
บทบรรณาธิการ

น้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณ

เกิดพระเกียรติเนื่องในวโรกาสครบรอบ ๑๐๐ ปี

บทความวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลหัวหิน
2. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด – 19
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ		
	3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้อยู่ในวิชาชีพพยาบาล		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ต้นสถิตย	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวิวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชราพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละก่าปัน	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปียเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ดร.มล.อาบกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.นาตา	ลัคนหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.นิสากร	กรุ้งไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับที่ 37 เดือนมกราคม – เมษายน 2566 นี้เป็นฉบับที่ องค์อุปถัมภ์สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ในวาระวันคล้ายวันประสูติเวียนมาครบ 100 ปี ในวันอังคารที่ 6 พฤษภาคม 2566 ซึ่งรัฐบาลและประชาชนได้จัดงานเฉลิมฉลองเพื่อเผยแพร่พระเกียรติคุณ ในการนี้วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้นำเสนอ บทความเทิดพระเกียรติเนื่องในวโรกาสครบ 100 ปี วันประสูติสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์และน้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัย 5 เรื่อง ที่ศึกษาในประเด็นสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุขไทย ดังนี้ การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลหัวหิน ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินระหว่างการเดินทางระบาดของเชื้อโควิด-19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการการจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนุบำรุงเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

วารสารพยาบาลสาธารณสุขเป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมินบทความและเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานของการเผยแพร่ผลงานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรในวงการพยาบาลและการสาธารณสุขตลอดจนผู้สนใจโดยทั่วไปจะได้รับสาระประโยชน์จากการสารฉบับนี้

ผศ.ดร.เพลินพิศ บุญยมาลิก

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 37

เดือน มกราคม – เมษายน 2566

น้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณ

100 ปี วันประสูติ

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

วาระวันประสูติครบ	ครบรอบหนึ่งร้อยปี
สมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิ-	วัฒนาทรงคุณูปการ
องค์อุปถัมภ์ยิ่งแล้ว	พระคุณ ปกเกล้า
ประจักษ์แจ้งเด่นด้าว	แหล่งหล้า
เสริมสุขภาพพะอศรัว	ชนชั้น ท้วถ้วน
การศึกษาผดุงพร้อม	ธ เกื้อพัฒนา
พระปรีชารังสรรค์	สารพันดำรงคไไว้
น้อมรำลึกตลอดไป	ตราบนานเท่านิรันดร์เทอญ

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ถือกำเนิดสืบสานต่อเนื่องจากชมรมพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2526 ภาควิชาการพยาบาล ในโอกาส 30 ปี และได้รับพระกรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา (พระยศในขณะนั้น) ทรงเปิดป้ายชมรมในวโรกาสที่เสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีฉลองครบรอบ 30 ปี ภาควิชาการพยาบาล ณ หอประชุมราชพฤกษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันเสาร์ที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2526

ชมรมพยาบาลสาธารณสุข ก่อตั้งขึ้นโดยดำริของคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข (ปัจจุบัน คือภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ประภา ลิ้มประสูต ซึ่งเป็นหัวหน้าภาควิชาในขณะนั้น พร้อมด้วยทีมงานที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการครั้งนั้น ซึ่งส่วนใหญ่คือศิษย์เก่าจากภาควิชาที่มีตำแหน่งผู้บริหารองค์กรและสถาบันการศึกษาด้านการสาธารณสุขและการพยาบาล โดยการร่วมประชุมปรึกษาหารือและพิจารณาเห็นว่า ศิษย์เก่าจากภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ทั่วประเทศ สมควรมีองค์กรที่เป็นศูนย์รวมของวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางติดต่อสื่อสารของสมาชิกชมรม สามารถแสดงศักยภาพทางการปฏิบัติวิชาชีพและการพัฒนาวิชาการให้ปรากฏแก่สังคมและเพื่อจัดกิจกรรมทางวิชาชีพที่เป็นสาธารณประโยชน์สนองความต้องการสังคม โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของชมรมพยาบาลสาธารณสุข ดังนี้

1. ส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลสาธารณสุข
2. ช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่สมาชิก
3. เสริมสร้างความสามัคคี
4. เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์การของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง
5. ช่วยเหลือสังคมตามแนวทางแห่งวิชาชีพทั้งนี้ไม่เกี่ยวกับการเมือง

ในระยะเริ่มแรกชมรมมีการดำเนินงานโดยทีมงานผู้ก่อตั้ง ซึ่งได้จัดตั้งเป็นคณะกรรมการชมรม โดยมีมติเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ประภา ลิ้มประสูต ให้ดำรงตำแหน่งประธานชมรม ต่อเนื่องเรื่อยมา

ต่อมาคณะกรรมการชมรมได้พิจารณาเห็นว่าสมควรปรับเปลี่ยนชมรมให้เป็นสมาคม จึงได้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสารต่างๆ โดยใช้ฐานข้อมูลของชมรมให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของการก่อตั้งสมาคมที่กำหนดไว้ โดยใช้ชื่อว่า สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย คณะกรรมการชุดแรกของสมาคมส่วนใหญ่ คือคณะกรรมการชมรมเดิมและนายกสมาคมคนที่ 1 ก็คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ประภา ลิ้มประสูต ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของสมาคม ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่ชื่อเสียงและเกียรติคุณของพยาบาลสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมความสามัคคีระหว่างสมาชิก
4. เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่สมาชิก
5. เพื่อเป็นตัวแทนของวิชาชีพในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน หรือองค์การของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง
6. เพื่อช่วยเหลือสังคมตามแนวทางแห่งวิชาชีพ
7. ไม่ดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับการเมือง

แผนการดำเนินงานของสมาคมสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของคณะกรรมการและสมาชิกของสมาคม เช่น การจัดประชุมวิชาการพยาบาลสาธารณสุขประจำปี ร่วมกับภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการทางสุขภาพตามความต้องการของชุมชนในโอกาสอันสำคัญต่างๆ ร่วมกับสมาคมวิชาชีพต่างๆ จัดกิจกรรมบริการแก่สังคมตามโอกาสอันสมควร ให้ความช่วยเหลือสมาชิกสมาคมและงานการกุศล ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวินิจฉัยแก่นักศึกษาภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข ตามระเบียบที่กำหนดไว้ โดยมีผลงานประจักษ์เป็นที่ยอมรับของสมาชิกผู้สังคมตลอดมา

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ อนุโมทนาคุณสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในวันที่ 2 มิถุนายน 2531 และ ในวันพุธที่ 7 ธันวาคม 2531 ได้เสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการพยาบาลสาธารณสุข ครั้งที่ 1 เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก

ในนาม สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ นับเป็นพระกรุณาธิคุณอย่างหาที่สุคติได้

จรรยา เสียงเสนาะ
สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

เทิดพระเกียรติเนื่องในวโรกาสครบรอบ ๑๐๐ ปี วันประสูติ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงเป็นพระธิดา พระองค์แรกในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ประสูติเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2466 ณ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ทรงมีพระอนุชาเป็นพระมหากษัตริย์ไทย 2 พระองค์ คือ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร และพระบาทสมเด็จพระชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และทรงเป็นพระปิตุจฉาในสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระนามว่า หม่อมเจ้าหญิงกัลยาณิวัฒนา ต่อมา พ.ศ. 2470 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ทรงสถาปนาเป็นพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้ากัลยาณิวัฒนา เมื่อ พ.ศ. 2478 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัชกาลที่ 8 ทรงเฉลิมพระเกียรติ เป็นสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา เมื่อทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบในปี พ.ศ. 2538 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ได้ทรงกรุณาโปรดเกล้าฯ สถาปนาพระอิสริยยศที่เจ้าฟ้าต่างกรมฝ่ายในพระองค์แรกในรัชกาล ทรงพระนามว่า สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์^{1, 2}

เมื่อครั้งยังทรงพระเยาว์ทรงประทับที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และเสด็จกลับประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2471 ทรงประทับที่วังสระปทุม เดิมพระบรมราชชนกทรงตั้งพระทัยจะเสด็จไปทรงปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่โดยได้เสด็จไปทรงงาน 21 วัน เสด็จกลับกรุงเทพฯ ทรงพระดำริจะเสด็จกลับเชียงใหม่พร้อมครอบครัว แต่หลังจากนั้นพระบรมราชชนกประชวรอยู่นาน 4 เดือน และเสด็จสวรรคต ณ วังสระปทุม ในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2472³ นับแต่นั้น สมเด็จพระบรมราชชนนีทรงอภิบาลดูแลพระโอรสและพระธิดาอย่างใกล้ชิด

ในช่วง สมเด็จพระหลวงสงขลานครินทร์ ทรงเจริญพระชนมายุมีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง การเมืองอันไหว สมเด็จพระศรีศรวริทรา บรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ทรงห่วงพระราชธิดา จึงมีพระประสงค์ให้เสด็จออกไปประทับต่างประเทศ พระองค์พร้อมด้วยพระชนนีและพระอนุชา จึงเสด็จไปประทับที่เมืองโลซานประเทศสวิตเซอร์แลนด์เมื่อปี พ.ศ. 2475 ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2477 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวสละราชสมบัติ รัฐบาลกราบบังคมทูลอันเชิญพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอานันทมหิดล เสด็จขึ้นครองราชย์สมบัติเป็นสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล จึงทรงสถาปนาพระเชษฐภคินี ขึ้นเป็นสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาและพระอนุชาเป็นสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้าภูมิพลอดุลยเดช แม้พระฐานันดรศักดิ์จะเปลี่ยนไป แต่ทั้งสามพระองค์ยังคงชีวิตปกติ สมเด็จพระบรมราชชนนีทรงอบรมอภิบาลและปลูกฝังเรื่องการเป็นคนดี การทำประโยชน์เพื่อสังคม ดังความว่า “ในครอบครัวเรา (ความรับผิดชอบ) เป็นของไม่ต้องคิด เป็นธรรมชาติ สิ่งที่สองอันดับแรกคือ เราจะทำอะไรให้เมืองไทย ถ้าไม่มีความรับผิดชอบจะไปช่วยเมืองไทยได้อย่างไร”¹

ในปี พ.ศ.2492 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ทรงสำเร็จการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยโลซานน์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ อีกทั้งยังทรงเข้าศึกษาคณะสังคมศาสตร์ - ครุศาสตร์ ประกอบด้วยสาขาวิชาการศึกษา วรรณคดี ปรัชญาและจิตวิทยา⁴ ทำให้ทรงมีพระปรีชาในศาสตร์แขนงต่างๆอย่างลึกซึ้งรอบด้าน

พระกรณียกิจด้านการศึกษา

พ.ศ. 2495 ทรงเสด็จกลับเมืองไทย หลังจากสำเร็จการศึกษาทางวรรณคดี ด้วยพระปรีชาในด้านภาษาและวรรณคดี ทรงเป็นอาจารย์พิเศษ สอนวิชาภาษาฝรั่งเศส วรรณคดีและอารยธรรมฝรั่งเศส ที่คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทรงหยุดสอนที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใน พ.ศ. 2501 เมื่อปี พ.ศ.2531 ทรงสอนที่คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทรงเป็นอาจารย์ประจำจนถึง พ.ศ. 2519 และทรงรับเป็นอาจารย์พิเศษจนถึงปี พ.ศ.2526 จากการทรงสอนที่มหาวิทยาลัยหลายแห่ง ทรงตระหนักถึงปัญหาอุปสรรคการเรียนการสอนภาษาฝรั่งเศสในประเทศไทยจึงทรงก่อตั้งสมาคมครูภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนประสบการณ์สอน ทรงดำรงตำแหน่งนายกสมาคมฯ ต่อมาตั้งมูลนิธิส่งเสริมภาษาฝรั่งเศสและฝรั่งเศสศึกษา³ การเรียนการสอนภาษาฝรั่งเศสในประเทศไทยก้าวหน้าอย่างรวดเร็วด้วยพระมหากรุณาธิคุณ ทรงเป็นอาจารย์สอนที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นครั้งสุดท้ายเมื่อ พ.ศ.2527 หลังจากนั้นมิได้ทรงงานสอนโดยตรง

น้ำพระทัยที่เปี่ยมความเป็นครู ทำให้ทรงงานพัฒนาทางการศึกษาแก่เยาวชนไทยอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา ความสนพระทัยขยายกว้าง นอกเหนือจากการพัฒนาการเรียนการสอนภาษาฝรั่งเศสที่ทรงเริ่มต้นมานาน สู่การพัฒนาความรู้ความสามารถของเยาวชนไทยในด้านต่างๆ เช่น ทรงส่งเสริมโครงการโอลิมปิกวิชาการระหว่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เพื่อให้มาตรฐานการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ของเยาวชนไทยทัดเทียมนานาชาติ ยังทรงช่วยเหลือพัฒนาการศึกษาของเด็กก้อทิสติก ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2538

ด้วยพระปรีชาและอุทิศพระองค์เพื่อการศึกษาเป็นที่ประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ มหาวิทยาลัยต่างๆ ได้ทูลเกล้าถวายปริญญาในหลายสาขาวิชา

พระกรณียกิจด้านการแพทย์ การสาธารณสุข

สมเด็จพระบรมราชชนนี ทรงพบว่าประชาชนจำนวนมากเจ็บป่วยแต่ขาดโอกาสเข้ารับบริการทางการแพทย์ จึงทรงโปรดให้จัดตั้งหน่วยแพทย์อาสา สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ตามเสด็จไปดูแลรักษาผู้ป่วยที่รอรับบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะพื้นที่ขาดแคลนระบบบริการทางการแพทย์ของรัฐ งานแพทย์อาสาเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยหนักถูกส่งไปยังโรงพยาบาลใหญ่ในเมืองเพื่อรับการรักษาอย่างทันเวลาที่

เมื่อสมเด็จพระบรมราชชนนีสวรรคต สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงรับตำแหน่งประธานกิตติมศักดิ์ ทรงสืบสานงานแพทย์อาสาอย่างต่อเนื่อง ยังมีมูลนิธิที่ทรงรับตำแหน่งประธานสืบต่อจากพระบรมราชชนนี ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิ⁴ สมาคมต่างๆมากมาย อาทิเช่น มูลนิธิชาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ศิริราชมูลนิธิ มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล) จุฑาธุชมูลนิธิโรคไต มูลนิธิถันยรักษ์ และสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2526 โดยแรกเริ่มเป็นชมรมการพยาบาลสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลสาธารณสุข จากความร่วมมือร่วมใจของกลุ่มศิษย์เก่าที่ปรารถนาจะเห็นความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาลสาธารณสุข ได้เสียสละเวลา แรงใจตลอดจนทุนทรัพย์ เพื่อช่วยกันริเริ่มก่อตั้งชมรมจนเป็นผลสำเร็จ⁵ และได้กราบบังคมทูลเชิญ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ เพื่อเสด็จมาเปิดป้ายชมรมและเป็นองค์อุปถัมภ์

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ได้เสด็จเป็นองค์ประธานในพิธีฉลองครบรอบ 30 ปี ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และทรงเปิดป้ายชมรมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ณ หอประชุมราชพฤกษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2526 “ขอให้ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขและชมรมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จงอำนวยความสะดวก ในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนชาวไทยสืบไป ขอให้เจริญรุ่งเรืองชั่วกาลนาน”

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ มีพระหฤทัยเปี่ยมด้วยพระเมตตากรุณา ปรารถนาที่จะให้เยาวชนและประชาชนได้ศึกษาเล่าเรียนมีวิชาความรู้ มีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงทรงพระอุตสาหะรับเป็นอาจารย์สอนในสถาบันการศึกษาหลายแห่ง อีกทั้งทรงก่อตั้งและรับสมาคมและมูลนิธิหลายแห่งที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา วัฒนธรรมและการดนตรี การแพทย์ การสาธารณสุขและการสังคมสงเคราะห์ไว้ในพระอุปถัมภ์ ทำให้กิจการของสมาคม มูลนิธิและองค์กรการกุศลเหล่านั้นก้าวหน้ามั่นคง ก่อเกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชนอย่างเอนกอนันต์

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ มีพระกรุณาธิคุณล้นพ้นต่อปวงชนชาวไทยถ้วนหน้า ทรงบำเพ็ญพระกรณียกิจนานับประการ ด้วยพระวิริยะอุตสาหะทรงแบ่งเบาพระราชภาระพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 และได้สนองพระกรุณาธิคุณถวายพระอภิบาลสมเด็จพระชนนีอย่างใกล้ชิด โดยเสด็จและปฏิบัติพระกรณียกิจแทนพระองค์ในท้องถิ่นทุรกันดารทั่วประเทศไทย

เนื่องในวาระ วันคล้ายวันประสูติ เวียนมาบรรจบครบ 100 ปี สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยา
ณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ และทรงได้รับการเทิดพระเกียรติ องค์การศึกษาศาสนา
และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ(UNESCO) เพื่อประกาศเฉลิมพระนามทรงเป็นบุคคลสำคัญของโลก
ในการนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานบรมราชานุญาต
ให้รัฐบาลจัดงานเฉลิมฉลองทั้งในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อเผยแพร่พระเกียรติคุณ นับเป็นโอกาส
มหามงคล ที่ปวงชนชาวไทยได้ร่วมน้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณอันยิ่งใหญ่ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ
เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ตราบนิรันดร์

Reference

1. Galayani Vadhana. Ma loudhai fung. Mafha laung; 2016.
2. Galayani Vadhana. Joaw nai lek lek yawagasut. Bangkok; 1988.
3. Pongpanitanon W. Gawgalayani Vadhana Raganagarindra. The kidney foundation of Thailand Journal. 2023; 37(73): 1-11.
4. Kunkahluang. Prasothornchedthapakinee. Bangkok: Siam printing; 2007.
5. Limprasud P. 30th Anniversary of Public Health Nursing. Faculty of Public Health, Mahidol University.

จุฑามาศ คชโคตร
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 37 No.1 January – April 2023

บทบรรณาธิการ

น้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณ

เกิดพระเกียรติเนื่องในวโรกาสครบรอบ ๑๐๐ ปี

บทความวิจัย

หน้า

- | | | |
|---|--|---|
| การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาล
อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
สุขภาพโรงพยาบาลหัวหิน | The Development of the Nursing-based
Continuing Care Guideline for Stroke
Survivors with the Participation of the
Hua Hin Hospital Health Network | 1 |
|---|--|---|

สุวัชรีย์ เดชาธอมร

สุปรียา สอนิ

ธิฉัตรญา นพคุณ

Suwatcharee Dechathonamorn

Supreeya Sonti

Thichattaya Noppakhun

- | | | |
|---|---|----|
| ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลัง
ส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาสารคาม | The Prevalence and Related Factors
of Low Back Pain Among Nurses in
Mahasarakham Hospital | 23 |
|---|---|----|

จุฑามาศ คชโคตร

สมเสาวนุช จมูศรี

คะนิงนิจ ศีระชะโคตร

วิไลพร พิทักษานุรัตน์

Juthamart Khotchakhote

Somsaowanuch chamusri

Khanuengnij Srisakhot

Wilaiporn Pituksanurut

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน หลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ที่ปฏิบัติงานบินในระหว่างการแพร่ระบาดของ เชื้อโควิด-19	Factors Related to Quality of Sleep Among Cabin Attendants During The COVID-19 Pandemic	34
ราชฤทธิ์ โกมลสุข อรวรรณ แก้วบุญชู เพลินพิศ บุญยมาลิก	Rajcharit Komonsuk Orawan Kaewboonchoo Plernpit Boonyamalik	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	Factors related to fall prevention behavior among older adults living In a social welfare development center for older persons	52
นันทิพัฒน์ ทัดศรีพีรดล พัชรพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ เพลินพิศ บุญยมาลิก ทัศนีย์ รวีวรกุล	Nantipat Tadsreepeeradol Patcharaporn Kerdmongkol Kwanjai Amnatsatsue Plernpit Boonyamalik Tassanee Rawiworakul	
ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดตราด	Predicting Factors for The Preparedness of the Quality Aging among Public Health Personnel in Trat Province	68
ชนิดา สรรพโส พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ พิทยา จารุพูนผล	Chanida Subpaso Pimsurang Taechaboonsermsak Phitaya Charupoonpho	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	84
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	91
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	92
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	93

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลหัวหิน

สุวัชรีย์ เคาธธอมร*, สุปรียา สนธิ**, จิณัฐญา นพคุณ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหัวหินและเครือข่ายบริการ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลง โดยการศึกษาสภาพการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2) การปฏิบัติและสังเกตการณ์นำแนวทางการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินแนวทางการจัดบริการพยาบาลด้านกระบวนการร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และ 3) การสะท้อนกลับด้วยการถอดบทเรียนร่วมกันเพื่อการปรับปรุง ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลผู้จัดการดูแล พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม และประเมินความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบประเด็นอุปสรรคในการจัดบริการพยาบาลของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ประชาชนขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินอาการนำและการนำส่งผู้ป่วยขาดประสบการณ์ตรงในการนำส่งผู้ป่วย ขาดความตระหนักและตื่นตัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และขาดการให้บริการสุขภาพที่บูรณาการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเด็นดังกล่าวนำไปสู่กระบวนการพัฒนาได้แนวทาง ดังนี้ 1) สร้าง Community Stroke Team 2) กิจกรรมรู้ไว้ ปลอดภัย ลดความพิการ 3) การจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ: ผู้เข้าร่วมกิจกรรม สามารถประเมินอาการนำของโรคได้ ค่าเฉลี่ยของเวลาในการซ่อมแผนนำส่งผู้ป่วย 196.25 นาที และผู้ให้บริการและเครือข่ายสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ผลลัพธ์ทางคลินิก: ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเข้ารับการรักษาก่อนเวลา 210 นาที และกลุ่มผู้ป่วยหลังการเกิดโรคเข้าสู่การบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC พบภาวะแทรกซ้อนหลังการดูแล ร้อยละ 18.18 และไม่พบการเข้ารับการรักษาซ้ำ การถอดบทเรียนพบว่าการซ่อมแผนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทำให้ผู้เกี่ยวข้องรู้บทบาทหน้าที่ ลดการตื่นตระหนกเมื่อพบเหตุการณ์ และแนวทางการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ชุมชนเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง ข้อเสนอแนะกิจกรรมและแนวทางการจัดบริการ DHC ที่พัฒนาขึ้นควรนำไปขยายผลใช้ในเครือข่ายสุขภาพ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/การพยาบาลต่อเนื่อง/การมีส่วนร่วม

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหัวหิน E- mail: kookkai2238@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหัวหิน

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

The Development of the Nursing-based Continuing Care Guideline for Stroke Survivors with the Participation of the Hua Hin Hospital Health Network

Suwatcharee Dechathonamorn*, Supreeya Sonti**, Thichattaya Noppakhun***

ABSTRACT

This study utilizes a participatory action research methodology to investigate stroke patient care and develop a continuum of nursing services at Hua Hin Hospital and its affiliated health network. The research consists of three stages: The Planning Phase involves examining issues in delivering seamless nursing services and collaboratively developing an improved approach with researchers, including physicians, nurse managers, registered nurses, and community health volunteers. The Implementation and Evaluation Phase incorporates the developed nursing protocols into practice, with a focus on assessing success through process evaluations and clinical outcomes scrutiny. The Reflective Phase employs collaborative learning principles to analyze the research methodology, identifying strengths and areas for improvement. Data collection includes a range of research tools, such as semi-structured interviews, group chat discussions, and knowledge assessment. Qualitative data undergo content analysis, while quantitative data use descriptive statistics.

Findings highlight challenges in acute stroke care, including limited knowledge and proficiency in stroke assessment and patient transportation, as well as inadequate awareness and integration of health services. The study proposes innovative strategies: 1) Establishment of a specialized Community Stroke Team, 2) Implementation of the "Know-It-Fast, Safe Activity, Reduce Disability" program, and 3) Introduction of continuous and intelligent District Health Center nursing services. These initiatives have shown promising results, with participants assessing patient transportation plans in an average time of 196.25 minutes. Acute stroke patients received timely treatment within an average of 210 minutes, with a low post-stroke care complication rate of 18.18%, and no instances of readmission. Lessons learned from the study indicate that practicing patient transportation plans leads to stakeholders understanding their roles, reducing panic during emergencies, and improving operational flexibility. The development of enhanced nursing services fosters adaptability in healthcare delivery, while communities become more aware of self-care. The proposed activities and approaches for DHC services development should be expanded within the healthcare network to have a wider impact on health systems.

Key word: Stroke patient care/Continuous nursing care/Participatory

Article info: Received: June 28, 2023, Revised: August 4, 2023, Accepted: August 28, 2023

*Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional, Hua Hin Hospital, E-mail: kookkai.2238@gmail.com

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Hua Hin Hospital

*** Registered Nurse (Professional Level), Hua Hin Hospital

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก¹ จัดให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในประเทศไทย และเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ตัวเลขการเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2560-2564 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น กล่าวคือ 11.02, 10.60, 10.24, 10.34, และ 10.58 (ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ² ผู้รอดชีวิตจากโรค มักมีความพิการหลงเหลือส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศ คาดว่าอนาคต จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประเทศเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นและการเกิดภาวะพิการซ้ำซ้อน³ จากการศึกษาข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบว่ามีอัตราร้อยละ 8.03, 10.25 และ 10.48 (เกณฑ์ < ร้อยละ 7) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ของโรงพยาบาลหัวหินก็เช่นกันพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2563-2566 ร้อยละ 7.02, 6.21, 4.71 และ 9.53 ตามลำดับ⁴ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2566 และจากการวิเคราะห์ภาพรวมของการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหัวหินพบประเด็นพัฒนา คือ การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 35.17⁴ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ร้อยละ 30.50⁴ สำหรับประเด็นการรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา คือ ผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ เพื่อลดความพิการ พบร้อยละ 30-50^{5,6} นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rtPA) ช้ากว่า 4.5 ชั่วโมง หรือในกลุ่มอื่นๆพบว่ามีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น การกลืนลำบาก ร้อยละ 12-18 เดินไม่ได้ถึงร้อยละ 22 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 32 และ ต้องมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 24-53 ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อเศรษฐกิจคือค่าใช้จ่ายในรักษา และค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่สูงขึ้น⁶ จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหัวหินควรเน้นการจัดบริการพยาบาลใน 2 ประเด็นหลัก คือการพัฒนาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลา และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการจัดบริการพยาบาลในการศึกษานี้หมายถึง การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่จุดแรกรับในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานบริการพยาบาลในชุมชน โดยเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบ้านและชุมชน โดยให้คำนึงถึงมาตรฐานหลักทางการพยาบาลและหลักการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากการเจ็บป่วย สามารถดูแล และจัดการสุขภาพตนเองได้ในอนาคต

โรงพยาบาลหัวหินเป็นแม่ข่ายของสถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น อำเภอชะอำ และอำเภอยางจังหวัดเพชรบุรี มีการพัฒนาที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายโรงพยาบาลหัวหิน เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาตามบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ⁷

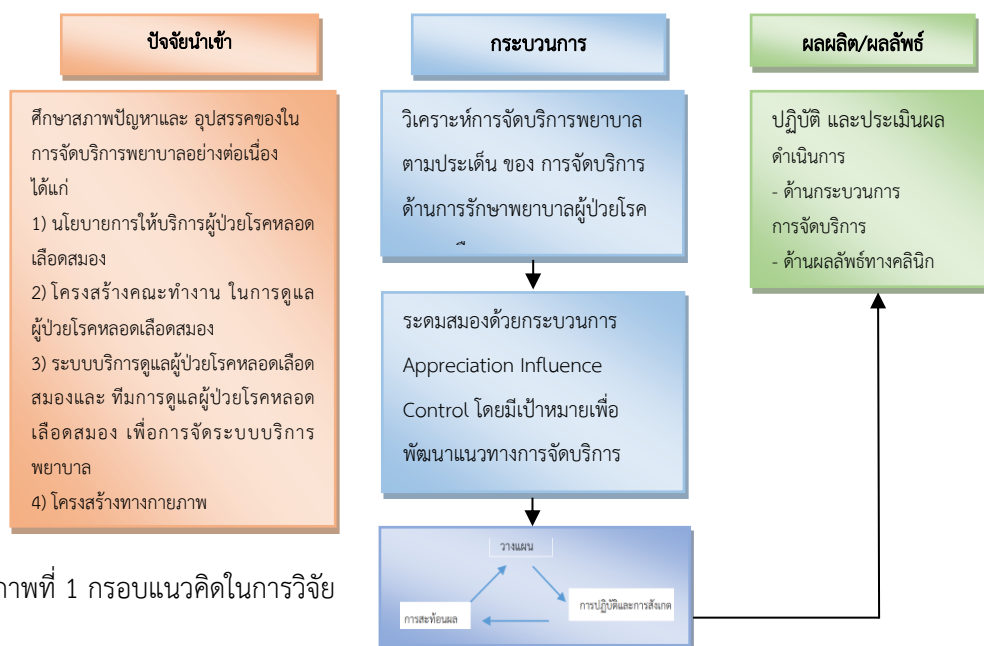
ประยุกต์ใช้เพื่อทำความเข้าใจช่องว่างของการให้บริการพยาบาล และเป็นกรอบในการสร้างแนวทางการจัดบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดภาระของครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลหัวหิน และเครือข่ายบริการ
2. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ และการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาสภาพปัญหา และพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลง (Planning a change) การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Acting and Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคทาการ์ด⁸ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลง ทำการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลหัวหิน และเครือข่ายบริการ ด้วยกรอบแนวคิดเชิงระบบและการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ผลดำเนินงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล ร่วมกับศึกษาโดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลโดยเน้นที่กระบวนการจัดบริการใน 2 ระบบ คือ ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

และระบบการดูแลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องฯ ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนำสภาพปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการพยาบาลมาสังเคราะห์เพื่อออกแบบแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาเป็นผู้ร่วมวิจัย โดยขึ้นตอนของกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำสภาพปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องนำเสนอต่อผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานโดยใช้การสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ระดมสมองด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องฯ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและสังเกตการณ์ เป็นขั้นปฏิบัติและการประเมินผลดำเนินการ โดยนำกิจกรรมและแนวทางที่ได้สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 มาปฏิบัติในสถานการณ์จริง หลังจากนั้นทำการประเมินผลการปฏิบัติทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1) การประเมินผลการพัฒนาด้านกระบวนการโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์และ

การสนทนากลุ่ม และ 2) ผลการพัฒนา
ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกเก็บรวบรวมข้อมูล
จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเข้าสู่ระบบบริการ stroke fast track
และบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลอดเลือด
สมองที่เข้าสู่ระบบฟื้นฟู

ระยะที่ 3 การสะท้อนกลับ

การสะท้อนกลับข้อมูลในการใช้แนวทางการ
จัดบริการพยาบาลฯ ทั้งด้านปัญหาอุปสรรค
ถอดบทเรียนความสำเร็จจากผู้เข้าร่วม
กิจกรรมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยการ
อภิปรายแลกเปลี่ยนร่วมกัน เพื่อนำมา
ปรับปรุงรูปแบบให้ครอบคลุมและเป็นไปได้
มากที่สุด รวมถึงนำมาปรับแนวทางการ
จัดบริการพยาบาลฯ เพื่อให้แนวทางที่มี
รูปแบบเหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากที่สุด

พื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการวิจัยที่ผู้วิจัย
มีความคุ้นเคย และมีเครือข่ายสุขภาพที่ให้
ความร่วมมือในกิจกรรมทางสุขภาพของ
ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มี
สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการ
เกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงในช่วงปี
พ.ศ. 2564-2565 ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงได้
คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาคือ 1) โรงพยาบาล
หัวหิน 2) โรงพยาบาลหัวหินสาขา 2
3) โรงพยาบาลปราณบุรี และ 4) โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราณ

ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มเป้าหมาย

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสภาพ
ปัญหาและอุปสรรคของในการจัดบริการ
พยาบาลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล
หัวหิน และเครือข่ายบริการสุขภาพ
ประกอบด้วย

กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ 1) กลุ่ม

เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 คน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย
(Simple Random Sampling) จากหมายเลข
บริการของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลปากน้ำปราณ ที่มาคัดกรอง
โรคหลอดเลือดสมองประจำปี 2566 และ
2) ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน
10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
มีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลหัว
หิน และได้รับการดูแลจากเครือข่ายสุขภาพ

กลุ่มผู้ให้บริการ และเครือข่าย

ที่สนับสนุนการให้บริการสุขภาพสำหรับ
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่
บุคลากรของโรงพยาบาลหัวหิน และ
โรงพยาบาลปากน้ำปราณ ได้แก่ แพทย์
ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง จำนวน 1 คน ผู้บริหารฝ่ายการ
พยาบาล จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด
จำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรม
จำนวน 2 คน และผู้บริหารและผู้ให้บริการ

ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล 2 คน

2) กลุ่มพัฒนาแนวทางการจัดบริการ
พยาบาลอย่างต่อเนื่องฯ ได้แก่ กลุ่มผู้
ให้บริการ และเครือข่ายที่สนับสนุนการ
ให้บริการสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
จากการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรค
ทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
(stakeholder) โดยระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ในการวิจัยนี้ จากนั้นทำการจัดประเภทและ
จัดลำดับความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ด้วย 2x2 Stakeholder Matrix เพื่อเชิญ
เป็นผู้ร่วมวิจัยด้วยองค์ประกอบความมีอำนาจ
และความสนใจ ประกอบไปด้วยผู้ให้บริการ
สุขภาพจากโรงพยาบาลหัวหินสาขา 2 ได้แก่
แพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง 1 คน พยาบาลผู้จัดการดูแล
1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และ พยาบาล
วิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ปากน้ำปราณ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราณ 8 คน

3) กลุ่มทดลองใช้แนวทางการ
จัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องฯ ประกอบ
ไปด้วย 1) กิจกรรมฝึกซ้อมแผนส่งผู้ป่วยฯ
เข้าสู่ระบบการรักษา ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น
30 คนประกอบด้วยตัวแทนครอบครัวที่มีกลุ่ม
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน และ อสม.
10 คน 2) กิจกรรมดำเนินการตามแนว
ทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
DHC ได้แก่ Community Stroke Team
ซึ่งประกอบไปด้วย อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการ
เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประจำ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ
ปราณ พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลปราณบุรี และพยาบาลจากหน่วย
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) และ
หน่วยเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหัวหิน และ
โรงพยาบาลหัวหินสาขา 2

เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูล
ที่สะท้อนวัตถุประสงคซึ่งแบ่งตามระยะของ
การดำเนินประกอบไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย	เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ
เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และอุปสรรคของการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Structured Interview) โครงสร้างคำถามประกอบด้วย นโยบายการให้บริการ บทบาทหน้าที่หรือการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุปสรรคและความยุ่งยากในการปฏิบัติงานและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรปรับปรุงแก้ไขในประเด็นใด 2) แบบประเมินความรู้ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดอาการนำ และข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งบริการสุขภาพกรณีเกิดอาการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก
เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์การจัดบริการฯ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	เครื่องมือที่ใช้เป็นโครงสร้างคำถามเพื่อกระตุ้นกระบวนการ AIC ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ 4W1H มีรายละเอียดคือ What กิจกรรมอะไรที่เป็นช่องว่างของการให้บริการ Who แต่ละกิจกรรมมีใครเป็นผู้รับผิดชอบและผู้ดำเนินการ How ลักษณะหรือรูปแบบกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญในการดำเนินการควรเป็นอย่างไร Where สถานที่สำหรับจัดกิจกรรม และ When ควรจัดกิจกรรมเมื่อไร และมีความถี่อย่างไร
	ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นคำถามได้แก่ “ความยากง่ายของการใช้แนวทางการปฏิบัติ” และ “แนวทางสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง” ผลลัพธ์ด้านผลผลิตใช้โดยบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ 1) ระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองจากเริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA 2) ความสุขผู้ป่วยที่กลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัดหมาย 3) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โครงสร้างคำถามกระตุ้นกระบวนการ AIC และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการนำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective

congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แก้ไขจนทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 และแบบประเมินความรู้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่า .78

การรับรองจริยธรรม การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน หมายเลข RECHHH003/2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการประสานพื้นที่โรงพยาบาลหัวหิน 2 โรงพยาบาลปราณบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราณ เพื่อดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นผู้ร่วมวิจัย และได้มีการประชุมชี้แจงผู้ร่วมวิจัยถึงขอบเขตการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการศึกษาโดยศึกษาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายโรงพยาบาลหัวหินและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนของการพัฒนา จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C เพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและจัดทำโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมตามโครงการ เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการบริการอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อหาข้อสรุปของประเด็นหลัก วิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงานของโรงพยาบาลหัวหิน และเครือข่ายบริการโดยใช้ทฤษฎีระบบเพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์สู่การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลหัวหิน และเครือข่ายบริการ เจอนไขที่ส่งผลต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ประชาชนมีอาชีพประมงออกเรือจับปลาทะเล รับจ้างทั่วไปไม่มีช่วงเวลาของการอยู่ในชุมชนที่อาศัยอยู่ไม่แน่นอน ด้านการคมนาคมสะดวกด้วยถนนที่เชื่อมต่อของโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลในเครือข่าย แต่สภาพการจราจรติดขัดตามช่วงเวลาการเดินทาง ซึ่งส่งผลต่อการรับส่งต่อผู้ป่วย ผลการศึกษาดิบายสภาพปัญหาและอุปสรรค 4 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) นโยบายการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) โครงสร้างคณะทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการจัดระบบบริการพยาบาล 4) โครงสร้างทางกายภาพ มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นการวิเคราะห์	สิ่งที่พบ	ประเด็นนำเสนอ
1) นโยบายการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	นโยบายโรงพยาบาลหัวหินสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขคือ1) การยกระดับบริการการดูแลโรคหลอดเลือดสมองคือเพิ่มการเข้าถึงยา rtPA การเพิ่มจุดบริการ rtPA (Node of rtPA) 2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ Stroke Fast Track, Stroke unit, และ Post Stroke care, เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราความพิการ ภาวะแทรกซ้อน, และอัตราการตาย โดยเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะกลาง	โรงพยาบาลหัวหินมีการพัฒนาระบบการให้บริการที่ตอบสนองกับนโยบาย โดยมี ระบบ Stroke Fast Track การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Stroke unit) การดูแลระยะหลังการเจ็บป่วย (Post Stroke care)
2) โครงสร้างคณะทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	โครงสร้างคณะทำงาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง ระบบ Stroke Fast Track การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Stroke unit) การดูแลระยะหลังการเจ็บป่วย (Post Stroke care) ในชุมชน	-อสม. ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และการนำส่งผู้ป่วยตามภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3) ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ทีมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการจัดระบบบริการพยาบาล	1) การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระบบการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	1) มีการคัดกรองต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ มีการคัดกรองเชิงรุก

ประเด็นการวิเคราะห์	สิ่งที่พบ	ประเด็นนำเสนอ
	2) ระบบบริการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน การให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงการรักษาอย่างทันทีเมื่อมีอาการฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใน 4.5 ชั่วโมง ผ่านระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ร่วมมือกับโรงพยาบาลปทุมธานีและหน่วยบริการท้องถิ่น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปยังโรงพยาบาล 3) ระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง รักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็วสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงผ่านระบบ Stroke Fast Track เพื่อลดการเสียชีวิต ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน 4) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลหัวหินจะส่งต่อข้อมูลไปยังแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน และดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ	2) ระบบบริการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความเข้าใจ ในการประเมินภาวะเฉียบพลันและแนวทางในการนำส่งผู้ป่วยภายใน 4.5 ชั่วโมงรายละเอียดดัง table 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ระบบบริการการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหัวหินมีความพร้อมในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านความสามารถของบุคลากร เครื่องมือ และ ยา 4) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการประสานข้อมูลส่งต่อให้รพ.สต.ผ่านไลน์เครือข่าย เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ยังขาดแผนการเยี่ยมบ้านที่สามารถบูรณาการกับผู้เกี่ยวข้อง
4) โครงสร้างทางกายภาพ	พื้นที่ติดทะเล เดินทางสะดวกด้วยรถยนต์ส่วนบุคคล ระบบขนส่งสาธารณะมีน้อย ชุมชนเป็นหมู่บ้านที่มีบ้านอยู่ติดต่อกันในกลุ่มพี่น้อง และส่วนใหญ่เป็นบ้านพักตากอากาศสำหรับนักท่องเที่ยว	การเดินทางที่สะดวกรวดเร็วในการเข้ารับบริการคือการใช้รถส่วนตัวในการเดินทาง หรือการใช้รถรับจ้าง

ผลการตอบแบบประเมินความรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (table 1) พบว่า อาการนำในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ การมองเห็นผิดปกติทันทีๆ ตอบผิดร้อยละ 65.8 รองลงมา คือ อาการปวดศีรษะโดยไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 59.2 สำหรับอาการนำอื่นกลุ่มตัวอย่างตอบผิดอยู่ระหว่างร้อยละ 33.3 – 37.5 นอกจากนี้คำถามเรื่องเมื่อมีอาการนำต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างตอบผิด ถึงร้อยละ 70.0 และข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่ทราบร้อยละ 72.5 จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลฯ พบประเด็นที่ควรพัฒนาต่อได้แก่

1) ประชาชนขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินอาการนำและการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) ประชาชนขาดประสบการณ์ตรงในการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในระยะเฉียบพลัน 3) ประชาชนขาดความตระหนักและความตื่นตัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดในสมอง และ 4) การให้บริการสุขภาพ ที่บูรณาการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือการประสานสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรและเครือข่ายในพื้นที่ โดยการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังขาดแบบแผนที่สามารถนำมาบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำข้อมูลมาร่วมกันพัฒนาแนวทางการจัดบริการฯ มีรายละเอียดนำเสนอในส่วนที่ 2

Table 1 Comprehending the Nature of Stroke Emergencies. (n=120)

Knowledge items	Incorrect	
	Frequency	%
1. Symptoms of Acute Stroke		
1.1 Sudden trouble seeing in one or both eyes.	79	65.8
1.2 Sudden severe headache with no known cause.	71	59.2
1.3 Sudden trouble walking, dizziness, loss of balance, or lack of coordination.	45	37.5
1.4 Sudden confusion, trouble speaking, or difficulty understanding speech.	42	35.0
1.5 Sudden numbness or weakness in the face, arm, or leg, especially on one side of the body.	40	33.3
2. Having the accessible healthcare facilities that offer management for stroke emergencies.	67	72.5
3. In cases of acute stroke symptoms, timely administration of thrombolytic medication within 4 hours and 30 minutes is imperative.	84	70.0

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C รายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	ผลของกิจกรรม
A-Appreciation คือ การยอมรับชื่นชม	
A-1 เข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง (reality)	ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 นำเสนอข้อมูลการศึกษา สภาพปัญหาและอุปสรรคต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
A-2 สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต (ideal vision) หรือ (Scenario) I-Influence คือ การใช้ประสบการณ์	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังว่า 1) ประชาชน และกลุ่มเสี่ยง ประเมินอาการได้เร็ว และไปถึงโรงพยาบาลปทุมธานีเพื่อรับ ประเมินและรักษาภายใน 30 นาที และถูกส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลหัวหินเพื่อรับการรักษากายใน 210 นาที หลังพบ อาการนำ และ 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Post Stroke care) ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมสหสาขา มือสม. หรือผู้ดูแลหลักที่มีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ มีการระบบการให้คำปรึกษาจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ อย่างใกล้ชิด

กิจกรรม	ผลของกิจกรรม
I-Influence คือ การใช้ประสบการณ์	
I – 1 คิดค้น ทากลวิธี (solution design)	สร้างระบบและกิจกรรมเพื่อนำไปสู่ความคาดหวังได้แก่ 1) สร้าง Community Stroke Team 2) กิจกรรมรู้ไว้ ปลอดภัย ลดความพิการ 3) พัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง DHC สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหัวหิน (ภาพที่ 2)
I – 2 จัดความสำคัญจำแนกกิจกรรม (priority)	กิจกรรมจะดำเนินการทั้ง 3 กิจกรรมในชุมชนปากน้ำปราณ
C-Control คือ การนำยุทธศาสตร์/วิธีสำคัญ	
C – 1 วางแผนหาผู้รับผิดชอบ (responsibility)	ผู้รับผิดชอบคือ ทีมโรงพยาบาลหัวหินและเครือข่าย โรงพยาบาลปราณบุรี เป็นระยะเวลา 1 เดือน
C – 2 จัดทำแผน /กิจกรรม / โครงการ (Action Plan)	เสนอโครงการต่อผู้บริหารเพื่อการดำเนินงานโครงการอย่างต่อเนื่อง

รายละเอียดแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการพัฒนามี 3 องค์ประกอบได้แก่

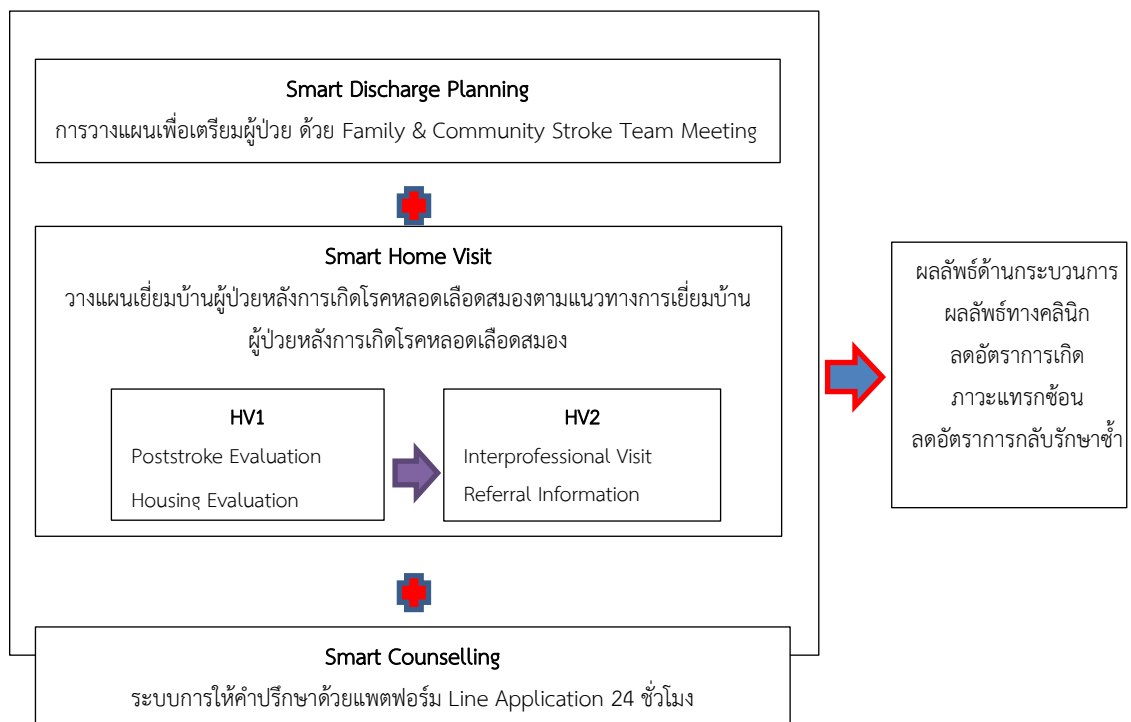
1) สร้าง Community Stroke Team ประกอบไปด้วย อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำปราณ พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลปราณบุรี พยาบาลจากหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หน่วยเวชกรรมโรงพยาบาลหัวหิน และโรงพยาบาลหัวหินสาขา 2 โดยกำหนดให้พยาบาลจากหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เป็นผู้ให้คำปรึกษา

2) กิจกรรมรู้ไว้ ปลอดภัย ลดความพิการ ดำเนินการปีละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย

2.1 ซ้อมแผนส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการร่วมกันระหว่าง Community Stroke Team และประชาชนในชุมชน เพื่อช่วยเหลือได้รวดเร็วเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ Community Stroke Teamและประชาชน

3) จัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหัวหิน



ภาพที่ 2 แนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC

การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC ประกอบไปด้วย Smart **D**ischarge Planning Smart **H**ome Visit และ Smart **C**ounselling ดำเนินการโดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดย ทบทวนข้อมูลและทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับวิธีการดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมไปถึงการส่งต่อข้อมูลของ

ผู้ป่วยให้กับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัลเพื่อให้การปรึกษาอย่างทันที่ที่ ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

Smart Discharge Planning

วางแผนในการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และสถานบริการเครือข่าย รวมถึงการวางแผนเพื่อเตรียมบ้านในการพักอาศัยของผู้ป่วย ด้วย Family & Community Stroke Team Meeting

Smart Home Visit ดำเนินการโดยการวางแผนเยี่ยมบ้านหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) Poststroke Evaluation โดยประเมินสภาพร่างกายและสมองของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประเมินความเสี่ยง รวมไปถึงการประเมินความต้องการด้านการดูแล จากนั้นนำข้อมูลการประเมินมาระบุปัญหาทางสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม

2) Housing Evaluation โดยการประเมินสภาพบ้านและสภาพแวดล้อมตรวจสอบความเหมาะสมของบ้านในการรองรับผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันในบ้าน และทำการปรับปรุงหรือแก้ไขตามความเหมาะสม

3) Interprofessional Visit การเยี่ยมบ้านโดยทีมงานที่มีสายงานและความเชี่ยวชาญหลากหลาย เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม เข้าไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความต้องการและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

4) Referral Information การส่งต่อข้อมูลโดยการจัดทำเอกสารหรือรายงานสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต.

Smart Counselling ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล โดยใช้เทคโนโลยีแพลตฟอร์ม Line Application โดยรับการปรึกษาจากบ้านด้วยสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ ให้มีความสะดวกและคล่องตัว ยืดหยุ่น เน้นความสะดวกของผู้รับบริการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Acting and Observing) ดำเนินงานตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในพื้นที่นำร่องในชุมชนปากน้ำปราณ หลังจากดำเนินการตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องฯ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ผลการประเมินดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

2.1.1 กระบวนการ พัฒนาการเข้าสู่ระบบบริการ stroke fast track ของกลุ่มประชาชนในชุมชนปากน้ำปราณ โดยการตั้ง Community Stroke Team และการทำกิจกรรมรณรงค์และพัฒนาทักษะการประเมินอาการนำ เพื่อส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และทำการซ่อมแผนส่งผู้ป่วยที่มีอาการนำโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบการรักษาก่อนเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที หรือ 210 นาที ผลการดำเนินการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 30 ราย เป็นตัวแทนครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 20 รายและอสม. จำนวน 10 ราย โดยจัดกิจกรรมการฝึกทักษะและการฝึกซ้อมแผนส่งผู้ป่วยฯ เข้าสู่ระบบการรักษาทั้งสิ้น 2 ครั้ง โดยทำกิจกรรมเหมือนกัน เนื่องจากเหตุผลเรื่องความพร้อมและเวลาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งพบว่า 1) ร้อยละ 100 ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สามารถประเมินอาการนำโรคหลอดเลือดสมอง 2) มีการซ้อมแผนทั้งสิ้น 4 รอบ พบว่าค่าเฉลี่ยของเวลาในการนำส่ง 196.25 นาที

2.1.2 การดำเนินการตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง DHC พบว่า ผู้ให้บริการ และเครือข่ายสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการทำงานร่วมกันได้

2.2 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบไปด้วยระยะเวลาของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายหลังมีอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการเข้ารับการรักษารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย 2 ราย มีอาการนำ ได้แก่ ปวดและเวียนศีรษะ ไม่มีแรง ใจสั่น เข้ารับการรักษาก่อนเวลา 210 นาที ที่กำหนดไว้ในแผนดำเนินการ

ผู้ป่วย	อาการนำ	เวลาเริ่มอาการจนได้รับยา rtPA
คนที่ 1	เวียนศีรษะ ไม่มีแรง	180 นาที
คนที่ 2	ปวดศีรษะ ใจสั่น	120 นาที

2.2.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังโรคหลอดเลือดสมอง อัตราการเข้ารับการรักษารักษา พบว่ามีผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง เข้าสู่ระบบการดูแลตามแนวทางการจัดบริการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง DHC จำนวน 11 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และอาการปวดเกร็ง เมื่อได้รับรายงานจากผู้ดูแล Community Stroke Team ประเมินผู้ป่วยที่บ้าน และรายงานโดยปรึกษาตามระบบ Smart Counselling ผู้ป่วยได้รับการดูแล ทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาทั้งนี้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ยังไม่พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษา

ระยะที่ 3 การสะท้อนกลับ (Reflection) หลังจากดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 การปฏิบัติและสังเกตการณ์ (Acting and Observing) ผู้วิจัยเชิญผู้ร่วมวิจัยถอดบทเรียนจากการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า 1) การซ้อมแผนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบหน้าที่ ลดการตื่นตันเมื่อเจอเหตุการณ์ นอกจากนี้การซ้อมแผนทำให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการนำของโรคหลอดเลือด

สมองมากขึ้นแต่หากจะทำให้ประชาชนเข้าใจถึงอาการนำและแนวทางการส่งต่อ ควรมีการผลิตสื่อเพื่อเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ 2) แนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง DHC พบว่ามีความสะดวกในการใช้แนวทางการปฏิบัติ เพราะผู้เกี่ยวข้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งแนวทางการจัดบริการฯ สนับสนุนการลดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ในมิติการฟื้นฟูอาจพิจารณาให้ความรู้และทักษะการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ Community Stroke Team เพื่อให้การดูแลต่อจากผู้เชี่ยวชาญ เช่นการฝึกกลืน การฝึกพูด และปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต่อไปในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรค

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลหัวหิน และเครือข่ายบริการ การศึกษาพบว่าประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบไปด้วย การรับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และแนวทางหลอดเลือดสมองที่บ้านหรือชุมชนยังขาดการบูรณาการและยังไม่ได้นำศักยภาพของชุมชนมาใช้ได้อย่างเต็มความสามารถ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวพบเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยนำเข้าได้แก่ ความรู้และทักษะในการประเมินอาการนำ ประสพการณ์ตรงในการนำส่ง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในระยยะเฉียบพลัน ความตระหนักและความตื่นตัวของประชาชนในพื้นที่ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดในสมอง และ การให้บริการสุขภาพที่บูรณาการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยอภิปรายข้อค้นพบดังนี้ 1) ความรู้และทักษะเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดวงล้อพฤติกรรมที่อธิบายว่าความรู้และทักษะจัดเป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁹ นอกจากนี้พบผลการศึกษาที่สนับสนุนว่า ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ 2) ประสพการณ์ตรงในการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในระยยะเฉียบพลัน ประสพการณ์เป็นองค์ประกอบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อความแน่นอนในการกระทำพฤติกรรม¹¹ เช่นเดียวกับการนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้พบเหตุการณ์หรือญาติของผู้ป่วยมีประสพการณ์กับเหตุการณ์ดังกล่าวก็จะทำให้เกิดมั่นใจและตัดสินใจในการปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและมั่นใจ¹² 3) ความตระหนักและ ตื่นตัวเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดในสมองเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าความตระหนักและความตื่นตัวเกิดจากการรับรู้ถึงความรุนแรง

ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด แรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นแนวคิด เกี่ยวกับสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นแรงขับเคลื่อน ภายในตัวบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง¹³ ซึ่งการรับรู้ความ รุนแรงเป็นการสื่อสารข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิด ความกลัวจนเกิดความตระหนักและตื่นตัว¹⁴ และ 4) การให้บริการสุขภาพที่บูรณาการ ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือการประสาน สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรและ เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลชุมชนในเขต รับผิดชอบ มีความครอบคลุม และมี ประสิทธิภาพ ซึ่งจัดเป็นการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการสื่อสาร ทิศทางด้วยการนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสู่ การปฏิบัติเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ดำเนินการเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ¹⁵

แนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนว ทางการจัดบริการฯ ได้ดำเนินไป เพื่อพัฒนา ประเด็นข้อค้นพบจากสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย

- 1) การสร้าง Community Stroke Team
- 2) กิจกรรมรู้ไว้ ปลอดภัย ลดความพิการ และ
- 3) การจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งพบว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและ

ระยะฟื้นฟู ทั้งนี้แนวทางการจัดบริการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง Smart DHC ได้แก่ การเตรียมพร้อมในการกลับไปรักษาตัวต่อ ที่บ้าน การเยี่ยมบ้านและระบบการให้ คำปรึกษา ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการทำงาน ประสานกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล การดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นว่า ลักษณะ แนวทางการจัดบริการที่เป็นระบบที่เชื่อมโยง ตั้งแต่ชุมชนไปยังโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งกลับสู่ชุมชน โดยมีกลุ่มซึ่งเป็น ตัวแทนของเครือข่ายทางสุขภาพ ทำหน้าที่ เชื่อมประสานเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน^{16,17} ทั้งนี้การ สร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่มี การเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลหัวหินเป็น ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลปราณบุรีระดับ ทุตติยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปากน้ำปราณระดับปฐมภูมิ รวมไปถึง เครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดแนว ทางการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และมี ประสิทธิภาพลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในพื้นที่การวิจัย

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

กระบวนการวิจัยมีเฉพาะเจาะจงในพื้นที่วิจัย ทำให้ผลการวิจัยนำไปใช้ได้เพียงระบบการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยในครั้งนี้นั่น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การศึกษานี้สร้างแนวทางการจัดบริการฯ จากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นแนวทางการจัดบริการฯที่เกิดขึ้นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลหัวหินส่งผลให้ผู้ให้บริการมีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน อสม.มีความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงบริการและมั่นใจ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะข้อสมแผนส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการร่วมกันระหว่าง Community Stroke Team และประชาชนในชุมชน เนื่องจากผลการศึกษาแสดงว่าการทำเช่นนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่สับสนเมื่อเกิดสถานการณ์จริง

2. การสนับสนุนการสร้างทีมพยาบาลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อลด

ภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

กิจกรรมและแนวทางการจัดบริการ DHC ที่พัฒนาขึ้นควรขยายผลไปทดลองใช้กับชุมชนที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลหัวหิน และอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลปากน้ำปราณ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรนำแนวทางการจัดบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกพัฒนาจากการศึกษานี้ ไปศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่แนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆต่อไป

References

1. World Stroke Organization. Up again after stroke. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/>
2. Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2011;6(3):31-38. (in Thai)
3. Ministry of Public Health Policy and Strategy Office. National 20-Year Health Strategy (Health Sector). Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINF/OCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>. (in Thai)

4. Hua Hin Hospital. Summary of the development of stroke care services in 2022. Nursing Department. (in Thai)
5. Duangtipasirkul S, Vachirachattilak P, Sirisombat T, Sirisamut T. Report on the Study of Emergency Medical Service Situation and Quality Improvement in Emergency Stroke Care. Emergency Medicine Institute. (in Thai)
6. Emergency Medicine College of Thailand. Guidelines for the Treatment and Administration of Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke Outside of Hospitals and in Emergency Rooms. Phramongkutklao Hospital. (in Thai)
7. Miller EJ, Rice AK. Systems of organization: The control of task and sentient boundaries. Routledge; 2013.
8. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. SAGE Publications Ltd; 2000.
9. Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Sci 6, 42 (2011). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
10. Soto-Cámara R, González-Bernal JJ, González-Santos J, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Knowledge on Signs and Risk Factors in Stroke Patients. J Clin Med. 2020 Aug 7;9(8):2557. [https://doi: 10.3390/jcm9082557](https://doi.org/10.3390/jcm9082557).
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company; 1997.
12. Poopitukkul J, Jokkrajai P, Ruangkhruawong S. Recognition of stroke signs and symptoms among stroke victims and their families. Journal of Thai Interdisciplinary Research. 2018;13(6):38-43. (in Thai)
13. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo J, Petty R. Social Psychophysiology. Guilford Press; 1983.
14. Aneksak W, Seubniam S, Ninwanapa S. Perceived stroke warning signs among hypertensive patients, Suddhavej Hospital, Maha Sarakham Province. Academic Journal of Community Public Health. 2019;5(4):27-37. (in Thai)

15. The Healthcare Accreditation Institute. Public Health Center Standards, 2nd Edition. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2023. (in Thai)
16. Kultipat A, Tothong W, Sukmueang J. The Development of Comprehensive Care Stroke Patients in Phetchabun Hospital Network. Region 11 Medical Journal. 2017;31(4):619-630. (in Thai)
17. Schoenfelder J, Zarrin M, Griesbaum R, et al. Stroke care networks and the impact on quality of care. Health Care Manag Sci. 2022;25:24-41. <https://doi.org/10.1007/s10729-021-09582-0>.

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

จุฑามาศ คชโคตร *สมเสาวนุช จมูศรี **

คะนิงนิจ ศีระชะโคตร ***วิไลพร พิทักษ์นรินทร์ ****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 204 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaire ส่วนการรับรู้ความสามารถและการป้องกันอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงร่าง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไป อัตราชุก สถิติ Multiple logistic regression analysis วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างเท่ากับ 52.94% วิเคราะห์ ปัจจัยทำนายพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการปวดหลังส่วนล่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมากกว่า 5 ครั้ง/เวร (OR = 4.46, 95% CI = 1.25 -15.60, p-value = 0.021) พฤติกรรมออกกำลังกาย (OR = -4.68, 95% CI = 0.24 - 0.90, p-value= 0.025)

จากผลการศึกษา แนะนำให้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างและนำหลักการทำงานโดยยึดหลักการยศาสตร์มาใช้ในขณะทำงาน หรือให้การพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพของพยาบาลและประสิทธิภาพของการพยาบาล

คำสำคัญ: ความชุก/ปัจจัยเสี่ยง/ปวดหลังส่วนล่าง/พยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบหลัก :* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, E-mail:juthamart.k@msu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

The Prevalence and Related Factors of Low Back Pain Among Nurses in Mahasarakham Hospital

Juthamart Khotchakhote *Somsaowanuch chamusri **

Khanuengnij Srisakhot *** Wilaiporn Pituksanurut ****

ABSTRACT

The analytic cross-sectional study aim to investigate the prevalence of low back pain among 204 nurses who participate in this study at Mahasarakham Hospital. The data from this study was collected by utilizing questionnaires which includes assessment of ergonomic risk by Standardized Nordic Questionnaire, musculoskeletal symptoms perception and prevention musculoskeletal symptoms behavior. Descriptive statistics were used to describe the participant's characteristics and Prevalence of low back pain among nurses at Mahasarakham hospital. Multiple logistic regression analyses were used to identify a risk factors at 95% of low back pain calculated utilizing odds ratio (OR). The prevalence of low back pain during the last 12 months period was at 52.94% The areas with the most musculoskeletal symptoms are low back, shouder and neck. The related factors to low back pain were frequency of patient transfer > 5 times/shift (OR = 0.46, 95% CI = 1.25 – 15.60, p-value= 0.021). Physical exercise prevents low back pain (OR = -4.68, 95% CI = 0.24 - 0.90, p-value= 0.025).

Therefore, the program to improved health behavior, working conditions, the working posture of among nurses is needed. Training courses on working ergonomiss are needed for nurses to prevent musculoskeletal symptoms.

Key Words: prevalence/risk factors/low back pain/nurses

Article info: Received: June 17, 2023 , Revised: July 29, 2023 , Accepted: August 4, 2023

* Correspondent Author: Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, E-mail:juthamart.k@msu.ac.th

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*** Register Nurse, Specialist, Mahasarakham Hospital

**** Register Nurse, Specialist, Mahasarakham Hospital

บทนำ

ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน เป็นอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความไม่สบาย เจ็บปวด ชา บวม รวมถึงอาการเคล็ด ตึง อักเสบ ซึ่งมีสาเหตุจากการทำงาน หรือการทำงานส่งผลให้มีอาการมากขึ้น¹ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ประกอบการอาชีพ รวมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิต สมรรถภาพในการทำงาน หากมีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา ส่งผลต่อการขาดงาน ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคมตามมา มีการศึกษาผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างพบว่าอาการปวดหลังของบุคลากรในโรงพยาบาลมีความชุกในระดับสูง²

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 114,578 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 189.37 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบ ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 100,743 ราย อัตราป่วย 167.22 ต่อแสนประชากร³ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน เป็นอาการผิดปกติที่เกิดกับกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เส้นประสาท และเส้นเลือด ทำให้เกิดความไม่สบาย เจ็บปวด ชา บวม รวมถึงอาการเคล็ด ตึง อักเสบ ซึ่งมีสาเหตุจากการทำงาน หรือการทำงานส่งผลให้มีอาการมากขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ในตำแหน่งต่างๆ

พบว่าความชุกของอาการปวดหลังพบมากที่สุด ในอาชีพพยาบาล⁴⁻⁶

พยาบาลวิชาชีพมีลักษณะการทำงานที่มีการนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน การเข็นการยก การเคลื่อนย้าย การจัดท่าผู้ป่วย การก้มๆ เงยๆ ขณะทำงาน การยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ซึ่งลักษณะงานดังกล่าว ก่อให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างของร่างกายได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ มีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย โรคหรือการบาดเจ็บที่หลัง ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ และการตั้งครรภ์⁷⁻¹³ ส่วนปัจจัยด้านงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน การทำงานเป็นกะ มีการยืนหรือนั่งเป็นเวลานานมากกว่า 8 ชม./วัน มีการยกของหนัก มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ลักษณะท่าทางในการทำงาน มีการก้มตัวหรือบิดตัวขณะปฏิบัติงาน¹⁴⁻¹⁷ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานมีความสัมพันธ์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างที่มีความสำคัญเนื่องจากในการปฏิบัติงานต้องสัมผัสปัจจัยดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิด การบาดเจ็บที่สะสม

พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ดังนั้นการดูแลสุขภาพพยาบาลจึงมีผลต่อคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีความหลากหลายและซับซ้อนของการเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยภาวะวิกฤต ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำเป็นอย่างยิ่ง

ที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีภาวะสุขภาพที่ดีเพื่อการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิปกติของกล้ามเนื้อและโครงร่างของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อจะนำผลการศึกษามาวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพแก่พยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนประชากรทั้งสิ้น 556 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประมาณกลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejeie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 250 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรตามลักษณะงาน ตามกลุ่มงานและสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ

เกณฑ์คัดเข้า

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ผู้ที่มีโรคหรือการบาดเจ็บที่หลัง มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุ และมีการตั้งครรภ์

ตัวแปรอิสระ

การวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ปัจจัยด้านการทำงาน

ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน การทำงานเป็นกะ การยืนหรือนั่งเป็นเวลานานมากกว่า 8 ชม./วัน การยกของหนัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำางการทำงาน ไม่เหมาะสม การก้มตัวหรือบิดตัวขณะปฏิบัติงาน

ตัวแปรตาม

อาการปวดหลังส่วนล่าง ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามมาตรฐานเกี่ยวกับอาการผิปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Standardized Nordic questionnaire)¹⁸

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน การทำงานเป็นกะ มีการยืนหรือนั่งเป็นเวลานานมากกว่า 8 ชม./วัน มีการยกของหนัก มีการ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำทางการทำงานไม่เหมาะสม มีการก้มตัวหรือบิดตัวขณะปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน (Standardized Nordic Questionnaire of Musculoskeletal symptoms : SNQ) แบบสอบถามมีเนื้อหาครอบคลุมอาการปวด คอ ไหล่ หลังและระดับความรุนแรงของอาการปวดในรอบ 7 วันและ 12 เดือนที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สร้างเครื่องมือ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา นำเครื่องมือ มาปรับปรุงแก้ไข ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Try out) โดยผู้วิจัยนำไปเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 053/2562 ลงวันที่ 25 เมษายน 2562 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSK_REC ๖๒-๐๒-๐๒๗ ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2562 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการรักษาข้อมูลเป็นความลับ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านฝ่ายอาชีวเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม การวางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งกำหนดการที่มาพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในเบื้องต้น ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ ตลอดจนการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง สิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

4. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีอาการปวดหลังและไม่มีอาการปวดหลัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Forward stepwise method แปลผลที่ระดับความเชื่อมั่นที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน ได้รับแบบสอบถามคืนตรวจสอบข้อมูลมีจำนวนแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 204 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 81.60

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.70 อายุอยู่ระหว่าง 41- 50 ปี ร้อยละ 35.8 อายุเฉลี่ย 36 ปี (min 22, max 60, mean 36.17, S.D. 9.41) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.40 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.7 และปริญญาโท ร้อยละ 6.3

ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 คิดเป็นร้อยละ 53.40 และดัชนีมวลกาย มากกว่า 23 ร้อยละ 35.80 พฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย

น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 44.6 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว จำนวน 22 คน ร้อยละ 10.88 โรคประจำตัวได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 5.39 เบาหวาน ร้อยละ 1.96 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.47

ตำแหน่งงานของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 49.5 และอายุการทำงานส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 86.30 มีการทำงานแบบนั่งสลับกับยืน ร้อยละ 80.40 มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 0-5 ครั้ง/เวร มากที่สุด ร้อยละ 57.84

ตำแหน่งของอาการปวดกล้ามเนื้อและโครงร่าง พบว่าตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุด ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ได้แก่ **หลังส่วนล่าง** ไหล่ และคอ ร้อยละ 47.55, 45.09 และ 41.67 ตามลำดับ ส่วนตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุด ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ **หลังส่วนล่าง** ไหล่ และคอ ร้อยละ 52.94, 47.55 และ 42.65 ตามลำดับ

Table 1 Prevalence of Musculoskeletal symptoms in 7 days and 12 months

Part of symptoms	7 Days	12 months
	Pain (%)	Pain (%)
neck	85 (41.67)	87 (42.65)
Shoulder	92 (45.09)	97 (47.55)
Upper back	82 (40.20)	85 (41.67)
Lower back	97 (47.55)	108 (52.94)

กลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการปวดกล้ามเนื้อจนต้องหยุดงาน ร้อยละ 13.7 และหยุดงานอย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 32.14 และเมื่อมีอาการปวดมีวิธีบรรเทาอาการโดยปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 36.70 และพบแพทย์แผนไทย ร้อยละ 20.49

Table 2 Risk factors with low back pain analysis by using Stepwise Multiple Logistic Regression Analysis

Variables	Adjusted OR	95% CI	p-value
Transfer patient > 5 times/ shift	4.42	1.25 - 15.61	0.021*
Awkward posture	3.02	0.98 – 2.45	0.121
Exercise 3 times/week	-4.68	0.24 - 0.91	0.025*
Gender	0.69	0.82 – 1.89	0.379
Age	1.32	0.79 – 2.39	0.255
BMI	-2.27	0.75 – 2.01	0.410

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์อาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมากกว่า 5 ครั้ง/เวร มีความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อและโครงร่าง 4.42 เท่า (OR = 4.42, 95% CI = 1.25 - 15.60, p-value= 0.021) และการออกกำลังกายช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง -4.68 เท่า (OR = 4.68, 95% CI = 0.24 - 0.91, p-value= 0.025)

อภิปรายผล

ความชุกของการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ 52.94 ซึ่งจะเห็นได้ว่ากว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลมีอาการปวดหลังส่วนล่าง อาจเนื่องจากลักษณะท่าทางในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พยาบาลต้อง มีการยก พยุงและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก การยืนเป็นเวลานาน ติดต่อกันจะส่งผลให้เกิดความล้าของกล้ามเนื้อ เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างครั้งนี้ต่ำกว่าต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศตูนิเซีย ร้อยละ 58¹¹, ซาอุดีอาระเบีย ร้อยละ

80¹⁷ จีน ร้อยละ 80.1¹⁰ และ 84¹² มาเลเซีย ร้อยละ 76.5¹⁶ และ ในประเทศ ร้อยละ 91² อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มีความชุกใกล้เคียงกับการศึกษาของ เอลิมรัฐ มีอยู่เต็ม ที่ศึกษาอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลโรงพยาบาล นครปฐม มีความชุกร้อยละ 65.0¹³ และการศึกษาของณัฐพงศ์ ศรีสุขโขและคณะที่ศึกษาอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความชุกร้อยละ 54.5

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์อาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมากกว่า 5 ครั้ง/เวร มีความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อและโครงร่าง 4.42 เท่า (OR = 4.42, 95% CI = 1.25 - 15.61, p-value= 0.021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Einas A E, Hani¹⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่า ปัจจัยด้านการทำงานมีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เคลื่อนย้าย >5 คน/วัน เสี่ยงต่ออาการปวดหลัง 1.9 เท่า (95%CI 1.15 - 3.56) และ การศึกษาของ Jradi H, Alanazi¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อ

การปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในประเทศ
ชาอุดิอาระเบีย พบว่าความถี่ในการยก
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง
2.32 เท่า (95%CI 1.30 – 4.01) ซึ่งการยกหรือ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสมตาม
หลักการยศาสตร์มีความเสี่ยงในการเกิดอาการ
ปวดหลังส่วนล่างได้^{7, 10, 11, 20} 1.6 เท่า (95%CI
1.13 – 2.26)¹⁶ ขณะก้มตัวยกจะเกิดแรงเฉือน
ทางด้านหน้าต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้
เกิดการบาดเจ็บที่หลังได้²² อีกทั้งการยกของหนัก
มากกว่า 25 กิโลกรัม จะเพิ่มโอกาสเกิดอาการ
ปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 4.32²³

การออกกำลังกายสามารถป้องกัน
อาการปวดหลังส่วนล่างได้ 4.68 เท่า (OR
=-4.68, 95% CI = 0.24 – 0.91, p-value
= 0.025) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yao¹²
และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ²⁴
ที่พบว่า การออกกำลังกายช่วยลดอาการปวด
หลังส่วนล่าง เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้
กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและยืดหยุ่น
ช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างได้

อาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน
มีปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน โดยเมื่อมีการ
วิเคราะห์สาเหตุด้านการทำงานพบว่า จำนวน
ครั้งของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีผลต่ออาการปวด
หลังส่วนล่าง ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริม
ให้พยาบาลมีการให้พยาบาลถูกต้องตาม
หลักการยศาสตร์เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
จากการทำงาน การออกกำลังกายสามารถ
ป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างได้ ดังนั้น
ควรส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายอย่าง
เพียงพอ

จุดแข็งของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาโดยใช้เครื่องใช้มือ
มาตรฐานในการประเมินอาการปวดหลังของ
พยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
อาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพ
เป็นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับ
การประกอบอาชีพ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษา
มาพัฒนาไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต
ของพยาบาลวิชาชีพ

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้าน
สุขภาพจิตและความเครียดจากการทำงาน
ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ
ปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลวิชาชีพได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้
เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงมีข้อจำกัด
ด้านการบ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการทำงานต่อ
อาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงร่าง ดังนั้น
ควรมีการศึกษาแบบ Perspective cohort
study เพื่อยืนยันถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์
กับอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงร่างจาก
การทำงานเพื่อดำเนินการส่งเสริมหรือแก้ไข
ปัญหาเกี่ยวกับอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและ
โครงร่าง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรศึกษาผลกระทบในการให้การ
พยาบาลจากอาการอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อ
และโครงร่าง และอาชีวอนามัยด้านอื่นๆ
เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้พยาบาล

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา
โปรแกรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง
สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

References

1. Simoneau S, St Vincent M, Denise C. (1996). Work Related Musculoskeletal Disorder: A better understanding for more effective prevention.
2. Lynch Z , Vudhironarit C, Vudhironarit S. The Prevalence of Self-Reported Work-Related Low Back Pain problems among Nurses in Thailand. The journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2016; 22(1): 52-64.
3. Occupational disease, Division of disease control Ministry of Public Health. Situation of Occupational disease report 2018. Nontaburi.
4. Freiman Tiina, Coggon David, Merisalu Eda, Animagi Liina, Paasuke Mati. Risk factors for musculoskeletal pain amongst nurse in Estonia: a cross sectional study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2013; 14: 334-341.
5. Freiman Tiina, Paasuke Mati, Merisalu Eda. Work related Psychosocial Factors and Mental Health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurse: A Cross-sectional Study. Pain Research and Management. 2016; 1-7.
6. Mansour Attar Susan. Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurse at tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. BMC Research Notes. 2014; 7: 61-66.
7. Al Amer HS. Low back pain prevalence and risk factors among health workers in Saudi Arabia: A systematic review and meta-analysis. J Occup Health. 2020; 62(1): e12155. doi:10.1002/1348-9585.12155
8. Srisukkho N, Luksamijarukul P, Chaiyanan S, Morakotsriwan. Prevalence and Severity of Low Back Pain in Nursing Personnel in a Hospital in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 32(1): 187-197. (In Thai)
9. Sun W, Zhang H, Tang L, He Y, Tian S. The factors of non-specific chronic low back pain in nurses: A meta-analysis. J Back Musculoskelet Rehabil. 2021; 34(3): 343-353. doi:10.3233/BMR-200161
10. Yang S, Lu J, Zeng J, Wang L, Li Y, RN. Prevalence and Risk Factors of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Intensive Care Unit

Nurses in China. *Workplace Health & Safety*. 2019; 67(6): 275-287.

11. Boughattas W, Maalel E O, Maoua M, Bougmiza I, Kalboussi H, Brahem A, et al. Low back pain among nurses: Prevalence and occupational risk factors. *Occupational and Environmental Medicine*. 2017; 5: 26-37.

12. Yao Y, Zhao S, An Z, Wang S, Li H, Lu L, Yao S. The Associations of work style and physical exercise with the risk of work-related musculoskeletal disorders in nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2019;32(1):15 – 24.

13. Meyoutam C. The prevalence and Related Factors of Low Back Pain Among Nursing personnel in Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 *Medical Journal*. 2020; 39(4): 578-590. (In Thai)

14. Gilchrist A, Pokorná A. Prevalence of musculoskeletal low back pain among registered nurses: Results of an online survey. *Journal of clinical nursing*. 2021; 30: 1675-1683.

15. Narongsak T, Chimnakboon N, Chaiyachat S. Associated Factor of Low Back Pain in Personnel of Somdet Chaopreya Institute of Psychiatry. 2019; 13(1): 21-33. (In Thai)

16. Ibrahim, M.I.; Zubair, I.U.; Yaacob, N.M.; Ahmad, M.I.; Shafei, M.N. Low Back Pain and Its Associated Factors among Nurses in Public Hospitals of Penang, Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 4254. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214254>

17. Jradi H, Alanazi H, Mohammad Y. Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among nurses in Saudi Arabia. *J Occup Health*. 2020; 62(1): e12126. doi:10.1002/1348-9585.12126

18. Kuorinka et al. Standardized Nordic Questionnaires for the analysis of musculoskeletal Symptoms., *Applied Ergonomics*, 1987; 18(3): 233-237.

19. Einas A E, Hani A A. Occupational Back Pain Among Rehabilitation Nurse in Saudi Arabia. *International Occupational Health Nursing*. 2013; 61(9): 401-7.

20. Somtua J, Chaiklieng S. The Prevalence of Back Pain among Maternal Child Health Nurses. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015; 33(3): 62-69. (In Thai)

21. Pimarn R, Wongmatikul V. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross

Society. Chula Med J. 2017; 61(1): 87 – 102. (In Thai)

22. Mawston G, Boocock M.

The effect of lumbar posture on spinal loading and the function of erector spinae: Implications for exercise and vocational rehabilitation NZ J Physiother. 2012; 40(3):135-40.

23. Coenen P, Gouttebarga V, vander Burght AS, van Dieen JH, Frings-Dresen MH, vander beek aj, et al. The

effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. Aann Occup Environ Med. 2014; 71(12): 871-7.

24. Searle A, Spink M, Ho A, et al. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials. Clin Rehabil 2015; 29: 1155–67.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ที่ปฏิบัติการบินในระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

ราชฤทธิ์ โกมลสุข*

อรรธรณ แก้วบุญชู** เพลินพิศ บุญยมาลิก***

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลเสียต่อร่างกาย รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ที่ปฏิบัติงานสายการบินระหว่างประเทศในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยประยุกต์แนวคิด Spielman's 3 P Model of insomnia เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ออกแบบให้ตอบด้วยตนเองผ่าน QR Code ในระบบ Google form วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงเดี่ยวและเชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 36.7 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงเดี่ยว พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ภาวะเครียด พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ปฏิกิริยาการใช้ยาหรือวิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ และระยะเวลาการเลิกใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ก่อนการเข้านอน เมื่อนำตัวแปรทั้ง 5 มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกเชิงพหุพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความเครียด ($OR_{adj} = 4.138$; 95% CI = 1.704-10.050; $p\text{-value} = .002$) พฤติกรรมการใช้ยาหรือวิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ ($OR_{adj} = 5.646$; 95% CI = 1.018-31.315; $p\text{-value} = .048$) และระยะเวลาการเลิกใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ก่อนการเข้านอน ($OR_{adj} = 2.820$; 95% CI = 1.210-6.571; $p\text{-value} = .016$)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา สายการบินควรมีนโยบายการจัดการและการสนับสนุนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ การคัดกรองความเครียด การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและปัญหาการนอนหลับ รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและการใช้สื่อออนไลน์เพื่อลดปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ/พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน/โควิด-19/ความเครียด

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย ภาควิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E – mail: orawan.kae@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Quality of Sleep Among Cabin Attendants During The COVID-19 Pandemic

Rajcharit Komonsuk*

Orawan Kaewboonchoo** Plernpit Boonyamalik***

ABSTRACT

Poor sleep quality can lead to derailment of body systems. This analytic Cross-sectional study aimed to examine factors influencing sleep quality among international cabin crew during Covid-19 pandemic. Spielman's 3 P model was applied for this research framework. The sample was 140 international cabin crews who performed international flights during Covid-19 pandemic selected by simple random sampling. Data were collected through a self-administered questionnaire via Google form QR code. Data were analyzed by simple and multiple logistic regression.

The results showed that 36.7% of cabin crews had poor sleep quality. The simple logistic regression found medical conditions, stress, smoking behavior, sleep aid substance consuming behavior, and social media and electronic communication devices finishing using time before bedtime were significantly associated with poor sleep quality (p -value < 0.05). The multiple Logistic regression analysis revealed that the stress ($OR_{adj} = 4.138$; 95% CI = 1.704-10.050; p -value = .002), sleep aid substance consuming behavior ($OR_{adj} = 5.646$; 95% CI = 1.018-31.315; p -value = .048), and social media and electronic communication devices finishing using time before bedtime ($OR_{adj} = 2.820$; 95% CI = 1.210-6.571; p -value = .016) were significantly associated with poor sleep quality.

These findings suggest that Airline should implement psychosocial and mental support policy for cabin crew, namely mental health screening, mental health and sleep problem consultant. In addition, knowledge regarding sleep promoting behavior and healthy social media habits should be enhanced to prevent poor sleep quality.

Keywords: Sleep Quality/Cabin Attendants/COVID-19/Stress

Article info: Received: May 22, 2023, Revised: July 4, 2023, Accepted: August 28, 2023

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Occupational Health Nursing Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University.

** Correspondent Author: Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

E – mail : orawan.kaew@mahidol.ac.th

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นสภาวะทางธรรมชาติของร่างกาย ระหว่างการนอนหลับระดับการรับรู้และรู้สึกตัวจะลดลง ร่างกายจะมีปฏิกิริยาทางชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พื้นฟูซ่อมแซม และรักษาสุขภาพความเสื่อมต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับพบว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง คุณลักษณะการนอนหลับของบุคคล โดยคุณลักษณะของคุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep efficiency) ภาวะรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbances) ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นจนเริ่มหลับ (Sleep latency) ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep duration) การตื่นภายหลังการนอนหลับไปแล้ว (Wake after sleep onset)¹ คุณภาพการนอนหลับที่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม แต่ในทางตรงข้ามคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม 2 ฉบับพบว่า พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 57.9 และ 75.3 ตามลำดับ^{2,3}

พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินต้องสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพระหว่างปฏิบัติการบินหลายอย่าง อาทิ ความเครียดจากการทำงาน การสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การทำงานกะและการปฏิบัติงานข้ามเขตเวลา⁴ สิ่งคุกคามสุขภาพดังกล่าวส่งผลทั้งทางด้านกายภาพและจิตสังคม ซึ่งสิ่งคุกคามสุขภาพบางปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ พบว่า 1) การปฏิบัติงานในเที่ยวบินระยะไกล

พนักงานจะมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัญหาการนอนหลับหลังปฏิบัติงานจากทวีปยุโรปมายังประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ($\bar{X}$ = 2.10, SD = 1.04) มีปัญหาการนอนหลับมากกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ($\bar{X}$ = 1.74, SD = 1.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.13, p - value < 0.05)² 2) ภาวะเครียดส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (r = 0.47, p - value < 0.001) 3) ความเหนื่อยล้าส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (r = 0.36, p - value < 0.001)⁵ และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า แม้ในภาวะปกติการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินก็มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนหลับ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงาน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่ามีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2019 และจากข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน ค.ศ. 2020 พบผู้ติดเชื้อแล้วทั่วโลกเป็นจำนวน 54,771,888 คน และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อจำนวน 1,324,249 คน⁶ นับว่าเป็นการแพร่ระบาดของเชื้อที่รุนแรงมากจึงได้กำหนดมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 เช่น การปิดประเทศ (Lockdown) การกักตัว (Quarantine) ส่งผลให้จำนวนผู้ที่เดินทางทั่วโลกลดลงอย่างมาก สายการบินจำนวนมากต้องหยุดให้บริการ คงเหลือเฉพาะสายการบินที่เป็นเที่ยวบินขนส่งผู้โดยสารกลับภูมิลำเนา (Repatriation Flight) เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับโลก องค์กรที่ควบคุม

อุตสาหกรรมการบินในระดับนานาชาติ เช่น สมาคมขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (The International Air Transport Association: IATA) และสถาบันการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (The Civil Aviation Authority of Thailand) จึงออกคำแนะนำและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมาตรการต่าง ๆ ให้สายการบินในกำกับปฏิบัติ อาทิ การยกเลิกการบริการอาหารในเที่ยวบิน ก่อนเข้าประเทศ การกักตัวภายหลังการปฏิบัติการบิน การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล การแนะนำไม่ให้ออกจากห้องพักในสถานปลายทาง การห้ามใช้สถานที่ส่วนกลาง เช่น ส้วม ว่ายน้ำ ห้องออกกำลังกาย เป็นต้น⁷ จากมาตรการดังกล่าวสายการบินส่วนใหญ่ รวมถึงสายการบินที่ศึกษาในครั้งนี้จึงปรับเปลี่ยนรูปแบบและแนวทางการปฏิบัติการบิน อาทิ การลดจำนวนเที่ยวบิน การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตลอดระยะเวลาการปฏิบัติการบิน การปรับเปลี่ยนการลงพักค้างของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินให้เป็นการปฏิบัติงานแบบไป – กลับในเที่ยวบินระยะกลาง การให้พนักงานกักตัวภายในห้องพักระหว่างการลงพักในสถานที่พักค้างในเที่ยวบินระยะไกล การติดตามตัวและการกักตัวในเคหสถานหรือสถานที่ที่จัดไว้ให้ภายหลังกลับเข้ามาในราชอาณาจักร

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินต้องสัมผัสสิ่งกระตุ้นให้เกิดการนอนหลับที่ไม่เป็นแบบแผน ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การถูกจำกัดพื้นที่ในการพักผ่อนที่อยู่เฉพาะในอากาศยานหรือภายในที่พักเท่านั้น รวมถึงการปฏิบัติงานข้ามเขตเวลา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผล

ให้พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจากการปฏิบัติงาน ที่อาจแตกต่างจากการทำงานในช่วงเวลาปกติที่ไม่มีภาระของเชื้อ COVID-19 ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพพนักงานและป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินในระหว่างการเดินทางแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ต้องปฏิบัติงานระหว่างการเดินทางแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินระหว่างการเดินทางแพร่กระจายเชื้อ COVID-19
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินระหว่างการเดินทางแพร่กระจายเชื้อ COVID-19
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินระหว่างการเดินทางแพร่กระจายเชื้อ COVID-19

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบินระหว่างการเดินทางแพร่กระจายเชื้อ COVID-19

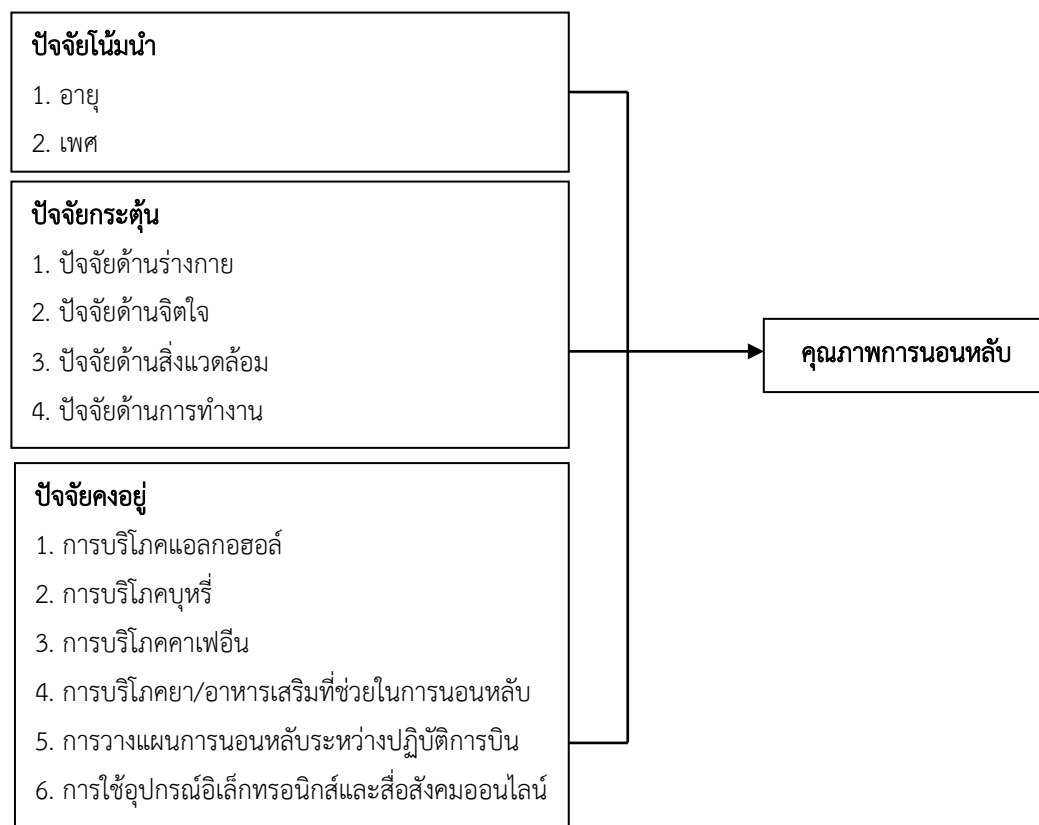
2. ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และ ปัจจัยคงอยู่ มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของ พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบิน ระหว่างการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19

ในการศึกษาวิเคราะห์ห้มนทัศน์ (Conceptual analysis) เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ด้านสรีรวิทยา เช่น อายุ ภาวะสุขภาพ นาฬิกาชีวภาพในร่างกาย เป็นต้น 2) ด้านจิตวิทยา เช่น ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น 3) ด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในการนอน

การใช้โทรศัพท์และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ หน้าที่การทำงาน เป็นต้น¹

เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาเทียบเคียงการจัดกลุ่มกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับที่ใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลาย พบว่า แม้ว่ากรอบแนวคิด Spielman's 3P model of insomnia จะเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นอาการนอนไม่หลับ แต่อาการนอนไม่หลับก็มีความสัมพันธ์กับภาวะการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ($r = 0.42$, $p - \text{value} < 0.001$)⁸ อีกทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับดังกล่าว สามารถจัดกลุ่มเข้ากับปัจจัยตามแนวคิดของ Spielman ได้ จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินสายการบินนานาชาติบริษัทหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 5,527 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติการบิน มีหน้าที่การทำงานในเที่ยวบินระหว่างการเดินทางระหว่างประเทศของเชื้อ COVID-19 ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล (ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564) และการปฏิบัติหน้าที่นั้นอยู่ระหว่างมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ไปยังสถานปลายทางที่กำหนดอย่างน้อย 1 จุดหมายในตารางบิน แต่เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนเที่ยวบินที่ลดลงอย่างมาก และสายการบินมีนโยบายให้พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินลาระยะยาวระหว่างการแพร่ระบาด ส่งผลให้จำนวนพนักงานจากกลุ่มประชากรจำนวน 5,527 คน ไม่สามารถนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนเที่ยวบินที่มีในช่วงที่เก็บข้อมูลทั้งหมดและจำนวนพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่น้อยที่สุดที่สามารถปฏิบัติการบินได้ (Minimum crew) ตามคู่มือปฏิบัติงานของลูกเรือ (Cabin crew manual) ในเครื่องบินแต่ละแบบที่ใช้ปฏิบัติการบินในช่วงของการแพร่ระบาดมาคำนวณ ได้จำนวนทั้งหมด 1,008 คน หลังจากนั้นคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁰ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 114 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวน

อีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเที่ยวบินที่มีการปฏิบัติการบินในแต่ละวัน สุ่มแจกแบบสอบถามให้พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่ปฏิบัติหน้าที่ในเที่ยวบินดังกล่าวและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ตอบแบบสอบถามมีโอกาสที่จะได้รับสุ่มเข้าร่วมการศึกษานี้เพียงคนละ 1 ครั้ง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์พบว่าอัตราตอบกลับต่ำกว่าร้อยละ 20¹¹ ผู้วิจัยจึงต้องแจกแบบสอบถามจนกว่าจะได้รับแบบสอบถามที่ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในการนี้ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามไปทั้งหมดจำนวน 265 ชุด ในจำนวนนี้ตอบกลับและข้อมูลครบถ้วน 140 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 52.83 ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลตัวอย่างตามที่ได้รับคำตอบกลับทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือแบบสอบถามที่ออกแบบการตอบผ่าน QR - Code ในระบบ Google form แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร ข้อมูลด้านการงานและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามส่วนนี้ใช้รวบรวมข้อมูลปัจจัยโน้มนำ ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัว ปัจจัยกระตุ้นด้านการทำงาน เช่น เส้นทางบิน ประสบการณ์

การทำงาน เป็นต้น และปัจจัยคงอยู่ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน กลิ่น ความทิว ความกระหายน้ำ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมของ ณภัทรวรรต บัวทอง⁸ แบบสอบถามส่วนนี้ใช้รวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยนำมาจากแบบประเมินการนอนหลับฉบับภาษาไทย แปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์¹² มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) การประเมินระยะเวลาของการนอนหลับ 4) การประเมินประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การประเมินมิติการรบกวนการนอนหลับ 6) การประเมินมิติการใช้ยานอนหลับ 7) การประเมินผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับต่อกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนรวม ทั้ง 7 องค์ประกอบเท่ากับ 0 – 21 คะแนน การแปลผลนี้ใช้จุดตัด (Cut off point) ที่ 5 คะแนน ตามการศึกษาของ Buysse และคณะ¹³ โดย 0 – 5 คะแนนหมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และ 6 – 21 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรงของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ¹⁴ แต่ละข้อให้เลือกตอบมีค่าคะแนน 0-5 คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 0-100 คะแนน สามารถแปลผลระดับความเครียดได้ 4 ระดับ ได้แก่ 0-23 คะแนน ระดับความเครียดต่ำ 24-41 คะแนน ระดับความเครียดปานกลาง 42-61 คะแนน ระดับความเครียดสูง และ 61-100 คะแนนระดับความเครียดรุนแรง แบบสอบถามส่วนนี้ใช้รวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้นด้านจิตใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน พยาบาลสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม ความถูกต้องของการวัดเพื่อนำคำแนะนำและข้อควรปรับปรุงมาเป็นแนวทางปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์และเที่ยงตรงมากขึ้น ได้ค่า Content validity index (CVI) 0.98

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้คะแนนค่าความเชื่อมั่นโดยรวม

ของเครื่องมือในการ ทำวิจัยครั้งนี้ทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจำแนกตามส่วน ดังนี้ แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อม ค่าความเชื่อมั่น 0.91 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ PSQI ค่าความเชื่อมั่น 0.64 แบบวัดความเครียดสวนปรง ค่าความเชื่อมั่น 0.91 ทั้งนี้ เมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ได้ค่าความเชื่อมั่นรายฉบับของแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ PSQI จะเท่ากับ 0.64 แต่ในการศึกษาเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้ในประเทศไทย โดยเฉพาะ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.837¹⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดสินใจใช้แบบสอบถามชุดนี้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 95/2563 ภายหลังจากโครงร่างการวิจัยได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงถึงผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการบิน เพื่อขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่บริษัท หลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ รวมถึงแนวทางการป้องกันสวัสดิภาพและการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย

อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัยจะถูกจำกัดการเข้าถึง โดยชุดข้อมูลนี้ถูกเข้ารหัส และผู้วิจัยเพียงผู้เดียวที่สามารถเข้าถึงรหัสได้อีกทั้ง การรายงานผลการวิจัยจะดำเนินการรายงานในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ณ ศูนย์ปฏิบัติการบินของสายการบินนานาชาติที่ทำการศึกษ โดยติดต่อหน่วยงานประสานงาน ก่อนการบิน (Supervisor on duty) เพื่อขอเข้าไปชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการแจกแบบสอบถามพร้อมใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ QR code ผ่านระบบ Google form ในห้องเตรียมการก่อนปฏิบัติการบิน (Briefing room) ภายหลังจากได้รับอนุญาตและหัวหน้าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินได้ชี้แจงรายละเอียดเที่ยวบินแก่พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน (Briefing) เสร็จเรียบร้อยแล้ว เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ QR code ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยในหน้าแบบสอบถามมีคำชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามหลังจากปฏิบัติงานกลับมาถึงสถานีกรุงเทพฯ แล้ว การตอบคำถามในแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนและถูกส่งเข้ามาในระบบ Google form ของผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบและนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพการนอนหลับ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานที่ 0.5

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนและร้อยละของปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยคงอยู่และคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับ มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยโน้มนำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.9) มีอายุโดยเฉลี่ย 41.31 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 44.3)

ปัจจัยกระตุ้น

1. ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 68.6) มีพฤติกรรมออกกำลังกาย (ร้อยละ 67.9)

2. ปัจจัยกระตุ้นด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 68.6) สาเหตุความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือเงินไม่พอใช้จ่าย (ร้อยละ 81.1) สาเหตุที่ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เงินไม่พอใช้จ่าย ($\bar{x}$ = 2.88, SD = 1.325)

3. ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอนหลับโดยใช้ Suitable rest facility ระหว่างการปฏิบัติการบิน (ร้อยละ 93.6) คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รับกวนการนอนมากที่สุด คือ เสียงดัง ($\bar{x}$ = 3.49 คะแนน, SD = 1.238)

4. ปัจจัยกระตุ้นด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินอาวุโส (ร้อยละ 71.4) ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 72.1) อายุงานเฉลี่ย 16.45 ปี (SD = 7.085) ในตารางปฏิบัติการบินส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีเที่ยวบินข้ามทวีป (ร้อยละ 64.3)

ปัจจัยคงอยู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 85.0) มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 87.9) ไม่มีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 73.6) ไม่ใช้ยาหรือวิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ (ร้อยละ 92.9) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเลิกใช้อุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์น้อยกว่า 30 นาที ก่อนการเข้านอน ร้อยละ 64.1) ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เพื่อเตรียมปฏิบัติการบินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนอนหลับในช่วงกลางวันเพื่อเตรียมตัวก่อนการปฏิบัติการบิน (ร้อยละ 69.3)

คุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ร้อยละ 63.3) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index ที่ 5.01

คะแนน ($\bar{x}$ = 5.01, SD = 2.509, Min = 1 Max = 15)

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงเดียว พบ ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยคงอยู่ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับ ฯ มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยโน้มนำไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยกระตุ้น คือ ภาวะความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.543, 95% CI = 1.68 – 7.48, p-value = 0.001)

ปัจจัยคงอยู่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคบุหรื (Crude OR = 2.74, 95% CI = 1.06 – 7.04, p-value = 0.032) และพฤติกรรมการบริโภควิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ (Crude OR = 8.09, 95% CI = 1.65 – 39.77, p-value = 0.005)

ปัจจัยที่มีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ โรคประจำตัว (Crude OR = 2.01, 95% CI = 0.97 – 4.18, p-value = 0.060) และระยะเวลาการเลิกใช้สื่อสังคมออนไลน์และอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ก่อนการเข้านอน (Crude OR = 1.94, 95% CI = 0.94 – 3.99, p-value = 0.070)

จากตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน มีรายละเอียดดังนี้

เมื่อควบคุมตัวแปรจากปัจจัยอื่นๆ จะมีตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น 1 ตัวแปร คือ ภาวะความเครียด (OR_{adj} = 4.138, 95% CI = 1.70 – 10.54, p – value = 0.002) และปัจจัยคงอยู่ 2 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการใช้วิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ (OR_{adj} = 5.646, 95% CI = 1.01 – 31.32, p – value = 0.048) และพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ก่อนการเข้านอน (OR_{adj} = 2.820, 95% CI = 1.21 – 6.57, p – value = 0.016)

Table 1 Frequency and percentage of Predisposing factors, Precipitating factors, Perpetuating Factors, and Sleep quality. (n = 140)

Variables	N	%
Gender		
Male	52	37.1
Female	88	62.9
Age (year)		
20-40	70	50.0
41-60	70	50.0
$\bar{X}$ = 41.31 SD = 6.8 Min = 27 Max = 56		
Medical condition		
Yes	44	31.4
No	96	68.6
Exercise		
Yes	95	67.9
No	45	32.1
Stress		
Low to medium	96	68.6
High to extremely high	44	41.4
Crew rest facility		
Suitable	131	93.6
Adequet	9	6.4
Working Experience (year)		
0 – 20	101	72.1
21 – 35	39	27.9
Intercontinental Flight		
Yes	90	64.3
No	50	35.7
Smoking behavior		
Active or quit	21	15.0
No	119	85.0

Variables	N	%
Caffeine consuming behavior		
Yes	123	87.9
No	17	21.1
Alcohol consuming behavior		
Yes	37	26.4
No	103	73.6
Over the counter sleep aid or sleeping pills using behavior		
Yes	10	7.1
No	130	92.9
Social media and electronic communication devices finishing using time before bedtime (n =131)		
< 30 mins	84	64.1
More than 30 mins	47	35.9
Daytime napping before duty		
Yes	97	69.3
No	43	30.7
Quality of sleep		
Good	89	63.6
Impaired	51	36.4

Table 2 The relationship between Predisposing factors, Precipitating factors, Perpetuating Factors, and Sleep quality analyzing by Simple Logistic Regression. (n = 140)

Factors	N	Sleep Quality		Crude Odds OR (95%CI)	p-value
		Good	Impaired		
		N (%)	N (%)		
Stress					
Low to medium	96	70 (78.7)	26 (51.0)	1	
High to extremely high	44	19 (21.3)	25 (49.0)	3.54 (1.68 – 7.48)	0.001**

Factors	N	Sleep Quality		Crude Odds OR (95%CI)	p-value
		Good	Impaired		
		N (%)	N (%)		
Smoking behavior					
No smoking	119	80 (89.9)	39 (76.5)	1	
Active or quit	21	9 (10.1)	12 (23.5)	2.74 (1.06 – 7.04)	0.032*
Over the counter sleep aid or sleeping pills using behavior					
No	130	87 (97.8)	43 (84.3)	1	
Yes	10	2 (2.2)	8 (15.7)	8.09 (1.65 – 39.77)	0.005 ^{a**}
Medical condition					
Yes	96	66 (74.2)	30 (58.8)	1	
No	44	23 (25.8)	21 (41.2)	2.01 (0.97 – 4.18)	0.060 ^b
Social media and electronic communication devices finishing using time before bedtime					
< 30 mins	93	64 (71.9)	29 (56.9)	1	
More than 30 mins	47	25 (28.1)	22 (43.1)	1.94 (0.94 – 3.99)	0.070 ^b

** p – value < 0.01, * p - value < 0.05, a = Fisher's exact test, b. p-value < 0.08

Table 3 Factors affecting sleep quality analyzed by Multiple Logistic Regression. (n = 140)

Variable	Adjusted Odd Ratio (OR _{adj})	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
Precipitating Factors				
Stress	4.138	1.704	10.050	0.002**
Perpetuating Factors				
Over the counter sleep aid or sleeping pills using behavior	5.646	1.018	31.315	0.048*
Social media and electronic communication devices finishing using time before bedtime	2.820	1.210	6.571	0.016*

** p – value < 0.01, * p - value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด - 19 ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Spielman's 3P model of insomnia เป็นกรอบแนวคิดหลักของการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้จำแนกปัจจัยที่จะส่งผลให้บุคคลมีอาการนอนไม่หลับเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่สามารถส่งผลถึงการนอนไม่หลับหรือการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคคลได้ จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินเป็นไปตามตามทฤษฎีดังกล่าว คือ ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ภาวะความเครียดและปัจจัยคงอยู่ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้วิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ และระยะเวลาการเลิกใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสังคมออนไลน์ก่อนการเข้านอน ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

การที่พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่มีภาวะความเครียด มีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีนั้นอาจมีผลเนื่องมาจากผลกระทบที่เกี่ยวกับงานในระหว่างการระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยระหว่างการแพร่ระบาดหลายสายการบินมี การปิดกิจการ รวมถึงการลดเที่ยวบิน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการทำงาน สาเหตุดังกล่าวอาจส่งผลให้พนักงานต้อนรับมีรายได้ที่ลดลง ความมั่นคงในการทำงานลดลง

ส่งผลให้พนักงานต้อนรับเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในระหว่างการระบาดของเชื้อ COVID-19 นั้น พนักงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมการบินมีความกังวล ความหวาดกลัวที่จะสูญเสียงาน มีระดับความเครียดที่สูงขึ้น และการระบาดของเชื้อ COVID-19 สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ อีกทั้งการกักตัวส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียดของบุคคลที่ต้องถูกกักตัว¹⁶⁻¹⁸

พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ที่มีพฤติกรรมการใช้วิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ มีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อาจมีผลเนื่องมาจากพนักงานต้อนรับฯ มีปัญหาทางด้านการนอนหลับอยู่ก่อนแล้ว โดยอาจจะมีสาเหตุมาจากความเครียด ความกังวล จากการการทำงานหรือการระบาดของเชื้อ COVID-19 หรือจากการทำงานเป็นกะ รวมถึงการใช้ยาหรือสารเพื่อปรับการนอนหลับจากความแปรปรวนของนาฬิกาชีวภาพ¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีพฤติกรรมการใช้สารเพื่อช่วยในการนอนหลับ และการใช้ยาหรือสารเพื่อช่วยในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ภาวะความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงานในกลุ่มพนักงานต้อนรับฯ^{5,20} นอกจากนี้ยังพบว่าระหว่างการระบาดของเชื้อ COVID-19 ประชากรวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเพิ่มมากขึ้นและมีการใช้ยาหรือสารที่ช่วยในการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้าการระบาด²¹

สำหรับสาเหตุที่ระยะเวลาการเลิกใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อสังคมออนไลน์ก่อนการเข้านอนส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอาจเกิดมาจากการถูกกระตุ้นจากเนื้อหาของสื่อซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะความเครียดและความกังวลระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 และการสัมผัสแสงจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งส่งผลรบกวนต่อนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย²² ทำให้การเริ่มต้นการนอนหลับทำได้ยาก ร่วมกับการมีประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัยที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าระหว่างการระบาดของเชื้อ COVID-19 ประชาชนมีการใช้สื่อและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นแทนการเข้าสังคม²³ มีการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อ COVID-19 และการใช้สื่อมีความสัมพันธ์กับความเครียด ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับเชื้อ COVID-19²⁴ อีกทั้งการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสื่อออนไลน์ก่อนการเข้านอนสามารถส่งผลให้มีเวลานอนน้อยกว่าปกติ โดยใช้เวลานอนมาใช้สอแทนการนอนหลับ ส่งผลให้เริ่มต้นการเข้านอนช้าลงและอาจส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับลดลง²⁵

สรุปผลการวิจัย

โดยสรุป ระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีภาวะความเครียด ซึ่งอาจมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของงาน ความมั่นคงของงาน รายได้ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้พนักงานต้อนรับฯ มีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี รวมถึงความเครียดและการทำงานข้ามเขตเวลาที่ส่งผลต่อความแปรปรวนของนาฬิกาชีวภาพ ส่งผลให้พนักงานต้อนรับฯ บางกลุ่มมีแนวโน้ม

ที่จะใช้สารหรือวิตามินเพื่อช่วยในการนอนหลับ ส่งผลให้พนักงานในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 พนักงานต้อนรับฯ มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ระหว่างการกักตัว ส่งผลให้พนักงานกลุ่มนี้ถูกกระตุ้นด้วยเนื้อหาจากสื่อและถูกรบกวนนาฬิกาชีวภาพด้วยแสงสีฟ้า รวมถึงใช้เวลาบนเตียงในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างอาชีพเฉพาะ และเป็นการศึกษาระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลให้การศึกษาในบริบทดังกล่าวซึ่งยังมีผู้วิจัยน้อยจะเป็นประโยชน์ใช้เพื่อการพัฒนาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มประชากรอื่นๆ ระหว่างการแพร่ของโรคระบาดในครั้งต่อไปได้

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง ส่งผลให้ไม่สามารถเปรียบเทียบปัจจัยก่อนและหลังการระบาดได้ และไม่สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างตัวแปรศึกษาได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้มีข้อจำกัดของการเลือกตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ความหลากหลายของเที่ยวบิน ความถี่ของเที่ยวบิน รูปแบบการบริการในเที่ยวบิน เป็นต้น และในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality

Index (PSQI) ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ดังนั้น การประเมินการนอนหลับดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับปัจจัยบางตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับทันที

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

สายการบินสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนโครงการเสริมสร้างคุณภาพการนอนหลับที่ดีใน กลุ่มพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินได้ เช่น โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการใช้สื่อสังคมออนไลน์และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้วิตามินหรือสารที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และโครงการส่งเสริมการจัดการความเครียดสำหรับพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบตอบด้วยตนเอง (Subjective) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย เช่น Smart watch มาใช้ประกอบการวัดคุณภาพการนอนหลับ รวมถึงการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพการนอนหลับอื่นมาประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและครบถ้วนของข้อมูลยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการบนเครื่องบิน ความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอพระคุณพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. In Nursing forum 2022 Jan (Vol. 57, No. 1, pp. 144-151).
2. Buathong N. Quality of sleep and mental health among cabin attendants in Thai Airways International Public Company Limited. [M. Sc. Thesis in mental health]. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, 2003. (In Thai)
3. Krueprayong A. Sleep quality and fatigue among flight attendants of Thai airways international public company limited. [M. Sc. Thematic paper in anti – aging and regenerative medicine]. Bangkok: College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University, 2017. (In Thai)
4. The National Institute for Occupational Safety and Health. Aircrew safety and Health [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 23]. Available from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/aircrew/default.html>
5. Boonpanitch P. Mental health status and fatigue among flight attendants in Thai Airways International Public Company Limited. [M. Sc. Thesis in mental health]. Bangkok: Faculty of

Medicine, Chulalongkorn University, 2017.

(In Thai)

6. World Health Organization.

WHO Coronavirus (COVID – 19)

Dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022

Nov 20]. Available from

<https://covid19.who.int/>

7. Hilditch CJ, Flynn-Evans EE. Fatigue, schedules, sleep, and sleepiness in US commercial pilots during COVID-19. *Aerospace Medicine and Human Performance*. 2022 May 1;93(5):433-41.

8. Khalladi K, Farooq A, Souissi S, Herrera CP, Chamari K, Taylor L, El Massioui F. Inter-relationship between sleep quality, insomnia and sleep disorders in professional soccer players. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*. 2019 Apr 1;5(1):e000498.

9. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*. 1986 Jan 1;6(1):11-25.

10. Kijpredaborisut B. Statistical Analysis for Research. 5th ed. Bangkok: Faculty of Social Sciences and Humanities; 2010. (In Thai)

11. Saleh A, Bista K. Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. *Online Submission*. 2017;13(2):63-74.

12. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 1997;42(3):123-32.

13. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989 May 1;28(2):193-213.

14. Mahatnirunkul S. The construction of Suan Prung stress test for Thai population. *Bulletin of Suan Prung*. 1997;13:1. (In Thai)

15. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai*. 2014 Mar 1;97(Suppl 3):S57-67.

16. Karkala A, Moschonas S, Sykas G, Karagianni M, Gilou S, Papaefthymiou O, Kourtidou-Papadeli C. Sleep quality and mental health consequences of COVID-19 pandemic in the aviation community in Greece. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2022 Sep;64(9):e567.

17. Görlich Y, Stadelmann D. Mental health of flying cabin crews:

Depression, anxiety, and stress before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*. 2020 Dec 17;11:581496.

18. Jin Y, Sun T, Zheng P, An J. Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021 Dec 1;295:1335-46.

19. Hirayama J, Hattori A, Takahashi A, Furusawa Y, Tabuchi Y, Shibata M, Nagamatsu A, Yano S, Maruyama Y, Matsubara H, Sekiguchi T. Physiological consequences of space flight, including abnormal bone metabolism, space radiation injury, and circadian clock dysregulation: Implications of melatonin use and regulation as a countermeasure. *Journal of Pineal Research*. 2023 Jan;74(1):e12834.

20. Alparslan FF. The effects of rest quality, anxiety and exhaustion on flight attendants flying internationally. *Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2021 Dec 12;5(2):1-2.

21. Cha EJ, Jeon HJ. The effect of COVID-19 pandemic on sleep-related problems in adults and elderly citizens:

an infodemiology study using relative search volume data. *PLoS One*. 2022 Jul 12;17(7):e0271059.

22. Höhn C, Schmid SR, Plamberger CP, Bothe K, Angerer M, Gruber G, Pletzer B, Hoedlmoser K. Preliminary results: the impact of smartphone use and short-wavelength light during the evening on circadian rhythm, sleep and alertness. *Clocks & sleep*. 2021 Jan 22;3(1):66-86.

23. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*. 2020 Jun 1;180(6):817-8.

24. Kuppili PP, Shah B, Gyawali S, Balhara YP. Internet, Mobile Device, Social Media Use, and Gaming Behavior During COVID-19: A Systematic Review of Observational Studies. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2022 Apr 1;9(1).

25. Lastella M, Rigney G, Browne M, Sargent C. Electronic device use in bed reduces sleep duration and quality in adults. *Sleep and Biological Rhythms*. 2020 Apr;18:121-9.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

นันทิพัฒน์ ทัดศรีพิรุล*

พัชรพร เกิดมงคล **ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ***เพลินพิศ บุญยมาลิก****ทัศนีย์ รวีวรกุล****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจากผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง จำนวน 288 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE- PROCEED Model

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำในส่วนความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการหกล้มโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.378$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆให้คงที่ การเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม 1 หน่วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า (95%CI = 1.08-1.15) และพบว่า ปัจจัยเอื้อ (นโยบายการป้องกันการหกล้มและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ) มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.184$, $p\text{-value} < 0.05$) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆให้คงที่ การเปลี่ยนแปลงคะแนนปัจจัยเอื้อ 1 หน่วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.51 เท่า (95%CI = 1.02-2.24)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดนโยบายต่างๆในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูงยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิม และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม/ผู้สูงอายุ/กรอบแนวคิด PRECEDE- PROCEED

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors related to fall prevention behavior among older adults living In a social welfare development center for older persons

Nantipat Tadsreepeeradol *

Patcharaporn Kerdmongkol ** Kwanjai Amnatsatsue *** Plernpit Boonyamalik***

Tassanee Rawiworrakul***

ABSTRACT

The cross-sectional research aimed to investigate factors the fall prevention and related to fall prevention behavior among older adults. The participants consisted of 288 older adults who were living in a social welfare development center for older persons, which they were selected by using stratified random sampling, The data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, Chi-square, Spearman's coefficient, and multiple logistic regression. The relationship between predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors and fall prevention behavior under the PRECEDE- PROCEED model,

It was found that the health literacy was positively related to fall prevention behavior ($r_s = 0.378$, $p\text{-value} < 0.001$). When other factors constant, it could be seen that changing 1 unit of health literacy regarding fall prevention behavior could cause older adults to be 1.11 times more likely to have more appropriate fall prevention behavior (95%CI = 1.08-1.15). In addition, the enabling factors of fall prevention were positively related to fall prevention behavior of older adults ($r_s = 0.184$, $p\text{-value} < 0.05$). When other factors constant, changing 1 unit of the enabling factors could cause older adults to become 1.51 times more likely to develop appropriate fall prevention behavior (95%CI = 1.02-2.24). The finding suggested to apply for fall prevention policy and accessibility to available services. The elderly persons with a high level of fall prevention behavior will continue to maintain their behaviors. Who have a moderate and low level of fall prevention behavior, they should be able to undergo behavioral modification.

KEY WORDS: Fall prevention behavior in older adults/ PRECEDE- PROCEED Model

Article info: Received: November 24, 2022, Revised: May 27, 2023, Accepted: June 23, 2023

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND

** Corresponding Author, Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.,E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

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

**** Assistand Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเกิดการหกล้มร้อยละ 28 - 35 ต่อปี และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32 - 42 เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป¹ ผู้สูงอายุที่หกล้มประมาณ 1 ใน 10 คน มีการบาดเจ็บรุนแรงและสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้ม 424,000 คน เฉลี่ยวันละ 1,160 คน สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 มีรายงานผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มมากถึง 1,046 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน² ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจรองจากการประสบอุบัติเหตุทางถนนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ซึ่งพยากรณ์ได้ว่าในระหว่างปี 2560-2564 อาจมีรายงานผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มโดยประมาณ 5,700-14,000 คน⁴ สำหรับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเป็นศูนย์ต้นแบบการเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ มีการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านต่างๆ ก็ยังพบปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีความเสี่ยงต่อการหกล้มถึงร้อยละ 35⁵ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี มีประวัติเคยหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 31.43⁶ ดังนั้นจึงควรสร้างเสริมให้มีการป้องกันการหกล้ม

เพื่อที่จะช่วยลดอัตราการหกล้มและลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการหกล้มได้¹

การประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มจะทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบความเสี่ยงของการหกล้ม ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ มีส่วนช่วยประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง⁷ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถลดโอกาสและจำนวนครั้งของการหกล้มลงได้ มีการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.4⁸ ผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.52⁹ ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.7¹⁰ ผู้สูงอายุในอำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดอุทัยธานี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.0¹ ผู้สูงอายุในชุมชนจากจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 10 อันดับแรกในเขตภาคกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับดี มีคะแนนประเมินเฉลี่ย 47.55 คะแนนจากคะแนนเต็ม 60 คะแนน⁴ แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน เพื่อให้เกิดการวางแผนและกำหนดกลวิธี

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการหกล้มสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED¹¹ ในขั้นตอนที่ 4 การประเมินทางด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Ecology assessment) ซึ่งขั้นตอนดังกล่าว เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) สำหรับปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ปัญหาการได้ยิน และปัญหาการเดิน/การทรงตัว ปัจจัยนำที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการป้องกันการหกล้ม จากการศึกษาเชิงทดลองเพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านเปิด หมู่ 1, 2 ตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($\bar{X}$ = 90.83, SD = 1.44) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 65.40, SD = 4.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -30.29, p -value < 0.001)¹² และการศึกษาเชิงทดลองเพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญจำนวน 3 แห่ง ในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ภายหลังที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($\bar{X}$ = 31.13, SD = 2.23) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 24.68, SD = 2.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.42, p -value < 0.001)¹³ สำหรับปัจจัยเอื้อที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนั้น ต้องเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุก่อเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม⁸ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกนโยบายการป้องกันการหกล้มและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเอื้อในการศึกษาครั้งนี้ และปัจจัยเสริมที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนรอบข้าง ทำให้เกิดการยอมรับหรือไม่ยอมรับต่อการแสดงออกของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกการได้รับกำลังใจจากบุคคลในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มของเจ้าหน้าที่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเสริมในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกัน

การหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

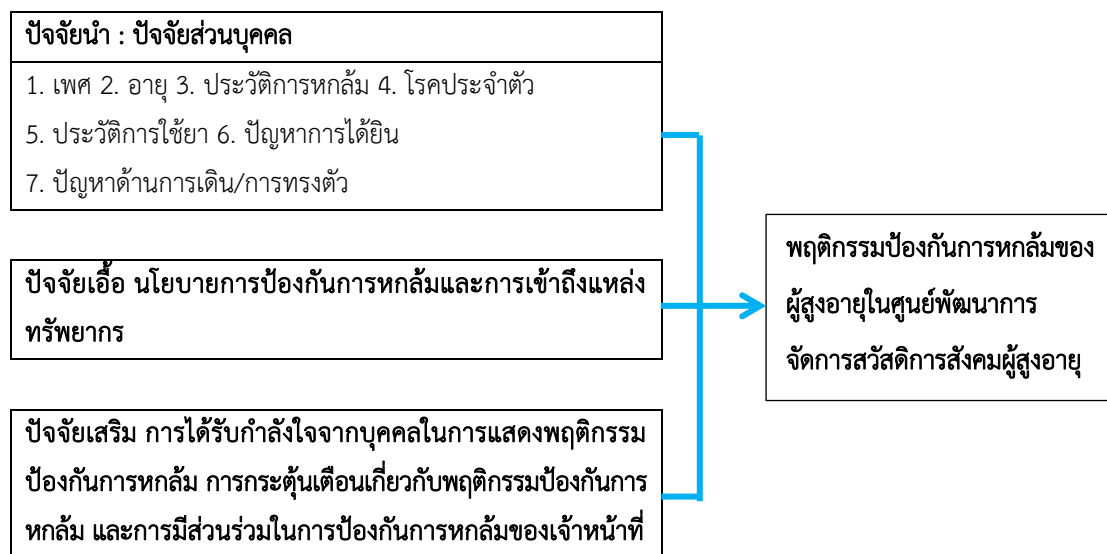
1. ปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว ประวัติการเข้ายา ปัญหาการได้ยิน และปัญหาด้านการเดิน/การทรงตัว ปัจจัยนำด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจำนวน 1,282 คน ซึ่งเป็นประชากรผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง จำนวน 393 คน แบ่งได้เป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร 187 คน

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 88 คน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 118 คน¹⁴ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณด้วยสูตรของ Daniel¹⁵ ได้จำนวน 288 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 137 คน ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จำนวน 64 คนและผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 87 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยผล ประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ข้อ คำถาม (2Q) ตอบปฏิเสธว่า “ไม่มี” หรือผล ประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ข้อ คำถาม (2Q) ตอบว่า “มี” ร่วมกับผลประเมินจาก แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) ได้ คะแนนประเมินน้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีภาวะ สมองเสื่อม โดยผลประเมินจากแบบประเมินภาวะ สมองเสื่อม (Thai Mental State Examination: TMSE) ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการการเจ็บป่วยระหว่างการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ป่วยติดเตียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาหลังจาก ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรอง โครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2020-154 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการ ตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ก่อนการ ตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ รายละเอียดจากผู้วิจัย มีการลงนาม ในใบยินยอม และในระหว่างการดำเนินการวิจัยหากกลุ่ม ตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการเป็นผู้เข้าร่วม การวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบทดสอบ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ข้อคำถาม กับ 9 ข้อคำถาม และแบบประเมินภาวะสมอง เสื่อม ชุดที่ 2 คือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะ คำถามเลือกตอบและปลายเปิด แบบวัดความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มพัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรมของ Sorensen¹⁶ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราวัด Likert's Scale 5 อันดับ แบบวัดปัจจัยเอื้อ ในการป้องกันการหกล้ม มีลักษณะคำถามแบบ

สำรวจรายการ Check List จำนวน 10 ข้อ แบบ วัดปัจจัยเสริมในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัด Likert's Scale 4 อันดับ และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ของกรมอนามัย¹⁷ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะ คำถามเป็นมาตรวัด Likert's Scale 5 อันดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ และ ด้านสาธารณสุข ทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index – CVI) เท่ากับ 0.85

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลอง ใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 หน่วยตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาค่า ความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีผู้ช่วยวิจัย เป็นนักสังคมสงเคราะห์ของศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแต่ละแห่งที่มี ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 1 ปี เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จึงใช้ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน ทำหน้าที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะสมอง เสื่อมของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการ

อ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง จากนั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเป็น รายบุคคลในพื้นที่เปิดโล่ง มีมาตรการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยก่อน สัมภาษณ์จะมีการเตรียมฉากกั้น และเจล แอลกอฮอล์เพื่อทำความสะอาดภายหลังจากการ สัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 18 (License Mahidol University) กล่าวคือปัจจัยนำเข้าสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของ ผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิง พหุแบบลอจิสติกเพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำ : ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือเพศหญิง ร้อยละ 68.4 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 43.4 เคยหกล้ม ร้อยละ 52.1 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 84.0

รับประทานยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไปไม่รวมวิตามิน ร้อยละ 62.2 ไม่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 66.0 และไม่มีปัญหาการเดินหรือการทรงตัว ร้อยละ 53.1 โดยแสดงผลในตารางที่ 1

Table 1: Number and percentage of older adults in demographic characteristics (n = 288)

Demographic characteristics	Number	Percent
Gender		
Male	91	31.6
Female	197	68.4
Age		
60 – 69 years old	49	17.0
70 – 79 years old	125	43.4
Older than 80 years old	114	39.6
History of falls		
No	138	47.9
Yes	150	52.1
Chronic illness		
None	46	16.0
At least one	242	84.0
History of medication use		
Not taking or taking fewer than 4 types	109	37.8
taking 4 or more kinds of medications	179	62.2
excluding vitamin supplements.		
Hearing problems		
No	190	66.0
Yes	98	34.0
Walking and balancing problems		
No	153	53.1
Yes	135	46.9

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มโดยรวมเฉลี่ย 73.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.9 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน โดยแสดงผลในตารางที่ 2

Table 2: Number, percentage, mean, and standard deviation as categorized in terms of health literacy on fall prevention of the participants (n = 288)

Health literacy	Number	Percentage	$\bar{x}$	SD	Min-Max
Overall health literacy			73.9	11.9	40-100
85-100 points (Highest)	32	11.1			
69-84 points (High)	158	54.9			
53-68 points (Moderate)	87	30.2			
37-52 points (Low)	11	3.8			
20-36 points (Lowest)	0	0.0			

ปัจจัยเอื้อ : นโยบายการป้องกันการหกล้มและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปัจจัยเอื้อเฉลี่ย 7.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน โดยแสดงผลในตารางที่ 3

Table 3: Number, percentage, mean, and standard deviation as categorized in accordance with enabling factors of the participants (n = 288)

Enabling factors	Number	Percentage	$\bar{x}$	SD	Min-Max
Fall prevention policy and accessibility to available resources			7.7	0.7	6-9
8-10 points (High)	173	60.1			
4-7 points (Moderate)	115	39.9			
0-3 points (Low)	0	0.0			

ปัจจัยเสริม : การได้รับกำลังใจจากบุคคลในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มของเจ้าหน้าที่

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปัจจัยเสริมเฉลี่ย 23.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน แสดงผลในตารางที่ 4

Table 4: Number, percentage, mean, and standard deviation as categorized in accordance with reinforcing factors of the participants (n = 288)

Reinforcing factors	Number	Percentage	$\bar{x}$	SD	Min-Max
Encouragement from individuals, reminders of fall prevention behavior, staff's participation in fall prevention			23.2	2.0	12-24
17-24 Points (High)	270	93.8			
9-16 Points (Moderate)	18	6.2			
0-8 Points (Low)	0	0.0			

พฤติกรรมของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเฉลี่ย 34.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 23 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน โดยแสดงผลในตารางที่ 5

Table 5: Number, percentage, mean, and standard deviation as categorized in accordance with fall prevention behavior of the participants (n = 288)

Fall prevention behavior	Number	Percentage	$\bar{x}$	SD	Min-Max
			34.1	4.2	23-40
27-40 points (High)	198	68.8			
14-26 points (Moderate)	90	31.3			
0-13 points (Low)	0	0.0			

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับปานกลางและระดับสูง ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยแสดงผลในตารางที่ 6

Table 6: Relationship between demographic characteristics data and fall prevention behavior of the participants (n = 288)

Study variables	Fall prevention behavior		χ^2	p-value
	Moderate	High		
Gender			0.183	0.669
Male	30 (33.0)	61 (67.0)		
Female	60 (30.5)	137 (69.5)		
Age (years)			3.371	0.185
60 – 69	12 (24.5)	37 (75.5)		
70 – 79	46 (36.8)	79 (63.2)		
80 and above	32 (28.1)	82 (71.9)		
History of fall			1.701	0.192
No	38 (27.5)	100 (72.5)		
Yes	52 (34.7)	98 (65.3)		
Chronic illness			0.047	0.828
No	15 (32.6)	31 (67.4)		
One or more	75 (31.0)	167 (69.0)		
Medication use			3.427	0.064
No	27 (24.8)	82 (75.2)		
Yes	63 (35.2)	116 (64.8)		
Hearing problems			0.010	0.920
No	59 (31.1)	131 (68.9)		
Yes	31 (31.6)	67 (68.4)		
Problems with walking/balance			1.503	0.220
No	43 (28.1)	110 (71.9)		
Yes	47 (34.8)	88 (65.2)		

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูง ร้อยละ 68.8 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน^{1,4,8,9} ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม กล่าวคือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ เมื่ออยู่ร่วมกันย่อมมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มจึงไม่แตกต่างกัน¹ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักเคยชินต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไม่ได้ปรับเปลี่ยนจากเดิม¹ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างกัน สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขและมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้คำแนะนำด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน จึงมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน⁹ การรับประทานยาต่างๆ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม¹ ปัญหาการได้ยินเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับต่ำ⁴ ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูงและระดับปานกลาง ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาการได้ยินจึงแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวทาง

ร่างกายหรือออกกำลังกายอยู่เสมอ จึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มน้อยลง จึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม¹

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุคะแนนโดยรวมเฉลี่ย 73.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.9 คะแนน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ ($r_s = 0.378$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อควบคุมปัจจัยทำนายอื่นๆ ให้คงที่ การเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม 1 หน่วย จะมีโอกาสเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า ($\beta = 0.107$, $p\text{-value} < 0.001$, $AOR = 1.11$) ผู้สูงอายุที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การหกล้มจะรับรู้อันตรายของการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น¹

นโยบายการป้องกันการหกล้มและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร (ปัจจัยเอื้อ) มีคะแนนเฉลี่ย 7.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.7 คะแนน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ ($r_s = 0.184$, $p\text{-value} < 0.05$) เมื่อควบคุมปัจจัยทำนายอื่นๆ ให้คงที่ การเปลี่ยนแปลงคะแนนปัจจัยเอื้อ 1 หน่วย ผู้สูงอายุจะมีโอกาสเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.51 เท่า เมื่อสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุมีความปลอดภัยมาก ผู้สูงอายุจะมีโอกาสหกล้มน้อยลงและเกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้น¹

การได้รับกำลังใจจากบุคคล การกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มของเจ้าหน้าที่ (ปัจจัยเสริม) มีคะแนนเฉลี่ย 23.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0 คะแนน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r_s = -0.057$, $p\text{-value} > 0.05$) ผู้สูงอายุที่ได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือนน้อย มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่ได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือนมาก⁸

จุดแข็งจากงานวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเขตภาคกลาง⁴ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี¹ การวิจัยนี้สามารถนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยเอื้อ มาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการหกล้มและปัจจัยเอื้อ จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น

จุดอ่อนจากงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคกลางเท่านั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเป็นไปตามข้อมูลการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในบริบทที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป นอกจากนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนั้น มีบริบทเฉพาะ แตกต่างกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในชุมชนหรือกระทั่งในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในภูมิภาคอื่นๆที่ไม่ได้ทำการศึกษา จึงเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อ้างอิงและอนุมานข้อสรุปต่างๆ ในประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆ

สรุปผลการศึกษา

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยเอื้อ สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 29.6 และมีความถูกต้องในการทำนาย ร้อยละ 73.6

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากการศึกษาเพื่อกำหนดนโยบายการป้องกันการหกล้มและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง ตลอดจนอ้างอิงกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการวิจัยในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆของผู้สูงอายุ
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
ได้แก่ อาชีพที่เคยปฏิบัติ ระดับการศึกษา
บทบาทของคนในครอบครัว และควร
ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และการทำ
โปรแกรมทดลอง การพัฒนาการป้องกันการหกล้ม
ในศูนย์ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม
ป้องกันการหกล้มก่อนและหลังการให้ความรู้
ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม หรือ
ปรับปรุงนโยบายการป้องกันการหกล้มและการ
เข้าถึงแหล่งทรัพยากรในศูนย์พัฒนาการจัด
สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักฐานยืนยัน
ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์
กันจากการศึกษาวิจัยเชิง

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้รับ
ทุนการศึกษาใดๆ โดยได้รับความร่วมมือ
จากผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในศูนย์
พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
บางแค กรุงเทพมหานคร ศูนย์พัฒนาการจัด
สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี และ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
วสาณะแควม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตลอดจน
ผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษา
ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

References

1. Pongthong N, Keeratisiroj O. Factors Influencing Falls Prevention Behavior Among the Elderly in Thapthan District, Uthaitani Province. Journal of Health and Nursing Research 2021;38:73-85. (in Thai)
2. Department of Disease Control. The predication report of aging falling in Thailand 2017-2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
3. Division of Non Communicable Diseases. Annual Report 2019. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
4. Kittipimpanon K, Kraithaworn P. Association between Personal Factors, Health Status, and Health Literacy about Falling, with Fall Prevention Behaviors among Older Adults Living in the Community. Ramathibodi Nursing Journal 2021;27:331-42. (in Thai)
5. Poomsutat P, Smittreul P, Rithiya S, Boriboon M. Balance Performance of Elderly in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons. Journal of health and health management 2016;3:37-44. (in Thai)
6. Charoensuksiri K, Charoensuksiri S. An effect of square-stepping exercise on balance abilities

and balance confident in elderly population at Pathumthani Social Welfare Development center for older persons. *Journal of Health Science* 2019;28:14-21. (in Thai)

7. Department of Medical Services. Clinical practice guideline for the prevention and assessment of falls in the elderly. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)

8. Muangsiri K, Maharachpong K, Rodjarkpai Y. Factors relating the behaviop of fall prevention among elderly in Chonburi province. *Naresuan University Journal* 2017;25:23-33. (in Thai)

9. Vessukum N, Kankhwao P. Relationship Between Biophysical Factors and Perceptions and Fall Prevention Behaviors of Elderly People in Lumkaw Sub-District, Khok Samrong District, Lopburi Province. *Journal of Council of Community Public Health* 2019;1:12-23. (in Thai)

10. Ketcharoen N. Factors Related to Fall Prevention Behavior among Elders in Community, Nongbua Lamphu Province. *Journal of Environmental Education* 2020;5:155-85. (in Thai)

11. Green L, Krueter M. Health promotion planning an education

approach. Toronto: Mayfield Publishing Company; 1999.

12. Wittaya W, Jitramontree N, Wirojratana V. The Effect of Multifactorial Fall Prevention Program on Fall Prevention Behavior among Community - Dwelling Older Adults. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35:25-33. (in Thai)

13. Raksree M, Jitramontree N, Jilrathummakoon N. The Effect of an Adjusted Health Belief Program on Fall Prevention Behaviors among Hospitalized Older Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2018;12;134-50. (in Thai)

14. Department of Older Persons. Operations on the elderly in Thailand. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2020. (in Thai)

15. Daniel, WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.

16. Sorensen K., Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska, Z. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:1-13.

17. Department of Health. Elderly health promotion. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดตราด

ชนิดา สรรพโส* พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์**

พิทยา จารุพนผล*** สุธรรม นันทมงคลชัย****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 256 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามในช่วงวันที่ 20 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 20 มกราคม 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ไคสแควร์ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราดมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีร้อยละ 65.2 รองลงมา มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 31.7 และอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 3.1 โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมขององค์กร อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้ ร้อยละ 63.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ดีที่สุด รองลงมา เป็นความพร้อมขององค์กร อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ตามลำดับ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทำงาน มีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมให้สามารถดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุได้ อย่างมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ/บุคลากรสาธารณสุข/จังหวัดตราด

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยครอบครัว ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: pimsurang.tae@mahidol.ac.th.

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Predicting Factors for The Preparedness of the Quality Aging among Public Health Personnel in Trat Province

Chanida Subpaso* Pimsurang Taechaboonsermsak**

Phitaya Charupoonpho*** Sutham Nanthamongkolchai****

ABSTRACT

This Cross-sectional study aimed to study predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors that can predict the preparation for entering the quality aging of health personnel in Trat Province. The study samples were 256 public health personnel whose randomly selected by stratified sampling. Data were collected by self-administered questionnaires during December 20, 2021 to January 20, 2022. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared analysis, Pearson's Correlation Coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority (65.2%) of health personnel in Trat Province had a high level of preparation for entering the quality aging, following by moderate and low level at 31.7% and 3.1%, respectively. The factors that statistically significance ($p < .001$) predicted the preparation for entering the quality aging were social support, readiness of the organization, age, and perception of health status in the New Normal era which can explain the variance of the preparation for entering the quality aging by 63.6%. Of these, social support was being the best predictor followed by the readiness of the organization, age, and perception of health status in the New Normal era, respectively.

The study findings can be used as a guideline for planning the development of preparation for entering the quality aging among working-age health personnel during the pre-retirement period which could help them to be able to further adjust and prepare to enter the quality of aging life.

Keywords: The Quality Aging/Health Personnel/Trat Province

Article info: Received: September 26, 2022, Revised: December 15, 2022, Accepted: May 8, 2023

* Graduate Student in Master of Science major in Family health, Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Correspondent author: Associate Professor, Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail: pimsurang.tae@mahidol.ac.th.

*** Associate Professor, Department of Family health, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Associate Professor, Department of Family health, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้างประชากร เป็นประเด็นสำคัญและส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินนโยบายด้านต่างๆ ของแต่ละประเทศทั่วโลก เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและการคลัง จากรายงาน World Population Prospects: the 2019 Revision ขององค์การสหประชาชาติ¹ ได้ทำการประมาณการจำนวนประชากรของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรของประเทศต่างๆ เป็นฐาน รายงานว่าภายใน ค.ศ. 2050 จำนวน 1 ใน 6 ของประชากรของโลกจะมีอายุมากกว่า 65 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลประชากรผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบอย่างมากต่อสังคมโดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาระความรับผิดชอบของวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรวัยทำงานด้านสาธารณสุข โดยปัญหาด้านการดูแลสุขภาพส่งผลถึงปัญหาด้านอื่นๆ เช่น ระบบสวัสดิการทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ ของแต่ละประเทศ

ในประเทศไทยจำนวนประชากรจากทะเบียนโดยสำนักสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2563² พบว่าประชากรของประเทศไทยมีจำนวน 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 11.1 ล้านคน หรือร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด และมีวัยทำงานตอนปลาย (45-59 ปี) 13.7 ล้านคน วัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) 12.8 ล้านคน วัยทำงานตอนต้น (18-29 ปี) 10.3 ล้านคน ซึ่งรวมเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่นๆ (ร้อยละ 55.76)

โดยคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ 2573 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่า โครงสร้างประชากรวัยทำงานตามช่วงอายุมีแนวโน้มลดลง ส่วนประชากรผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยประชากรที่เพิ่มขึ้นและอัตราการเกิดที่น้อยลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคต ที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้น จากบริบทของสังคมประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย³ ครั้งที่ 6 (พ.ศ.2562-2563) เมื่อเทียบกับครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557-58) พบว่า ภาวะสุขภาพและโรคของประชากรทุกช่วงวัยมีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันคอเลสเตอรอล ประเด็นสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม ภาวะพึ่งพิง เป็นต้น และประเด็นปัญหาสุขภาพของวัยทำงานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการสำรวจพบว่าภาวะสุขภาพของวัยทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ยังเป็นปัญหา ไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นเพื่อบรรเทาและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับวัยทำงานที่จะก้าวสู่วัยผู้สูงอายุ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)⁴ ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนฯ คือ ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งนี้กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขแนะนำการเตรียมตัวหรือการวางแผน เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพพร้อมทั้ง 4 ด้าน⁵ คือ 1) ด้านสุขภาพอนามัย 2) ด้านการปรับตัวทาง

สังคมและจิตใจ 3) ด้านพฤติกรรมกรรมการ 4) ด้านที่อยู่อาศัย โดยการรณรงค์และเตรียมความพร้อมสำหรับวัยทำงานที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุให้มีความรู้และปฏิบัติในเรื่องที่ถูกต้องเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จังหวัดตราด เป็นจังหวัดที่อยู่สุดด้านตะวันออกของประเทศไทย มีอำเภอ 7 อำเภอ ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2563 ตามทะเบียนราษฎร⁶ กระทรวงมหาดไทย มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 228,536 คน เป็นชาย 113,131 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 หญิง 115,405 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีประชากรวัยแรงงาน 141,198 คนคิดเป็นร้อยละ 61.78 ของประชากรทั้งหมด มีบุคลากรวัยทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดตราด รวมทั้งสิ้น 2,204 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2563) แบ่งเป็นข้าราชการ 1,364 คน พนักงานราชการ 56 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 610 คน ลูกจ้างประจำ 111 คนและลูกจ้างชั่วคราว 63 คน สถานการณ์ด้านสุขภาพของบุคลากรวัยทำงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ป่วยด้วยโรคสำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 3.77), โรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.31), โรคมะเร็ง (ร้อยละ 2.17), โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 1), และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 0.54) ตามลำดับ และมีบุคลากรเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคมะเร็ง, ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่นอย่างละ 1 คน จากรายงานดังกล่าวจะเห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพยังเป็นปัญหาที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดตราด ซึ่งปัญหาเหล่านี้สืบเนื่องมาจากบุคลากรที่อยู่ในช่วงก่อนวัยสูงอายุขาดการวางแผนและการเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิต โดยที่มผล

จากการศึกษาวิจัย พบว่า สาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้คนปรับตัวได้ดีในวัยสูงอายุก็คือ มีการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุไว้มาก่อนหนึ่งวัยคือในวัยกลางคน “การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ” เป็นการสร้างขวัญให้กับคนวัยกลางคนเพื่อเผชิญความชรา และเป็นคนชราที่ปรับตัวได้ดี สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขมากกว่าผู้ที่ขาดการเตรียมตัวที่ดี โดยการเตรียมความพร้อม^{7,8} ทั้งนี้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขยังไม่มีมากนักและพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างมีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมซึ่งเป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

จากความสำคัญของปัญหาและสถานการณ์ที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักในเรื่องการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หากไม่เตรียมการจะทำให้การก้าวผ่านไปวัยผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความลำบากอาจเป็นภาระพึ่งพิงของบุคคลใกล้ชิด บุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดตราด ควรเป็นต้นแบบที่ดีแก่ประชาชนต่อไป โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำมาเสนอเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมความพร้อมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และบริหารจัดการกำลังคนในบริบทสังคมสูงอายุ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของบุคลากรวัยทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดตราดดีขึ้น และนำไปสู่การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL โดยนำขั้นตอนที่ 3 ของ PRECEED Framework⁹ ที่เป็นการศึกษาพหุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์สถานการณ์การเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม เข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของวัยทำงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดตราด และจากการทบทวนวรรณกรรม

เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม จึงกำหนด ให้มีปัจจัยดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร ทศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพร้อมขององค์กร และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของวัยทำงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดตราด

ประชากรในการศึกษา ครั้งนี้คือข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว วัยทำงานอายุตั้งแต่ 40-59 ปีที่ทำงานด้านสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดตราดที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตราดอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สูตรของ Daniel¹⁰ ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรไม่แน่ชัด ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ต้องไม่น้อยกว่า 231 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 จึงทำให้การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 254 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่แทนกลุ่มประชากร จึงสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งอำเภอในจังหวัดตราด เป็น 3 โซน ประกอบด้วย 7 อำเภอ คือ อ.บ่อไร่, อ.เขาสมิง (โซนเหนือ), อ.เมือง, อ.คลองใหญ่, อ.แหลมงอบ (โซนกลาง), อ.เกาะช้าง และ อ.เกาะกูด (โซนใต้)

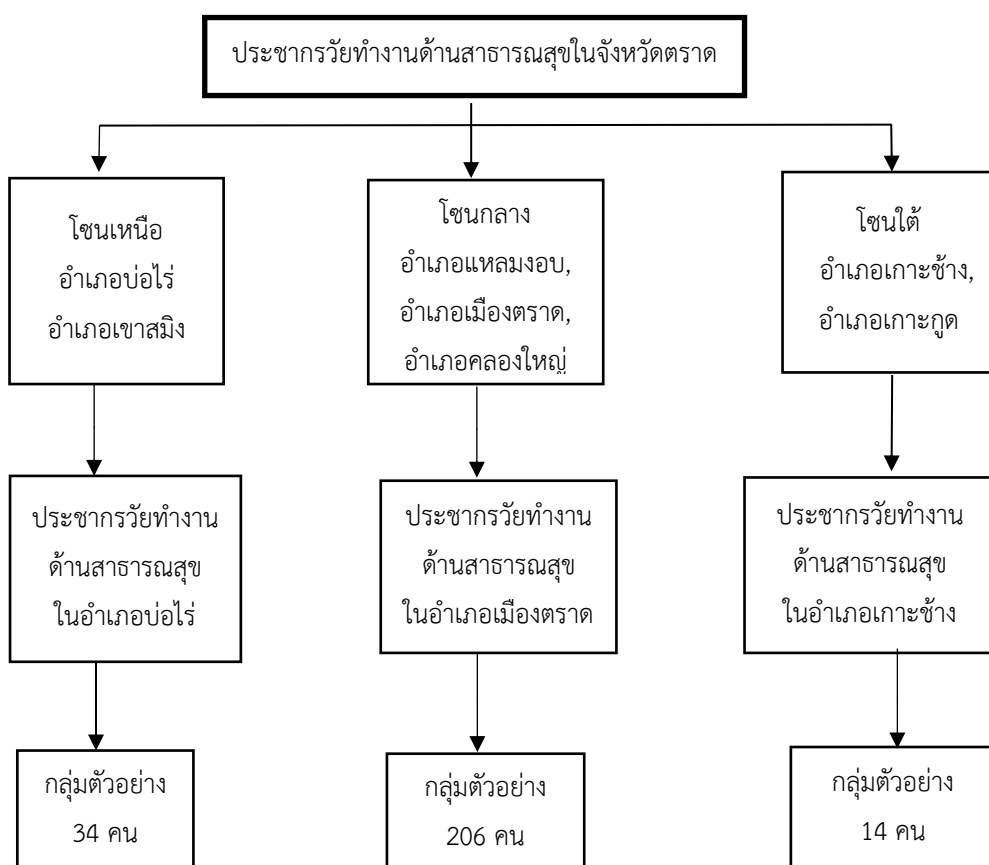
ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือก 1 อำเภอจาก

1 โซน การศึกษา ครั้งนี้โซนเหนือคืออำเภอบ่อไร่ โซนกลางคืออำเภอเมืองตราดและโซนใต้คืออำเภอเกาะช้าง

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกประชากร

วัยทำงานสาธารณสุขในอำเภอที่ได้ตามสัดส่วนที่กำหนด โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในอำเภอบ่อไร่ อำเภอเมืองตราด และอำเภอเกาะช้าง ตามการแปรผันของจำนวนประชากร (Proportional location)

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามข้อมูลชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-administrative) โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 ทศนคติต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index: CVI)เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ 0.953

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง³ จำนวน 10 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.60 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ 0.950 ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

ส่วนที่ 4 ความพร้อมขององค์กร/หน่วยงาน ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง⁷ จำนวน 10 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.73 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ 0.951

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ 0.951

ส่วนที่ 6 การเตรียมความพร้อม

เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ คำถามมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ การเตรียมตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเตรียมตัวด้านการเงิน การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย การเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และงานอดิเรก มีค่า CVI เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ 0.951

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA. No. MUPH 2021-126 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ.2564 เข้าเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด พิทักษ์สิทธิและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงข้อมูล การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยตามความประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง และ เก็บข้อมูลภายหลังได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการลงนามในหนังสือยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้แก่อำเภอเมืองตราด อำเภอบ่อไร่ และอำเภอเกาะช้าง โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการประสานงาน พร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. อบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน 2 คน กำหนดคุณสมบัติ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยชี้แจง หัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์ ชื่อผู้วิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้อื่น ฯลฯ ตามแนวทางเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย พร้อมอธิบายและชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเองโดยใช้เวลา 30-40 นาที จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยข้อมูลปัจจัยนำ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร)

ทัศนคติต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในยุค New Normal ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพร้อมขององค์กร/หน่วยงาน ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายต่อการเตรียมความพร้อม โดยใช้ Stepwise Multiple Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 มีอายุอยู่ในช่วง 45-49 ปี ร้อยละ 32.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 29.3 อายุเฉลี่ย 48.5 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ร้อยละ 68.4 รองลงมาคือโสดร้อยละ 20.7 มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 75.0 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.2 ตำแหน่งงานเป็นพยาบาล ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 20.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,001-50,000 บาท ร้อยละ 32.4 รองลงมา รายได้อยู่ระหว่าง 30,001- 40,000 บาท ร้อยละ 27.0 ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้จ่าย (รายจ่ายสมดุลกับรายรับ) ร้อยละ 49.2 รองลงมา มีเหลือเก็บ (รายได้มากกว่ารายจ่าย) ร้อยละ 32.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.4 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.6 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56.2 รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 33.2 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 34.0 รองลงมา ไม่มีบุตร ร้อยละ 32.0

เมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นรายด้านพบว่าการเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 77.3 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 21.5 การเตรียมตัวด้านการเงินเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขพบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 47.3 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 40.2 การเตรียมตัว

ด้านที่อยู่อาศัยเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขพบว่าอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 49.6 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 41.4 ส่วนการเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและงานอดิเรกเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขพบว่าอยู่ในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 84.4 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 15.2 (ตารางที่ 1)

Table 1 The situation of the preparedness for entering the quality aging among public health personnel in Trat Province (n = 256)

The preparedness for entering an old age	n (people)	Percentage
Overall preparation		
High (49-60)	167	65.2
Moderate (37-48)	81	31.7
Low (30-36)	8	3.1
Physical and mental preparation		
High (15-18)	198	77.3
Moderate (11-14)	55	21.5
Low (6-9)	3	1.2
mean=15.6, S.D.= 2.2, min= 7, max= 18		
Financial preparation		
High (10-12)	103	40.2
Moderate (7-9)	121	47.3
Low (4-6)	32	12.5
mean=9.7, S.D.= 2.0, min= 4, max=12		
Housing preparation		
High (10-12)	127	49.6
Moderate (7-9)	106	41.4
Low (4-6)	23	9.0
mean=9.9, S.D.= 2.2, min= 4, max= 12		
Social participation and hobbies preparation		
High (15-18)	216	84.4
Moderate (11-14)	39	15.2
Low (6-9)	1	0.4
mean=16.1, S.D.= 2.1, min= 10, max=18		

การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน ทักษะต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ความพร้อมขององค์กร แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

Table 2 Predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors of the preparedness of the quality aging among public health personnel in Trat Province (n = 256)

Factors	Pearson's Correlation(r)	p-Value
Age	.229	<.001*
Monthly income	.316	<.001*
Attitude towards the preparedness for entering old age	.263	<.001*
Health conditions in the New Normal Era awareness	.448	<.001*
The organizational readiness	.657	<.001*
Social support	.693	<.001*

* Statistically significant at $p\text{-value} < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ ต่อเดือน ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ปัจจัยเอื้อ คือ ความพร้อมขององค์กร และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่ามีตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมขององค์กร อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ในยุค New Normal สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้ร้อยละ 63.6 โดยตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.458$) สามารถทำนายความแปรปรวนของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขได้มากที่สุด รองลงมาคือ ความพร้อมขององค์กร ($Beta = 0.313$) อายุ ($Beta = 0.169$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ($Beta = 0.166$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

Table 3 Factors that can predict the preparedness of the quality aging among public health personnel in Trat Province (n = 256)

Predicting factors	B	Beta	t	p-value
Social support	.437	.458	9.637	<.001*
Organizational readiness	.635	.313	6.533	<.001*
Age	.217	.169	4.334	<.001*
Awareness of health conditions in the New Normal Era	.313	.166	4.011	<.001*
Constant = -13.458				

* Statistically significant at p-value <0.001, $R^2=0.636$

การอภิปรายผลการวิจัย

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขรายด้าน พบว่า การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจมีการเตรียมตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.3 อาจเป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุข มีทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีประสบการณ์ตรงจากการได้พบเห็น คับเคยและปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข และได้รับประสบการณ์โดยอ้อมจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการให้บริการผู้ป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้และก่อให้เกิดเป็นทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมตัวและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะเป็นพื้นฐานและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ดี

การเตรียมตัวด้านการเงินพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการเตรียมตัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.3 ซึ่งอธิบายได้ว่าถึงแม้ว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป และบุคลากร

สาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมตัวด้านการเงิน แต่พบว่าความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับมีพอใช้จ่ายและไม่พอใช้/ไม่มีเหลือเก็บมีถึงร้อยละ 67.2 ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่องค์กรควรเพิ่มทักษะในการเตรียมความพร้อมด้านการเงินให้แก่สมาชิกให้มากขึ้น เช่น การวางแผนออมเงิน การวางแผนการหารายได้เพิ่ม เป็นต้น

การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการเตรียมตัวอยู่ในระดับดีเพียงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.6) เท่านั้น ทั้งนี้ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยล่วงหน้าก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การจัดสิ่งแวดลอม การป้องกันอุบัติเหตุ การเลือกที่จะอยู่อาศัยกับใคร เตรียมวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัยให้มีความสะดวกสบายและเหมาะสมต่อสุขภาพ ในการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ เช่นโรงพยาบาล จะเอื้อต่อการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุ องค์กรจึงควรให้ความสำคัญในการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มเติม เช่น การเพิ่มความพร้อมขององค์กรที่สามารถ

ให้สมาชิกเข้าร่วมโครงการสวัสดิการการเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัย ตามเงื่อนไขของโครงการ เป็นต้น

การเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและงานอดิเรก พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีการเตรียมตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.4 ทั้งนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การมีงานอดิเรกและการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เพื่อนฝูง สังคม จะทำให้รู้สึกว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ ช่วยปรับตัวทางด้านอารมณ์ สังคม ทักษะในการดำเนินชีวิต ทำให้บุคลากรสามารถเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและงานอดิเรกเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของภาณุวัฒน์ มีชนะ¹¹และ เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์¹²

ปัจจัยที่สามารถทำนายต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมขององค์กร อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ซึ่งสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้ร้อยละ 63.6 โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนด้านจิตใจ แรงสนับสนุนด้านการประเมิน แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงานที่เหมาะสมเพียงพอจะเป็นปัจจัยเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพต่อไปสอดคล้องกับ

การศึกษาของเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์¹² ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลายของเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ส่วนปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กรซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดตราด เนื่องด้วยการที่องค์กรมีแผนการดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงการมีนโยบายและมีการจัดสวัสดิการ/การจัดบริการที่ดี จะเป็นปัจจัยเอื้อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของอารัตน์ อิงคการ¹³ ที่พบว่า การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยทำงานสามารถทำนายตัวแปรการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05

สำหรับปัจจัยด้านอายุอธิบายได้ว่า ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ผ่านมา การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุมีส่วนสำคัญในการสร้างความตระหนักต่อบุคลากรสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ M.Krishna Moorthy¹⁴ ที่พบว่าอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการวางแผนเกษียณอายุของวัยทำงานในประเทศมาเลเซียได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ปัจจัยตัวสุดท้ายที่ร่วมทำนายเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมที่สร้างความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตและสร้างสมดุลใหม่ที่เหมาะสมทั้งต่อตนเองและสังคม และส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดตราด ซึ่งอาจมีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มอื่นได้ และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ความไม่สะดวกในการเดินทาง บุคลากรบางส่วนทำงานที่บ้าน ทำให้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ, อาชีพ มีข้อจำกัด รวมถึงส่งผลกระทบต่อการเดินทางเก็บรวบรวมข้อมูลมีความล่าช้าไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

เป็นผลงานที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนในพื้นที่จังหวัดตราด สามารถนำมาใช้ในการเสนอโครงการ หรือศึกษาวิจัยต่อยอด ให้เกิดประโยชน์สูงสุดให้กับบุคลากรสาธารณสุข และสามารถนำมาปรับใช้ในองค์กรสาธารณสุขอื่นได้

สรุป

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ

77.3) มีการเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจ มีการเตรียมตัวอยู่ในระดับดี บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 47.3 มีการเตรียมตัวด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ประเมินครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 49.6) ของบุคลากรด้านสาธารณสุขมีการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดี ส่วนการเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและงานอดิเรก พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.4) มีการเตรียมตัวอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพพบว่าปัจจัยนำเข้าได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ทักษะคิดต่อการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ปัจจัยเอื้อคือความพร้อมขององค์กร ปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สามารถทำนายต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมขององค์กร อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ซึ่งสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของบุคลากรสาธารณสุข ได้ร้อยละ 63.6

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดตราด และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขมากขึ้น ในประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 ควรจัดให้มีโครงการเสริมด้านการเงิน อาทิ จัดให้มีผู้รับผิดชอบงานที่สามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านการเงิน ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ให้มีการออมอย่างต่อเนื่อง การเตรียมหาอาชีพเสริม ช่วยและสนับสนุน ข้อมูลความรู้ด้านการเงินแก่บุคลากรสาธารณสุข ครอบคลุมทุกกลุ่ม เช่น ในลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่มี ประกันสังคม แต่ทำงานในหน่วยงาน ด้านสาธารณสุขมานาน เพื่อให้ได้รับเงินตอบแทนเพียงพอต่อการดำรงชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รวมถึงเสริมความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อดีข้อเสียเช่น การรับบำเหน็จบำนาญ การรับเงินสวัสดิการจากภาครัฐ

1.2 ควรจัดการเสริมความรู้เพื่อเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ สามารถอยู่อาศัยได้อย่างสุขสบาย และปลอดภัย

1.3 ควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควรจัดให้มีสถานที่ กิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขออกกำลังกาย/เล่นกีฬา โดยดำเนินการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในยุค New Normal เช่น การเว้นระยะห่าง การจำกัดจำนวนคนเข้าสถานที่ออกกำลังกาย การใช้ Application บันทึกการออกกำลังกาย

1.4 ควรจัดให้มีชมรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือรวบรวมรายชื่อและข้อมูล

ของชมรม/กิจกรรมผู้สูงอายุในจังหวัดตราด เผยแพร่ให้บุคลากรสาธารณสุขทั้งที่ทำงานและเกษียณอายุ ทราบ เพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความสนใจได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยประยุกต์จากปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพได้ ดังนั้นจึงอาจประยุกต์ใช้ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพในยุค New Normal ในการศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในประชากรกลุ่มอื่นต่อไป

2. จากการศึกษาครั้งนี้ในการเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมและงานอดิเรกพบว่ากลุ่มตัวอย่างสนใจศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อให้ทันสถานการณ์ต่างๆอยู่เสมอและมีช่องทางสื่อสารทาง Social Network ที่หลากหลาย เช่น line Facebook เพื่อสะดวกต่อการทำกิจกรรมในสังคม ประกอบกับสถานการณ์ในยุค New Normal ดังนั้น อาจใช้ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนการกำหนดปัจจัยใหม่ๆ เช่น ปัจจัยด้านการสื่อสารในการทำวิจัยเพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนของความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข เช่น แรงสนับสนุนทางด้านให้คำปรึกษาการเงินหรือด้านสุขภาพต้องการในรูปแบบใด แรงสนับสนุนด้าน สิ่งของ การเงินและแรงงาน

เมื่อมีปัญหาเดือดร้อนในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในลักษณะใด

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ อันจะทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

Reference

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2019 Revision [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

2. Department of Provincial Administration. Registration statistics Department of Provincial Administration [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

3. Aekplakorn W. Report of the 6th Thai Health Examination Survey 2019: Health Systems Research Institute. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021.

4. Department of Elderly Affairs. Statistics of the elderly in Thailand as of December 31, 2019. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>

5. Department of Health.

Department of Health advises retirement age to prepare for 4 aspects to high quality age [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news260862/>

6. Ministry of Interior. Civil registration, population statistics, [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 24]. Available from: <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

7. Kaewkangwan S. Psychology of life development at all ages. 8th ed. Bangkok: Thammasat University Press; 2002.

8. Munsawaengsub C, Taechaboonsersak P, Pitikultang S, Nanthamongkolchai S. Family Health. Bangkok: Prayurasas Thai Printing; 2016.

9. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Education and Environment Approach. 3th ed. California: Mayfield Publishing Company; 1991.

10. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the sciences. 9th ed. Asia: John Wiley & Sons, Inc; 2010.

11. Meechana P. Preparation of the population before the aging to enter a quality aging society. Nong Ya Sai Subdistrict Nong Ya Sai District Suphanburi Province. [Master of Science Thesis in Public Health Sciences]. Bangkok: Graduate School Mahidol University; 2017.

12. Kongsamrit P. Preparation for entering the elderly of late working age, Health Area 6. Journal of Health Science 2021; 30: 218-27. (in Thai)

13. Ingkhaphakorn A. Factors Affecting Preparation for Entering Old Age of Working People: A Case Study of Sai Mai District. Bangkok. Journal of Health Science 2019; 28(1): 22-36. (in Thai)

14. Mansor MF, Chor CH, Abu NH, Shaari MS. Demographic Factors Associated with Retirement Planning: A Study of

15. Employees in Malaysian Health Sectors. Asian Social Science 2015; 11(13): 108-116.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์ และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปแบบ และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จะตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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

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

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำหรับปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <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 เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตามแบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเอียงไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ
3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน 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 สรุปรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน อะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทำทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

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

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิภาพต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

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 $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น ภาษาอังกฤษ ใน ระบบ Vancouver style ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตามประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

Journal artical

ผู้แต่ง 1 คน

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

ผู้แต่ง 2 คน

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

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

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/yrbs/index.htm>.

Patent

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

General Article and Reviews

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

ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
 - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 3,000 บาท
 - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 4,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
 - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 8,000 บาท
 - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

***กรณีบทความมีความยาวเกินกว่ากำหนด จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท**

****ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2565)**

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

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

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

และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว