A มีความเชื่อถือได้สูง ประหยัดและไม่มีอันตราย การเก็บข้อมูลให้คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำถามเป็นรายบุคคลทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้

สรุป

พนักงานแขวงทางหลวง เป็นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า อัตราชุกอาการระบบทางเดินหายใจของพนักงานแขวงทางหลวง เท่ากับร้อยละ 18.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ แผนกการทำงานที่มีโอกาสสัมผัสสาร PAHs ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 10 ปี และมีโรคประจำตัว ดังนั้นพนักงานแขวงทางหลวงที่ต้องทำงานในแผนกที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะคนที่มีโรคประจำตัว ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสมขณะทำงาน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลพนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้ที่ประกอบ

อาชีพที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. หน่วยงานแขวงทางหลวง สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ ในกลุ่มพนักงานที่มีโรคประจำตัว หรือทำงานในแผนกที่มีการสัมผัส PAHs

2. พนักงานแขวงทางหลวงแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย สามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพของพนักงาน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบทางเดินหายใจ การป้องกันโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยง โดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จัดอบรมวิธีการใช้และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานให้แก่พนักงานอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถป้องกันสิ่งคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการประเมินการรับสัมผัส ควรใช้วิธีประเมินการรับสัมผัสสาร PAHs โดยตรง ทั้งในสิ่งแวดล้อมการทำงานและในสารแม่แบบไอท์

2. ควรมีการประเมินสมรรถภาพปอด ร่วมกับการใช้แบบสอบถามอาการระบบทางเดินหายใจ

3. ควรมีการนำผลการศึกษามาพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจให้กับคนงานก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง

4. ควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective Study) เพื่อให้ทราบผลกระทบของการสัมผัสสาร PAHs ต่อการเกิดอาการระบบทางเดินหายใจในคนงานก่อสร้างถนนและซ่อมบำรุงผิวทาง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพนักงานแขวงทางหลวงทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

1. Tang B, Isacson U. Chemical characterization of oil-based asphalt release agent and their emission. *Fuel* 2006; 85(9): 1232-41.
2. Raulf-Heimsoth M, Pesch B, Schott K, Kappler M, Preuss R, Marczynski B, et al. Irritative effects of fumes and aerosols of bitumen on the airways: results of a cross-shift study. *Archives Toxicology* 2007; 81(1): 35-44.
3. Neghab M, Zare Derisi F, Hassanzadeh J. Respiratory symptoms and lung functional impairments associated with occupational exposure to asphalt fumes. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2015; 6(2): 113-21.
4. Wang S, Bai Y, Deng Q, Chen Z, Dai J, Li X, et al. Polycyclic aromatic hydrocarbon exposure and lung function decline among coke-oven workers: A four-year follow up study. *Environmental Research* 2016; 150: 14-22. doi: 10.1016/j.envres.2016.05.025
5. Cuadras A, Rovira E, Marcé RM, Borrull F. Lung cancer risk by polycyclic aromatic hydrocarbons in a Mediterranean industrialized area. *Environmental Science and Pollution Research* 2016; 23(22): 23215-27.
6. McClean MD, Rinehart RD, Ngo L, Eisen EA, Kelsey KT, Herrick RF. Inhalation and Dermal Exposure among Asphalt Paving Workers. *Annals of Occupational Hygiene* 2004; 48(8): 663-71. doi: 10.1093/annhyg/meh062
7. Daniel WW. *Biostatistic: A foundation for analysis in the health science* (8th ed.). USA: John Wiley & Sons 1995; p.187.
8. Dougreuthai B. Effect of Respirable Particulates on lung function among traffic policemen in Bangkok. [Thesis in Environment Science]. Bangkok: Faculty of Science. Chulalongkorn University; 1999.
9. Ruenbanthoeng S, Kalampakorn S, Jirapongsuwan A. Preventive behaviors of work related respiratory problem among railway construction workers in Bangkok. *Journal of Public Health Nursing* 2016; 30(3): 71-83. (in Thai)
10. Oliver LC, Miracle-McMahil H. Airway disease in highway and tunnel construction workers exposed to

- silica. *American Journal of Industrial Medicine* 2006; 49(12): 983-96.
11. Mariammal T, Amuthajaisheeba A, Sornaraj R. Work related respiratory symptoms and pulmonary function test observed among construction and sanitary workers of Thoothukudi. *International Journal of Pharm Tech Research* 2012; 4(3): 1266-73.
 12. Yingratanasuk T, Thetkathuek A. Factors affecting respiratory health in wood product and furniture manufacturing factory workers in eastern region. Bangkok: OS Printing House; 2008.
 13. Sylvain D, Miller A. Health Hazard Evaluation Report HETA 94-0219-2620. Boston, Massachusetts: Walsh Construction Company; 1997.
 14. WHO. Concise international chemical assessment document 59: asphalt (bitumen). Geneva: World Health Organization; 2004.
 15. Neghab M, Zare Derisi F, Hassanzadeh J. Respiratory symptoms and lung functional impairments associated with occupational exposure to asphalt fumes. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2015; 6(2): 113-21.
 16. Xu Y, Kåredal M, Nielsen J, Adlercreutz M, Bergendorf U, Strandberg B, et al. Exposure, respiratory symptoms, lung function and inflammation response of road-paving asphalt workers. *Occupational and Environmental Medicine* 2018; 75(7): 494–500.
 17. Ho TW, Huang CT, Ruan SY, Tsai YJ, Lai F, Yu CJ. Diabetes mellitus in patients with chronic obstructive pulmonary disease - The impact on mortality. *PLoS One* 2017; 12(4): e0175794. doi.org/10.1371/journal.pone.0175794.
 18. Alanazi KH, Abedi GR, Midgley CM, Alkhamis A, Alsaqer T, Almoaddi A, et al. Diabetes Mellitus, Hypertension, and Death among 32 Patients with MERS-CoV Infection, Saudi Arabia. *Emerging Infectious Diseases* 2020; 26(1): 166–8. doi: org/10.3201/eid2601.190952.
 19. Lee KH, Lee HS. Hypertension and diabetes mellitus as risk factors for asthma in Korean adults: the Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *International Health* 2020; 12(4): 246–52. doi: org/10.1093/inthealth/ihz067.

บทวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เดนโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์

จ.ปทุมธานี

บงกช โมระสกุล* พรศิริ พันธสี**

วาณี โพธิ์นคร*** ศุภชัย ตรีบำรุง****

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เดนโฮม เป็นโครงการที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนานาชาติ มีการสร้างพลังอำนาจชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เดนโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 78 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 ระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 23.08 และระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติเพียงร้อยละ 6.41 2) ค่าเฉลี่ยระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 0.36$, $SD = 0.47$) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.81$, $SD = 1.03$) 3) ความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r = 0.925$, $p < 0.01$) จากผลการศึกษานี้ทำให้ได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เดนโฮมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปวางแผนกลยุทธ์ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคแทรกซ้อน และจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้/ โรคความดันโลหิตสูง/ โรคเบาหวาน/ พฤติกรรมสุขภาพ

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก

E-mail: morasakul@yahoo.com

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

***รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก

****กรรมการชุมชนหมู่บ้านฯ ประสบการณ์ 27 ปี Health Educator in Los Angeles, California, USA.

Health Behavior regarding Hypertension and Diabetes Mellitus: A Case Study of the Legacy Community, Sananrak Municipality Office, Pathum Thani Province

Bongkoch Morasakul* Pornsiri Punthasee**

Vanee Ponakorn*** Supachai Treebumrung ****

Abstract

Hypertension and Diabetes Mellitus have increased at an alarming rate in Thailand and worldwide becoming major health problems. This survey research aimed to evaluate health behaviors related to Hypertension and Diabetes Mellitus Management. Moreover, this project complies with global health promotion and empowering individuals. The sample was convenience sampling to recruit 78 people aged 15 years or older living in the Legacy Community, Pathum Thani Province, Thailand. Data were collected using a questionnaire assessing knowledge and health behavior. Completed questionnaires by consenting participants were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation method. Results revealed that: 1) 50% of participants had normal BMI, 23.08% had normal blood pressure, but only 6.41% had normal fasting capillary blood glucose. 2) Participants' average knowledge scores were low ($\bar{x} = 0.36$, $SD = 0.47$) while average health behavior scores were intermediate ($\bar{x} = 2.81$, $SD = 1.03$). 3) Knowledge was positively and significantly correlated with health behavior regarding Hypertension and Diabetes Mellitus. ($r = 0.925$, $p < 0.01$). These results can be used to develop public health intervention strategies and programs to promote healthy lifestyles which prevent hypertension and diabetes among at-risk populations and also prevent complications among those already diagnosed.

Keywords: Knowledge/ Hypertension/ Diabetes Mellitus/ Health Behavior

Article info: Received February 19, 2021; Revised April 9, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing Science, St Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand E-mail: morasakul@yahoo.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing Science, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

*** Vice – Dean, Faculty of Nursing Science, St Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand

**** Community Committee, 27 years of Health Educator experience in Los Angeles, California, USA.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นท์โฮม เป็นชุมชนที่ผู้ประกอบการหมู่บ้านจัดสรรไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการตามโครงการที่วางไว้ จึงได้ยุติการดำเนินงานใน พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศไทย จึงทำให้เกิดพื้นที่ส่วนใหญ่ว่างเปล่ารกร้างมากกว่า 100 ไร่ และมีสิ่งก่อสร้างที่ไม่แล้วเสร็จอยู่เป็นจำนวนมาก ประกอบกับปัญหาการจราจรหนาแน่นมากในเส้นทางเข้ากรุงเทพมหานครช่วงเร่งด่วนที่ผู้คนเดินทางไปและกลับจากที่ทำงาน ทำให้คนวัยหนุ่มสาวที่ต้องการทำงานในกรุงเทพมหานครไม่สามารถเดินทางไปทำงานได้ทันเวลา จึงต้องย้ายถิ่นฐานเข้ากรุงเทพมหานครและทิ้งให้บิดา มารดาซึ่งเป็นผู้สูงอายุอยู่บ้านและดูแลกันเอง ต่อมาใน พ.ศ. 2562 ได้มีการรวมตัวของชาวบ้านและผู้พำนักในหมู่บ้าน เพื่อทำการพัฒนาและยกระดับหมู่บ้านด้านต่าง ๆ และได้ยื่นขอจัดตั้งขึ้นเป็นชุมชนโดยถูกกฎหมายตามระเบียบเทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ ว่าด้วยการจัดตั้งชุมชนและดำเนินการของคณะกรรมการชุมชนในเขตเทศบาลเมือง พ.ศ. 2562 ในปีงบประมาณ 2563 ได้รับการสนับสนุนการดำเนินการโครงการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นท์โฮม สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี โดยการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จังหวัดปทุมธานี เพื่อสืบสานตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ

ด้านงานสาธารณสุขของสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ซึ่งทรงมีพระประสงค์ให้ชาวไทยโดยเฉพาะผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาสและผู้อยู่ในชนบท มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ โดยทรงคำนึงว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คือความสำคัญอย่างยิ่งยวด ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังพระองค์ได้ทรงสืบสานงานดูแลประชาชนในการจัดตั้งโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และงานด้านสาธารณสุขดังเป็นที่ประจักษ์ในปัจจุบัน

คณะกรรมการชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นท์โฮม เห็นความสำคัญของสุขภาพพลานามัยของประชากรในชุมชน เป็นเรื่องสำคัญและเพื่อเป็นการปฏิบัติงานเพื่อชุมชนอันเป็นการแสดงออกซึ่งความจงรักภักดีอย่างเป็นทางการปฏิบัติตามรอยพระราชจริยวัตร จึงจัด “โครงการสืบสานตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ ด้านงานสาธารณสุข” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพเกี่ยวกับค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การดำเนินการจัดกิจกรรมวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน

เดอะเลกาซีการ์เด็นโฮมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและพลาณามัยที่ดีของชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม ภายใต้การสนับสนุนของเทศบาลเมืองสนั่นรักษ์

เนื่องจากโครงการสืบสานตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยเทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จังหวัดปทุมธานี เป็นโครงการที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนานาชาติ^{1,2} ภายใต้ 5 ประเด็นหลัก คือ 1. การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ (Building capacity) ได้แก่ มีการกำหนดปัจจัยสุขภาพ การเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับ ติดตาม และการประเมินผลโดยคณะกรรมการหมู่บ้านฯ 2. สร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ (Strengthening health system) ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึง และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริม 3. การสร้างความร่วมมือในหลายระดับ (Intersectoral action) ได้แก่ การประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร และให้ความสำคัญกับสุขภาพ ในกรณีนี้เป็นการประสานระหว่างเทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ คณะกรรมการหมู่บ้านฯ อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีการสนับสนุนการสร้างต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการเรียนรู้ และต่อยอดในการพัฒนากิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ 4. การสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowering) ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง

ในการตัดสินใจและวางแผน หาแนวทางแก้ปัญหา กำกับติดตาม และประเมินผล โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ 5. การสร้างความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของบุคคล (Health literacy) ได้แก่ การให้ความรู้ขั้นพื้นฐาน ใช้ทรัพยากรสร้างเครือข่าย เพื่อความยั่งยืนและสร้างการมีส่วนร่วม รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ทั่วถึง

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบในทุกประเทศ อัตราความชุกของโรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขมากมายซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขของหลาย ๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมหาศาล ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 33.9³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัย

ทำงาน โดยปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน)⁴ สำหรับความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนหมู่บ้าน เดอะเลกาซีการ์เด็นโฮมยังไม่เคยได้รับการสำรวจ ทำให้คณะกรรมการชุมชน ฯ และประชาชนในหมู่บ้าน ฯ ต้องการทราบข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพเพื่อทำให้ประชาชนดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากชุมชนนี้มีประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่มีคนวัยหนุ่มสาวอยู่ด้วยจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในชุมชนทั้งหมด

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ซึ่งมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนฯ เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างพลังอำนาจชุมชน มีการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับประชาชน⁵ โดยจัดกิจกรรมให้ประชาชนปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ด้านการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของแนวคิด PRECEDE –PROCEED MODEL มาประยุกต์ใช้⁶ ซึ่งมีแนวคิดว่า พฤติกรรมสุขภาพของคนนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมนั้นเสียก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

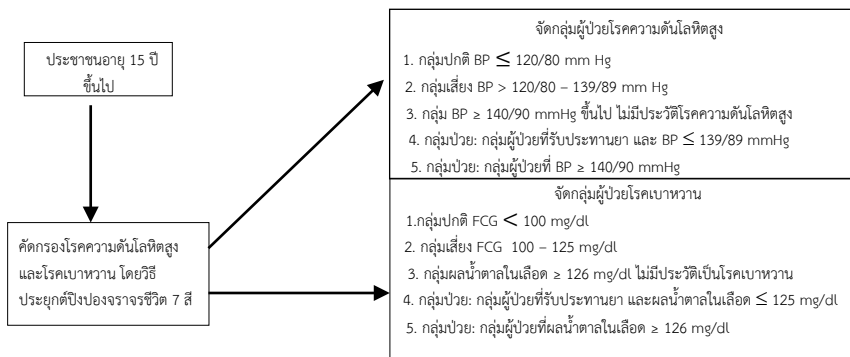
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพเกี่ยวกับค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ของประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม ที่เข้าร่วมโครงการสืบสานตามแนวทางโครงการพระราชดำริ ฯ ด้านงานสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิด

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เป็นการค้นหาลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงหลวง จังหวัดพทุมธานี โดยการประยุกต์แนวคิดของการคัดกรองโรคด้วยวิธีป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี⁷

เป็นเกณฑ์ในการจัดเป็นกลุ่มหลังจากการประเมินภาวะสุขภาพ (การใช้ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เป็นเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำมาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ทำให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูเฉพาะเจาะจงตามปัญหาของกลุ่มเสี่ยง) ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive survey research)

ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงหลวง จังหวัดพทุมธานี ในช่วงเดือนกันยายน 2563 จำนวน 92 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดโดยตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จำนวน 78 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

อุบัติเหตุ (Accidental sampling)⁸ มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ เป็นประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอดงหลวง จังหวัดพทุมธานี ในช่วงเดือนกันยายน 2563 รวมทั้งมีความสมัครใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยอายุต่ำกว่า 18 ปี เตรียมเอกสารให้เด็กและผู้ปกครองลงนามร่วมกันในการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือวิจัย เป็นคำถาม

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX) ที่วัดส่วนสูง และเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล

ส่วนที่ 2 เป็นคำถาม ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย โดยมีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก และเติมในช่องว่าง

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ⁵ มีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบของข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็น

ส่วนน้อย และไม่เคยปฏิบัติตามลำดับ สำหรับคำตอบของข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพด้านลบจะให้คะแนนกลับกัน การแปลผล แบ่งเป็น 3 เกณฑ์ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (3.68–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับไม่ดี (1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คณะผู้วิจัยสร้างโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถาม ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถ้าตอบถูก = 1 คะแนน ถ้าตอบผิดและตอบว่า ไม่ทราบ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ดี $\bar{X} = 0.8-1$ ความรู้ปานกลาง $\bar{X} = 0.6-0.7$ ความรู้ น้อย $\bar{X} < 0.6$

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต Omron วัดความดันโลหิตโดยบุคลากรทางการแพทย์ หลังจากให้ผู้ปวยนั่งพัก 5 นาที

2. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยใช้เครื่องวัดและอุปกรณ์ Accu-Chek โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เจาะเลือด

3. ที่วัดส่วนสูงและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Calibrate)

4. แบบสอบถามและแบบทดสอบได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนหมู่บ้านกรีนการ์เด้นโฮม สังกัดเทศบาลเมืองสนนรักษ์ เช่นเดียวกัน จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ KR20 เท่ากับ 0.837 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ 0.814

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกายแล้วเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสำหรับชาวเอเชียขององค์การอนามัยโลก¹⁰ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน¹¹ (Pearson's Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์หลุยส์ ใบบรรองโครงการวิจัยหมายเลข E037/2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม มีการให้ผู้เข้าร่วมโครงการลงนามว่ายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจก่อน แล้วจึงให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว และตอบแบบสอบถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลให้มีความเข้าใจตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการทำแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ

2. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว โดยใช้อุปกรณ์ตรวจประเมินร่างกายได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ซึ่งผ่านการ

ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Calibrate) จากตัวแทนจำหน่ายและก่อนใช้

2.1 วิธีการวัดความดันโลหิต เตรียมผู้เข้าร่วมวิจัยโดย ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัด 1 ชั่วโมง พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย นั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลา 5 นาที หลังพินักเพื่อไม่ต้องเกร็ง เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ พัน cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 3-5 นาที และใช้ค่ากลางเป็นค่าความดันโลหิต

2.2 วิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว แนะนำให้อดอาหารก่อนเจาะเลือด อย่างน้อย 8 ชั่วโมง ตรวจโดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดฝอยจากปลายนิ้วและตรวจโดยใช้เครื่องวัดและอุปกรณ์ Accu-Chek โดยวิธีดังนี้

2.2.1 ล้างมือให้สะอาดก่อนเจาะเลือดทุกครั้ง และสวมถุงมือ

2.2.2 เปลี่ยนอุปกรณ์เจาะเลือดชุดใหม่ต่อหน้าผู้เข้าร่วมวิจัย รายต่อราย

2.2.3 นวดคลึงปลายนิ้วที่จะทำการเจาะเลือด (นิ้วกลางหรือนิ้วนาง) เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

2.2.4 ใช้สำลีชุบ 70% alcohol เช็ดบริเวณที่จะทำการเจาะเลือด รอให้แห้ง

2.2.5 ใช้อุปกรณ์เจาะเลือด เจาะที่ด้านข้างของปลายนิ้ว

2.2.6 เช็ดเลือดหยดแรกออกก่อนด้วยสำลีแห้งและทดสอบกับเลือดหยดที่สอง

2.2.7 กดแผลด้วยสำลีแห้งจนเลือดหยุด

2.2.8 ทิ้งอุปกรณ์ลงในกล่องสำหรับทิ้งวัสดุมีคม โดยกล่องมีลักษณะแข็งแรงป้องกันการทะลุของวัสดุมีคม และซีบ่งด้วยฉลากที่มีสัญลักษณ์วัตถุติดเชื้ออันตราย

3. ดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอย่างอิสระ ในวันที่ดำเนินโครงการ ฯ

4. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วรวบรวมแบบสอบถามไปวิเคราะห์ต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 78 คน โดยมีอัตราตอบกลับ 100%

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-76 ปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) 42 คน (ร้อยละ 53.85) และสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 36 คน (ร้อยละ 46.15) เป็นเพศหญิง 47 คน (ร้อยละ 60.26) ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน 62 คน (ร้อยละ 79.49) การศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี 52 คน (ร้อยละ 66.67) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 19 คน (ร้อยละ 24.36) ประกอบอาชีพที่ใช้แรง 33 คน (ร้อยละ 42.31) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ 60 คน (ร้อยละ 76.92) มีโรคประจำตัว 50 คน (ร้อยละ 64.10) ซึ่งบางคนเป็นมากกว่า 1 โรค โรคที่เป็น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 35 คน (ร้อยละ 44.87)

ไขมันในเลือดสูง 30 คน (ร้อยละ 38.46) โรคหัวใจ 28 คน (ร้อยละ 35.90) โรคเบาหวาน 34 คน (ร้อยละ 43.59) โรคกระเพาะอาหาร 24 คน (ร้อยละ 30.77) เก๊าท์ 4 คน (ร้อยละ 5.13) หอบหืด 3 คน (ร้อยละ 3.85) ต่อมลูกหมากโต 3 คน (ร้อยละ 3.85) แหล่งความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากโทรทัศน์ 35 คน (ร้อยละ 44.87) เมื่อเจ็บป่วยซื้อยามารับประทานเอง 38 คน (ร้อยละ 48.72) ใกล้เคียงกับไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ 40 คน (ร้อยละ 51.28) ส่วนใหญ่ใช้

สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล 57 คน (ร้อยละ 73.08)

2. กลุ่มตัวอย่างจำแนกกลุ่มโดยการประยุกต์แนวคิดของการคัดกรองโรคด้วยวิธีป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ค่าดัชนีมวลกายปกติและผิดปกติเท่ากัน คือ 39 คน (ร้อยละ 50) ระดับความดันโลหิตปกติ 18 คน (ร้อยละ 23.08) กลุ่มเสี่ยง 20 คน (ร้อยละ 25.64) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติมีเพียง 5 คน (ร้อยละ 6.41) กลุ่มเสี่ยง 36 คน (ร้อยละ 46.15) (ตารางที่ 1)

Table 1 Classification of the participants based on BMI, Blood Pressure Level, and Fasting Capillary Blood Glucose. (N = 78)

	Frequency	%
Body Mass Index (BMI)		
< 18.5 kg/m ² (Underweight)	1	1.28
18.5 – 22.9 kg/m ² (Normal)	39	50.00
23.0 – 24.9 kg/m ² (Overweight)	11	14.10
25.0 – 29.9 kg/m ² (Obesity class 1)	21	26.92
≥ 30 kg/m ²	6	7.69
Blood Pressure Level		
BP ≤ 120/80 mmHg	18	23.08
BP > 120/80 – 139/89 mmHg	20	25.64
BP ≥ 140/90 mmHg without a history of Hypertension	5	6.41
Already diagnosed with hypertension, taking a prescription drug and BP ≤ 139/89 mmHg	7	8.97
Already diagnosed with Hypertension and BP ≥ 140/90 mmHg	28	35.90
Fasting Capillary Blood Glucose (FCG)		
FCG < 100 mg/dl	5	6.41

	Frequency	%
FCG 100 – 125 mg/dl	36	46.15
FCG \geq 126 mg/dl without history of DM	3	3.85
Already diagnosed with DM, taking a prescription drug and FCG \leq 125 mg/dl	12	15.38
Already diagnosed with DM and FCG \geq 126 mg/dl	22	28.21

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.13 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.87 มีความรู้อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 2)

Table 2 Level of knowledge on HT and DM of the participants. (N = 78)

Level of knowledge on HT and DM	Number	%
High level of knowledge (80% or more)	0	0
Moderate level of knowledge (60–79 %)	4	5.13
Low level of knowledge (less than 60 %)	74	94.87

ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกต้อง (\bar{x} = 0.15 และ \bar{x} = 0.21) คือ “ความดันโลหิตปกติ คือ ความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท” และ “วิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหาเบาหวาน คือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารและน้ำมาก่อนอย่างน้อย 24 ชั่วโมง” ส่วนข้อที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากตอบได้ถูกต้อง (\bar{x} = 0.50) คือ “การออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้” (ตารางที่ 3) สำหรับค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในภาพรวม \bar{x} = 0.36, SD = 0.47

Table 3 The mean of the samples that correctly answered their knowledge of HT and DM sorted in ascending order. (N = 78)

Knowledge items	\bar{x}	SD	Interpretation
1. Normal blood pressure is equal to 140/90 mm Hg.	0.15	0.36	low
2. The best way to detect DM is to check blood	0.21	0.41	low

Knowledge items	\bar{x}	SD	Interpretation
sugar levels when fasting for at least 24 hours.			
3. Frequent urination, weight loss, skin itching are early signs of DM.	0.23	0.42	low
4. Before breakfast, a normal person has a blood sugar level of 130 – 140 mg%.	0.23	0.42	low
5. Eating salty foods is a risk factor for HT.	0.24	0.43	low
6. Not receiving continued treatment causes DM patients to get kidney failure or blindness.	0.28	0.45	low
7. HT can be found only in adults and the elderly.	0.29	0.46	low
8. DM patients should explore the feet every day, especially the toe niche.	0.31	0.46	low
9. HT can be cured If medicated continuously for at least 6 months.	0.36	0.48	low
10. Vigorous exercise, such as lifting heavy objects, can help lower your blood pressure.	0.38	0.49	low
11. Being overweight does not affect the incidence of DM.	0.38	0.49	low
12. Anger has an effect on high blood pressure.	0.41	0.50	low
13. Family history of DM is a risk of developing DM.	0.42	0.50	low
14. People who drink alcoholic beverages regularly are at risk of developing DM.	0.42	0.50	low
15. People who regularly consume greasy or coconut milk-based foods are at risk of developing HT.	0.45	0.50	low
16. People who smoke large amounts of cigarettes regularly are at risk of developing HT.	0.45	0.50	low
17. The fact that parents have high blood pressure does not cause their children to develop HT.	0.47	0.50	low
18. HT is a risk factor for heart disease and kidney disease.	0.49	0.50	low

Knowledge items	\bar{x}	SD	Interpretation
19. High blood pressure and High Cholesterol are at risk of DM.	0.49	0.50	low
20. Regular Exercise (at least 3 days per week for 30 minutes a day) reduces the risk of DM.	0.50	0.50	low

4. พฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำแนกออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร (ตาราง

ที่ 4) การออกกำลังกาย (ตารางที่ 5) และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6) ยกเว้นข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คือ “ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด ปาท่องโก๋” สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม \bar{x} = 2.81, SD = 1.03

Table 4 The mean of the samples classified by eating behaviors related to HT and DM. (N = 78)

Eating behavior	\bar{x}	SD	Interpretation
Positive behaviors			
1. Eating fresh, unsweetened fruits such as guava, apple, rose apple, papaya.	3.33	0.98	moderate
2. Eating different kinds of vegetables 4-6 ladles per day such as morning glory, kale, carrot, pumpkin.	3.23	0.98	moderate
Negative behaviors			
3. Eating instant food such as instant noodles.	3.17	0.78	moderate
4. Eating one dish high in fat, such as Pork Leg Stew with Rice, Chicken Rice, Pad Thai, Fried Mussels Pancake, Fried noodles in Soy Sauce.	2.79	0.76	moderate

Eating behavior	\bar{x}	SD	Interpretation
5. Eating foods or desserts prepared with coconut milk, such as Massaman Curry, Green Curry, Hot Curry, Banana in Coconut Milk, Lod Chong Dessert Coconut Milk.	2.72	0.84	moderate
6. Eating food that is sweet, salty, and greasy.	2.90	0.97	moderate
7. Drinking sweetened beverages.	2.86	1.04	moderate
8. Drinking alcoholic beverages such as liquor, beer, wine, SPY wine cooler, wort, frozen cocktail.	2.78	1.11	moderate
9. Adding fish sauce or seasoning sauce to food before eating.	2.34	1.04	moderate
10. Eating fried food such as fried meat, fried pork, fried chicken, fried fish, fried egg, and deep-fried dough stick.	2.33	1.07	Poor

Table 5 The mean of the samples classified by exercise behavior related to HT and DM. (N = 78)

Exercise behavior	\bar{x}	SD	Interpretation
Positive behavior			
1. 5-to-10-minute warm-up before exercising or playing sports.	2.73	1.07	moderate
2. Exercising or playing sports for at least 30 minutes a day.	2.65	0.96	moderate
3. 5-to-10-minute stretching after exercising or playing sports.	2.44	1.08	moderate
4. Exercising gradually, not overdoing it.	2.49	1.04	moderate
Negative behavior			
5. Exercising immediately after eating.	3.46	1.02	moderate
6. Drinking energy drinks before or after exercising.	3.37	1.14	moderate

Table 6 The mean of the samples classified by coping behavior related to HT and DM. (N = 78)

Coping behavior	\bar{x}	SD	Interpretation
Positive behavior			
1. Managing stress properly by always being optimistic.	2.50	0.95	moderate
2. Consulting and talking with friends or family members when having problems or stress.	2.36	1.01	moderate
3. Engaging in recreational activities with a network, such as old friends and club friends.	2.45	1.41	moderate
4. Watching a movie, listening to music, or singing a song.	3.35	1.28	moderate

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r = 0.925$, $p < 0.01$) (ตารางที่ 7)

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด 4 คน มีพฤติกรรมการสุขภาพ

ระดับดี ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 1 คน (วัดความดันโลหิตได้ 102/76 มม.ปรอท, ระดับน้ำตาลในเลือด 116 มก./ดล.) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 1 คน (วัดความดันโลหิตได้ 130/78 มม.ปรอท, ระดับน้ำตาลในเลือด 104 มก./ดล.) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 2 คน (วัดความดันโลหิตได้ 130/85 และ 140/80 มม.ปรอท, ระดับน้ำตาลในเลือด 110 และ 130 มก./ดล.)

Table 7 Pearson Correlation between knowledge and health behavior regarding HT and DM. (n=78)

	Knowledge	Behavior
Knowledge	1	0.925**
Behavior	0.925**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 50 ระดับความดันโลหิตปกติร้อยละ 30.77 ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติมีเพียงร้อยละ 6.41 อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่มีการใช้ชีวิตโดยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ขยับร่างกายน้อยลง รวมทั้งการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงเกินไป ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มตามปกติเซลล์ไขมันในร่างกายจะมีการสร้างสาร Adipokines และฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อควบคุมกระบวนการ Remodeling และการทำลายตัวของเซลล์ (Apoptosis) ของเนื้อเยื่อไขมัน เมื่อมีการสะสมของไขมันในโรคอ้วนเกิดขึ้น สาร Adipokines เหล่านี้ก็จะเพิ่มมากขึ้นตาม และเนื่องจากสารนี้มีฤทธิ์กระตุ้นการอักเสบและเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด Macrophages จึงทำให้ภายในร่างกายของผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีการอักเสบในระดับต่ำ ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา สารกระตุ้นการอักเสบที่เกิดขึ้นนี้ยังมีฤทธิ์ต้านฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin resistance) เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งในระยะยาวทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่วนไขมันที่มีการสะสมหรือกระจายในหลอดเลือดก็จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากผู้ที่มีโรคอ้วนจะมีมวลกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่ออื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น และมีอัตราการใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มมากขึ้นดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้หัวใจและระบบ

ประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ทำงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งการมี cardiac output และ systemic vasoconstriction อย่างเรื้อรังเป็นเวลานานนี้มีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง^{12,13,14}

เพราะผลจากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากชุมชนนี้มีประชากรเป็นผู้สูงอายุจำนวนมากครึ่งหนึ่งของประชากรในชุมชนทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริจิตตา เทวเลิศสกุล และคณะ¹⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเทศบาลนครรังสิตมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ความจำ เกิดจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง มีผลกระทบต่อระบบความทรงจำ เกิดอาการหลงลืม และความทรงจำย้อนกลับ สามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ ตีกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนนี้อย่างต่อเนื่องโดยมีการดำเนินงานเชิงรุกให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานอยู่ในระดับ

ปานกลาง¹⁶ ยกเว้นข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คือ “รับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด ปาท่องโก๋” อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากขาดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมีค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบชาติตะวันตกเพิ่มมากขึ้น^{17,18} และจากผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี มีถึงร้อยละ 53.85 ชีวิตวัยทำงานที่ต้องเร่งรีบเนื่องจากปัญหาการจราจร อาจจำเป็นที่จะต้องเลือกรับประทานอาหารที่หาซื้อได้สะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา และมีร้านอาหารจานด่วนหรือร้านสะดวกซื้อเป็นจำนวนมาก จึงสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ตามความต้องการของตนเอง ร่วมกับในปัจจุบันยังมีห้างสรรพสินค้ามากมายที่มีบริการอาหารจานด่วนที่ให้พลังงานสูงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในภาวะเร่งรีบจึงส่งผลทำให้มีเวลาในการออกกำลังกายน้อยลง มีภาวะเครียดมากขึ้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r=0.925$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ¹⁹ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ และพฤติกรรมบริโภคอาหาร เนื่องจากความรู้มีอิทธิพลต่อทัศนคติและส่งผล

ให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม^{20,21,22} นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา ทิমানันโต²³ ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสมใจ งามวาง และคณะ²⁴ ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมออกมาตามสิ่งที่รู้ เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดที่ถูกต้องก็จะมีความสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเช่นเดียวกัน ดังนั้น ผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงดีก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่น้อยกว่า ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ศึกษานี้ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ก็อาจคาดหวังได้ว่าน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีขึ้นด้วย

จุดอ่อนงานวิจัยนี้ คือ จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย

จุดแข็งงานวิจัยนี้ คือ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน

ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้

สรุป

การศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยอาศัยกระบวนการให้ประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม และแกนนำชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วย คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ด้านการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Education & ecological assessment) ของแนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL⁶ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของคนนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมนั้นเสียก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคณะผู้วิจัยได้จำแนกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพออกเป็น ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ความรู้ด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อม (การเข้าถึงแหล่งความรู้สุขภาพ ผ่านช่องทาง/สื่อ และการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย เช่น ชื่อ/จัดหายารับประทานเอง การไปสถานีอนามัย/โรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อ

1. ในกลุ่มเสี่ยง (BP > 120/80–139/89 mm Hg และ FCG 100–125 mg/dl) ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

2. ในกลุ่มผู้ป่วยควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย ในการรักษาระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคมากขึ้น หรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยนี้เป็นกลุ่มเฉพาะชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกาซีการ์เด็นโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เท่านั้น จึงควรขยายผลให้ครอบคลุม ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรจำนวนมากขึ้น

Reference

1. Chidnayee S, Kaewcharoenta P, Wuttijurepan A, Kuariyakul A. The Competencies Development of Health Promotion Leaders at Primary Care. *Journal of Nursing and Education* 2016; 9(2): 40-54. (in Thai)
2. Aunprom-me S. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Bangkok: Tana Press & Graphic Company Limited; 2013.
3. Hfocus. Diabetes Situation in 2017 [internet]. 2019 [cited 2021 March 10]. Available from <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.
4. Choomee P. Non-communicable diseases situation [internet]. 2018 [cited 2021 March 10]. Available from http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/knowledge/17.pdf.
5. Donpradid S. The Development of a Health Promotion Model for Prevention and Control of Diabetes and Hypertension among Elderly People Who Live in Rural Community. *Journal of Health Science and Community Public Health* 2019; 2(1); 108-21. (in Thai)
6. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2019; 12(1): 38-8. (in Thai)
7. Ar-yuwat S, Poonsup A, Meethip N. Screening for Hypertension and Diabetes among Thai Teenagers and adults in Muang District of Phitsanulok Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017; 4(1): 131-46. (in Thai)
8. Jiraro P. Principles of Educational Research. 9th Chon Buri: Bundit Copy Center; 2019.
9. Bloom BS. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1(2) Los Angeles. University of California at Los Angeles; 1968.
10. Armed Forces Research Institute of Medical Sciences. Body Mass Index, BMI/A Body Shape Index (ABSI)/ Waist Circumference, WC. *AFRMS* 2019; 2(10): 1-4. (in Thai)
11. Plianbumroong D, Utaipan P. The Relationship between Basic Factors and Health Perception about Senile Cataract of Older Adults in Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and*

- Public Health 2017; 4(2): 157-71. (in Thai)
12. Silairatana S. Management of Obesity [Internet]. Bangkok: Wongkarnpat Plus Media Co; 2019 [cited 2021 Feb 17]. Available from: <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2332>
 13. Masuo K, Tuck ML, Lambert G. Hypertension and Diabetes in Obesity. *International journal of hypertension* [Internet]. 2011[cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21747982>
 14. Alcalde-Rabanal JE, Orozco-Núñez E, Espinosa-Henao OE, Arredondo-López A, Alcayde-Barranco L. The complex scenario of obesity, diabetes and hypertension in the area of influence of primary healthcare facilities in Mexico. *PLOS ONE* [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187028>
 15. Devalersakul N, Siriwarakoon W, Rodyim C. The Development of the Elderly as a Burden to Power: Case Study of Rangsit City Municipality. *Veridian E-Journal* [Internet]. 2016[cited 2021 April 9]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/61498>
 16. Poonperm R. Food Consumption Behaviors of Family in the Community of Phramongkutklo Hospital personnel's Residence. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016; 17(2); 78-88. (in Thai)
 17. Nithitantiwat P, Udomsapaya W. Food Consumption Behavior among Thai Adolescents, Impacts, and Solutions. *Journal of Phrapokkiao Nursing College* 2017; 28(1): 122-8. (in Thai)
 18. Thompson C, Ponsford R, Lewis D, Cummins S. Fast-food, everyday life and health: a qualitative study of 'chicken shops' in East London [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6059357/>
 19. Sridawruang C, Worawong C, Sriyasak A, Howharn C, Manassatchakun P. Relationships between Knowledge, Attitude, and Behavior toward Food Consumption and Physical Exercises among Rural Overweight Middle-Aged Adults. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020; 14(35): 464-82. (in Thai)

20. Tsou MT. Association of Education, Health Behaviors, Concerns, and Knowledge with Metabolic Syndrome among Urban Elderly in One Medical Center in Taiwan. *International Journal of Gerontology* 2017; 11(3): 138-43.
21. Haryani N, Subiyanto AA, Suryani N. Effect of Health Education on Health Behavior in Patients with Hypertension. *Journal of Health Promotion and Behavior* 2016; 1(1): 9-17.
22. Mbuya FE, Fredrick F, Kundi B. Knowledge of diabetes and hypertension among members of teaching staff of higher learning institutions in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* 2014; 16(2): 1-7.
23. Pongpumma L, Himananto S. Knowledge and Self Care Behavior Among Type 2 Diabetes Living in Bangsai, Maung, Chonburi, Chonburi Province. *HCU Journal* 2017; 20(40): 67-76.
24. Jangwang S, Pittayapinune T, Chutipattana N. Factors Related to Self-Care Behavior for Prevention of Diabetes Mellitus and Hypertension among Population Groups at Risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016; 3(1): 110-28.

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

ทินณรงค์ เรทนู*

มุกดา หน้อยศรี** นภาพิณญ์ จันทขัมมา***

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และ 2) พฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาจากผู้ที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนศาลา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม เป็นกลุ่มทดลอง และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ ฉลากยารูปภาพ ปฏิทินยา การส่งข้อความทางแอปพลิเคชันไลน์ การให้รางวัล การเยี่ยมบ้าน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามระบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, และ Mann-Whitney U test.

ผลการศึกษาพบว่า (1) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมความร่วมมือในการใช้ยา/ พฤติกรรมการรับประทานยา/ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้/ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

E-mail: boontip@gmail.com

*** อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Effects of Behavioral Modification Program on Medication Adherence among Uncontrolled Hypertension Patients

Nawa District, Nakhon Phanom Province

Tinnarong Rethanu^{*}

Mukda Nuysri^{**} Napaphen Jantacumma^{***}

Abstract

Medication adherence is an important health behavior in the treatment of uncontrolled hypertension. The objectives of this quasi-experimental research were to compare the effects of behavioral modification program on: 1) drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level before and after intervention in the experimental group; and 2) drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level after the intervention between the experimental group and the comparison group. Purposive sampling was used to select subjects according to inclusion criteria. The experimental group comprised of 30 patients who received hypertension treatment at the Donsala Subdistrict Health Promotion Hospital. The comparison group comprised 30 patients who received hypertension treatment at the Thareua Subdistrict Health Promotion Hospital. The study was conducted during February and March 2020. The experimental group received an eight week intervention applying the Transtheoretical Model which includes stages of change. Program activities included education, use of the model, drug label pictures, a medication calendar, a SMS by the Line phone application, awarding, and a home visit. The comparison group received usual care. Data were presented by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U test.

Findings showed: 1) After intervention, the experimental group had significantly higher scores on therapeutic drug use behaviors and medication adherence and had lower blood pressure levels than before ($p < 05$), 2) After intervention, the experimental group had significantly higher therapeutic drug use behaviors and medication adherence and lower blood pressure levels than the comparison group ($p < 05$).

Keywords: Program of Medication adherence/ Drug use behavior/ Uncontrolled Hypertension/ Transtheoretical Model

Article info: Received December 23, 2020; Revised March 2, 2021; Accepted April 30, 2021.

^{*} Master student, Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Sukkhothai Thammathirat Open University

^{**} Corresponding Author, Associate Professor, School of Nursing, Sukkhothai Thammathirat Open University

^{***} Lecturer, School of Nursing, Sukkhothai Thammathirat Open University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน¹ และมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ว่าป่วยในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,306,070 คน และปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 1,468,433 คน² การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา แต่ปัญหาหลักของการรักษาคือ การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าเป็นโรคและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจาก 3 สาเหตุ³ 1) ร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8 ล้านคน)ไม่ทราบหรือทราบว่าป่วยแต่ไม่ตระหนักในการรักษาให้ต่อเนื่อง 2) ร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8 ล้านคน) ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคแต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามรักษาอย่างถูกต้อง 3) จากปัญหาที่ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก เช่น ความไม่สะดวกในการรับบริการ ผลข้างเคียงของยา การใช้ยาหลายชนิดรวมกัน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ(ประมาณ 2.5 ล้านคน) ซึ่งจากทั้ง 3 สาเหตุนี้พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้นั้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง⁴ และยังเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญอันดับแรกที่ใช้ในการควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์แนะนำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช้ฝ้ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนค่าน้ำ การใช้ยาตามสั่ง^{6,7} จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากถึง ร้อยละ 50⁸ สาเหตุพบบ่อยคือการลืมรับประทานยา การปรับลดหรือหยุดยาเอง การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน กลัวผลข้างเคียงของยา ความเชื่อและการรับรู้ที่ผิด ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผลเสียที่จะตามมาคือ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย ไตวายและมีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้มากกว่าผู้ที่รับประทานยาตามแผนการรักษาถึง 6 เท่า⁹ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 92 แต่ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียง ร้อยละ 18¹⁰ เท่านั้น จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งมีแนวทางแก้ไข 4 ด้าน¹¹ คือ 1) ด้านภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านยาและแบบแผนการรักษา 3) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ 4) ด้านผู้ป่วย เช่น ให้ความรู้การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ จากวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย มีผู้ที่ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมความดันไม่ได้ โดยการให้ความรู้ การใช้ปฏิทินยา การใช้โทรศัพท์ติดตาม¹²

อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 121.74, 139.13 และ 144.10 ต่อแสนประชากร¹³ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ 2) ด้านประสิทธิภาพการรักษาที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จากการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁴ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ซึ่งเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมที่ประเมินได้ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรค

ความดันโลหิตสูง การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด การใช้อุปกรณ์ส่งเสริมการรับประทานยา การวัดความดันที่บ้าน (HBPM) และการให้รางวัล จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานยาและร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น^{3,11,15} รวมถึงระดับความดันโลหิตลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมมารับประทานยาและร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังใช้โปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา

1. **ขั้นเข้าใจ** เน้นชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด ดังนี้

1.1 กระตุ้นให้ตื่นตัว ให้ความรู้และความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

1.2 นำเสนอตัวแบบด้านลบ จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.3 ชั่งน้ำหนักข้อดีกับข้อเสีย ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

1.4 ประเมินระยะพฤติกรรมสูงขึ้นพร้อมปฏิบัติ ถ้าไม่เปลี่ยนให้คำปรึกษารายบุคคล

2. **ขั้นพร้อมปฏิบัติ** เน้นสร้างความมั่นใจและเพิ่มทักษะการใช้ยา

2.1 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ฝึกทักษะการอ่านฉลากยารูปภาพ การจัดยาล่วงหน้าด้วยปฏิทินยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา

2.2 นำเสนอตัวแบบด้านบวก จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

2.3 ประเมินระยะพฤติกรรมสูงขึ้นปฏิบัติ ถ้าไม่เปลี่ยนระยะให้คำปรึกษารายบุคคล

3. **ขั้นปฏิบัติ** เน้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

3.1 ประกาศอิสรภาพตนเอง ทำบันทึกสัญญาให้ความร่วมมือในการใช้ยา

3.2 การมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ อสม.วัดความดันที่บ้าน ครอบครัวช่วยเตือนรับประทานยา ตั้งกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ส่งข้อความเตือนรับประทานยา

3.3 การเสริมแรง โดยมอบรางวัลและประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบ

1. พฤติกรรมมารับประทานยา
2. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)
3. ระดับความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนศาลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม 2) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท (ประเมินจากระดับความดันโลหิตที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ครั้ง ติดต่อกัน) 3) มีอายุระหว่าง 30-65 ปี 4) ไม่มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ 5) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่คำนวณจากผลงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁶ ได้ค่าขนาดอิทธิพล effect size เท่ากับ 0.812 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .90 ที่ระดับความ

เชื่อมั่น.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงกำหนดกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบเป็นกลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนศาลา ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria) โดยการจับคู่ (Matching) เพศ อายุ (± 2 ปี) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (± 5 มม.ปรอท) กับกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ ที่ละคู่จนครบ 30 คู่ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกา และคณะ¹⁴ ออกแบบกิจกรรมตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change) และสอดคล้องตามระยะพฤติกรรม 9 กิจกรรมทำกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง มีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 กิจกรรม *รู้จักกลุ่ม รู้จักโรค* วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการกระตุ้นให้ตื่นตัว โดยให้ความรู้และความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูงและการใช้ยา ซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือนในการใช้ยา¹⁵

1.2 กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านลบ* วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดมาแล้ว ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมตัวแบบด้านลบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา¹⁷

1.3 กิจกรรม *ซังใจ* วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 โดยซังน้ำหนักข้อดีกับข้อเสีย ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา ตามหลักความสมดุลในการตัดสินใจ(Decisional balance)¹⁴

1.4 กิจกรรม *อ่านฉลาก จัดยา* วันที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 ฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ส่งเสริมการใช้ยา¹¹ ได้แก่ การอ่านฉลากยา รูปภาพ การใช้ปฏิทินกันลืมรับประทานยา แนวปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ใช้แนวคิดความสามารถตนเองของแบนดูรา¹⁸ ที่เชื่อว่าถ้ามีความสามารถจะนำเสนอผลลัพธ์ที่ต้องการได้

1.5 กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านบวก* วันที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาต่อเนื่องจนควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร่วมพูดคุยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียนรู้จากตัวแบบด้านบวก ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา¹⁷

1.6 กิจกรรม *สัญญากันนะ* สัปดาห์ที่ 2 โดยทำบันทึกสัญญากับตนเองในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาและประกาศให้คนใน

ครอบครัวทราบ เป็นการใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพตนเอง¹⁴

1.7 กิจกรรม *เพื่อนช่วยเพื่อน* สัปดาห์ที่ 2 โดยตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วยแอปพลิเคชันไลน์ส่งข้อความช่วยเหลือไม่ให้ลืมรับประทานยาละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า 30 นาที เป็นการใช้กระบวนการการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ¹⁴

1.8 กิจกรรม *บุคคลต้นแบบ* สัปดาห์ที่ 4,6,8 ประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบและมอบรางวัลให้สำหรับผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ตามพันธระสัญญา เป็นการใช้กระบวนการเสริมแรง¹⁴

1.9 กิจกรรม *อสม.เยี่ยมบ้าน* สัปดาห์ที่ 3-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30 นาที เพื่อติดตามวัดความดันที่บ้าน บันทึกการรับประทานยาและให้กำลังใจ เป็นการใช้กระบวนการการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ¹⁴

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างเองมีข้อความ 32 ข้อ ประกอบด้วยข้อความการดูแลรักษา 11 ข้อ การรับประทานยาตามเวลา 6 ข้อ การเก็บรักษา 2 ข้อ การลืมรับประทานยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมและเกิดอาการข้างเคียง 10 ข้อ ยาสมุนไพรที่ใช้ 1 ข้อ การตรวจตามนัด 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

จาก 1 คะแนน (ปฏิบัติน้อยมาก) ถึง 5 คะแนน (ปฏิบัติทุกครั้ง) การแปลผลระดับพฤติกรรมมารับประทานยาจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คือ มากที่สุด(Most) 4.50 - 5.00 คะแนน มาก (More) 3.50 - 4.49 คะแนน ปานกลาง (Moderate) 2.50 - 3.49 คะแนน น้อย (Low) 1.50 - 2.49 คะแนน น้อยที่สุด (Very low) 1.00-1.49 คะแนน

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบประเมิน Morisky Medication adherence Scale 8 - item (MMAS)¹⁹ มีข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อที่ 1-7 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการลืมรับประทานยา การลดและหยุดยาเอง ความยุ่งยากในการรับประทานยา ตอบ “ใช่” (1 คะแนน) “ไม่ใช่” (0 คะแนน) ข้อที่ 8 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกในการรับประทานยา คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-1 แปลผลจากคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (High) 8 คะแนน ปานกลาง (Moderate) 6-7.9 คะแนน ระดับต่ำ (Low) น้อยกว่า 6 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธี Content validity index ได้ค่าความตรงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนแดง จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางัว จำนวน 15 คน รวมเป็น 30 คน ที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 3/2563 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอหนองบัวและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์การเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่ผลกระทบท่อการรักษา รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม จากนั้นชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต นัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา จำนวนทั้งหมด 9 กิจกรรม 7 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 (ขึ้นชั่งใจ)

กิจกรรม **รู้จักกลุ่ม รู้จักโรค** จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนดงศาลา โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ทำ

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง ความเชื่อที่ผิด ความสำคัญ การวัดความดันที่บ้าน ด้วยสื่อเพาเวอร์พอยท์ วี ดีทัศน์ คู่มือโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เกสเซอร์ให้ความรู้ถึงประโยชน์ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา และ กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านลบ* เป็นการ กระตุ้นให้ตื่นตัวโดยการใช้ตัวแบบด้านลบที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ต้องฟอกเลือดมาเล่าถึง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและครอบครัว และให้ ตัวแบบด้านลบชวนกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือ ในการใช้ยา

วันที่ 2 (ขั้นซังใจ) กิจกรรม *ซังใจ* เป็นการประเมินตนเองด้วยหลักความสมดุลในการตัดสินใจ (Decisional balance) โดยแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ให้แต่ละกลุ่ม เขียนข้อดีและข้อเสียของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต แล้วให้ ตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่ และสรุปว่าข้อดี หรือ ข้อเสียมีน้ำหนักมากกว่ากัน เพื่อ ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้วิจัยประเมิน ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลองสู่ขั้นพร้อม ปฏิบัติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ยังไม่ก้าวผ่านไปสู่ขั้น พร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคลใน การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

วันที่ 3 (ขั้นพร้อมปฏิบัติ) กิจกรรม *อ่านฉลาก จัดยา* สร้างการรับรู้ความสามารถ ของตนเองสำหรับผู้ที่ก้าวสู่ระยะพร้อมปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสาธิตและฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ ส่งเสริมการรับประทานยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ได้แก่ การใช้ฉลากยา รูปภาพ การจัดยาช่องหน้า ด้วยปฏิทินกันลืมรับประทานยา ซึ่งจะช่วยให้กลุ่ม ทดลองรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและ สม่าเสมอ การเล่นเกมต่อภาพ เพื่อทบทวน ความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต ให้ความรู้การ เก็บรักษายาและแนวปฏิบัติเมื่อลืมรับประทาน ยา กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านบวก* โดยเชิญ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ประสบ ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ ความร่วมมือในการใช้ยา ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มาเล่า ประสบการณ์ให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถามและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง จน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และช่วย โน้มน้าวให้กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการใช้ ยา ผู้วิจัยประเมินระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงกลุ่ม ทดลองสู่ขั้นปฏิบัติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ยังไม่ก้าว ผ่านไปสู่ขั้นปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา รายบุคคลและให้คนที่ก้าวสู่ขั้นปฏิบัติช่วยพูดคุย โน้มน้าวใจ

สัปดาห์ที่ 2 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม *สัญญากันนะ* เป็นการประกาศอิสรภาพของ ตนเองโดยให้กลุ่มทดลองที่ก้าวสู่ขั้นปฏิบัติ ทำ บันทึกสัญญากับตนเองในการให้ความร่วมมือใน การใช้ยาและประกาศให้คนในครอบครัวทราบ เพื่อเป็นการบังคับตัวเองและให้ครอบครัวรับรู้ ช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและเป็น กำลังใจให้ จัดตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วย แอปพลิเคชันไลน์ สมาชิกประกอบด้วย ผู้วิจัย เกสเซอร์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล อสม. เพื่อให้เพื่อนใน กลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้จากสื่อต่าง ๆ

ทั้งที่เป็นภาพ เสียง และเป็นการช่วยเหลือกันเองสำหรับปัญหาการรับประทานยา โดยจะส่งข้อความกระตุ้นเตือนการรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง ก่อนรับประทานอาหารเช้า 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3-8 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม **อสม.เยี่ยมบ้าน** เป็นการมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็น อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-8 สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 30 นาทีเพื่อวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน บันทึกการรับประทานยา ให้กำลังใจและคำแนะนำในการแก้ไขสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4,6,8 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม **8 บุคคลต้นแบบ** เป็นการเสริมแรงในการจัดการโดยประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบ และมอบรางวัลคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาได้ตามพันธะสัญญา เป็นการตอบสนองผู้ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการส่งต่อพบแพทย์ โดยมีการนัดหมายเดือนละ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้

สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Independent t-test และ Mann Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 51.60 ปี และ 51.67 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 56.67 และ 50.00 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด คือ อินาลาพริล กับไฮโดรคลอโรธาอะไซด์ ร้อยละ 20.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มม.ปรอท ร้อยละ 66.67 เท่ากัน สำหรับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ส่วนใหญ่น้อยกว่า 90 มม.ปรอท ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ

โดยสรุปคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยา มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

Table 1 Comparing mean score of drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level before and after the intervention in the experimental group. (n=30)

Variable	Before			After			t / Z	p-value
	Mean	SD	level	Mean	SD	level		
Drug use behaviors								
Experimental group	3.00	0.279	Moderate	4.56	0.177	Most	-4.783 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	3.03	0.261	Moderate	3.02	0.253	Moderate	1.795	.083
Medication adherence								
Experimental group	4.60	1.601	Low	6.23	1.573	Moderate	-4.389 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	4.40	1.530	Low	4.45	1.543	Low	-1.564 ^d	.129
Systolic blood pressure								
Experimental group	153.83	8.230	Grade 1	141.50	7.842	Grade 1	-4.769 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	154.13	8.842	Grade 1	155.10	7.963	Grade 1	-1.321 ^e	.187
Diastolic blood pressure								
Experimental group	88.03	10.294	High	83.27	5.620	Normal	3.934 ^d	.000 ^{***}
Comparison group	89.17	12.628	High	90.07	8.000	Grade 1	-1.093 ^e	.274

หมายเหตุ: ^{***} p value < .001, ^d Paired t -test, ^e Wilcoxon Signed Ranks Test

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยา ความร่วมมือใน

การใช้ยา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.56, SD=0.177) ซึ่งมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.00, SD=0.279) และความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง (M=6.23, SD=1.573) ซึ่งมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่อยู่ในระดับต่ำ

(M=4.60, SD=1.601) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (M=141.50, SD=7.842) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ (M=153.83, SD=8.230) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (M=83.27, SD=5.620) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ (M=88.03, SD=10.294) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

Table 2 Comparing mean score of drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level between experimental and comparison group of before and after the intervention.

Variable	Experimental group (n=30)			Comparison group (n=30)			t / Z	p-value
	Mean	S.D.	level	Mean	S.D.	level		
Drug use behaviors								
Before	3.00	0.279	Moderate	3.03	0.261	Moderate	-0.474 ^c	.636
After	4.56	0.177	Most	3.02	0.253	Moderate	27.235 ^b	.000 ^{***}
Medication adherence								
Before	4.60	1.601	Low	4.40	1.530	Low	0.495 ^b	.623
After	6.23	1.573	Moderate	4.45	1.542	Low	-3.773 ^c	.000 ^{***}
Systolic blood pressure								
Before	153.83	8.230	Grade 1	154.13	8.842	Grade 1	-0.119 ^c	.906
After	141.50	7.842	Grade 1	155.10	7.963	Grade 1	-5.188 ^c	.000 ^{***}
Diastolic blood pressure								
Before	88.03	10.294	High	89.17	12.628	High	-0.381 ^b	.705
After	83.27	5.620	Normal	90.07	8.000	Grade 1	-3.495 ^c	.000

หมายเหตุ: ^{***} p value < .001, ^b Independent t-test, ^c Mann Whitney U Test

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มี

ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect

size) จากผลการวิจัย¹⁶ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่มีผู้ทำมาก่อนแล้ว มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งอายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรค เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอ นานาหัว จังหวัดนครพนม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. **พฤติกรรมมารับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยา** ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องมีการเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมที่ประเมินได้ ดังนี้ **การเปลี่ยนจากขั้นตั้งใจเป็นขั้นพร้อมปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา เช่น เมื่อไม่มีอาการผิดปกติแสดงว่าควบคุมโรคได้ดีไม่ควรรับประทานยาต่อเนื่องจะทำให้ตับ ไต เสื่อม จึงทำให้ผู้ป่วยละเว้นการรับประทานยา และเชื่อว่าค่าความดันโลหิตที่วัดได้ที่โรงพยาบาล มีความแม่นยำที่สุดโดยพยาบาล และเภสัชกรให้ข้อมูลธรรมชาติโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย ผลข้างเคียงและประโยชน์ของยาลดความดันโลหิต ความสำคัญ

การวัดความดันที่บ้าน ด้วยสื่อเพาเวอร์พ้อยท์ วิดีทัศน์ คู่มือโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดกับที่ถูกให้เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อใหม่ ได้แก่ เข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ค่าความดันขึ้นหรือลงดูจากอาการไม่ได้ต้องใช้เครื่องวัดความดันเท่านั้นถึงจะรู้ การวัดความดันที่บ้านมีความแม่นยำมากกว่าที่โรงพยาบาล และยาลดความดันโลหิตมีความปลอดภัยสามารถรับประทานต่อเนื่องยาวนานได้ ซึ่งความเชื่อและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา^{9,11} ถ้าหากผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคสูงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงเช่นเดียวกัน¹⁵ 2) การใช้ตัวแบบด้านลบที่มีภาวะแทรกซ้อน บอกเล่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค และเรียนรู้จากตัวแบบ¹⁷ ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด 3) การชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ทำให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียได้ชัดเจน จึงมีความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม **การเปลี่ยนจากขั้นพร้อมปฏิบัติเป็นขั้นปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมการรับประทานยา ได้แก่ การอ่านฉลากยารูปภาพและการจัดยา รับประทานตามวันที่โดยใช้ปฏิทินยา ทำให้มี

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงคือ มีการอ่านฉลากยา ก่อนรับประทานทุกครั้ง และมีวิธีการจัดยาเพื่อ ป้องกันการลืมนับรับประทานยา 2) การใช้ตัวแบบ ด้านบวก สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ตนเองที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา ตาม ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่ อธิบายว่าหากบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถที่ จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใด ก็จะไปสู่ ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการได้¹⁸ **กิจกรรม ในชั้นปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การทำบันทึกสัญญาการ ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการทำสัญญากับตัวเองและให้ครอบครัวรับรู้และเป็นกำลังใจ ช่วยกระตุ้นเตือนการลืมนับรับประทานยา 2) จัดตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อความช่วยเหลือไม่ให้ลืมนับรับประทานยา วันละ 1 ครั้ง รวม 49 ครั้ง มีสมาชิกร้อยละ 56.66 เนื่องจากสมาชิกไม่ได้เข้าร่วมทั้งหมด จากปัญหาความไม่พร้อมทั้งจากโทรศัพท์ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เคยใช้แอปและการส่ง ข้อความแคว้นละครั้งซึ่งน้อยกว่าจำนวนมียา ทำให้ไม่สามารถสรุปผลได้ 3) การมอบรางวัล และประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบสำหรับกลุ่ม ทดลองที่ปฏิบัติได้ตามพันธะสัญญา เป็นการ เสริมแรงที่จะช่วยกระตุ้นเตือนให้เกิดความ ร่วมมือในการใช้ยา⁷ 4) การเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อวัดระดับความดันโลหิต ตรวจสอบบันทึก การรับประทานยา สอบถามปัญหาและ อุปสรรคในการบริหารจัดการยา ช่วยให้มีการ ส่งต่อข้อมูลและการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลการเข้า ร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ รับประทานยาตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้

พฤติกรรมมารับประทานยาและความร่วมมือ ในการใช้ยาดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาทิพย์ แสนแดง¹⁶ ที่ใช้การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้อง การช่วยเตือนเกี่ยวกับการใช้ยาให้ถูกเวลา และ การติดตามเยี่ยมบ้านส่งผลให้มีพฤติกรรม การใช้ยาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิ กานต์ หวังจิ¹² ที่พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยา ใช้หลักความ เชื่อศาสนาอิสลาม การทำพันธะสัญญา การ ใช้ปฏิทินยา และ โทรศัพท์ กระตุ้นเตือน รับประทานยาส่งผลให้ความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Contreras และคณะ²⁰ ที่พบว่าหลังการ ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) ทำให้มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ดีขึ้น

2. ระดับความดันโลหิต ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระดับความดัน โลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ามีการควบคุมระดับความดัน โลหิต โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย ลดเค็ม เพิ่มการ รับประทานผักผลไม้หลากสี ธัญพืชต่าง ๆ ร่วมกับเน้นการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง จาก การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมให้ความ ร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น โดยยาที่กลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่ได้รับ ได้แก่ ยาอีนาลาพริล (Enalapril) แอมโลดิปีน (Amlodipine) โพรพานอลอล (Propranolol) และยาไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide: HCTZ) ยาแต่ละชนิดที่ได้รับจะออกฤทธิ์ดังนี้ เมื่อรับประทานยาอีนาลาพริล (Enalapril) อย่างสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติงหรือเอนไซม์เอช (ACE, Angiotensin Converting Enzyme) จากปอด ทำให้หลอดเลือดดำขยาย หัวใจฉีดเลือดได้มากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) เป็นยาในกลุ่มต้านแคลเซียม เมื่อรับประทานสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการไหลเข้าของแคลเซียมไอออนสู่กล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ ยาโพรพานอลอล (Propranolol) เมื่อรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นช้าลง บีบตัวเบาลงจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ส่วนยาไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (HCTZ) เป็นยาขับปัสสาวะโดยออกฤทธิ์ที่ไตและหลอดเลือด เมื่อรับประทานอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ปริมาตรเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง แรงบีบตัวของหัวใจจึงลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hacıhasanog และ Gozum²¹ ที่ใช้การให้ข้อมูลคำแนะนำในผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตและการติดตามที่บ้าน ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไหมมูเนะ สึงขาว²²

ที่ใช้หลัก 5A จัดการตนเองในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง การติดตามวัดความดันที่บ้านผู้ป่วย โดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อประเมินและส่งต่อข้อมูลระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถติดตามให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทันเวลา เนื่องจากการวัดความดันที่บ้าน (HBPM) จะช่วยประเมินการรักษาได้ดีกว่าค่าความดันโลหิตที่วัดที่โรงพยาบาล และมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง ทำให้ควบคุมความดันได้ดีขึ้น³

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่ใช้ศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ และขาดการติดตามวัดผลซ้ำ ทำให้ไม่แน่ใจในความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว และการประเมินผลความร่วมมือในการใช้นั้น ประเมินจากแบบสอบถามอย่างเดียว ไม่ได้ประเมินจากจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ซึ่งการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจะสะท้อนพฤติกรรมที่แท้จริงได้ดีกว่า

สรุป หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดัน

โลหิตซิสโตลิก ระดับความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในชุมชนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหลักสูตรอบรมหรือคู่มือการใส่ยาโรคเรื้อรัง การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยแก้ปัญหาการล้มรับประทานยา และนำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โดยต้องประเมินความร่วมมือในการใส่ยา มุ่งเน้นการรับบริการรับรู้ ความเชื่อเรื่องโรคเรื้อรังและยาที่ใช้รักษา พร้อมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา

2. ควรศึกษาติดตามประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มฉลาดรู้เรื่องยา ต้องกำหนดกติกากลุ่ม มีรูปแบบและความถี่ตลอดจนช่วงเวลาในการส่งข้อความกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อาภาพร เฝ้าวัฒนา ที่ได้ตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

Reference

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [cited 2018 July 30]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.
2. Division of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health. Number and Morbidity rate in 2016-2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 March 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>

3. Thai Hypertension Society, National Health Security Office. 2019 Thai Guideline on The Treatment of Hypertension: Sahamitr Printing & Publishing; 2019. p. 1-2
4. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings* 2011; 86(4): 304-14.
5. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication Adherence: a call for action. *American heart journal* 2011; 162(3): 412-24.
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England journal of medicine* 2005; 353(5): 487-97.
7. Contreras EM, Claros NM, Guillenc VG, Wichmann MF, Jose Martinez JC, Pablos JM, et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *Journal of hypertension* 2006; 24(1): 169-75.
8. Patel MX, David AS. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry* 2007; 6(9): 357-61
9. Baune BT, Aljeesh Y, Bender R. Factors of non - compliance with the therapeutic regiment among hypertensive men and women: a case - control study to investigate risk factors of stroke. *Eur J Epidemiol* 2005; 20(5): 411-9.
10. Burnier M. Medication Adherence and Persistence as the Cornerstone of Effective Antihypertensive Therapy. *American Journal of Hypertension* 2006; 19(1): 1190-6.
11. Nantaluck S. Medication non adherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences* 2012; 7(1): 1-11. (in Thai)
12. Nanthikarn W, Umaporn P, Maithai S. Effect of Behavioral Modification Program on Medical Adherence and Blood Pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension. [Thesis]. Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner Prince of Songkla University; 2015.
13. Nakhonphanom Provincial Health Office. Non-communicable disease data warehouse system, Nakhon Phanom Province [Internet]. 2017 [cited 2017 March 10] Available from: <https://www.npm.moph.go.th/home.php>

14. Arpaporn P, Surintorn K, Sunee L, Tassanee R. Health promotion and disease prevention in the community An Application of concepts and Theories to practice. MN Compu of set; 2018.
15. Yosapon L, Sakorn P, Sombat L, Yupathorn S. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2013; 30(2): 146-57.
16. Nittayathip S, Chuenjit P, Somsiri N. Effect of Drug use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province. [Thesis]. Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
17. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc; 1986.
18. Bandura A. Self – efficacy: Mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 37(2): 122-47.
19. Morisky DE, Ang A, Krousel-wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. Journal of Clinical Hypertension 2008; 10: 348-54.
20. Contreras EM, Claros NM, Guillenc VG, Wichmann MF, Jose Martinez JC, Pablos JM, et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring program on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. Journal of hypertension 2006; 24(1): 169-75.
21. Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. Journal of Clinical Nursing 2010; 20(5-6): 692-705.
22. Maimuna S. Development and Evaluation of a Self-management Support Program on Medication Adherence and Blood Pressure among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. The 8th STOU National Research Conference; 2018 November 23; Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. p. 329-45

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

ไพจิตร พุทธรอด*

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ**

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นหากดูแลไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจใช้วิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลซึ่งอาจแก้ไขสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยใช้แนวคิดซาเทียร์มาสร้างโปรแกรม การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้ามารับบริการในโรงพยาบาลและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบความเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองต้องเข้ารับการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โดยมีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่องฉันเป็นฉันได้ อย่างไร ใช้ระยะเวลา 60 - 90 นาที ครั้งที่ 2 เรื่องการเรียนรู้ปัญหา ใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองใช้ระยะเวลา 50-60 นาที ครั้งที่ 4 เรื่องต่อยอดความเปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลา 40-60 นาที สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูล Pair t-test และ Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ซาเทียร์/ ผู้สูงอายุ/ ภาวะซึมเศร้า

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

E-mail: pajit@bcnt.ac.th

** รองคณบดีฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

E-mail: kanokwan.sil@kbu.ac.th

The Effects of Satir's Model based Individual Psychotherapy Program on Depression among the Elderly

Paijit Phuttharod*

Kanokwan Silpakampises**

Abstract

Currently, the elderly are more likely to have depression. Improperly cared of this mental health problem can lead to suicide. Therefore, the researcher interested in applying the elderly individual depression program that may benefit to remediate the cause of depression. This Quasi-experimental two-group pre-posttest study aimed to investigate the effects of a program applying the concept of Satir's model based Individual psychotherapy on depression among elderly. A study sample was 40 elderly who's diagnosed with depression, was hospitalized, and voluntarily joined the program and was divided into 2 groups 20 each. The Thai Elderly Sadness Scale (TGDS) was used to collect data. The program comprised of 4 activities for 4 consecutive weeks as follows: 1) How do I become me 60 - 90 minutes, 2) Learning the problem 60 minutes, 3) the development of self-worth 50-60 minutes, and 4) reinforces the change 40-60 minutes. Pair t-test and Independent t-test statistics were used to analyze the data.

The results showed that the mean of depression scores among the elderly after participating in an individual therapy program with the Satir concept was significantly lower than before and lower than the control group (p -value < .05). Community nurses should apply this program to the Tambon Health Promoting Hospital for the elderly with depression and a comparative study should be conducted among the elderly with depression who are chronically ill.

Keywords: Satir's model/ Elderly/ Depression

Article info: Received November 7, 2020; Revised February 19, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Corresponding author, Lecturer, Department of Nursing and Psychiatry Boromarajonani College of Nursing, Trang

* Associate dean for research, faculty of nursing, Kasem Bundit University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกช่วงอายุจำนวนมากกว่า 350 ล้านคนทั่วโลก นำมาสู่ความสูญเสียและทำให้มีภาระเพิ่มขึ้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าเป็นโรคอันดับ 2 ที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year DALYs)¹ และ WHO ได้ทำนายประชาชนไทยว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังจากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสังคมซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นโรคใกล้ตัวที่รักษาให้หายขาดได้แต่หากไม่ได้รับ การรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้² ในประเทศไทยมีข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2551 พบคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พิจารณาตามเพศและอายุผู้ป่วยพบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ³ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย^{4,5}

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึม เศษ พฤติกรรมอยากเก็บตัว อยู่คนเดียว หงุดหงิด อารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย⁶ ยังมีอาการอื่นร่วม เช่น 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (Appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (Sleep disturbance) นอนหลับน้อยลงหรือนอนไม่หลับ (Insomnia) 2) ด้านพฤติกรรม (Behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชิงซ้ำ เดินซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และ 3) ด้านความคิด (Cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (Worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้⁷ ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีตนเหน้อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด⁸ โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่

มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพทางกาย ทั้งนี้คนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเพียงอาการหรือสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไป จึงคิดว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดหวังหรือการได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น ภาวะเศรษฐกิจการเงิน ความผิดหวัง การสูญเสีย ฯลฯ และจะสามารถรักษาหรือแก้ไขได้ด้วยการให้กำลังใจ แต่อย่างไรก็ตามหากไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ จะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลจนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ทางการแพทย์ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ ซีโรโทนิน นอร์เอปิเนฟริน และโดปามีน เบคอบิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ที่เกิดวิกฤตในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเองกับโลกและอนาคตของตนจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem solving theory) ของเดอซูริลลาและเนซูที่อธิบายว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหาจากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบและการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ เพราะนอกจากจะต้องบำบัดอย่างถูกวิธีแล้ว ยังอาจจะต้อง ใช้อาในการรักษาร่วมด้วย^{6,8}

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักถูกมองข้ามไปและไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยไม่ใช่ความอ่อนแอทางจิตใจ จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่ง

ทุกซี้ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องจะคงอยู่นานเป็นเดือน เรื้อรังเป็นปี และกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกี่ยวข้องกับโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไตวาย ปวดเรื้อรัง และมีการสูญเสีย (คนที่รักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก) การเผชิญกับความลำบากในชีวิต^{8,9} จึงมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เร็วแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเอง ร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนัก อาจเข้าข่ายภาวะซึมเศร้า แต่หากมีอาการมาก และกินระยะเวลาานก็สามารถพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป⁹

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทและการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมานานุ่มเน้นให้คำปรึกษาทั่วไปและไม่ได้มีการติดตามผลที่เป็นรูปแบบ ไม่ได้มีการมีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (Focused psychotherapy)¹⁰ จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) ซึ่งเวอร์จิเนียร์ เน้นที่การเชื่อมโยงกับตนเองจนสามารถสัมผัสทรัพยากรภายในและพลังชีวิตของตนเอง เรียนรู้กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจจนเกิดความตระหนักรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ระดับตัวตน เกิดการเติบโตทางจิตวิญญาณผ่านการเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง ทำให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นความเป็นไปได้และโอกาสในการเติบโตของมนุษย์ในทิศทางบวก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลกระทบที่เกิดจากรูปแบบการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามารบกวนชีวิตจนเกิดความสุขในตนเอง และมีผลให้ระบบความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นไปในทิศทางบวก¹¹ การบำบัดแนวซาตียร์ใช้เครื่องมืออยู่ 2 ตัวในการทำการบำบัด คือ แผนที่มนุษย์ คือ ภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) เอาไว้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงภายใต้ชั้นน้ำแข็งแต่ละชั้น เพื่อที่จะเติมอาหารใจให้กับตัวเองได้ เพราะถ้าเปรียบสำหรับร่างกายต้องการอาหาร 5 หมู่ จิตใจก็ต้องการอาหารใจเช่นกัน และแผนที่ครอบครัวหรือ Family Map เอาไว้ค้นหาความเป็นมาของตัวเรา ชุมทรัพย์ที่ถ่ายทอดมาจากครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่สุดที่เราเรียนรู้เกี่ยวกับตัวของเราเองและโลกภายนอกตัวเรา¹⁰ ทั้งนี้พบว่า วิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองได้ง่ายเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายคือเทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพยาบาลที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic approach) โดย

เน้นการดูแลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้บุคคลมีความผาสุกหรือมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ส่งเสริมกระบวนการหาย (Recovery process) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดหรือปรับสภาพความกดดันทางสังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่อาจมีความตึงเครียดทางจิตใจให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยนำการบำบัดทางจิตอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) มาประยุกต์ใช้ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม เปลี่ยนเลนส์ เปลี่ยนมุมมองของตนใหม่ในทางบวกมากขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืน ในการมีชีวิตรอยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาตียร์

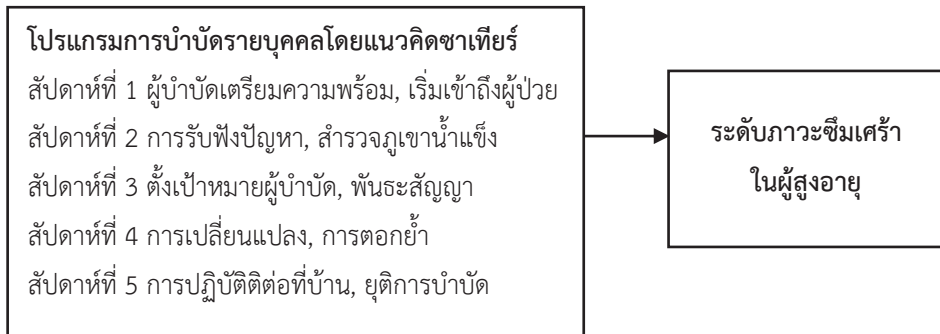
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาตียร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล โดยแนวคิดซาตียร์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและ หลังการทดลอง (Two group pre and post-test design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิด ซาเทียร์มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นซึมเศร้าที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลพะเหลียน ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จำนวน 40 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล พะเหลียน อำเภอบะเหลียน จากการเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่ม ละ 20 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ มีอายุ 50-60 ปี ไม่มีอาการทางจิต สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มี คะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้า ในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (13-29 คะแนน) ไม่ได้รับยาต้านเศร้า สื่อสารด้วย ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อ เดือน รายได้ของครอบครัว บุคคลที่ให้เงินเพื่อใช้ จ่ายเป็นประจำ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบ ด้วยตนเอง แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 ที่ผ่านมาการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้พบว่ามีความ

ความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุของไทย 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ (Satir's model) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดทางจิตรายบุคคลอิงแนวคิดซาตียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ โดยนัดพบกับผู้ป่วยทั้งหมด 10 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ โดยมีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมและเริ่มเข้าถึงผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 2 การรับฟังปัญหาและสำรวจภูเขาน้ำแข็ง สัปดาห์ที่ 3 ตั้งเป้าหมายผู้บำบัดและพันธะสัญญา สัปดาห์ที่ 4 การเปลี่ยนแปลงและการต่อยอด สัปดาห์ที่ 5 การปฏิบัติติดต่อบ้านและยุติการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และ

จิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลชั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่จริยธรรมวิจัย 23/2559 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นก่อนการทดลอง

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

2) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปลี่ยนและหัวหน้าคลินิกสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยลงสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุและคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

4) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยมีการดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแจ้งการนัดหมายผู้สูงอายุอีก 5 สัปดาห์ เพื่อทำแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัวอธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงขั้นตอนระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจัดให้เข้าร่วม

โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียนร์บำบัดทั้งหมด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้บำบัดเตรียมความพร้อม (Therapist prepared self) ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทั้งภายในตนเองและภายนอกมีความมุ่งมั่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสตัวตนภายใน “เรากับเรา” สัมผัสโลกภายในตนเอง โดยการทำให้ Safe place ของตนเองร่วมกับการทำสมาธิ ประมาณ 5 นาทีก่อนการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 เริ่มต้นเข้าถึงผู้ป่วย (Make contact) และสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Nurse-patient relationship) ใช้เวลา 2-3 นาที ในการทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย (Rapport) พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) “ก่อนที่เราจะพูดคุยถึงปัญหาของคุณ กรุณาช่วยเล่าเรื่องราวของคุณสักเล็กน้อยได้ไหมคะ” “โดยปกติอยู่บ้านคุณเรียกแทนตัวเองว่าอะไรคะ” เพื่อแสดงถึงการยอมรับ เปิดกว้าง และจริงใจ สร้างความรู้สึกเข้าถึงการร่วมมือกัน และสร้างความรู้สึกปลอดภัย ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น (Trust) ประเด็นการรักษาความลับ “คุณจะเชื่อมั่นและไว้วางใจได้อย่างไรว่า เรื่องราวของคุณจะไม่ถูกนำไปพูดต่อ แต่ถ้าคุณได้พูดระบายออกมาดิฉันเชื่อว่าเรื่องของคุณจะเป็นความลับตลอดไป”

ขั้นตอนที่ 3 การรับฟังปัญหา (Problems) และประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการค้นหาสิ่งที่รบกวนใจในการพบกันครั้งแรก อุปสรรคคือผู้ป่วยจะพูดเรื่องราวออกมามากมาย (ระบายความรู้สึก) ต้องใช้ Active listening

ร่วมกับเทคนิคการใช้สายตา (Eye to eye contact) ในการแสดงความจริงใจและรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญ เทคนิคการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การสรุปประเด็น จับตรกะ ทำความเข้าใจตัวตน

ขั้นตอนที่ 4 สำรวจภูเขาน้ำแข็ง (Explore impact) ใช้กระบวนการในการถามคำถาม (Question process) ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยมากระทบต่อภูเขาน้ำแข็งของบุคคลระดับต่าง ๆ ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเกิดความกระจ่างถึงต้นเหตุแห่งทุกข์ (Clarify) ทักษะที่ใช้คือ Process question ในการเรียนรู้กระบวนการโลกภายในของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาโดยนำแนวคิดอุปมาอุปไมยน้ำแข็งของบุคคล (Personal iceberg) และแผนภูมิครอบครัวในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาประสบการณ์และผลกระทบจากความเป็นจริงในปัจจุบัน ความเข้าใจในอดีตและภาวะการปรับตัว

ขั้นตอนที่ 5 ตั้งเป้าหมายผู้บำบัด (Set goal) เอื้อให้ผู้ผู้ป่วยได้เริ่มตั้งเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละครั้งถึงความต้องการและความหวังในการเปลี่ยนแปลง “คุณคาดหวังอะไรจากการบำบัดในครั้งนี้” หรือ “คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรในวันนี้” การตั้งเป้าหมายจะต้องเป็นแนวบวกและสามารถทำได้จริง กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคนอื่น อยากให้คนอื่นเกิดการเปลี่ยนแปลง “ลืก ๆ แล้วลองถามใจตนเองก่อนว่าใจเราเป็นยังไง” เสริม Self ว่าตนเองลืมอะไรไป มุ่งให้เกิดกระบวนการภายในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต้องการมีความสุข การดูแลตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 พันธะสัญญา (Commitment) ผู้ป่วยทั้งหมดมีความตั้งใจแน่วแน่ต่อเป้าหมาย มองหาข้อดีที่น่าชื่นชมและยอมรับนับถือในตัวของผู้ป่วย นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างน้อย 1 อย่าง และชี้ให้เห็นศักยภาพทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 การเปลี่ยนแปลง (Change) โดยการนำเทคนิคต่าง ๆ เข้ามาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ Experiential กระบวนการบำบัดได้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะมีความคับข้องใจจากพฤติกรรมการปรับตัวต่อโรคต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการมองตนเองในทางลบ มองว่าตนไม่ดีไม่มีเงิน บางคนเอาอารมณ์ความรู้สึก (Perception)

ขั้นตอนที่ 8 การตอกย้ำ (Anchoring) ทบทวนสิ่งที่ได้คุยกันในชั่วโมงการบำบัด การให้ความหวัง การสื่อสารทางบวก การเปลี่ยนแปลงทุกกระยะที่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากการพบกันครั้งที่ผ่านมา สำรวจภูเขาน้ำแข็ง อีกครั้งเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 9 การปฏิบัติต่อบ้าน (Homework) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเนื้อ หลังการบำบัดให้เกิดเจตนาที่มุ่งมั่นต่อไป การจัดการด้วยตนเอง การนำที่ปักใจไปใช้อย่างต่อเนื่อง การชื่นชมตนเอง และการมองตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 10 การยุติการบำบัด (Closure) ทบทวนการนัดหมายการบำบัด ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงยุติการบำบัด

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการบำบัดตามแนวคิดซาทียร์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 10)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติและนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

3. ชั้นหลังการทดลอง

นักกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาทียร์ภายในกลุ่มทดลอง paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50-60 ปี ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 86.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57 อาชีพทำสวน ร้อยละ 66 สถานภาพคู่ ร้อยละ 84

การวิเคราะห์ข้อมูล

Table 1 Comparison of pre-test, post-test scores of older adults' depression in the experimental group on the Satir's model based individual psychotherapy program. (n=20)

Older adults' depression scores of Experimental group	Mean	SD	level	t	p-value
Pretest	10.70	1.71	high	9.0	.00**
Posttest	4.25	1.91	low	1	

** p-value significant at < 0.01 level.

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

Table 2 Comparison of pre-test, post-test scores of older adults' depression in the experimental group and control on the Satir's model based individual psychotherapy program. (N=40)

Older adults' depression scores of Experimental and Control group	Mean	SD	level	t	p-value
Experimental Group					
Pretest	8.65	1.63	Moderate	9.01	.00**
Posttest	4.25	1.91	Low		
Control Groups					
Pretest	9.56	1.60	Moderate	8.96	.00**
Posttest	9.40	1.53	Moderate		

** p-value significant at < 0.01 level.

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ส่งผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ทั้ง 10 กิจกรรม

โดยเน้นให้ความสำคัญกับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยไม่สนใจรายละเอียดและไม่เข้าใจธรรมชาติของความเป็นคนของตนเองและการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในอดีต¹² ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางกรอบความคิดการสื่อสารของตนเองใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความมองงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิต และดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้¹³ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดซาเทียร์โมเดลที่สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติด้านลบของประชาชนในประเทศจีนที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรมทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้มากขึ้น¹⁴

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางปัญญาโดยวิธีการโปรแกรมการบำบัด

รายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ซึ่งสังเกตเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในขั้นตอนแรกนั้นส่วนใหญ่มักมีมุมมองเกี่ยวกับตัวเอง โดยมีมุมมองทางลบต่อตนเอง มองตนเองว่าเป็นภาระ มีความรู้สึกน้อยใจคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ มองความรุนแรงของโรคและกลัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยจิตสังคม เครียดจากบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น ปัญหาในครอบครัว และยังพบว่าการบำบัดรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าได้^{10,15} สอดคล้องกับการรายงานการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความงอกงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิตและดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถที่จะให้อภัยตนเองกับการกระทำที่ผิดพลาดและอดีตที่ผ่านมา และจะให้ความรักกับตนเองทุกวัน รวมทั้งระดับคะแนนความพึงพอใจในการบำบัดอยู่ในระดับมาก

การนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถสื่อสารภายในสอดคล้องกลมกลืนกัน (ตามฝั่งภูเขาน้ำแข็ง) มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาเกิดความเข้าใจตนเอง และกระจ่างถึงสาเหตุความทุกข์หรือภาวะซึมเศร้าของตนเอง รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีทางเลือกในตนเองได้ (Better choice maker)

มองเห็นเป้าหมายใหม่ในชีวิต เกิดการเติบโตตามพฤติกรรม^{9,15} โดยมีผู้วิจัยช่วยสรุปและเสริมประเด็นสำคัญให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงมุมที่ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก ความคิด ความต้องการ และความปรารถนาที่แท้จริง อีกครั้งเพื่อให้เข้าใจตนเองชัดเจนมากขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้เหมาะสมตามบริบทมากขึ้น โดยซาเทียร์เชื่อว่าทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงภายในได้ สามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ จะช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมและนำไปสู่การจัดการกับปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาค่อย ๆ ลดลง และนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

จุดอ่อนงานวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดตรัง ซึ่งอาจจะมึบริบท การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจทำให้เกิดความจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการวิจัยทำในระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น จึงไม่มีการติดตามเพื่อดูผลการวิจัยต่อเนื่องในระยะยาว

จุดแข็งงานวิจัยนี้

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือการประยุกต์ใช้การบำบัดรายบุคคลตามแนวคิด Satir ทำให้การแก้ปัญหาอารมณ์ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล การให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่เกิดการฆ่าตัวตาย และยังสามารถเป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุอื่นในชุมชนได้อีกด้วย

สรุป

การบำบัดตามแนวคิด Satir ช่วยให้ผู้ป่วยเปิด ประสบการณ์และมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในด้านบวกและมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับจิตใจ เมื่อพลังงานทางลบถูกแทนที่ด้วยพลังงานทางบวก และเป็นช่วงที่ความรู้สึกได้รับการยอมรับและเกิดประสบการณ์ในระดับลึกได้ ถูกจัดเก็บไว้ในสมองและเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ตามมา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าลดลงได้

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และอาจารย์พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไปใช้ช่วยกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูง

อายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น และมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะของอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง เท่านั้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอนาคต จึงควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอำเภออื่น ๆ ให้ครอบคลุม หรือนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น โรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งขึ้น ควรมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ รวมถึงนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทาง ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกทางหนึ่งแก่ผู้สนใจต้องการศึกษาต่อไป

References

1. World Health Report. Introduction [Internet]. 2001 [cited 2020 May 5]. Available from: www.who.int/whr/2001.
2. Leelatrakarnkun K, Trangkasombat U. The Association between depression and family functioning in seventh grade students in Ubonratchathani province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57(1): 29-38. (in Thai)
3. Information Research Center Phrasimahapho Hospital. Statistics of depressive patients accessing services [Internet]. 2015 [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.thaidepression.com>.
4. Sahamethaphat N. Article on stress events at the International Conference on Mental Health. 6th ed. Bangkok; 2013.
5. Luebuntawatchai O. Family Intervention: Roles of Psychiatric Nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015; 29(1): 1-13. (in Thai)
6. Pengchan W, Leejongpermpoon J, Kongsuk, T. Epidemiology of psychiatric disorders in Thai people. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 4(1): 1-14. (in Thai)
7. Beck JS, Beck AT. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford press; 1995.
8. Na Weram P, Limmunjing J. The results of group counseling based on Satier's self-concept of people with problems. *Depression and Suicide Risk*. Master Study, Mahasarakham University; 2009.
9. Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, Katz I, Tweedy K, Battistini M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biological psychiatry* 2004; 55(4): 406-12.
10. Banmen J. *Satir Transformational Systemic Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc; 2008.
11. Piddocke S. The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *Satir Journal* 2010; 4(1): 109-55.

12. Srikosai S. Effects of Individual Psychotherapy using the Satir Model on an Alcohol-Dependent and Depressed Patient. *Satir Journal* 2008; 2(3): 5-19.
13. Bentheim S. Evolving to Become More Fully Human-Early Contributors to the Satir Model. *Satir International Journal* 2013; 1: 40-52.
14. Juntarawiwat T. The Effect of a Group Counseling Program Based on Satir's Model on Depression in Older Adults in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of health and nursing education* 2020; 26(1): 135-52. (in Thai).
15. Abueita S. Modifying the Attitudes Among Unmarried Employee Females According to Satir Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 84: 574-78.

บทวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท

นงลักษณ์ บุญเยี่ยม*

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท 2) พัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังฯ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังฯ ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การคิด และ 3) การปฏิบัติ โดยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในผู้สูงอายุจำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยเชิงพหุคูณแบบหลายขั้นตอน หลังจากนั้นนำข้อมูลระยะที่ 1 เข้าสู่การเก็บข้อมูลระยะที่ 2 ด้วยวิธีการนอมินอลกรุปเทคนิค ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 14 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเรียงลำดับ ส่วนการเก็บข้อมูลระยะที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในผู้สูงอายุ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมตามรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังและกลุ่มที่ได้รับการดำเนินการตามปกติ ใช้แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีพลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test, paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยม การมีคนมาพบปะ การออกไปพบปะบุคคล และอายุ ทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 13.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พัฒนารูปแบบได้เป็นรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน มีองค์ประกอบสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคง โดยในองค์ประกอบของความมั่นคง พบความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่เป็นมั่นคงทางจิตใจเพิ่มเติมขึ้น และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับการสูงวัยอย่างมีพลังโดยรวมสูงกว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ: รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง/ สุขภาพ/ การมีส่วนร่วม/ ความมั่นคง/ ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

E-mail: lukkbo@gmail.com

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

E-mail: nithrak@nu.ac.th, nithrakm@gmail.com.

Development of an Active Ageing Model among the Older Adults in Rural Community

Nongluk Boonyia*

Nithra Kitreerawutiwong**

Abstract:

This action research aimed to 1) identify factors influencing to active aging among the older adult in rural community, 2) develop an active aging model, and 3) evaluate the effectiveness of active aging model. The 3 steps of action research including 1) look phase, 2) think phase, and 3) act phase were conducted. The first step of look phase was performed by quantitative data collection in 200 older adults. Data were analyzed by multiple regression analysis. The result from phase 1 was connected to phase 2 (Think phase) which used nominal group technique among 14 stakeholders. A weighted ranking method was used to analyze data. In addition, phase 3 was used quantitative methods for data collection among the 2 groups (30 older adults per group) that was received the translation of active aging model in practice and the usual group. Data were collected by the questionnaire and were analyzed by Independent t-test and paired t-test.

The result revealed that education above a secondary level, people come to meet the senior citizen, the older adults go out to meet other people, and age influenced of active aging, which accounted for 13.40% ($R^2 = .13$, $F = 6.03$). The active aging model of the older adult in rural community develop to Comprehensive Active Aging Model was consonant with the component of active aging that was proposed by World Health Organization that composed of health, participation, and security. The component of security it was found that sense of belongings which is the feeling of minded security was added. Furthermore, the evaluation of the effectiveness of active aging model, it was found that the older adult who received the active aging activities was significantly higher score of active aging than the comparison group who received the usual activities at $p < 0.05$. The comprehensive active aging model can be applied to practice in the rural area.

Keywords: Active ageing Model/ Health/ Participation/ Security/ Older adult

Article info: Received March 2, 2021; Revised April 10, 2021; Accepted April 30, 2021.

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

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 17.57 เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่าภาคเหนือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงสุด คือ ร้อยละ 19.87 แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประเทศไทย อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) และมีบางพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)¹ ผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุและความก้าวหน้าทางการแพทย์ พบว่า ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ความชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความต้องการการดูแลเป็นแบบระยะยาว (Long term care) มากกว่าแบบฉับพลัน (Acute care) ทำให้มีผลต่อการเพิ่มงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ

องค์การอนามัยโลก² ได้เสนอแนะแนวทางในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active aging) หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้โอกาสในด้านการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคมและความมั่นคงในชีวิตให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพ (Health) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ความมั่นคง (Security) ในประเทศไทย คำว่า “Active ageing” ใช้คำแทนอย่างหลากหลาย เช่น “พหุพลัง”³ “พหุพลัง”⁴ “วุฒิวัย”⁵ “การสูงวัยอย่างมีพลัง”⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ “การสูงวัยอย่างมีพลัง”

การนำแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังสู่การปฏิบัติ ในระดับนโยบาย ได้แก่ การจ้างงานหลังเกษียณ การให้สวัสดิการ⁷ ในระดับบุคคล เป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นการมีกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อการดำเนินชีวิตที่คงไว้ซึ่งสุขภาพกายและใจ ปี พ.ศ. 2560 ภาครัฐมีการจัดทำงบประมาณเชิงยุทธศาสตร์แผนบูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ลดความซ้ำซ้อนในการบริหารจัดการภาครัฐในภาพรวมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบทั้งสามด้านของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังขององค์การอนามัยโลก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบเพื่อส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีพลังในประเทศฮ่องกง บูรณาการเป็นรูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ ชุมชน และการดูแลที่บ้านให้เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อด้วยการเชื่อมโยงโรงพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Hospital) สถานที่ผู้สูงอายุพักอาศัยและได้รับการพยาบาล (Nursing home) สถานีอนามัยในระดับอำเภอ (District health station) คณะกรรมการที่ทำกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายুর่วมกันในชุมชน (Village committee) และการดูแลโดยครอบครัว (Family care)⁹ ในประเทศไทยศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทย พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมกับจำนวนสมาชิกชมรมไม่มาก

เกินไป กิจกรรมชมรมมีความหลากหลายตามบริบทท้องถิ่น และการร่วมมือทำกิจกรรมเน้นลักษณะพหุวัย¹⁰

องค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีพลังขององค์การอนามัยโลก เมื่อนำไปปฏิบัติจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศเนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศที่แตกต่างกัน ดังนั้น หากจะนำไปปฏิบัติ ต้องมีความเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลัง และนำไปออกแบบรูปแบบการดำเนินการและการประเมินผลที่เหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ การศึกษานี้เลือกพื้นที่การศึกษาในจังหวัดชัยนาท เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีอัตราผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 21.40, 22.24 และ 23.22 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2563 สัดส่วนผู้สูงอายุของจังหวัดชัยนาทสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอยู่ใน 5 อันดับแรกของประเทศไทย¹ ชุมชนที่ศึกษา คือพื้นที่ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท มีอัตราผู้สูงอายุวัยต้นมากที่สุด คือร้อยละ 56.59 เป็นพื้นที่ในชุมชนเขตชนบทที่อยู่นอกเขตเทศบาลเมืองชัยนาท การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุของจังหวัดชัยนาท มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ มีศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด มีผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัดและอำเภอ อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการประเมินสถานการณ์ การหาความเห็นพ้องของพื้นที่ และการประเมินผลที่ครอบคลุมแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังที่ครบ

องค์ประกอบ การมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมและความมั่นคง อย่างไรก็ตามการพัฒนาแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง พบว่าเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการทำกิจกรรม วิธีการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งนี้รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังที่ประกอบด้วยแนวคิดผู้มีส่วนร่วม และวิธีการประเมินผล ยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท ผลจากการศึกษานี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีส่วนร่วม และมีความมั่นคง ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีพลัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลังขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมและความมั่นคง โดยนำไปสู่การปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งในระดับนโยบายและระดับบุคคล การดำเนินการคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังอย่างมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ของพื้นที่ที่มาวางแผนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

หลังจากนั้น นำรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังไปปฏิบัติ และประเมินผลการสูงวัยอย่างมีพลังในกลุ่มผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการของStringer¹¹ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ (Look phase) 2) การคิด (Think phase) 3) การปฏิบัติ (Act phase) แบ่งเป็น 3.1 การวางแผน (Planning) 3.2 การปฏิบัติ (Implementation) และ 3.3 การประเมินผล (Evaluation) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ (Look phase) การวิจัยระยะที่ 1 ได้รายงาน ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท¹²

ระยะที่ 2 การคิด (Think phase) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าของการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการนอมินอลกรุปเทคนิค เพื่อความเห็นพ้องในการเรียงลำดับความต้องการพัฒนากิจกรรม และผู้รับผิดชอบนำไปสู่การพัฒนาเป็นรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน 1) ภาคท้องถิ่น จำนวน 3 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หัวหน้างานสาธารณสุขของท้องถิ่น ผู้ดูแลงานสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) ภาคสาธารณสุข

จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้ดูแลงานผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 3) ภาคประชาชน จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประธาน อสม. ตัวแทน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มออมทรัพย์ ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการ กำหนดและประสานงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน 2) ขั้นตอนดำเนินการ ก่อนวันดำเนินการ ผู้วิจัยประสานผู้ช่วยวิจัยยืนยันการตอบรับของผู้เข้าร่วมการตามวัน เวลาสถานที่ที่กำหนด และเตรียมเอกสารคำอธิบายข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย และเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในวันดำเนินการ การเตรียมห้องประชุม จัดเก้าอี้เป็นรูปครึ่งวงกลม มีกระดานติดกระดาษฟลิปชาร์ตตั้งด้านหน้า ให้ผู้เข้าร่วมการเลือกนั่งตามอิสระ ดำเนินการทำนอมินอลกรุป ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที ขั้นตอนดำเนินการกระบวนการหาความเห็นพ้อง โดยใช้ชื่อนอมินอลกรุปเทคนิครวม 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างประเด็นความคิดด้วยตนเอง (Silent generation of ideas) ขั้นตอนที่ 2 การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม (Sharing ideas-Round robin) ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความชัดเจนของความคิด (Clarification of the ideas) และขั้นตอนที่ 4 การให้คะแนนความคิดเห็น (Voting and ranking) เครื่องมือ

ที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลใช้การเรียงลำดับข้อมูล

ระยะที่ 3 การปฏิบัติ (Act phase) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ และ 3) การประเมินผล ดังนี้

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนนี้ นำรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง มาแปลงสู่การปฏิบัติด้วยการวางแผนจัดทำแนวทางการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการประชุมกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นตอนนี้ นำกิจกรรมที่ได้รับการลงความเห็นในการประชุมกลุ่ม จากขั้นตอนที่ 3.1 ตามรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนไปปฏิบัติทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณการค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามแทนค่า ตัวแปรจากการศึกษาที่ใกล้เคียง¹³ ดังนี้ Mean 1 = 3.92, Mean 2 = 3.52, SD1 = 0.38, SD2 = 0.45 คำนวณโดยใช้ N4studies ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คนและปรับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 20 ได้ 22 คน จึงปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คนคือผู้สูงอายุที่ทดลองปฏิบัติใช้รูปแบบการสูง

วัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดำเนินการตามปกติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแลด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน ไม่มีภาวะหลงลืม ประเมินจาก Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002) มีคะแนนมากกว่า 23 จาก 30 คะแนน เกณฑ์คัดออก คือมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคไตระยะที่ 4 โรคหัวใจระยะรุนแรง ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ เป็นต้น

การปฏิบัติในกลุ่มทดลอง ดำเนินการตามรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง ดังนี้ 1) ประชุมผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 2) ทาหรือและสร้างเป้าหมายในพื้นที่ร่วมกันเกี่ยวกับการทำกิจกรรมตามรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง 3) ดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง 3 ด้าน ประกอบด้วย 3.1) ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการรำประกอบเพลงประจำจังหวัดชัยนาท รวม 8 สัปดาห์ 3.2) ด้านการมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมพบปะร่วมหลายกลุ่มวัยโดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง และ 3.3) ด้านความมั่นคง เป็นกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1 ครั้ง ส่วนการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ดำเนินการโดยการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุและการไปเยี่ยมเพื่อนผู้สูงอายุที่ป่วยใน

หมู่บ้าน โดยเป็นการสร้างการเป็นสมาชิก ความรู้สึกถึงการเสริมพลังต่อกัน การร่วมเติมเต็มความต้องการซึ่งกันและกัน และมีอารมณ์ความรู้สึกร่วมกัน

ในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดำเนินกิจกรรมด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนที่ระบุกิจกรรมตามองค์ประกอบ 3 ด้านคือด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

โดยผู้วิจัยทำการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังผู้สูงอายุในชุมชน ใน 2 ประเด็น ดังนี้

3.3.1) การประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อ การมีส่วนร่วม จำนวนบ้านที่ได้รับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการประเมินการสูงวัยอย่างมีพลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test, Independent t-test

3.3.2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง โดยการสะท้อนความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบทไปใช้ในการปฏิบัติ ด้วยการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการในรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน ได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ จำนวน 15 คน และผู้เกี่ยวข้องงานผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 5 คน

ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักพัฒนาชุมชน พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 182/2018 IRB No. 0160/61

ผลการวิจัย

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท

การวิจัยระยะที่ 1 ได้รายงาน ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยม ($\beta = .23, b = 11.63$) เครือข่ายสังคมการมีคนมาพบปะ ($\beta = -.26, b = -9.40$) การออกไปพบปะบุคคล ($\beta = .15, b = 7.35$) และอายุ ($\beta = .14, b = .24$) สามารถร่วมกันทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 13.40 ($R^2 = .13, F = 6.03$)¹²

2) รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท

รูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) ที่

เขียนด้วยแผนภูมิ และการบรรยาย เขียนเป็นขั้นตอนที่แสดงให้เห็นระบบและกิจกรรมในการนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำข้อมูลในระยยะที่ 1 ตัวแปรที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลัง ได้แก่ ระดับการศึกษา เครือข่ายสังคมการมีคนมาพบปะ การออกไปพบปะบุคคล และอายุ และระยยะที่ 2 ผลจากการหาความเห็นพ้องในการกำหนดกิจกรรมการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตามแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง มีการออกแบบการดำเนินการตามรูปแบบของ 3 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ซึ่งนำมาปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เขียนเป็นขั้นตอนที่แสดงให้เห็นระบบและกิจกรรมในการนำไปปฏิบัติ พัฒนาเป็น “รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน (Comprehensive Active Aging Model)” ครอบคลุมองค์ประกอบตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันของบุคคล (Person) หุ้นส่วนภาคีเครือข่าย (Partner) และผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ (Policymaker) โดยมีรายละเอียดของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

บุคคล (Person) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพื้นที่ จะต้องมีความเกี่ยวข้องในระดับบุคคลของผู้สูงอายุในพื้นที่ จากการศึกษา นี้ จะมีการนำตัวแปรที่ได้จากการวิจัยระยยะที่ 1 ได้แก่ ระดับการศึกษา เครือข่ายสังคมการมีคน

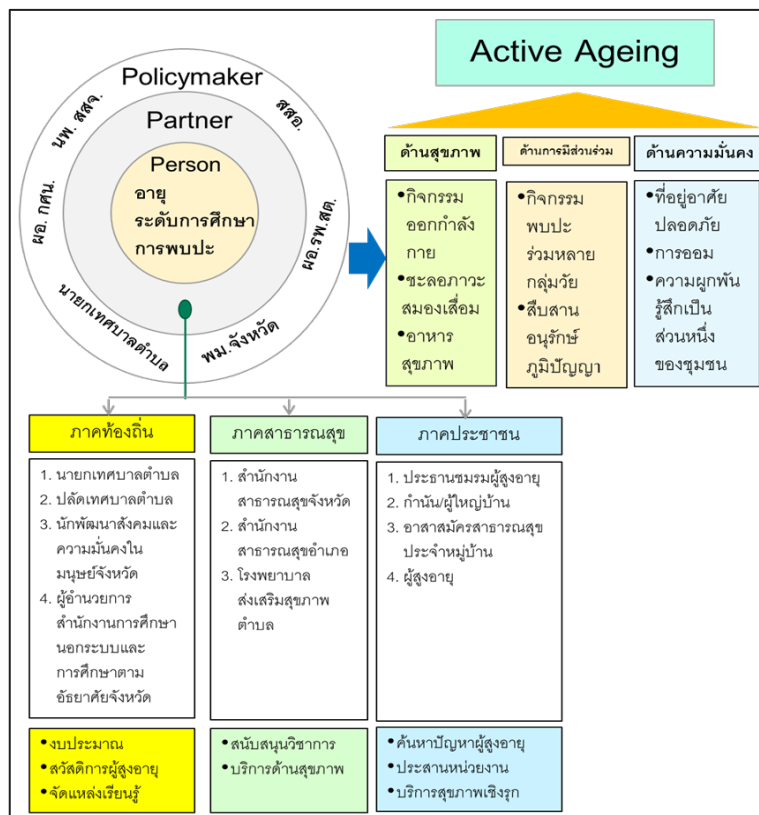
มาพบปะ การออกไปพบปะบุคคล และอายุ เข้าพิจารณาในการออกแบบกิจกรรม โดยเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในทุกกลุ่มอายุ ทุกระดับการศึกษา และส่งเสริมให้ออกมาพบปะกันในชุมชน

หุ้นส่วนภาคีเครือข่าย (Partner) หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ภาคส่วน คือ 1) ภาคท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศบาลตำบล ปลัดเทศบาลตำบลที่ดูแลงบประมาณ รวมทั้งสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน 2) ภาคสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย ใน การบริการด้านสุขภาพ สนับสนุนวิชาการ และ 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้สูงอายุที่ช่วยประสานหน่วยงาน และค้นหาปัญหาผู้สูงอายุเชิงรุกทำงานร่วมกัน

ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ (Policymaker) หมายถึง ผู้บริหารของหน่วยงาน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย และนายกเทศบาลตำบลบ้านกล้วย ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจนำแผนงานระดับนโยบายงานด้านผู้สูงอายุ กำกับงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท สู่ระดับอำเภอโดยสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยนาท และสู่ระดับตำบล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย นำสู่การปฏิบัติใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วย และชุมชนร่วมกับนายกเทศบาลตำบลบ้านกล้วย ซึ่งเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลบ้านกล้วย พัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ จังหวัดชัยนาท ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดชัยนาท เพื่อมีการสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในรูปแบบ ให้สามารถตอบสนองนโยบายงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ส่งผลต่องานด้านผู้สูงอายุระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด เชื่อมต่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับประเทศ

ในส่วนขององค์ประกอบของการสูงวัยอย่างมีพลัง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ มีการเสนอกิจกรรมในการนำไปปฏิบัติ คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย การชะลอภาวะสมองเสื่อม การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ 2) ด้านการมีส่วนร่วม มีการเสนอกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติ คือ การจัดกิจกรรมพบปะร่วมหลายกลุ่มวัย การสืบสานอนุรักษ์ภูมิปัญญา และ 3) ด้านความมั่นคง มีการเสนอกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติ คือ การจัดกิจกรรมสร้างความปลอดภัยที่อยู่อาศัย การออม และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่เป็นมั่นคงทางจิตใจ แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน (Comprehensive Active Ageing Model)

3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน

3.1) การประเมินผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรม ดังนี้

การประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อ พบว่า ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อก่อนและหลังร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุก่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อหลังร่วมกิจกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย โดยก่อนร่วมกิจกรรมเท่ากับ 6.73 เซนติเมตร หลังร่วมกิจกรรมเท่ากับ 8.87 เซนติเมตร

การมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุก่อนทดลองและผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบไม่แตกต่างกันโดยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุก่อนทดลองและผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุก่อนทดลองอยู่ใน

ระดับสูงส่วนผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ

การประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยปลอดภัยของกลุ่มทดลอง มีสภาพเหมาะสมจำนวน 19 หลัง และมีการปรับสภาพแวดล้อมบ้านโดยทำราวเกาะเดินในและนอกบ้านสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 2 หลัง

คะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีพลังด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงและโดยรวมระหว่างผู้สูงอายุก่อนทดลองและผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบไม่แตกต่างกันโดยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีพลังด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงและโดยรวมระหว่างผู้สูงอายุก่อนทดลองและผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบหลังใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีพลังสูงกว่าผู้สูงอายุก่อนเปรียบเทียบในทุกด้าน แสดงดังตาราง 1 และ 2

Table 1 Comparing personal characteristic between experimental group and control group. (n = 60)

Variables and categories	experimental group		Control group		P-valve
	(n = 30)		(n = 30)		
	N	%	N	%	
Gender					.785
Men	9	30.0	11	36.7	
Women	21	70.0	19	63.3	
Age Group (years)					.567
60- 69	22	73.3	20	66.7	
70- 79	7	23.3	10	33.3	

Variables and categories	experimental group (n = 30)		Control group (n = 30)		P-valve
	N	%	N	%	
	≥ 80	1	3.3	0	
Status					.105
Single	2	6.7	6	20.0	
Married	10	33.3	15	50.0	
Widowed	14	46.7	8	26.7	
divorced	4	13.3	1	3.3	
Educational level					<.001
None	0	0	8	26.7	
Primary	15	50.0	21	70.0	
Secondary	5	16.7	0	0	
Technical	2	6.7	0	0	

Table 2 Comparing active ageing before and after in experimental group and control group. (n = 60)

Active Ageing	Posttest		Pretest		t	P-valve
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	SD		
Health						
Experimental group (n = 30)	3.65	.24	3.20	.32	-6.17	<.001
Control group (n = 30)	2.64	.54	3.32	.42	5.39	<.001
Participation						
Experimental group (n = 30)	3.39	.52	3.11	.36	-2.38	.024
Control group (n = 30)	1.94	.60	3.09	.36	9.35	<.001
Security						
Experimental group (n = 30)	3.55	.57	3.12	.43	-3.35	.002
Control group (n = 30)	2.66	1.00	3.07	.44	2.08	.040
Total						
Experimental group (n = 30)	3.54	.35	3.16	.30	-4.43	<.001
Control group (n = 30)	2.38	.53	3.20	.34	7.20	<.001

3.2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน

รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน มีความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติ เนื้อหากิจกรรมในรูปแบบเหมาะสมเป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในบริบทจริง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยม การพบปะบุคคลและอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในพื้นที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 26 การศึกษาในระดับมัธยมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนสามารถใช้อินเทอร์เน็ตผ่านทางมือถือมีช่องทางการรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการรวมกลุ่มกันในยามว่างและเป็นแหล่งให้ความบันเทิงที่จะเสริมสร้างการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ¹⁴ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีพลัง การออกไปพบปะบุคคลของผู้สูงอายุจะมีการสูงวัยอย่างมีพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกไปพบปะบุคคล ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาทส่วนใหญ่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่เข้าในชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมรวมกลุ่มทุกสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการ

ดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพ มีการร่วมกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นงานปีใหม่ สงกรานต์ งานบุญตามประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น การนัดร่วมทางอาหารของผู้สูงอายุด้วยกัน การชวนออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน การไปทัศนศึกษา การส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองให้กลับคืนสมดุลได้¹⁵ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญต่อการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีพลัง การออกไปมีส่วนร่วมพบปะบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีพลังสำหรับผู้สูงอายุ¹⁶ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีระดับการสูงวัยอย่างมีพลังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ศึกษามีกลุ่มวัยสูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และวัยสูงอายุตอนปลาย (≥ 80 ปี) รวมกันเกือบครึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดที่ศึกษา การมีอายุเพิ่มขึ้นเกิดการเรียนรู้การใช้ชีวิต และประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุมากขึ้น มีมุมมองการใช้ชีวิตและประสบการณ์เรียนรู้ของการเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถหรือความเชี่ยวชาญจะถ่ายทอดความชำนาญแก่รุ่นสู่รุ่น อายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีพลังในศักยภาพระดับบุคคลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง จะเป็นที่พักของชุมชนในยามที่ต้องการผู้มีความรู้มาช่วยแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้สูงอายู้สึกภูมิใจ มีคุณค่าที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำประโยชน์ให้กับชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบในการศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการและการหาความเห็นพ้อง

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ โดยใช้นอมนิ นอลกรูปเทคนิคในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ มาตัดสินใจ เรียงลำดับ กิจกรรมที่ต้องการดำเนินการในพื้นที่ร่วมกัน¹⁷ สอดคล้องกับการสร้างความเป็นหุ้นส่วนใน ชุมชนด้วยการทำงานร่วมกับหลากหลาย หน่วยงาน องค์กรในชุมชน โดยมีข้อตกลง ร่วมกันของชุมชน โดยในการวิจัยนี้มีการ ออกแบบรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของ ผู้สูงอายุในชุมชน ปรับรูปแบบการทำงาน นำ รูปแบบสู่การปฏิบัติเป็นโครงการหรือกิจกรรมใน ชุมชน พัฒนาได้เป็น “รูปแบบการสูงวัยอย่างมี พลังแบบรอบด้าน” (Comprehensive Active Aging Model) มีความแตกต่างจากรูปแบบการ สูงวัยอย่างมีพลังหรือการส่งเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุของการศึกษาอื่น เนื่องจากส่วนใหญ่ มุ่งเน้นกิจกรรมด้านสุขภาพ หรือด้านการมีส่วนร่วม ขาดข้อมูลด้านความมั่นคงทำให้ยังไม่ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ตามแนวคิดการสูง วัยอย่างมีพลัง ด้วยรูปแบบที่พัฒนาครั้งนี้มุ่งเน้น องค์ประกอบของคนทำงาน บทบาทผู้เกี่ยวข้อง และกิจกรรมในการพัฒนาการสูงวัยอย่างมีพลัง ของผู้สูงอายุอย่างบูรณาการเชื่อมโยงการพัฒนา องค์ประกอบ 3 ด้าน ตามแนวคิดการสูงวัยอย่าง มีพลังขององค์การอนามัยโลก

การศึกษาครั้งนี้ พบความผูกพันรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่เป็นมั่นคงทางจิตใจ เพิ่มเติมในองค์ประกอบของความมั่นคง อธิบาย ได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความรักความผูกพัน รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ค้นเคยกับถิ่นที่อยู่อาศัย รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่อาศัยอยู่ จะทำให้

เกิดการประสานความร่วมมือ และอุทิศตนให้กับ ชุมชน¹⁸ ซึ่งชุมชนมีบทบาทสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน มีระบบบริการที่ช่วยการมี ปฏิสัมพันธ์กับสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม ความ ร่วมมือจากภาคีเครือข่ายชุมชนในบทบาทการ ร่วมจัดกิจกรรม สนับสนุนทรัพยากร เป็นกำลัง สำคัญต่อการพัฒนาการสูงวัยอย่างมีพลังของ ผู้สูงอายุ และการกำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวทางการดำเนินกิจกรรมจะเป็น แนวทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานเป็น แนวทางเดียวกัน ความสำเร็จของการดำเนิน กิจกรรมผู้สูงอายุเกิดจากความร่วมมือความ สามัคคีในทุกภาคส่วน รวมทั้งการสร้างภาคี เครือข่ายให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนิน กิจกรรม¹⁹

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการสูงวัย อย่างมีพลังแบบรอบด้าน

3.1) การประเมินผลลัพธ์การ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลัง แบบรอบด้าน ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองปฏิบัติที่ใช้ รูปแบบมีระดับการสูงวัยอย่างมีพลังด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคงและโดยรวม สูงกว่ากับผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการ ดำเนินการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้านสุขภาพเมื่อ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายด้วยท่า รำประกอบเพลงประจำจังหวัดชัยนาทอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถพัฒนาสมรรถ ภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นได้ จากแบบท่ารำ แต่ละท่ามีการยืดเหยียด หมุน งอแขน และ

ข้อต่าง ๆ ทั้งข้อมือ ข้อแขน ข้อไหล่ และข้อเข่า ทำให้มีการยึดกล้ามเนื้อในส่วนกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้าและด้านข้าง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อขา จากการไหลเวียนของเลือดที่บริเวณข้อต่อ เอ็นหุ้มข้อและบริเวณกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อมากขึ้น จึงทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ รอบข้อมีความยืดหยุ่นและอ่อนตัวมากขึ้น²⁰ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสมวัย เสี่ยงเพลงประกอบกิจกรรมการออกกำลังกายทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย เสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีเป็นกิจกรรมสังสรรค์การควบคู่กัน ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการทรงตัวและการเดิน คงท่าทางที่เหมาะสมและความสามารถในการทำงานของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย มีอิสระในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น มีความรู้สึกรักคุณค่าในตัวเอง

ด้านการมีส่วนร่วมหลังดำเนินกิจกรรม พบปะร่วมหลายกลุ่มวัยทดลองอยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองเข้าร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ขวนกันทำกิจกรรมจิตอาสาเยี่ยมบ้าน กิจกรรมสังสรรค์บันเทิงร้องเพลงทุกวันอังคาร ทำให้มีกิจกรรมได้ออกมาพบปะกันมีสัมพันธ์ภาพ มีการใช้เวลาว่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้

อินเทอร์เน็ตในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารปัจจุบัน การสร้างความบันเทิง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเข้าร่วมในกิจกรรมทางชุมชน เป็นการสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุ กระบวนการสร้างให้เกิดการรวมกลุ่มและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนช่วยเสริมสร้างควมมีคุณค่าสำหรับผู้สูงอายุ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดการสูงวัยอย่างมีพลังในชุมชน²¹

ด้านความมั่นคง หลังดำเนินกิจกรรมจากประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยปลอดภัยของกลุ่มทดลอง มีสภาพเหมาะสม อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและตระหนักในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านโดยไม่ต้องอาศัยงบประมาณทางราชการ หาวัดสุที่ใช้ในพื้นที่เช่น นำไม้ไผ่มาทำราวเดินเกาะให้สำหรับผู้สูงอายุ การปรับสภาพห้องน้ำให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้การประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัยปลอดภัยของกลุ่มทดลอง มีสภาพเหมาะสม การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ คือการให้ความรู้คู่กับความตระหนักการมีสภาพแวดล้อมบ้านที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย จะเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันของตนเองได้ง่ายขึ้น²²

3.2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้านไปใช้ในการปฏิบัติ

จากการสะท้อนผลความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ทดลองใช้รูปแบบและผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจในการบูรณาการบทบาทผู้เกี่ยวข้องจากภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชนเข้ามาร่วมกันพัฒนา โดยเฉพาะมีแนวการดำเนินกิจกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เนื้อหากิจกรรมในรูปแบบในกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำประกอบเพลงประจำจังหวัดชัยนาท กิจกรรมพบปะร่วมหลายกลุ่มวัย และกิจกรรมปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุเหมาะสม เป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติในบริบทจริง¹⁰

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งดำเนินการในพื้นที่เดียว ลักษณะชุมชนหมู่ 5 ตำบลบ้านกล้วยพื้นที่เป็นเขตชนบทในอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท การนำไปใช้ควรคำนึงถึงลักษณะบริบทของพื้นที่ และการประเมินผลในการวิจัยครั้งนี้ ทำการประเมินผลผลลัพธ์ระยะสั้น ที่เป็นผลลัพธ์หลังทำกิจกรรมในรูปแบบ

จุดแข็งงานวิจัยนี้

ได้อรรถความรู้ที่ต่างจากการศึกษาเดิม พบความผูกพันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเป็นความมั่นคงทางจิตใจ และนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติด้วยการทำงานร่วมกันของบุคคล หุ้นส่วนภาคีเครือข่าย และผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่

สรุป การพัฒนารูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบทพัฒนาได้เป็น “รูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน” (Comprehensive Active Ageing Model) เขียนเป็นขั้นตอนที่แสดงให้เห็นระบบและกิจกรรมในการนำไปปฏิบัติครอบคลุม 3 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคง ด้วยการมีส่วนร่วมของบุคคล (Person) หุ้นส่วนภาคีเครือข่าย (Partner) และผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ (Policymaker) โดยในองค์ประกอบของความมั่นคง พบความผูกพันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนคือ ความมั่นคงทางจิตใจ และนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติ จากผลการทดลองใช้รูปแบบสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบสามารถช่วยพัฒนาการสูงวัยอย่างมีพลังทั้งสามด้านให้กับผู้สูงอายุได้ รูปแบบเหมาะสม สามารถนำไปใช้ปฏิบัติในบริบทจริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกเทศบาลตำบล ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ของจังหวัด สามารถนำกิจกรรมในรูปแบบไปใช้ในการวางแผนพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมในรูปแบบสร้างพื้นที่สาธารณะในกิจกรรมด้านสุขภาพและ

การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างเครือข่ายสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ สามารถนำกิจกรรมในรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังแบบรอบด้าน ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทอื่น

3. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำกิจกรรมในรูปแบบใช้ในการวางแผนพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมของรูปแบบการสูงวัยอย่างมีพลังในระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาเชิงคุณภาพต้นแบบผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีพลัง เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับสูงอายุในพื้นที่

Reference

1. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand [internet]. 2020 [cited 2021 March 12] Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf.
2. World Health Organization. Active ageing a policy framework [internet]. 2002 [cited 2016 Decemeber 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
3. Kespichayawattana J, Wiwatvanich S. Active ageing: A case study of elite Thai elderly. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2006.
4. Sajjasophon R. Educational concepts for developing active aging in the elderly. Kasetart Journal of Social Sciences 2013; 34(3): 471-90. (in Thai)
5. Saengprachaksakula S. The Determinants of Thai Active Ageing Level . Songklanakarin journal of social sciences and humanities 2015; 21(1): 139-67. (in Thai)
6. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of The Thai elderly 2017. Bangkok: Duantula Printing; 2018.

7. Active Ageing Australia. Adelaide, Australia: Government of South Australia [internet]. 2014 [cited 2016 October 25]. Available from: <http://www.activeageingaustralia.com.au>.
8. Aruntippaitune S. Aged society: development of Thai national policy. In: Muangpaisan W, Editor. Challenges and Solutions for Healthy Aging. Nonthaburi: Praphim Company Limited; 2018. p.17-25.
9. Wong HCJ, Ng YF, Yuan XL. Integrated and seamless services for active ageing, a model for Zhuhi. *Journal of Biosciences and Medicines* 2014; 2(6): 41-6.
10. Sompoo T, Kheovichai K. Development Model of Enhancing Active Aging for Elder Club in Thailand. *The Journal of Faculty of Applied Arts* 2019; 12(1): 35-45. (in Thai)
11. Stringer ET. Action research (4th Ed.), Washington DC: SAGE; 2014.
12. Boonyia N, Kitreerawutiwong N. Factors Predicting Active Ageing among the Older Adults in Muang District, Chainat Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020; 21(1): 224-34. (in Thai)
13. Phonthong U. Development of an active aging development program for the Royal Thai Armed Forces officers based on the concepts of educational gerontology and experiential learning. [Doctoral dissertation in Education]. Bangkok: Faculty of Education, Chulalongkorn University; 2010.
14. Carmen Llorente-Barroso, Mónica Viñarás-Abad, María Sánchez-Valle. Internet and the Elderly: Enhancing Active Ageing. *Media Education Research Journal* 2015; 45(23): 29-36.
15. Phadungyam M, Duvall AC. Rehabilitation Strategies for Resilience Quotient in the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(1): 66-73. (in Thai).
16. Esther HK Yung, Conejos S, Edwin H W Chan. Social needs of the elderly and active aging in public open spaces in urban renewal. *Cities* 2016; 52: 114-22.
17. Huges J, Mukherjee N. The nominal group technique in ecology & conservation: Application and challenges. *Methods in ecology and Evolution* 2017; 9(1): 33-41.

18. Jakubec SL, Olfert M, Choi LLS, Dawe N, Sheehan D. Understanding Belonging and Community Connection for Seniors Living in the Suburbs. *Urban Planning* 2019; 4(2): 43-52.
19. Robrujen S. Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Princess of Narathiwat University Journal* 2017; 9(3): 57-69 (in Thai)
20. Thanakwang K, Rattanawitton J. Effect of Rom Mi- Plong Mong Soeng Muang Nan on Physical Fitness and Health- Related Quality of life. *Nursing Journal* 2013; 40(2): 148-61. (in Thai)
21. Van Malderen L, Mets T, De Vriendt P, Gorus E. The Active Ageing- concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research* 2013; 22(5) 929-37.
22. Kortawat U, Silapasuwan P, Sujirarut D, Nankongnab N. Perception of Older Adults about the Safety and Convenience of Living at Home. *Journal of Public Health Nursing* 2019; 32(1): 77- 96. (in Thai)

บทความวิชาการ

การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จินตนา อัจฉินเทียะ*

รตา ศรีสอาด**

เชอร์เทเรซา สมศรี สุเมธ ***

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อให้เห็นกิจกรรมและบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วจะมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นและเป็นเหตุให้เสียชีวิตในช่วงเวลาที่สั้น การพยาบาลแบบประคับประคองจึงต้องเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดการวางแผนล่วงหน้า ทำให้เกิดการเตรียมตัว และการจัดการสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นแบบไม่คาดคิด ซึ่งอาการของโรคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การพยาบาลแบบประคับประคองจะช่วยวางแผนชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ของชีวิต โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นบทบาทอิสระของการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนมีการติดตามดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักแบบรวดเร็ว

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019/ การพยาบาลแบบประคับประคอง

* ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: jintana.a@slc.ac.th

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Palliative nursing care for Coronavirus Infection 2019

Jintana Artsanthia*

Rata Srisa-art**

Sr.Terasa Somsree Sumet ***

Abstract

Nurses can play an essential palliative care role for vulnerable populations during critical times such as have occurred with the Coronavirus Infection 2019. Older adults and those with chronic illness often need special palliative care as they face severe infection from Coronavirus, sometimes leading to death. Providing palliative care nursing is urgent in reaching patients and their families so advance care plans can be devised should sudden death occur from the disease. Symptoms of Covid-19 disease are often severe and change quickly, leading to death. Palliative care can help patients and families with end-of-life decisions. Coronavirus infection is a condition, often with rapid onset and death that calls for palliative care. As part of the nurse's role in improving the quality of life of patients and families is the preparatory role of providing end-of-life and bereavement care at the death of a patient.

Keywords: Coronavirus Infection 2019/ Palliative nursing care

Article info: Received March 1, 2021; Revised April 2, 2021; Accepted April 30, 2021.

* Corresponding Author, Associate Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College

** Lecture, Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College

*** Lecture, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดความท้าทายและเปลี่ยนแปลงในระดับโลกและระดับท้องถิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในกลุ่มคนหลายกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเปราะบาง รวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ¹ ในประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ปฏิบัติงานในด่านหน้าของการดูแล ประชากรไร้ถิ่นฐาน เป็นต้น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสโคโรนาที่มีการค้นพบคือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น² ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ก่อให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2019 ทำให้ผู้คนจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการสูญเสียจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันและระบบทางเดินหายใจ³ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องการระบบการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มได้รับเชื้อจนถึงระยะที่รุนแรงของโรค และเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

สำหรับผลกระทบระยะยาวของการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงประกอบด้วยผลกระทบทางเศรษฐกิจ การว่างงาน ผลกระทบทางสุขภาพ การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัว ผลกระทบทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทางจิตใจ จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดขึ้นเนื่องจากโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นทุกวัน⁴ ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงพัฒนาอย่างรวดเร็ว การรวบรวมข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยการเรียนรู้ผ่านการวิจัยและการเรียนรู้ในอนาคต การเสียชีวิตเป็นผลกระทบร้ายแรงต่อครอบครัว⁵ จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้พยาบาลได้มีการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นที่เป็นไปได้ทั้งหมดรวมถึงสิ่งที่เป็ผลที่ตามมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จะเป็อันตรายถึงชีวิตในผู้สูงอายุ ผู้อ่อนแอและผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคร้ายแรง กลุ่มเหล่านี้มักจะเป็นผู้ป่วยหลักในการดูแลแบบประคับประคอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำมาซึ่งวิกฤตการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ในความกังวลในผลที่จะเกิดขึ้นกับด้านสุขภาพสำหรับอนาคต ในเรื่องของการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 นี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก แต่ก็มีบางครั้งที่ถูกมองว่าเป็นข้อห้ามในหมู่ประชากรบางคนในเรื่องของความตายและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กลายเป็นจุดศูนย์กลางที่ให้ความสำคัญอยู่ในขณะนี้ ซึ่งได้พยายามหาวิธีในการป้องกันการติดเชื้อ จนมีค่า

ขวัญของการรณรงค์ให้อยู่บ้าน ปลอดภัยหรือ ปลอดภัยที่บ้าน เมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วนั้นเชื่อ จะทำลายชีวิตในผู้ที่มีโรคประจำตัวทำให้การ พยากรณ์โรคเป็นไปในทางที่ไม่ดี มีผู้เสียชีวิต เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผล ต่อความทุกข์ทรมาน และเกิดความหวาดกลัว ดังนั้นการพยาบาลแบบประคับประคองจึงเป็น สิ่งสำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วด้วยวิธีการหลากหลายช่องทาง ขณะที่ การตอบสนองต่อความท้าทายด้านสุขภาพอื่น ๆ ทั่วโลกจะเป็นไปในรูปแบบการพัฒนาาระบบ สาธารณสุขที่เป็นรูปแบบใหม่แบบวิถีใหม่ที่ เรียกว่า New normal เป็นวิกฤติที่นำโอกาส และการเปลี่ยนแปลง⁶ และจะเป็นแรงบันดาลใจ ที่ยิ่งใหญ่ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการมีระบบ การพยาบาลแบบประคับประคองนี้ขึ้น

ไวรัสโคโรนา 2019 กับการก่โรค

การก่โรคของไวรัสโคโรนา ปัจจัยที่ ต้องคำนึงถึงคือในแง่การระบาดวิทยาของการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการพิจารณา ควบคุมปัจจัยสามทางระบาดวิทยาได้แก่ คน (Host) สิ่งก่โรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่ต้องควบคุมตามมาตรการที่ ปฏิบัติ คือการเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ทำความสะอาด สิ่งแวดล้อม การก่โรคยังต้องคำนึงถึงอัตราการ แพร่เชื้อและความรุนแรงที่เรียกว่า Basic Reproductive Rate (RO)⁷ หากมีค่าเฉลี่ยที่ 1 คือ ความน่าจะเป็นของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยหนึ่ง

คน กระจายโรคต่อได้หนึ่งคน ในกรณีนี้จะส่งผล ต่อการระบาดจะมีสถานะคงที่ คือมีผู้ป่วย ต่อเนื่องคงที่ คนจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นในกลุ่ม ประชากรที่มีความไวต่อการรับเชื้อ เป็นต้น ค่า RO นี้จึงเป็นอำนาจการแพร่กระจาย เป็นค่าที่ไม่มี หน่วย เพราะเป็นอัตราจำนวนเท่า และเป็นค่า ความน่าจะเป็นทางสถิติ ที่แปรผันตรงกับตัวแปร ความน่าจะเป็นทางสถิติ ถ้าคุมได้ก็จะลดการ แพร่กระจายลงได้ ถ้า $RO > 1$ คือความน่าจะเป็น ของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยหนึ่งคน กระจายไปได้ มากกว่า หนึ่งคน กรณีนี้ จะเกิดการระบาด แต่ ถ้า $RO < 1$ คือ ความน่าจะเป็นของค่าเฉลี่ยผู้ป่วย หนึ่งคน กระจายโรคได้น้อยกว่าหนึ่งคน กรณีนี้ ผู้ป่วยจะลดลงเรื่อย ๆ และโรคจะถูกควบคุมได้ การลดการระบาดของประเทศ จึงต้องหาทางลด RO จึงเป็นเรื่องที่ขึ้นกับทุกคน ที่ต้องช่วยกันทำ ให้ RO น้อยกว่าหนึ่งให้ได้ ด้วยการลดตัวแปร ต่าง ๆ เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (Personal distance) หรือระยะห่างทางสังคม (Social distance) การล้างมือ รับประทาน อาหารที่ปรุงใหม่และร้อน ลดการสัมผัสเชื่อมโยง ให้มีการกักบริเวณ การปิดเมือง การควบคุมโรค จึงต้องหาวิธีมาหยุดไม่ให้ผู้ป่วยแพร่กระจาย ต่อไปได้จึงเป็นการควบคุมสิ่งก่โรค (Agent) โดยอัตราการกระจายต่อ ต้องน้อยกว่าหนึ่ง เช่น การรักษาผู้ป่วยให้พบแล้วกักกัน ตรวจรักษา โดยเร็วเพื่อไม่ให้กระจายเชื้อ ส่วนค่า Clinical Onset Interval หมายถึง ช่วงเวลาแสดงอาการ ในผู้ป่วยรายต่อ ๆ กันในห่วงโซ่ของการแพร่ ระบาด ในงานวิจัยส่วนใหญ่ระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4 และ 5 วัน ส่วนค่า Case Fatality Ratio

(CFR) หรืออัตราการเสียชีวิต หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยที่ถึงแก่ชีวิต อัตราคร่า ๆ ของทั่วโลก อยู่ที่ 7%^{7,8}

อาการของผู้ติดเชื้อการติดต่อและแพร่กระจาย

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ติดเชื้อจะมีอาการทั่วไปดังนี้ 1) มีไข้ มีอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปแต่ในบางรายอาจไม่มีไข้ 2) มีอาการทางเดินหายใจข้อใดข้อหนึ่ง อาจจะมีเพียงอาการเดียว หรือมากกว่านั้น เช่น เจ็บคอ ไอ มีน้ำมูก หายใจเร็ว หายใจลำบาก หอบเหนื่อย จมูกไม่ได้กลิ่น หรือลิ้นไม่รับรส 3) อ่อนเพลีย ในกรณีที่รุนแรงมากขึ้นอาจพบอาการปอดอักเสบ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีอาการใหม่เพิ่มเติมอีกคือ มีอาการตาแดง น้ำมูกไหล ไม่มีไข้ บางรายมีผื่นขึ้นได้⁹

ระยะเวลาฟักตัวของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยหลักแล้วระยะเวลานับจากการติดเชื้อและการแสดงอาการ มีตั้งแต่ 1-14 วัน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน มากกว่าร้อยละ 97% ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ภายใน 14 วัน⁹ การเพิ่มจำนวนของไวรัสเกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและในปอด มีงานวิจัยในช่วงแรกระบุว่า การเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ในระบบทางเดินอาหาร แต่การติดต่อโดยระบบทางเดินอาหารยังไม่เป็นที่ยืนยัน การแพร่เชื้อก่อนแสดงอาการอาจเกิดขึ้นได้ หากไม่มีอาการไอซึ่งการไอเป็นกลไกหลักในการขับไวรัสออกมา¹⁰

การตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์การตรวจวินิจฉัยเพื่อแยกโรค ทำการทดสอบเพื่อการตรวจแยกโรคต้องทำในห้องตรวจพิเศษ โดยมีการตรวจดังนี้ การตรวจวินิจฉัย SARS-CoV-2 ทำได้โดยตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-time RT-PCR ต่อ N-gene และ ORF-1b gene หากผลการตรวจเป็นลบ สามารถรายงานผลได้ทันที ทั้งนี้ต้องพิจารณากรณีผลลบ อาจเกิดจากตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพหรือไม่ ได้แก่ ตำแหน่งที่เก็บส่งตรวจไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคหรือระยะเวลาที่เก็บห่างจากวันเริ่มป่วยมากเกินไป อาจแก้ไขด้วยการเก็บและนำส่งส่งตรวจส่งตรวจซ้ำ แต่หากผลการตรวจเป็นบวก ด้วยยืนยันหนึ่งหรือทั้งสองยืนยันจะดำเนินการ ตรวจยืนยันอีกครั้ง ดังนั้นการตรวจยืนยันเชื้อ SARS-CoV-2 สามารถตรวจได้ 2 วิธีคือ 1) วิธี Real-time RT-PCR ต่อยืนยันเป้าหมายที่แตกต่างกันหรือบริเวณเป้าหมายที่ต่างกันแม้จะเป็นยืนยันเดียวกันและ 2) การตรวจลำดับนิวคลีโอไทด์ (Nucleotide sequencing) ใช้เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อว่าตรวจพบไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ การตรวจเทคนิคนี้ จำต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือเฉพาะ นอกจากนี้ยังมีการตรวจหาแอนติบอดีด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันจะใช้ตรวจหาแอนติบอดี IgM และ IgG ที่ร่างกายสร้างขึ้นมาต้านไวรัสชนิดนี้ แต่ไม่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการตอบสนองของร่างกายไม่สามารถตรวจพบได้ในสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และสามารถให้

ตรวจว่าใครเคยติดเชื้อมาก่อน นอกจากนี้มีการตรวจหาแอนติเจนคือการใช้การตรวจหาแอนติเจนของไวรัสและอาจเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยการติดเชื้อเฉียบพลัน และการพัฒนาชุดตรวจไวรัสที่กำลังดำเนินการอยู่ในหลายประเทศ¹¹

การรักษา

การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำเป็นต้องแยกตัวออกจากครอบครัว ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้เช่นในโรงพยาบาลสนาม หรือในสถานที่ Hospitel อย่างน้อย 14 วันนับจากวันเริ่มมีอาการหรือวันตรวจพบเชื้อหากไม่มีอาการตั้งนั้นในการรักษาจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มตามระดับความรุนแรง คือ 1) กลุ่มที่ไม่มีอาการ 2) กลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง และไม่มีโรคประจำตัว 3) กลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง แต่มีโรคประจำตัว หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย มีอาการหายใจเร็ว หายใจเหนื่อย และ กลุ่มที่ 4) อาการรุนแรง ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ มีภาวะลดลงของออกซิเจน $\geq 3\%$ หรือมีอาการไม่ดีโดยผู้ป่วยใน กลุ่มที่ 3 และที่ 4 จำเป็นต้องได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) เป็นระยะเวลา 5-10 วันขึ้นอยู่กับอาการ และยาลดการอักเสบคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ส่วนกลุ่มที่ 1 และ ที่ 2 การรักษาตามดุลพินิจของแพทย์ โดยจะเป็นการรักษาตามอาการ ไม่ต้องรับประทานยาต้านไวรัส เพราะส่วนมากหายได้เอง แต่แพทย์อาจพิจารณาให้ยาฟาวิพิราเวียร์ได้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ 4 แพทย์อาจพิจารณาให้ยาต้านไวรัสโลปีนาเวียร์และริโทนาเวียร์ (Lopinavir/ ritonavir) เพิ่มเติมได้ ซึ่งเป็นยา

ต้านไวรัส HIV ส่วนยาคลอโรควิน (Chloroquine) ไฮดรอกซีคลอโรควิน (Hydroxychloroquine) ซึ่งเป็นยารักษามาลาเรีย¹²

องค์การอนามัยโลกได้มีการประสานความร่วมมือโครงการที่ชื่อว่า Solidarity Trial ในหลายประเทศเพื่อประเมินยา สูตรการรักษา 4 ชนิด ในไทยได้มีการใช้ยา 1) Chloroquine/Hydroxychloroquine โดยหวังไปทำให้ผนังเซลล์แข็งแรง ป้องกันการถอดร่างไวรัสในเซลล์ ผลการรักษายังไม่เป็นที่แน่ชัด หรือยืนยันว่าได้ผลจากการศึกษาที่ชัดเจน 2) ยาต้าน HIV สูตรผสมโลพินาเวียร์ และริโทนาเวียร์ ถูกนำมาใช้รักษาโรคโควิด 19 เพราะลักษณะเอนไซม์ Protease ของไวรัสโควิด 19 กับ HIV มีส่วนคล้ายกัน จึงมีการนำมาใช้ ซึ่งการศึกษามีการเปรียบเทียบระหว่างการให้กับไม่ให้ ในรายโควิดที่รุนแรง ผลไม่แตกต่างกัน หรือกล่าวว่าโควิด 19 ที่เป็นรุนแรงแล้ว ยา 2 ตัวนี้ไม่ช่วย แต่ในรายที่ไม่รุนแรงต้องรอผลการศึกษา เพราะยานี้มีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก 3) Favipiravir ในไทยได้นำเข้ามายนีประเทศญี่ปุ่นเป็นผู้คิดขึ้นมาเพื่อรักษาไข้หวัดใหญ่ และต่อมาพบว่ามีฤทธิ์กว้าง ขัดขวางการสร้าง RNA ไวรัสชนิดอื่นๆ ด้วย เคยมีการนำมาใช้ใน Ebola แต่ผลก็ไม่ได้เป็นดังเป้าหมาย และขณะนี้ได้นำยานี้มาใช้ในการรักษาโควิด 19 มากขึ้น และรอผลการศึกษาที่เป็นเชิงวิทยาศาสตร์ถึงประสิทธิผล ประเทศไทยได้มีการนำมาใช้ในรายที่มีอาการรุนแรง ที่มีอาการปอดบวม 4) Remdesivir เป็นยาที่คิดค้นใหม่ ยังไม่ผ่านการรับรองขององค์การอาหารและยา (อย.) จึงเป็นยาที่อยู่ระหว่างการ

วิจัยในระยะที่ 3 และเคยพยายามศึกษากับไวรัส MERS ยานี้ได้ถูกนำมาใช้ศึกษาในโรคโควิด 19 ในผู้ป่วยรายแรกของประเทศสหรัฐอเมริกา และมีการศึกษาเป็นจำนวนมากในขณะนี้ 5) นำพลาสมาของคนที่ยาป่วยได้มีการศึกษาในประเทศจีนและประเทศเกาหลี มีมากกว่า 5 รายงานการศึกษา ในผู้ป่วย 30 คน ในรายงานผลบอกว่าได้ผลดี ขณะนี้มีการศึกษากันเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยมีโครงการนี้อยู่เช่นกัน โดยขอบริจาคพลาสมาจากผู้ที่ยาป่วยแล้วการรักษาโรคโควิด 19 สำหรับแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่จำเพาะและได้ผลอย่างชัดเจนนั้นจึงต้องมีการศึกษาต่อไป เนื่องจากไวรัสมีการกลายพันธุ์เช่นกัน¹²

ไวรัสโคโรนา 2019 ผลต่อสุขภาพ

ไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อสุขภาพเสมือนร่างกายได้รับการติดเชื้อโรคของภูมิคุ้มกันบกพร่องไปด้วย ดังนั้นอาการและอาการแสดงจะแสดงออกถึงการมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีการติดเชื้อซ้ำได้ง่าย จากการศึกษาประวัติสุขภาพของผู้ป่วยแสดงอาการที่แสดงของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง การดูแลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากปัญหาของการมีภูมิคุ้มกันบกพร่องแล้วยังมีอาการของความเครียดเกิดขึ้น ดังนั้นในการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพต้องสามารถจัดการกับความเครียดที่เป็นผลต่อสุขภาพที่ตามมา การถูกกักตัวหรือการคุมขังนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการควบคุมการแพร่กระจายของการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วยังมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนี้

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ

ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ไปเกาะติดกับเซลล์ในเยื่อจมูก ช่องคอ ทางเดินหายใจ หรือปอด ซึ่งสามารถเปลี่ยนให้เซลล์เหล่านี้กลายเป็นแหล่งผลิตเชื้อที่เพิ่มจำนวนและแพร่เชื้อไวรัสออกไปได้มากยิ่งขึ้นส่งผลให้มีอาการของการระคายเคืองและระบบทางเดินหายใจถูกทำลายจึงเกิดอาการทางระบบหายใจซึ่งจะมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต แม้ว่าอาการหลายอย่างจะคล้ายคลึง แต่เนื่องจากเกิดจากเชื้อไวรัสที่แตกต่างกัน จึงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถระบุโรคตามอาการเพียงอย่างเดียว จึงต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันเชื้อปอดมีปัญหายาอย่างรุนแรง องค์การอนามัยโลก ระบุว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ จะมีอาการเริ่มแรกคือ มีไข้ ตามมาด้วยอาการไอแห้ง ๆ หลังจากนั้นราว 1 สัปดาห์จะมีปัญหาหายใจติดขัด ผู้ป่วยอาการหนักจะมีอาการปอดบวมอักเสบร่วมด้วย หากเกิดการอักเสบที่รุนแรงซึ่งมีหน้าที่นำออกซิเจนเข้าสู่เลือดก็จะทำให้เกิดอาการปอดบวม ซึ่งในผู้ป่วยอาการหนักนั้น แพทย์จะต้องรักษาด้วยการให้ออกซิเจน เพราะปอดเต็มไปด้วยของเหลวและซากเซลล์ที่ตายแล้ว หากอาการรุนแรงมากอาจทำให้อวัยวะภายในล้มเหลว^{9,11}

ผลต่ออวัยวะอื่นในร่างกาย

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ไตล้มเหลวและอื่น ๆ ที่ทำให้

สุขภาพทรุดโทรม ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพ จึงเป็นความท้าทายของผู้ดูแลมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อ่อนแอมีแนวโน้มเสียชีวิตมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจในการเชื่อมโยงกับไวรัสโคโรนา 2019 กับภาวะขาดสารอาหาร, ภาวะโภชนาการเกินอีกด้วย ที่จะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ และยังสามารถสร้างความเสียหายต่อหลอดเลือดขนาดเล็กที่อยู่ในปอด และทำให้เลือดแข็งตัวเป็นลิ่มอีกด้วย^{9,11}

ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน

ในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในการศึกษาในระยะสั้นผลปรากฏภูมิคุ้มกันลดลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังแพร่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้แม้มีอาการดีขึ้นซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคในสถานพยาบาลและในการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายยังคงต้องแยกกักตัวเองต่อที่บ้านหลังจากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ส่วนในผลระยะยาวยังไม่หลักฐานเพียงพอเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือระยะเวลาของภูมิคุ้มกันที่สร้างจากสารแอนติบอดีที่จะรับประกันความเที่ยงตรงของสิ่งที่เรียกว่า พาสพอร์ตภูมิคุ้มกันหรือใบรับประกันว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนี้ สำหรับผู้ป่วยแล้วตนเองเกิดภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อครั้งที่สองอาจทำให้ละเลยในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด อาจส่งผลต่อการระบาดอย่างต่อเนื่องได้^{9,11}

ดังที่กล่าวมาแล้วผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อระบบหลัก ๆ ในร่างกายที่พบในระบบทางเดินหายใจ ทางระบบภูมิคุ้มกัน อวัยวะอื่น ๆ และความเครียดนั้น จึงต้องการการดูแลด้วยระบบการดูแลแบบประคับประคอง

การพยาบาลประคับประคองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หลักการพยาบาลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยและอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยรวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษา การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงแนวทางปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เมื่อเผชิญกับปัญหา อันเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากอาการเจ็บป่วยให้ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การพยาบาลแบบ

ระดับประคองจึงเป็นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยจากลาอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถจัดการภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างไม่ค้างคาใจ¹³

พยาบาลควรมีความเข้าใจในหลักการต่าง ๆ ของการพยาบาลแบบประคับประคองและประยุกต์ใช้ในงานของการพยาบาลชุมชน การดูแลแบบประคับประคองอย่างองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งมีความต่อเนื่อง (Continuous Caring) จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลสาธารณสุข จึงควรมีบทบาทที่หลากหลายเช่นการเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case management) ผู้บริหาร (Administrator) ผู้ประสานงาน (Coordinator) เป็นตัวแทน (Advocator) ที่ปรึกษา (Counselor) ผู้ให้การสนับสนุน (Facilitator) ผู้ให้บริการ (Health care provider)¹⁴ จากบทบาทต่าง ๆ นี้พยาบาลจึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนทางด้านกฎหมายของครอบครัว การเป็นผู้จัดการหรือตัวแทนของครอบครัวในการตัดสินใจต่าง ๆ ในกรณีจำเป็น มีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการเทคนิคของการสื่อสารข่าวร้ายให้กับญาติได้ถูกต้อง ทำงานเป็นทีม ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ในการพัฒนาวิชาชีพ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการให้การดูแลแบบผู้จัดการกรณี

จะมีความสำคัญที่จะต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยเหล่านี้และครอบครัวและช่วยให้มีการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมสำหรับช่วงเวลาที่ไม่นานอน พยาบาลเป็นผู้วางแผนการจัดการกับผลกระทบของโรคระบาดในผู้ป่วยและวิธีการบังคับให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด สร้างรูปแบบแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่ที่ได้รับการตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและเป็นกลุ่มเปราะบาง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นหลักสหวิทยา การพยายามใช้ทักษะและความรู้ของแพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และอื่นๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพกับโรคร้ายแรง การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ปรับให้เหมาะสมให้เกิดคุณภาพชีวิต การรักษาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจะทำให้ความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การพยาบาลแบบดั้งเดิมเน้นที่องค์รวมเป็นศูนย์กลางการดูแลและสมาคมพยาบาลอเมริกันระบุปรัชญาการพยาบาล¹⁶ ซึ่งเน้นการบรรเทาทุกข์ทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและในช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีชีวิตที่ถูกจำกัด ซึ่งต้องช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน อารมณ์ ที่มีความทุกข์ทรมานจากจึงต้องให้การดูแลที่จะสนับสนุนผู้ป่วยหรือครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง การดูแลแบบประคับประคอง หรือการดูแลให้มีความ

สะดวกสบายถูกนำมาใช้ในการดูแลค่อนข้างมาก เช่น ในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลหรือบ้านพักรับรองมุ่งเน้นไปที่การระบุเป้าหมายและค่านิยมของผู้ป่วย การรักษาตามอาการที่เป็นความไม่สุขสบายหรือจะเป็นการเพิ่มคุณภาพของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถกระทำได้ในทุกขั้นตอนของการเจ็บป่วยนับจากได้รับการวินิจฉัยเป็นต้นไป และสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาโรค

ไวรัสโคโรนา 2019 กับการพยาบาลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวัตถุประสงค์คือการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การเคารพเป้าหมายของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลขั้นสูง การจัดการความเจ็บปวด อาการ และการสนับสนุนผู้ดูแล นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการให้การช่วยเหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตอาจเป็นสัปดาห์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายของชีวิตมักจะเกิดขึ้นเมื่อโรคของผู้ป่วยเป็นขั้นสูงมากขึ้นและเสี่ยงต่อความใกล้จุดสิ้นสุดของชีวิต ในกรณีนี้การสนทนาเพื่อการวางแผนล่วงหน้าหรือ Advance care plan ควรต้องมีการวางแผน ระบุสิ่งที่สำคัญที่สุดสิ่งที่ต้องการหรือเรื่องค้างคาใจ และวิธีการดูแลทางการแพทย์ เวลาที่สำคัญที่สุดคือจัดให้มีเวลากับบุคคลที่ต้องการอย่างเหมาะสม ตามหลักการเว้นระยะห่างหรือห่างแบบห่างกับ ครอบครัว ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายหรือความต้องการของผู้ป่วย ในบางรายต้องการที่จะอยู่บ้านและอยู่อย่างสบายที่บ้านก็ไม่อาจกระทำได้

ในช่วงนี้ วิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดคือการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการจัดการกับอาการและปัญหาการกลับบ้านด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆตามความจำเป็นนั้นไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนการแพร่กระจายเชื้อก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถจัดการตามความปรารถนาได้ ดังนั้นการจัดการในโรงพยาบาลให้มีการดูแลแบบวิถีใหม่จึงเป็นสิ่งสำคัญในการห้วงแบบห่างในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเต็มที่จนกว่าที่จะลาจากไป และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี การสอบถามหรือประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความปรารถนาหรือ (Wish) ของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการสิ่งค้างคาใจ การพยาบาลแบบประคับประคองจะช่วยให้สมาชิกของทีมสหสาขาวิชาชีพคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ ขณะที่ให้การพยาบาลวางแผนที่จะดูแล การช่วยเหลือจะต้องขยายไปถึงครอบครัวผู้ดูแลและผู้อื่นที่สำคัญต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสูญเสียสิทธิในการเลือกสถานที่ที่ต้องการตายเนื่องจากเป็นแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายโรค พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้แน่ใจว่า บุคคลที่เข้าใกล้จุดจบของชีวิตได้รับการสนับสนุนให้ตายในสถานที่เหมาะสมเท่าที่เป็นไปได้ ในทางที่ผู้ป่วยและคนที่รักต้องการ ผู้ป่วยบางรายที่เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้การจากลาหรือเสียชีวิตแบบไม่ตายดี เกิดห้วงความกังวลจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลจึงต้องมีความเคารพต่อความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลหรือในที่พักรับรองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือบนหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโร

นา 2019 จะต้องไม่เปลี่ยนแปลงการตายอย่างสมศักดิ์ศรี ในบางครั้งถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ยากลำบาก^{13,14} ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตและต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การวางแผนการดูแลขั้นสูง (Advance care plan) ใช้เพื่ออธิบายการวางแผนที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เกี่ยวกับลำดับความสำคัญของการดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่จะเน้นทักษะที่เป็นเอกลักษณ์และจุดแข็งของการดูแลแบบประคับประคอง¹³ พยาบาลผู้ดูแลแบบประคับประคองจัดการอาการไม่สบายต่างๆ สร้างความเข้าใจในการตายเป็นธรรมชาติ การดูแลทางจิตวิญญาณ¹⁵ ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสำรวจความหวังและความสำคัญใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการดูแลที่เป็นไปได้ และเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่เป้าหมายทางการแพทย์ที่สมบูรณ์ยังต้องมีความเต็มใจที่จะเปิดเผยความกลัวและความกังวลของผู้ป่วยเช่นความกลัวของความตาย ความกลัวของสิ่งที่ไม่รู้จัก ความกลัวของการสูญเสียการควบคุมอาการสุดท้ายหรือกลายเป็นภาระในครอบครัว ความเข้าใจของความกลัวเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วย การดูแลและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนการในอนาคตมีหลักฐานว่าการรักษาแบบประคับประคองสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโรคร้ายแรง¹⁴ การวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การพยากรณ์โรคในช่วงปลายชีวิต การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในการดูแลผู้ป่วยพบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลลดลง ระบบการดูแลสุขภาพมีมาตรฐานการรักษที่เป็นมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นความสุขสบายให้ผู้ป่วย ไม่มุ่งที่การยืดหรือยื้อชีวิต^{12,13,14}

การรักษาแบบประคับประคองในการจัดการความเจ็บปวดซึ่งเป็นความทุกข์ การจัดการอาการเป็นสิ่งสำคัญ เช่นผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้และอาเจียน อาการท้องผูก ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลซึ่งสามารถลดคุณภาพชีวิต¹⁶ แต่บางครั้งการรักษาอาการก็ไม่เพียงพอที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมานและเป็นสิ่งที่การดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบทบาทในรูปแบบของการสนทนากับผู้ป่วย การบรรเทาใจ การช่วยให้มีความสุขสบายขึ้น มีการใช้ยาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และใช้ยาที่คุ้นเคยในการดูแลแบบประคับประคองเช่น opioids และ NSAIDS ยาระบาย ยาแก้ซึมเศร้า SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) หรือยาด้านเศร้าเอสเอสอาร์ไอ เป็นกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ช่วยเพิ่มระดับสารเซโรโทนินในสมอง เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยและมักไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่น โดยนำมาใช้บรรเทาอาการซึมเศร้าหรืออาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคแพนิค และ Benzodiazepines แต่ในบางครั้งก็อาจใช้ในรูปแบบที่ไม่คุ้นเคยใช้ Haloperidol เพื่อรักษาอาการคลื่นไส้ โดยการรักษาความกลัวจะอยู่ในความเจ็บปวดและ

โดยการบรรเทาสิ่งต่าง ๆ ขึ้นกับสถานการณ์^{9,11} นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังประยุกต์ใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการใช้ภูมิปัญญาไทยมาดูแลเพื่อลดอาการรบกวนและเพิ่มความสบายขึ้น¹⁷ การรักษาแบบประคับประคองที่ดีที่สุด ได้แก่ การให้ออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการเป็นโรครุนแรง รวมถึงการดูแลระบบทางเดินหายใจชั้นสูงอื่น ๆ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เดกซาเมทาโซนเป็นคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ช่วยลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต เป็นต้น

กรณีศึกษาการพยาบาลระดับประคองสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลและผลการตรวจ

ผู้ป่วยชาย รูปร่างอ้วน อายุ 39 ปี อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สูบบุหรี่เป็นประจำ เดินทางไปประเทศอังกฤษได้ 12 วัน เริ่มมีอาการไข้ ไอแห้ง ๆ รู้สึกคันในลำคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีแน่นหน้าอก ไม่เหนื่อย ตั้งแต่ก่อนกลับจากต่างประเทศ แต่ไม่ได้มาได้รับการตรวจ อยู่จนกระทั่งวันที่ 15 จึงได้เดินทางกลับประเทศไทย หลังจากกลับมาได้ไปกักตัวร่วมกับผู้ร่วมเดินทาง ระหว่างกักตัวได้ 10 วันเริ่มมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อยไม่รับรสอาหาร จึงได้ถูกส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าเป็นบวก (Positive)

แพทย์รับเข้ารักษา ต่อมาตรวจร่างกายพบว่ามี การเต้นผิดปกติของหัวใจ การมีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือมี QT prolong ซึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส คือ Lopinavir/ritonavir (LPVr), Hydroxychloroquine, และ Azithromycin ได้ ในเวลาต่อมา มีการตรวจหาเชื้อซ้ำผลการตรวจ PCR หาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังเข้ารับการรักษาพบว่าเป็นลบ (Negative) แต่แพทย์ประเมินจากอาการและผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกที่พบความผิดปกติ คือมี Infiltration จึงให้การรักษาต่อไป ในด้านการรักษา ได้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯในขณะนั้น และรักษาตามปัญหาหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ต่อมาหลังจากการรักษาผ่านไป 15 วัน ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเสียชีวิตในที่สุด

การวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลให้ความรุนแรงของการติดเชื้อของกรณีศึกษานี้ อาจเกิดจาก อายุ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีพฤติกรรมเสี่ยงคือ สูบบุหรี่เป็นประจำ อ้วน รวมทั้ง มารับการรักษาล่าช้า และหลังเข้ารับการรักษาเริ่มได้รับยาต้านไวรัสช้าส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคก็บ่งบวงาย

การพยาบาลแบบประคับประคอง มีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินเพื่อเข้าสู่การพยาบาลแบบประคับประคอง

การพยาบาลแบบประคับประคองนี้จะเริ่มให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (criteria) คือมีการติดเชื้อเข้าไปในปอด เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ 4 คือมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยมีปอดอักเสบที่มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ มีภาวะลดลงของออกซิเจน $\geq 3\%$ หรือมีอาการเริ่มไม่ดี หรือจะอยู่ในกลุ่มที่ 3 ที่เริ่มมีอาการเหนื่อย หอบมากขึ้น การเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การพยาบาลแบบประคับประคองก็เป็นสิ่งที่ดี

2. ประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความต้องการ ในระยะที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยรายนี้อายุ 39 ปี ซึ่งยังมีอายุไม่มาก มีธุรกิจ การงาน ปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการทางกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามที่เคยได้ จากอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจลำบาก และปัญหาทางจิตใจและจิตวิญญาณ ความต้องการที่ ต้องการสะสาง เพื่อมาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลต่อไป

3) กิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง พยาบาลผู้ดูแลควรใช้ระบบการดูแลแบบผู้จัดการกรณีในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย ให้การพยาบาลด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ดังนั้น การปฏิบัติกรพยาบาลจึงเป็นเพื่อแก้ไข ปัญหาตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

ด้านจิตใจ ควรมีการวางแผนเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านระบบการสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ แบบวิถีใหม่ เช่น

การออนไลน์ติดต่อสื่อสาร ที่ต้องมีการจัดการกับผู้ป่วยที่ป่วยหนัก ควรมีการวางแผนล่วงหน้า (Advance care plan) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนจัดการชีวิต (Family meeting) แบบยุควิถีใหม่ และมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การดูแลด้านความต้องการที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลต้องมีการประเมินความต้องการมีการสื่อสารในขณะที่ผู้ป่วยยังรับรู้สื่อสารได้ จัดการเรื่องค่างใจหรือกิจกรรมที่ต้องการ¹⁷ จะทำให้การเสียชีวิตเป็นไปด้วยความหลุดพ้น ไม่กังวล ตลอดจนครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตใจ ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการปรับตัว การเผชิญความหวาดระแวง ความหวาดกลัวจากคนรอบข้าง เพื่อนบ้านที่ทราบว่าป่วยเป็นโควิดได้เช่นกัน

ด้านจิตวิญญาณ ในการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลต้องดูแลให้ความสนใจและเคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ การสื่อสารดูแลในช่วงนี้อาจเป็นไปด้วยความลำบากเนื่องจากพยาบาลต้องมีการป้องกันการติดเชื้อ มีการจำกัดเวลาในการให้การพยาบาล หรือใช้ระบบเทคโนโลยีช่วยสื่อสารด้วยความเต็มใจที่จะพูดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ กับผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วย และเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะมาถึง ควรให้มีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาทำภารกิจที่คั่งค้างให้แล้วเสร็จ ได้ปฏิบัติกิจกรรม

ตามความเชื่อเพื่อให้มีจิตใจที่สงบ เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย และเมื่อเวลานั้นมาถึงต้องการปราศจากความทุกข์ทรมานเจ็บปวด ซึ่งผู้ป่วยต้องจากลาอย่างโดดเดี่ยวที่ไม่ได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยได้เช่นกัน

แนวทางการจัดการศพของผู้ป่วยต้องมีการควบคุมสารคัดหลั่งที่เป็นสิ่งที่จะแพร่กระจายเชื้อ โดยเก็บศพไว้ในถุงซิปล้นน้ำได้อย่างน้อย 2 ชั้น และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทาภายนอกถุงศพ ห้ามเปิดถุงเด็ดขาด และเมื่อญาตินำกลับไปต้องให้คำแนะนำในการที่จะไม่มีการอาบน้ำศพ รดน้ำศพ และฉีดยารักษาศพ ให้บรรจุศพลงในโกศ นำไปทำพิธีได้ตามศาสนา จะเผาหรือฝังได้ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ

การดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement care) ในบทบาทพยาบาลหากผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลควรมีการส่งต่อให้พยาบาลชุมชนในการติดตามดูแลภายหลังการสูญเสียเพื่อประเมินครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยที่จากลา อายุยังไม่มาก การทำใจของครอบครัวเป็นอย่างโง่งงควรมีการติดตามประเมินเป็นระยะ ๆ เช่น 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือนเป็นอย่างใด ชีวิตครอบครัวสามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างปกติหรือไม่

การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิตทั้งหมดซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นการสื่อสารอย่างละเอียดอ่อนเกี่ยวกับเป้าหมายของบุคคลและช่วยให้มีการวางแผนสำหรับอนาคตที่มีความไม่แน่นอนว่าการจากลาจะเกิดขึ้นในเวลาใด เป็นการช่วยให้

ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดำเนินชีวิตอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ในวิถีชีวิตใหม่

ขั้นตอนที่ต้องการพัฒนาในการปฏิบัติงานจากการศึกษารายกรณี

การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากกรณีศึกษานี้จำเป็นต้องมีขั้นตอนที่ต้องการพัฒนาในการปฏิบัติงานของพยาบาลคือ การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองเข้าในระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเข้าปอดที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1) จัดระบบการดูแลแบบประคับประคองเข้าอยู่ในหอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ออกแบบการดูแลเพื่อตอบโจทย์การดูแลห้วงแบบห่าง กับครอบครัว และทีมสุขภาพ

3) จัดระบบการสื่อสารและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในการจัดการสิ่งค้างคาใจ ตลอดจนระบบการสื่อสารกับครอบครัวในการสร้างความเข้าใจ ยอมรับ ปรับตัวกับสิ่งที่ไม่คาดคิด หรือการจากลาอย่างรวดเร็ว

4) ออกแบบพัฒนาทีมงานการดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลหลังการเสียชีวิต (Bereavement care) เนื่องจากการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การพยาบาลแบบประคับประคองมีความสำคัญและจำเป็นที่สามารถนำไปใช้ได้กับ

โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด รวมทั้งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นปัญหาการแพร่ระบาดในปัจจุบัน พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องประเมิน เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนการพยากรณ์โรคจะดำเนินอย่างรวดเร็ว บทความวิชาการนี้จึงนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีการวางแผนการพยาบาลเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุป

การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุ เนื่องจากจะมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นและเป็นเหตุให้เสียชีวิตใน

ช่วงเวลาที่สั้น การพยาบาลแบบประคับประคองจึงต้องเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เกิดการวางแผนล่วงหน้า ทำให้เกิดการเตรียมตัว การจัดการสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้นแบบไม่คาดคิด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนจนถึงการจากลาอย่างสงบสุข แม้ในขณะที่บทบาทของการพยาบาลส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เมื่อการสูญเสียสิ้นสุดลงในโรงพยาบาล ระบบการพยาบาลแบบประคับประคองยังมีบทบาทสำคัญคือจากการส่งต่อของพยาบาลในโรงพยาบาลสู่การดูแลในชุมชน ในบทบาทการดูแลภายหลังการสูญเสียกับครอบครัว (Bereavement care) จากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ต่อไป

References

1. Peate I. COVID-19 and palliative care. *British Journal of Nursing* 2020; 29(8): 455.
2. WHO Coronavirus (Thailand) "Coronavirus disease (COVID-19) outbreak". who.int; 2020.
3. BBC News Online. "Coronavirus declared global health emergency" Archived from the original on 13 February 2020.
4. Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28(1): 67-72.
5. Department of disease control. Corona virus 2019 (COVID-19). *Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Ministry of Public Health*; 2020.
6. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. March 11, 2020". *World Health Organization*; 2020.
7. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species severe acute respiratory syndrome-

- related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol* 2020; 5(4): 536-44.
8. World Health Organization. COVID-19 clinical management: living guidance; 2021
 9. National Institutes of Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines; 2021.
 10. Ratnarathon A. Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19): a case report, the first patient in Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2020; 14(2): 116-23. (in Thai).
 11. Tagarro A, Epalza C, Santos M, Sanz-Santaefemia FJ, Otheo E, Moraleda C, Calvo C. Screening and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in children in Madrid, Spain. *JAMA pediatrics* 2021; 75(3): 316-7.
 12. CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): United States, February 12 - March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(12): 343-6.
 13. WHO. WHO Definition of Palliative Care. The Health Assembly annually in Geneva: Switzerland; 2005.
 14. Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing. A guide to practical assessment. *British Journal of Nursing* 2004; 13(19): 1140-4.
 15. Dahlin C. Clinical practice guidelines for quality palliative care (3rd ed.). Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2015.
 16. American Nurses Association. Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org; 2015.
 17. Artsanthia J. Palliative Care in community with the Buddhism traditions. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2013; 14(1): 123-27. (in Thai).

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

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

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทความหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทความหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

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

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ชื่อ และนามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

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

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปรูปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและ ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ 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

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วน อะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความ ตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความ เชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลทำอะไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ 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 ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ [https://he01.tci-thaijo.org/index.php/](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn)

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) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e - mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตามประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal artical**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakompanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokkiao 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): 2154-60.

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.154-68. (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/yrebs/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

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaijphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกไปเสร็จในนาม.....

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.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/ บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่น ๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำ ผลงานวิจัย/ บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อสกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/ บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาล
สาธารณสุข คือ

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์ โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงิน
ค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว