
บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสูงอายุในชุมชน
2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
4. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด - 19
5. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้า และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ 3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล 		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.เพชรน้อย สิ่งช้างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน	
	รศ.จรรยา เสี่ยงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ	
	ดร.อมริสา ต้นสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ	
	ดร.กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ	
	ผศ.ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ	
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล	
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.เพลินพิศ บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ดร.ลลิตา แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล	
บรรณาธิการประจำฉบับ	ดร.ลลิตา แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์ ละกำปັນ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.สุรินทร์ กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.นพวรรณ เปี้ยเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย	
	ดร.มล.อาบกนก ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย	
	รศ.ดร.สุธีพร มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	
	ผศ.ดร.นาตา ถักนททัย	Johns Hopkins University	
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	
	ผศ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน	
	รศ.ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	รศ.ดร.ยุวดี วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
	ผศ.ดร.ดาว เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา	
	ผศ.ดร.เบญจมาศ พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม	
	ผศ.ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา	
	ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 37 เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม 2566 วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัย 5 เรื่อง ที่ศึกษาในประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อวงการพยาบาลและการสาธารณสุขไทย ดังนี้ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสูงอายุนในชุมชน ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด – 19 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

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

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยได้ประกาศเรื่อง การประเมินด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2566 ณ วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 มีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 มีประเด็น 6 ประเด็น ดังนี้ 1) ไม่ดำเนินการกับบทความที่ตรวจพบการตีพิมพ์ซ้ำ (duplication) มีข้อมูลการวิจัยซ้ำซ้อน (similarities) โดยไม่ได้รับอนุญาต และ/หรือ ไม่มีการอ้างอิงอย่างถูกต้อง 2) มีการตีพิมพ์เผยแพร่บทความที่มี conflicts of interest เช่น หัวหน้ากองบรรณาธิการ (editor-in-chief) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความของตนเองเป็นจำนวนมากอย่างมีนัยสำคัญ และ/หรือ ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพบทความก่อนตีพิมพ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับบทความ เป็นต้น 3) มีกระบวนการเพิ่มการอ้างอิงให้กับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการกำกับให้มีการอ้างอิงบทความในวารสารตนเองทั้งในลักษณะลับหรือเปิดเผย และ/หรือ มีการใช้อ้างอิงที่ไม่ถูกต้องและสอดคล้องกับเนื้อหา เป็นต้น 4) มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges, APC) ที่ไม่โปร่งใส ไม่เท่าเทียม และไม่เป็นธรรม เช่น ไม่มีประกาศระบุการเรียกเก็บ ไม่ระบุอัตราค่าธรรมเนียมและเงื่อนไขของการเรียกเก็บอย่างชัดเจน และ/หรือ เรียกเก็บ APC สำหรับการดำเนินการแบบเร่งด่วน (fast track) เป็นต้น 5) ไม่กำกับให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการของวารสารเป็นไปตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างถูกต้อง และ/หรือ ไม่ดำเนินการกับผู้พิมพ์หรือบทความที่ตรวจพบว่ามีการทำผิดด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณอย่างเหมาะสม 6) ไม่ดำเนินการกับประเด็นอื่นๆ ที่ละเมิดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของวารสาร

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรในวงการพยาบาลและการสาธารณสุขตลอดจนผู้สนใจโดยทั่วไปจะได้รับสาระประโยชน์จากวารสารฉบับนี้

ดร.ลลิตา แก้ววิไล

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 2

เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม 2566

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 37 No.2 May – August 2023

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	Effectiveness of the Program Development for Enhancing the Elderly Care Workers in the Community	1
ปณิตา ครองยุทธ ธนอมศักดิ์ บุญสุ รับขวัญ เชื้อลี คณัฐวุฒิ หลวงเทพ	Panita Krongyuth Thanomsak Boonsoo Rabkwan Chuealee Kanuttawut Luangthep	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	Factors Predicting Blood Pressure Control Behaviors Among Patients With Uncontrolled Hypertension in Bangphli District, Samutprakan Province	18
พรนภา พงศ์วรินทร์ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ พัชราพร เกิดมงคล	PORNNAPA PONGWARIN KWANJAI AMNATSATSUE PATCHARAPORN KERDMONGKOL	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี	Factors Related to Preventive Behaviors Towards Coronavirus 2019 Among Older Adults in Nonthaburi Provinc	32
ชมพูนุท มະนาตย์ พัชรารพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนาจสตัยซื่อ	Chompunuth Manart Patcharaporn Kerdmongkol Kwanjai Amnatsatsue	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์ รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับ สถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19	Prevalence and Related Factors to Post-Traumatic Stress Disorder Among Thai Nurses Exposed to the COVID-19 Pandemic	49
ณัฐชา เปรมธีรวัฒน์ชัย เพลินพิศ บุญยมาลิก สุรินทร์ กลั้มพากร	Nattacha Premteerawatchai Plernpit Boonyamalik Surintorn Kalampakorn	
ประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ	Work Experience of Elderly Village Health Volunteers	70
กิตติพงษ์ พลทิพย์	Kittiphong Phontip	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	80
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	87
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	88
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	89

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ปณิตา ครองยุทธ* ฌนอมศักดิ์ บุญสุ**
รับขวัญ เชื้อลี** คณัฐวุฒิ หลวงเทพ**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และระยะที่ 2 การดำเนินการทดลองและประเมินผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัดผลจำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนที่จะเข้าร่วมการอบรม, หลังจากเข้าร่วมการอบรม 1 สัปดาห์ และ หลังจากเข้าร่วมการอบรม 3 เดือน โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ One-way ANOVA Repeated Measure Test

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จำนวน 300 ชั่วโมง ประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและทักษะการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ ผู้ดูแล/ ผู้สูงอายุ/ ศักยภาพการดูแล /ชุมชน

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก Email: kpanita@scphub.ac.th

** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effectiveness of the Program Development for Enhancing the Elderly Care Workers in the Community

Panita Krongyuth^{*} Thanomsak Boonsoo^{**}

Rabkwan Chuealee^{**} Kanuttawut Luangthep^{**}

ABSTRACT

This quasi-experimental design aimed to develop the program and evaluate the effectiveness of the program on enhancing the elderly care workers' competencies for caring the elderly in the community. A total of 50 care workers who work in Ubon Rathathani province were recruited into the study. The development competency program was developed from the empowerment concept and conducted in 2 phases: phase 1: developing a program to enhance competences for elderly care workers; phase 2: implementation of the program; and evaluating the effectiveness of the program. The program was assessed three times: before participation in the program, one week after completing the program, and three-months follow-up. The research instruments were questionnaires. Descriptive statistics and One-Way ANOVA Repeated Measurement were employed for data analysis.

The results of this study revealed that the program for enhancing the elderly care workers' competencies, consisted of a comprehensive program that included both theoretical instruction and practical experience within the community. A cumulative duration of this program was 300 hours. The effectiveness of the program showed that care workers had knowledge, attitudes, and skills higher than before they participated in the program, with statistical significance (p -value <0.05). Therefore, public health organization and other associated organizations can apply the program to enhance the competencies of elderly care workers. Ultimately, the elderly will have a good quality of life.

Keywords: Care workers/ Elderly/ Care Competencies/ Community

Article info: Received: July 4, 2023, Revised: September 20, 2023, Accepted: October 24, 2023

*Corresponding Author, Instructor of Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Science, Praborommarajchanok Institute

** Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Science, Praborommarajchanok Institute

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2548 และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ในปี 2566 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดซึ่งจะเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society)¹ ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 15 ประเมินว่าสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ไม่ดีจนถึงไม่ดีมาก² และมีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการโรคเรื้อรังและความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยบุคคลหลักในการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน³ ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวลดลง⁴ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care worker) มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นแทนครอบครัว³

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีอัตราผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลจำนวน 499,873 คน และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 741,766 คน โดยประเทศไทยมีอัตรากำลังผู้ดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 เพียง 105,967 คน⁵ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ริเริ่มดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในพื้นที่ (Long Term Care, LTC) ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมบ้านและให้บริการภายใต้การดูแลของผู้จัดการระบบ (Care Manager, CM) ได้แก่ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อเป็นผู้เชื่อมประสานให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่เหมาะสม⁶ นางลักขณ์ พะโกยะและคณะ⁷ ได้ศึกษาการคาดการณ์ตามความจำเป็นสุขภาพ (Health Needs Method) พบว่าความต้องการกำลังคนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ ในชุมชนประกอบด้วย แพทย์ 1,287 คน พยาบาลวิชาชีพ 3,357 คน นักกายภาพบำบัด 6,714 คน แพทย์แผนไทย 3,367 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3,916 คน และคาดการณ์ว่ามีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 105,967 คน ดังนั้นเรายังขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้และทักษะในการดูแลซึ่งเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁷

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นของจังหวัด โดยมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุ 244,132 คน (ร้อยละ 13.10) และในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 354,191 คน (ร้อยละ 19.19) ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว จากผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 89.48 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 6.34 และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 0.81 ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีส่วนสำคัญ

ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุชุมชน⁹ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพก็จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9,634 คน ซึ่งได้รับมอบหมายให้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน⁸ แต่การทำงานของผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังเน้นไปที่การดูแลในกิจวัตรประจำวันและด้านสังคมเท่านั้น ส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านศักยภาพและทักษะการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้¹⁰ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีหลักสูตรอบรมที่อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ ประกอบด้วยการอบรมทั้งในส่วนเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายในการจัดอบรม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาศาสนาการณ์ความต้องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹² พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเผชิญปัญหาต่างๆ การเสริมพลังอำนาจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบและเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เกิดความมั่นใจในตนเองในการจัดการกับปัญหาและหาทางออกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง

การศึกษาวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ซึ่งคณะผู้วิจัยศึกษารูปแบบการ

เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและนำมาปรับปรุงหลักสูตรรวมการจัดการเรียนการสอน โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)¹³ และประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งสอดแทรกเนื้อหาการดูแลทางทันตสาธารณสุขร่วมกับความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและความรู้ด้านภาษาอังกฤษเพื่อตอบรับสังคมในยุคปัจจุบันและมาตรฐานสากลอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐาน

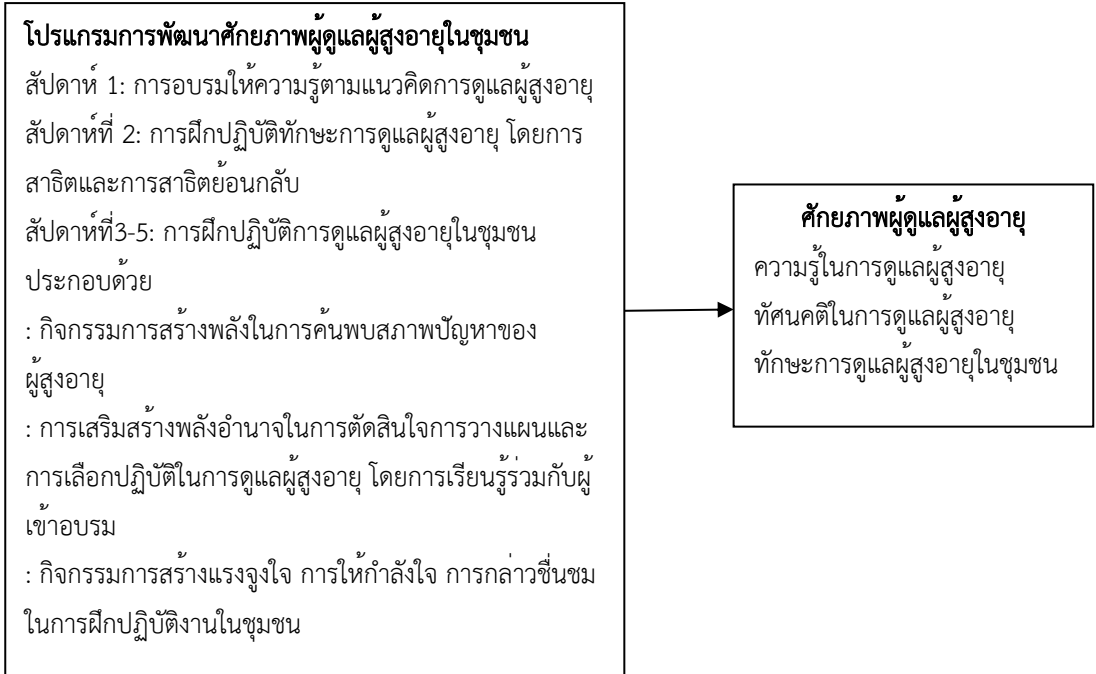
ภายหลังเข้าร่วมอบรมในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิดและทักษะการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ¹³ ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการวิเคราะห์ปัญหาหา
แนวทางและวางแผนการดำเนินงานกิจกรรมในการ

ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ในชุมชนอย่างครอบคลุม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1: ระยะพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ ระยะที่ 2: ระยะประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นการทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน - หลังการทดลอง 1 สัปดาห์และระยะติดตามหลังการทดลอง 3 เดือน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติและทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคคุณสมบัติดังนี้ 1) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล และ 3) สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ตลอดทุกกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลากิจกรรม วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและมีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การสร้างโปรแกรม ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์¹² ซึ่งประกอบด้วย 1) สมรรถนะหลักของผู้ดูแล ได้แก่ จริยธรรม หรือการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) สมรรถนะการจัดการ ได้แก่ ความสามารถจัดการ รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ และ 3) สมรรถนะหน้าที่ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉิน¹² ร่วมกับการพัฒนาเนื้อหา/รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยอาจารย์ผู้สอนวิชาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. การประเมินโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมิน นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองพัทยา พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพิบูลทอง และตัวแทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และปรับแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญจนมีความสมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้ โดยการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหลักสูตร โดยกำหนดโปรแกรมให้มีชั่วโมงรวม 300 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 64 ชั่วโมง (บรรยาย/สัมมนา 20 ชั่วโมง, สาธิตและสาธิตย้อนกลับ 44 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เนื้อหาครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ปัญหาที่พบได้บ่อยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม บทบาทหน้าที่และจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูทันตสุขภาพ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ สุขากิจบาลอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพสมองและกิจกรรมคลายกังวลเพื่อต้านภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่พ้ออาศัยสำหรับผู้สูงอายุ งานบ้าน และการบันทึกและการรายงาน เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น นวัตกรรมที่ใช้การดูแลผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน

1.2 การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล ณ ห้องปฏิบัติการที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการเรียนรู้แบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับฝึกปฏิบัติการดูแลด้านสุขอนามัยและการแต่งตัว

การช่วยเหลือด้านการขับถ่ายแก่ผู้สูงอายุ
 การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายแก่ผู้สูงอายุ
 การนวดไทยและการประคบสำหรับผู้สูงอายุ
 การปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ และ
 การดูแลผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือพิเศษ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติการดูแล
 ผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น
 Care Manager (CM) จากแหล่งฝึกทำหน้าที่เป็น
 อาจารย์ที่เลี้ยงและทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดูแล จำนวน
 230 ชั่วโมง โดยมีแบบประเมินทักษะการ
 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและ
 มอบหมายดูแลผู้สูงอายุรายกรณี ให้ฝึก
 การประเมินปัญหาและความต้องการ รวมไปถึง
 การฝึกปฏิบัติตามแผนการดูแล

กิจกรรมที่ 3 เป็นการสรุปทเรียนจาก
 การร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเสนอกรณีศึกษาและ
 รายงานผลการฝึกปฏิบัติงานในชุมชนให้กับ
 คณะผู้วิจัยและอาจารย์ที่เลี้ยง จำนวน 6 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรม
การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การ
 ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมเป็น การ
 ประเมินทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้า
 ร่วมโปรแกรม 1 สัปดาห์ และติดตามประเมินผล
 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้
 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
 อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการ
 และความคาดหวังจากการฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การดูแล
 ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ

ทบทวนเนื้อหาที่ใช้ในหลักสูตรการพัฒนา
 ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จัดอบรม จำนวน
 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ
 ถูกหรือผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้
 0 คะแนน การแปลความหมายโดยใช้คะแนนรวม
 เป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ของ
 Bloom แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง
 ≥ 80 ความรู้ปานกลาง 60-78% และความรู้ต่ำ
 < 60 %

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการ
 ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย
 สร้างขึ้น จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ
 มาตรฐานแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale)
 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย
 ไม่น่าใจ ไม่น่าเห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
 การแปลความหมายโดยใช้คะแนนรวมเป็น
 ตัวชี้วัดตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของ Bloom
 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับสูง ≥ 80
 ทัศนคติระดับปานกลาง 60-78% และทัศนคติ
 ระดับต่ำ < 60 %

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการดูแล
 ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
 ทบทวนเนื้อหาที่ใช้ในหลักสูตรการพัฒนา
 ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จัดในโปรแกรม จำนวน
 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานแบบ
 ลิเคิร์ต (Likert's Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ
 ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่
 เคยปฏิบัติเลย การแปลความหมายโดยใช้คะแนน
 รวมเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของ
 Bloom แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ทักษะ
 ระดับสูง ≥ 80 ทักษะระดับปานกลาง 60-78%
 และทักษะระดับต่ำ < 60 %

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. การหาค่าความตรงเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามการประเมินศักยภาพของผู้ดูแลปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาและนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ตรวจสอบความเชื่อมั่นและนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.87 และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ โดย และแบบประเมินความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยวิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR.20 เท่ากับ 0.68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาการดำเนินงาน 6 สัปดาห์ โดยมีคณะผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหา ดังนี้ บทบาทหน้าที่และจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมปลูกฝังคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูทันตสุขภาพ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ สุขภาพโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพสมองและกิจกรรมคลายกังวลเพื่อด้านภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ การบันทึกและการรายงาน และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น กิจกรรมการเรียนการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การสนทนากลุ่มย่อย และการทำกิจกรรมกลุ่มละ 8-10 คน สถานที่ การอบรมที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยได้จัดให้ฝึกประสบการณ์เรียนรู้ในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และฝึกการดูแลเกี่ยวกับการความช่วยเหลือด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุได้ การช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งตัว ให้ความช่วยเหลือด้านการขับถ่ายแก่ผู้สูงอายุได้ ให้ความช่วยเหลือด้านการเคลื่อนย้ายแก่ผู้สูงอายุได้ การนวดไทยและการประคบสำหรับผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อการช่วยเหลือพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 3-6 การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีพยาบาล ที่ทำหน้าที่เป็น Care Manager (CM) จากแหล่งฝึกทำหน้าที่

เป็นอาจารย์พี่เลี้ยงและทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดูแล
การจัดประสบการณ์เรียนรู้ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การประเมินทักษะการฝึก
ปฏิบัติด้านการปฐมพยาบาลและการทำหัตถการ
เบื้องต้นในสถานบริการ ประกอบด้วย การตรวจ
สัญญาณชีพ การล้างแผล การดูแลผู้สูงอายุให้
อาหารทางสายยาง การดูแลผู้สูงอายุใส่สายสวน
ปัสสาวะ การประเมินภาวะสมองเสื่อม
การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)
โดยมีแบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานตาม
มาตรวัดอันดับของ Likert 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้
ถูกต้องระดับดีมาก (5 คะแนน) ปฏิบัติได้ถูกต้อง
ระดับดี (4 คะแนน) ปฏิบัติได้ถูกต้องได้ระดับ
ปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติได้ถูกต้องระดับ
พอใช้ (2 คะแนน) และปฏิบัติไม่สมบูรณ์ต้อง
ปรับปรุง (1 คะแนน) ผลการประเมินคือ ผ่าน
(ระดับคะแนน \geq ร้อยละ 60 คะแนน) และ
ไม่ผ่าน (ระดับคะแนน $<$ ร้อยละ 60)

กิจกรรมที่ 2 การลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
ในชุมชน โดยพยาบาล CM จะมอบหมาย
กรณีศึกษา 1 ราย ให้ผู้เข้าร่วมอบรม เพื่อที่จะได้
ฝึกการประเมินปัญหาและความต้องการของ
ผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแล ปฏิบัติการดูแล
ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุแต่ละราย

กิจกรรมที่ 3 การสรุปบทเรียนจากการ
ร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ในชุมชน โดยการเสนอกรณีศึกษาและรายงานผล
การฝึกปฏิบัติงานในชุมชนให้กับคณะผู้วิจัยและ
อาจารย์พี่เลี้ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ
และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในระยะก่อนเข้าร่วม
อบรม 1 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นการอบรมและ
ติดตามหลังจากเข้าร่วมการอบรม 3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา
รับรองวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
อุบลราชธานี เลขที่โครงการ SCPHUB
1002/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการ
วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการ
วิจัยด้วยความสมัครใจและชี้แจงให้ทราบว่า
สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมด
เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม
และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้า
รับการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.0
มีอายุเฉลี่ย 50.7 (S.D.= 8.669) ระดับการศึกษา
สูงสุดส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ
60.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.0 และส่วน
ใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.0
(ตารางที่ 1)

Table 1 Number and percentage of personal characteristics among care worker

Personal Characteristics	Number	%
Gender		
Male	4	8.0
Female	46	92.0
Age (Years)		
≤ 30	0	0.0
31 – 40	4	8.0
41 – 50	23	46.0
51 – 60	15	30.0
≥ 60	8	16.0
Mean =50.7, S.D. = 8.669, Min =33, Max = 68	19	38.0
Marital Status		
Single	1	5
Married	37	74.0
Widowed/Divorced/Separate	8	21.0

2. ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้เข้ารับการอบรม

จากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง รายบุคคลและจากการบันทึกความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแสดงถึงความต้องการความรู้เพิ่มเติมในด้านการดูแลผู้สูงอายุ และต้องการฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ออกซิเจน รวมถึงการนวดไทย ในการฝึกอบรมครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่าในด้านความรู้และทักษะเพิ่มเติมที่สามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. การประเมินประสิทธิผลของ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคติและทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการอบรม หลังการอบรมและระยะติดตามผล

ก่อนการเข้าอบรมในโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 13.96 (S.D. =2.231) ทักษะคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 113.40 (S.D. =9.413) และทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 80.78 (S.D. = 9.413)

หลังจากเข้าโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 สัปดาห์ และติดตาม ผลหลังเข้าโปรแกรมการอบรม 3 เดือน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 16.06 (S.D. =2.510) และ 16.32 (S.D. = 2.630) ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 128.22 (S.D. =10.831) และ 130.22 (S.D. = 13.869) และทักษะการดูแล ผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 82.96 (S.D. = 7.876) และ 85.68 (S.D.=7.544) (ตาราง 2)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะคติและทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการอบรมในโปรแกรม หลัง การเข้ารับการอบรม 1 สัปดาห์และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า ความรู้และทักษะคติของผู้ดูแล ผู้สูงอายุหลังเข้าอบรม 1 สัปดาห์และระยะ ติดตามมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนคะแนน ทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีระดับคะแนน เฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

Table 2: Comparison of the mean score of elderly care worker’s knowledge, attitude, and practice for elderly care

Variable	Mean ± S.D.	F	p-value
Knowledge			
Before implementation	13.96 ± 2.231	18.051	0.000
1 week after implementation	16.06 ± 2.510		
12 weeks after implementation	16.32 ± 2.630		
Attitude			
Before implementation	113.40 ± 9.413	6.517	<0.001
1 week after implementation	128.22 ± 10.831		
12 weeks after implementation	130.22 ± 13.869		
Practice			
Before implementation	80.78 ±17.008	1.204	0.004
1 week after implementation	82.96 ± 7.876		
12 weeks after implementation	85.68 ± 7.544		

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสรุปบทเรียนจากการร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในด้านต่างๆ

ด้านโปรแกรมการอบรม พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ พึงพอใจโครงการ เพราะเป็นโครงการที่ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลในห้องปฏิบัติการและได้ฝึกปฏิบัติงานในสถานที่จริง รวมถึงได้แลกเปลี่ยนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

วิธีการ/กิจกรรมในกลุ่ม พบว่าบรรยากาศในการอบรมเป็นกันเอง สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อาจารย์ผู้สอนมีความรู้ความเข้าใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ยกตัวอย่าง และสาธิตการปฏิบัติได้ชัดเจน สำหรับเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และระยะเวลาในการจัดโปรแกรมมีความเหมาะสม เอกสารประกอบการอบรมมีความเหมาะสมและมีเนื้อหาที่ครบถ้วน

ผลที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับ พบว่าผู้เข้าอบรมเห็นว่ามีประโยชน์ ได้รับความรู้และได้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ ตรงกับความ ต้องการและสามารถใช้งานได้จริง

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม วิธีการจัดการอบรม การเรียนรู้ที่ตนเองได้รับ เนื่องจากกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมนี้นำส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้และอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเพื่อนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเหมือนกัน ได้แลกเปลี่ยนและให้กำลังใจกันและกัน รวมไปถึงการได้รับแรง

สนับสนุน (Empowerment) จากทีมผู้วิจัยและอาจารย์พี่เลี้ยง การให้ความรู้ทางกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการได้ฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การแสวงหาทางเลือกใหม่ร่วมกับทีมทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาตัวเองนำไปสู่การแก้ไขปัญหาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีและพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะของตนเองการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปรับตัวเชิงบวกและรับมือกับปัญหาและตัดสินใจเลือกกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{14,15} ทีมผู้วิจัยยังได้จัดกระบวนการเรียนรู้โดยจัดการเรียนรู้ทางทฤษฎี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการจนเกิดความเชี่ยวชาญก่อนที่จะลงไปปฏิบัติงานจริงในชุมชนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ หากผู้ดูแลขาดความรู้พื้นฐานและทักษะจะส่งผลให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ¹⁴ นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยยังได้จัดให้มีแหล่งสนับสนุนด้านการเข้าถึงการดูแล เช่น คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ การสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การมีอาจารย์พี่เลี้ยงและคณะวิจัยเป็นที่ปรึกษาจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด

การสร้างพลังของก๊อบสัน¹² เชื่อว่าบุคคลทุกคนต้องเชื่อมั่นในพลังความสามารถของตนว่าปฏิบัติได้จริง รวมถึงการสร้างพลังมิใช่เพียงการสอน แต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเพื่อการดูแลภาวะสุขภาพได้จริง

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ก่อนเข้าร่วมอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนระดับความรู้สูงขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการอบรม 1 สัปดาห์และระยะติดตาม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการสอนสอนภาคทฤษฎีร่วมกับการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปความเข้าใจให้สมบูรณ์จึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น การพัฒนาองค์ความรู้การพัฒนาทักษะ โดยอาศัยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของก๊อบสัน¹³ ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการแลกเปลี่ยนการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ทิพย์สังวาลและคณะ ที่ใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจากแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม¹⁶

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการอบรม 1 สัปดาห์และระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนสูงขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งเสริมให้บุคคลตระหนักในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ทำให้มีความรู้สึกมั่นใจและรู้สึกกว่าตนเองเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุ จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบกับในโปรแกรมได้จัดให้ผู้ดูแลลงไปฝึกปฏิบัติงานในชุมชนในสถานที่จริงและมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีม ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊อบสัน¹³ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของน้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและยุวดี รอดภัย¹⁷ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ทักษะการดูแลผู้สูงอายุหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการอบรม 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนสูงขึ้นก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมที่ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้มีการฝึกปฏิบัติเสมือนจริง สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการทำงาน กระบวนการเสริมพลังอำนาจผ่านกิจกรรมการสะท้อนคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการปฏิบัติจริงตามแผนการดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ นำไปสู่การพัฒนาเป็นทักษะความเชี่ยวชาญและการคงไว้ ซึ่งทักษะการปฏิบัติการดูแล

อย่างมีประสิทธิภาพ^{18,19} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์²⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัครา ภาษาและคณะ²³ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการพิจารณา ร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและสามารถสร้างความมั่นใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองจนเกิดประสิทธิผลของโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น เพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนควรมีการทดลองซ้ำในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อจะให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

มีข้อเสนอแนะควรมีการนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไปขยายผลและใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคคลกรสุขภาพ เช่น นักวิชาการสาธารณสุขอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่ให้มีทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและมีมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยวิธีวิจัยเชิงพื้นที่ในบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นในครั้งนี้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อการพัฒนาโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกันตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2563 และความร่วมมือสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี เทศบาลวารินชำราบ และกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ทีมวิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Number of Population from Registration by Age Group Province and Region 2011-2022 [Internet]. 2021 [cited 2021]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
2. Health Systems Research Institute. Public health survey in Thailand by physical examination 5th 2017 [internet]. Nonthaburi: HSRI; 2017 [cited 2018 April 18]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>.
3. Tupanich K., Chaibalap S., Chaivalan K. Problems and Needs of Older Adults Living in Urban Area, Bangkok Metropolitan. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2020;(Supplement):82-92. (in Thai)
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2015 [Internet]. Bangkok: TGRI; 2017 [cited 2018April18]. Available from: <http://thaitgri.org/?p=37841>.
5. Pagaiya N. Demand of Health Care Providers in the Institutions for Care of Older Persons 2015 [internet]. Bangkok: TGRI; 2016 [cited 2018 July 18]. Available from: <http://thammapakorn.go.th/wp-content/uploads/2016/.pdf>.
6. National Health Security Office (NHSO), Thailand. Long Term Care (2015). Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)
7. Pagaiya N. Human Resources for Health Requirements Projection: Crucial Baseline to Support Human Resources for Health Planning. Journal of Health Systems Research 2018. 12(2); 342-55. (in Thai)
8. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand [Internet]. Available from : http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf.
9. Grant JS, Graven LJ. Problems Experienced by Informal Caregivers of Individuals with Heart Failure: An Integrative Review. International Journal of Nursing Studies. 2018; 80: 41-6.

10. Sasat S, Pagaiya N, Wisetrit W. Estimates and Trends in Health Workforce to Support Long-Term Care for Older Persons. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2019; 18: 9-21. (in Thai)
11. Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook of training guidelines for elderly caregivers. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health [internet]. 2015 [cited 2018 July 18]. Available from <https://eh.anamai.moph.go.th/elderly-manual/>
12. Sontichai A, Boonsu T, Krongyuth K. Essential Competency for Elderly Care Worker: Case Study in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Council of Community Public Health*. 2020; 2(2), 37-48. (in Thai)
13. Gibson C.H. The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21(6): 1201-1200.
14. Hamtanon P. Factors Related to Positive Aspects in Caregiving Patients with Dementia: A study with Family Caregiver. *The Southern College Network. Journal of Nursing and Public Health*. 2019; 6(2): 163-75. (in Thai)
15. Yoon H.K., Kim G.S. An Empowerment Program for Family Caregivers of People with Dementia. *Public Health Nursing*. 2020; 37(2): 222-33.
16. Thipsungwan K, Scribenchamas N, Lamluk P. Effects of the Development Competency Program of Volunteer for Taking Care of the Elderly in Community. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University*. 2018; 12(1): 275-91. (in Thai)
17. Yimyam N, Rodjarkpai Y. Effect of Empowerment Program of Caregiver Caring for the Elderly at Risk of High Blood Pressure in Kaengdinso Sub-District, Nadee District. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2017; 24(2): 46-58. (in Thai)
18. Pengsa-ium V., Chaiyasung P., Yakasem P. Outcome of Empowerment Program on Perceived Empowerment and Caregiving Practice of Health Volunteers to Dementia of Elderly. 2015; 8(1):152-165. (in Thai)
19. Saetew P., Chinkhanapha C., Ruengsawat S., Teepapal T. Study of the Potential of Caregiver for the Elderly after 70 hours of Elderly Care Program of Boromrajonani College of Nursing, Surat Thani. 2019; 20(1):300-310. (in Thai)

20. Wangpitipanit S, Panuthai S, Sucamvang K, Lasuka D, Jitapunkul S. Family Caregiver Capacity Building Program for Older People with Dependency in Thailand: A Randomized Controlled Trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Resarch. 2016;20(1): 18-32.

21. Luecha A., Sminoy S., Kanachai V., Buphahou S., Tarachun R. The effectiveness of group Empowerment Program on Caregivers of the Elderly with Dementia. Journal of Suicide Prevention of Thailand. 2020; 1(1): 41-56.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

พรนภา พงศ์วรินทร์*

ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ** พชราพร เกิดมงคล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยประยุกต์ PRECEED-PROCEDE Framework กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของรพ.สต.บางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการจำนวน 211 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 54.0 โรคร่วมที่พบบ่อยคือ ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 52.1 และ 35.5 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ($r = 0.267$) การได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ($r = 0.232$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.219$) และอายุ ($r = 0.139$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จำนวนโรคร่วม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และอายุ ซึ่งสามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 19 ของความแปรปรวนของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นการพัฒนาความสามารถในการปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมหลายโรค

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลักรองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Predicting Blood Pressure Control Behaviors Among Patients With Uncontrolled Hypertension in Bangphli District, Samutprakan Province

PORNNAPA PONGWARIN*

KWANJAI AMNATSATSUE**PATCHARAPORN KERDMONGKOL**

ABSTRACT

This descriptive cross-sectional study was conducted to examine predictive factors of blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension by applying the PRECEED-PROCEDE Framework. The study sample consisted of 211 subjects who received treatment at Bangkaew Health Promotion Hospital, Bangplee District, Samutprakan Province. The simple random sampling technique was used to recruit study samples. Data was obtained by administering questionnaires to participants. Data was analyzed by descriptive statistics as well as Pearson's product moment correlation and multiple logistic regression analysis.

The findings found that most of the participants were female (67.3%), older than 60 years old (52.6%), completed primary school (58.3%), and were unemployed (54.0%). The most common comorbidities were hyperlipidemia (52.1%) and diabetes mellitus (35.5%). Based on the finding of Pearson's correlation coefficient, there was a significant positive correlation (p -value < 0.05) between blood pressure control behaviors and various factors, including self-efficacy for blood pressure control behaviors ($r = 0.26$), accessibility of information and health services ($r = 0.232$), social support ($r = 0.219$), and age ($r = 0.139$). Based on the findings of the multiple regression analysis, factors that could predict blood pressure control behaviors among the patients with uncontrolled hypertension were self-efficacy for blood pressure control behaviors, comorbidity diseases, social support from family, and age. These variables accounted for 19% of the variance explained for blood pressure control behaviors. The results from this study could be used to develop a self-care supportive program emphasizing self-efficacy and family support to control hypertension among the older patients with uncontrolled hypertension and multiple morbidities.

Keywords: Predictive factors / blood pressure control behaviors / patients with uncontrolled hypertension

Article info: Received: May 18, 2023, Revised: September 12, 2023, Accepted: October 24, 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

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

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก จากสถานการณ์ทั่วโลกพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่เสียชีวิตจากโรคนี้นับถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและเบาหวาน และอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 13.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 14.48 ต่อแสนประชากร ในปี 2564² นอกจากนี้ยังพบรายงานโรคแทรกซ้อนสูงในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (ร้อยละ 7.94) ทางไต (ร้อยละ 20.26) ทางหัวใจ (ร้อยละ 22.54) ทางสมอง (ร้อยละ 14.21) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (ร้อยละ 32.83)³ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดว่า สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดโรคของระบบอวัยวะต่างๆ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการรักษา หรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ผู้ป่วยมักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ตามมา เช่น สมอง ประสาทตา หัวใจ ไต หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของพฤติกรรมในการควบคุม

โรคความดันโลหิตสูงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า *ปัจจัยส่วนบุคคล* ได้แก่ เพศ⁵ อายุ^{6, 7} ระดับการศึกษา^{6, 8} อาชีพ รายได้^{6, 10} จำนวนโรคร่วม¹¹ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง^{9, 11, 12} การรับรู้ความสามารถของตนเอง¹⁰ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ⁵ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม^{5, 6, 13} มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทภายใต้ความรับผิดชอบของ รพ.สต. บางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวนผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,134 คน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 31.04 และมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวนมากถึงร้อยละ 78.96 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50³ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ มักศึกษาปัจจัยภายในเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วย ในการสร้างความมั่นใจเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจก่อให้เกิดความพิการ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม ชุมชนได้ ในขณะที่ปัจจัยภายนอกยังมีการศึกษาไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำ PRECEED-PROCEDE Framework มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ให้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

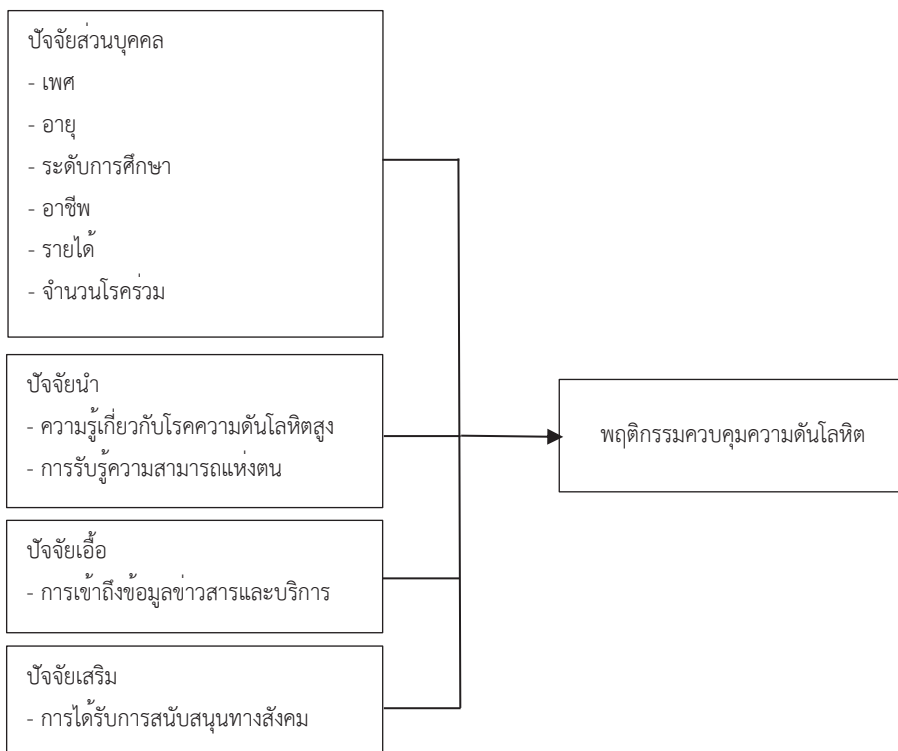
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ความสามารถแห่งตน), ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ), ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิด PRECEED-PROCEDE Framework ที่กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการที่ รพ.สต.บางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ อย่างน้อย 6 เดือน ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และได้รับการลงทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต.บางแก้วอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจำนวนทั้งหมด 1,134 คน ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวน 782 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีจำนวน 782 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Daniel ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 211 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน Multi Stage sampling (1) เลือกพื้นที่ศึกษา โดยการสุ่มอย่างง่ายจากเขตอำเภอ 6 อำเภอ โดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Simple random sampling without replacement) ได้ อำเภอ บางพลี (2) เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต. 76 แห่งกลุ่มผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

(Simple Random sampling) ได้ รพ.สต. บางแก้ว (3) เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก กลุ่มผู้ป่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มียอายุ 25 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างน้อย 6 เดือนและลงทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บางแก้ว
- 3) มีค่าความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ในการรักษา 3 เดือนย้อนหลัง หรือในการมารับการรักษา 2 ครั้งสุดท้ายตามนัด
- 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทย ได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม จำนวนชนิดของยา และระยะเวลาป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ ดัดแปลงจากงานวิจัยของพิชญา เปรื่องปราชญ์¹⁴ ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารประเภท DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) การจำกัดเกลือในอาหาร การออกกำลังกาย การลดการดื่มแอลกอฮอล์ และการควบคุมอารมณ์ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก (การแปลผลในการพรรณนาข้อมูล ค่า KR 20 = 0.80)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากงานวิจัยของ จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ¹⁵ คำถามเป็นลักษณะ Likert scale จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ระดับความมั่นใจของการรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน คำตอบ

แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Cronbach's Alpha Coefficient 0.70)

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากงานวิจัยของพิชญา เปรื่องปราชญ์¹⁴ ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. หรือ อสม. ในการให้ความรู้หรือการได้รับข่าวสารต่างๆ ช่องทางการติดต่อ รพ.สต. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Cronbach's Alpha Coefficient 0.84)

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากงานวิจัยของวิลาวลัย รัตน์¹⁶ ประกอบด้วยข้อความ 10 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การมีส่วนร่วมวางแผนในการรักษา การสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต การให้กำลังใจ การติดตามให้ได้รับยาต่อเนื่อง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และครอบครัว ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Cronbach's Alpha Coefficient 0.70)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง

แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ที่ใช้ในการดำเนินงานคลินิก DPAC คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรม การรับประทานอาหาร, การรับประทานยา, การออกกำลังกาย, การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อน, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์ และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน แนวคำถามเป็นแบบ Likert-like scale จำนวน 20 ข้อ คำตอบแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Cronbach's Alpha Coefficient 0.73)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 5 ส่วน ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.88

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวม ได้ค่าเท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-070 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการวิจัยความเสี่ยงต่างๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ

การเก็บข้อมูลการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในรพ.สต.บางแก้ว จำนวน 211 คน โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 52.6) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.3) ไม่ได้ทำงาน ได้แก่ กลุ่มเกษียณและแม่บ้าน (ร้อยละ 54.0) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 82.5) ระยะเวลาป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 40.8) รองลงมาเป็นผู้ที่มีระยะเวลาป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 25.6)

กลุ่มตัวอย่างใช้ยาในกลุ่ม calcium channel blocker (ร้อยละ 76.3) รับประทานยา 1 ชนิด (ร้อยละ 52.1) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 39.8) ได้แก่ โรคไขมันสูง (ร้อยละ 52.1) และ รองลงมาเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 35.5)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเท่ากับ 57.76 คะแนน (S.D. = 7.84) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ไม่สูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดี ในขณะที่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก โดยงดอาหารมันและหวานจัดและการออกกำลังกายวันละ 30 นาที มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถด้านต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 44.8 (S.D. = 5.30) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถที่สูงที่สุดคือด้านการมาตรวจตามนัด และการพักผ่อนนอนหลับ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารที่มีเกลือสูง และการปรับหรือหยุดยาลดความดันโลหิตเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวมเท่ากับ 49.71 (S.D. = 7.96) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยการได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านจาก อสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก 2 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยการได้รับคำแนะนำด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดจนเกิดความเข้าใจ

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมเท่ากับ 47.58 (S.D. = 7.12) ซึ่งอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่าคนในครอบครัวจัดที่พักให้ตามความเหมาะสม และให้กำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนรายข้อ อสม.หรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านวัดความดันโลหิตให้ เดือนละ 1 ครั้ง และ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านพาไป สถานพยาบาลพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถ ($r = 0.267$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ ($r = 0.232$, $p\text{-value} = 0.001$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.219$, $p\text{-value} = 0.001$) และอายุ ($r = 0.139$, $p\text{-value} = 0.044$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม ($r = -0.161$, $p\text{-value} = 0.019$)

Table 1 Multiple regression model predicting blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension (n=211)

Variable	B	Beta	t	p-value
Constant	20.221		3.239	0.001
Perceive self-efficacy	0.341	0.231	3.364	0.001
Disease	-1.601	-0.222	-3.44	0.001
Family support	0.228	0.146	2.033	0.043
Age	0.145	0.19	2.911	0.004

$R^2 = 0.188$

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้มากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต (Beta = 0.231) รองลงมา คือ จำนวนโรคร่วม (Beta = -0.222) คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Beta = 0.146) คือ อายุ (Beta = 0.19) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 19.0 ($R^2 = 0.188$, p-value < 0.05)

การอภิปรายผล

พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 57.76$, S.D. = 7.84) พฤติกรรมมาตรวจตามนัด การไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดี

ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเช่น การงดอาหารมันและหวานจัดและออกกำลังกายวันละ 30 นาที มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 44.83$, S.D. = 5.30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปันทองกลางและคณะ¹⁰

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมหวัง พิมมะสอนและสมจิต แदनสีแก้ว⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปันทองกลาง และคณะ¹⁰ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

จำนวนโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

สมหวัง พิมมะสอนและสมจิต แคนสีแก้ว⁸ ที่พบว่าภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหวัง พิมมะสอนและสมจิต แคนสีแก้ว⁸ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัสราวลัย ศีตีสารและคณะ¹² ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของวรศรา ปันทองกลาง¹⁰ และภัสราวลัย ศีตีสารและคณะ¹² พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้

ปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช อัมสมบัติ¹⁷ ที่พบว่าความสามารถในการเข้าถึงสถานพยาบาล

มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถค้นหา ศึกษาหาข้อมูลต่างๆ ได้ง่ายทางออนไลน์ ผู้ป่วยจึงสามารถค้นหาหาข้อมูลต่างๆได้ด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อเป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ สังคมวัฒนธรรม สื่อ ทักษะส่วนบุคคลและทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อปัจจัยเหล่านี้มีประโยชน์กับพฤติกรรมของบุคคล ประกอบกับปัจจัยเอื้อช่วยให้บุคคลหาได้ง่าย และสามารถเข้าถึงได้ บุคคลจึงพร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม⁵

ปัจจัยเสริม

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอ บางพลีจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยจะต้องมีการดูแล และหากเป็นพ่อแม่ จะต้องมีการทดแทนบุญคุณ โดยสมาชิกในครอบครัวจะคอยดูแลช่วยเหลือ จัดหาอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัดทำอาหารรสชาติไม่หวาน มัน เค็ม ให้รับประทานปรุงอาหารโดยไม่ใส่ผงชูรสหรือผงปรุงรส เมื่อถึงวันนัดพบแพทย์จะคอยเตือนหรือพามาตรวจ หากบุคคลในครอบครัวไม่สบายใจจะคอยพูดคุยปรับทุกข์และให้กำลังใจ เป็นการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ในด้านต่างๆ⁵ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม

จากอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภัสราวลัย ศีติสารและคณะ¹² ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวนโรคร่วม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ดีที่สุด จำนวนโรคร่วมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นอันดับที่สอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นอันดับที่สาม อายุ เป็นปัจจัยสุดท้ายที่สามารถทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวนโรคร่วม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว อายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้ร้อยละ 19 ($R^2=0.188$ $p < .005$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1986) กล่าวไว้ว่า “บุคคลที่ตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำได้หรือไม่และความคาดหวังในผลที่จะเกิดการกระทำพฤติกรรม” หมายความว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความมั่นใจว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยย่อมมีความคาดหวังและพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อายุที่มากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการสึกหรอ แต่การมีโรคร่วมน้อยผู้ป่วยย่อมมีอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตที่น้อยลง ประกอบกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการควบคุมความดันโลหิตมากขึ้น

สรุป

สรุปผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จำนวนโรคร่วม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และอายุ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 19 ของความแปรปรวนของพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเน้นผลลัพธ์ต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในด้าน การด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ที่มีเกลือสูง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ควรปรับ การให้บริการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม หลายโรค ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมจากกลุ่ม ตัวอย่างที่รับการรักษามาต่อเนื่อง ในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในปัจจัยด้านอื่น เพิ่มเติม

2. ควรมีการนำผลของการศึกษานี้ไป จัดทำโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมหรือ ระบบบริการดูแลระยะยาว ในการติดตาม วัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

Reference

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis: World Health day 2013. World Health Organization [Internet]. 2013. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
2. Division of communicable disease, Ministry of Public Health. Mortality rate of 5 NCDs 2018-2022. Ministry of Public Health. [Internet]. 2023. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
3. Division of communicable disease, Ministry of Public Health. 2017.
4. Annual report of regular inspections of Health District 6, 2020.
5. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors Influencing Preventive Behavior among Stoke-Risk Patients in Songkhla Provinc. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017

6. Tantiengkarrat S, Khuneepong A. Self-Care Behaviors of Hypertensive Patients In Ban Nam Kham Health Promoting Hospital, Khong Hat District, Sa Kaeo Province. *Humanities Social Science and arts*. 2019; 12: 2452-556.
7. Bekele Tesfaye and faculty. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University Teaching and Specialized Hospital: Research Reports in *Clinical Cardiology*. 2017; 8: 21–9.
8. Phimmason S, Daenseekaew S. Risk Factors and Self-Care Activities of Patients with Hypertension in Rural Area of Lao PDR. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016; 34(3): 48-53.
9. Suekhiaw S, Poum A. Factors Associated with Exercise Behaviors among Elderly People in Nongkwai Subdistrict, Lomsak District, Phetchabun Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*. 2019; 2(1): 64-77.
10. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsanjan W. Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018; 38: 152-65.
11. Makmai P. Exercise behaviors of elderly people in Maetor subdistrict, Maueng district, Tak province *Academic Journal of Community Public Health*. 2022; 8(1): 60-72.
12. Seetisan P, Suwannarat A, Jailungkar J. Factors Associated with Self-Care Behaviors Among Uncontrolled Hypertension Patients in Dokkhamtai Hospital, Dokkhamtai District, Phayao Province. *Lanna Public Health Journal*. 2013; 9(2): 120-36.
13. Jandeekaewsakul P, Watthayu N, Suwonnarooop N. Factors Predicting Self-Management Behavior among Patients with Uncontrolled Essential Hypertension. *Journal of Nursing Science*. 2018; 36(1): 31-43.
14. Pangprah P. Factors relating to self-care behaviors hypertension patients in Bannikom Phatthana Bangplara Health Promoting Hospital Prachinburi province [Master's degree Thesis]. Rajanbhat Rajanagarindra University; 2015
15. Tipyan J. Perceive self-efficacy in self-care among Hypertension patients in Nabon district, Nakonsitumarat province [Master's degree Thesis]. Health care system management. Songkla: Thaksin University; 2011.

16. Rattana W. Health care behaviour and social support with elderly of life quality of aging club at suratthani central hospital [Master's degree Thesis]. Srinakharinwirot University; 2009.

17. Imsombati M. Factors Affecting Blood Pressure in Patients with Hypertension in Tha Chang District, Sing Buri Province. Health system research 2006; 1(2): 119-28.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

ชมพูนุท มະนาตย์*

พัชราพร เกิดมงคล** ขวัญใจ อำนาคัสต์ชัยชื่อ***

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดทางวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 188 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ช่วงระหว่าง 0.80 – 0.89 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ช่วงระหว่าง 0.71 - 0.89 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติความสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) ทักษะติดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อน สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 21.7 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมนโยบายให้บุคคลในครอบครัวและผู้สูงอายุ เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม และการบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเพิ่มคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวควรสร้างความรอบรู้ในด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน/ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: patcharaporn.ker @mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Preventive Behaviors Towards Coronavirus 2019 Among Older Adults in Nonthaburi Province

Chompunuth Manart*

Patcharaporn Kerdmongkol** Kwanjai Amnatsatsue***

ABSTRACT

This analytic cross-sectional study, which was based on the PRECEDE-PROCEED model, examined the factors related to preventive behaviors and predictive factors towards coronavirus 2019 among older adults in Nonthaburi province, Thailand. The sample consisted of 188 older adults who were selected using a multi-stage random sampling method from the elderly population, age 60 years and older. The data were collected by using the questionnaire that was specifically developed by the researcher. Each item reported in the study exhibited a content validity index ranging from 0.80 to 0.89. The range of reported Cronbach's alpha coefficients was 0.71 to 0.89. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient statistics, and multiple regression analysis employing the stepwise method.

The study found that underlying diseases such as hypertension, diabetes mellitus, and hyperlipidemia, attitudes toward the prevention of coronavirus 2019 behaviors, perceived coronavirus 2019 severity, prevention of coronavirus 2019 resources, and access to health services for the prevention of coronavirus 2019, receiving information from various media, family support, friend support, and public healthcare provider and village health volunteer support were found to have a positive correlation with coronavirus 2019 preventive behaviors among older adults in Nonthaburi Province (p -value < 0.05). Additionally, it was discovered that diabetic mellitus, hyperlipidemia, access to medical services for coronavirus 2019 prevention, and support from family and friends may all predict the preventative behaviors toward coronavirus 2019 by 21.7%. These findings can be utilized to advocate for the implementation of a policy that encourages family involvement in the care of elderly individuals. Supporting the non-communicable diseases clinic in the development of initiatives aimed at offering guidance or spreading knowledge about coronavirus 2019 prevention and emphasizing adequate access to health services for seniors. It is essential to develop health literacy in disease prevention if there is an underlying disease.

Key Words: preventive behaviors/ Coronavirus 2019/ older adults

Article info: Received: March 20, 2023, Revised: May 14, 2023, Accepted: October 27, 2023

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

** Correspondent 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.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นทั่วโลก มีอัตราการเกิดที่ลดลง และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้แนวโน้มประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในปี 2564 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในด้านต่างๆ เช่น การสร้างภูมิคุ้มกันลดลง มีโรคประจำตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย² และอาจมีอาการรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย³ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) เป็น “ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)” ไวรัสชนิดนี้เป็นไวรัสขนาดใหญ่ที่สุดที่มีสารพันธุกรรมเป็นชนิดอาร์เอ็นเอไวรัส การแพร่กระจายเชื้อในคนสู่คน จะผ่านระบบทางเดินหายใจในรูปแบบของน้ำลาย ไอ จาม และสารคัดหลั่งจากจมูกหรือน้ำมูกที่มีเชื้อเหล่านี้สามารถตกลงบนวัตถุและพื้นผิวสิ่งของ เมื่อมีการสัมผัสกับวัตถุหรือพื้นผิวดังกล่าวแล้วไปสัมผัสบริเวณใบหน้า อาจทำให้ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้³ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อ มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต ในขณะที่กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี มีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 1³ ในปัจจุบันการระบาดของโรคโควิด -19 อยู่ในระยะที่ 3 พบผู้ป่วย

ติดเชื้อเป็นวงกว้าง⁴ ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 100 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านราย โดยในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 4 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 3 หมื่นราย และยังพบผู้ติดเชื้อสะสมรายใหม่และเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนมากกว่า 1 แสนราย โดยผู้สูงอายุที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มักระบาดตัว³⁻⁴ ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในพื้นที่เสี่ยงที่พบผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จาก 10 จังหวัดของประเทศที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง⁴ โดยพบผู้สูงอายุที่ติดเชื้อสะสมช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 8.77 และอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.03⁴ ซึ่งจังหวัดนนทบุรีมีความเจริญด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข และระบบสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ผู้คนมากมายย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่อาศัยในจังหวัดนนทบุรี ทำให้มีประชากรแฝงจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการระบาดจำนวนมาก และเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรีจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อได้ง่ายกว่าพื้นที่อื่นที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนน้อยกว่า แม้ว่าในจังหวัดนนทบุรีจะมีการจัดบริการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี แต่ยังไม่มีการศึกษาในจังหวัดนนทบุรีว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างไร

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี^{5,7} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติด

เชื้อไวรัส โควิด 2019 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ⁶ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{6,7} การรับรู้ความรุนแรงของโรค⁷ ทักษะ⁸ การรับข้อมูลข่าวสาร⁷ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์⁶ ในต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอยู่ในชุมชนชนบทจะได้รับผลกระทบและเสียชีวิตจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมือง เนื่องจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด⁸ และการขาดสารอาหารในวัยสูงอายุก็มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁹ สรุปได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในส่วนของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยเอื้อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพหรือทรัพยากรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบจำลอง Precede – proceed model¹⁰ โดยประยุกต์ ทฤษฎีใช้ในส่วนขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา¹¹ เพื่อศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี

การศึกษานี้ จึงได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลอง Precede – proceed Model¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

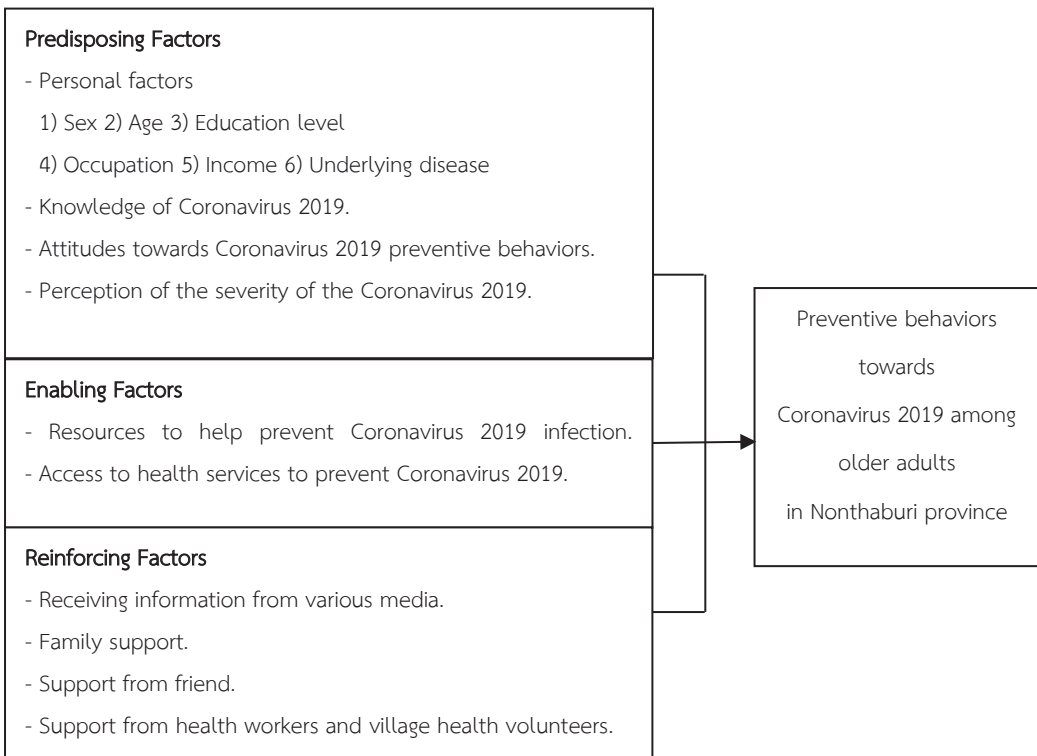
สมมติฐานการวิจัย

1.ปัจจัยนำ (ลักษณะส่วนบุคคล, ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

2.ปัจจัยเอื้อ (ทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

3.ปัจจัยเสริม (การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ, แรงสนับสนุนจากครอบครัว, แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี

4.ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

G*Power¹² โดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F test – Multiple regression analysis (R2 deviation from zero) ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.90 และจำนวนตัวแปรที่ทดสอบทำนาย เท่ากับ 15 ตัวแปร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 171 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสัมภาษณ์ และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก

อัตราร้อยละ 10 คือ 17 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 188 คน

กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดที่มีลักษณะการขยายตัวในด้านอุตสาหกรรมจำนวนมาก มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่

- 1) สุ่มตำบลจาก 6 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่
- 2) สุ่มหมู่บ้านจาก 6 ตำบล ตำบลละ 2 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่
- 3) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 และ
- 4) นำทะเบียนบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุจากผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านที่ดูแลหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ให้ได้ของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านตามที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วย (1) อำเภอเมืองนนทบุรี ตำบลไทรมา หมู่ 3 บ้านคลองหลุมมะดัน จำนวน 33 คน และหมู่ 4 บ้านไทรมาเหนือ จำนวน 26 คน (2) อำเภอบางกรวย ตำบลปลายบาง หมู่ 1 บ้านตลาดวัดศรีประวัติ จำนวน 15 คน และหมู่ 3 บ้านคลองปลายบาง จำนวน 21 คน (3) อำเภอบางบัวทอง ตำบลบางบัวทอง หมู่ 10 บ้านปลายคลองลำรี จำนวน 2 คน และหมู่ 12 บ้านคลองลำรี จำนวน 7 คน (4) อำเภอบางใหญ่ ตำบลบางแม่นาง หมู่ 4 บ้านหนองกางเขน จำนวน 28 คน และหมู่ 10 บ้านดอนลาดตะค้ำน จำนวน 33 คน (5) อำเภอไทรน้อย ตำบลทวีวัฒนา หมู่ 4 บ้านคลองสอง จำนวน 3 คน และหมู่ 5 บ้านคลองหนึ่ง จำนวน 4 คน และ

(6) อำเภอปากเกร็ด ตำบลคลองพระอุดม หมู่ 3 บ้านแหลมใหญ่ จำนวน 6 คน และหมู่ 4 บ้านแหลมกลาง จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

(Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 ประยุกต์ใช้ในส่วนของ Orientation for Time¹³ จำนวน 5 ข้อ ทดสอบด้วยวาจา เกณฑ์คะแนนเต็ม 5 คะแนน ในส่วนประเมินดังกล่าว

3) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยกเว้นกรณีมีประวัติเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง หรือมีประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 สามารถเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ได้

4) เป็นผู้ไม่มีปัญหาในการได้ยิน สื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา

(Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ในวันที่ลงเก็บข้อมูล เนื่องจากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น เป็นไข้ หรืออาการอื่นๆ นอกเหนือจากโรคประจำตัวผู้สูงอายุเดิม
- 2) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่จังหวัดนนทบุรี หรือ ไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล

3) ผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยติดเชื้อ หรือ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ ATK บวก 2 ซิต ณ วันลงทะเบียนข้อมูล

4) ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมี ภาวะบางอย่างที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้

เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจาก การศึกษา (Discontinuation criteria)

1) ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในตอนแรก แต่ต่อมามีความประสงค์ขอถอนตัว ออกจากโครงการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

2) ผู้สูงอายุที่รู้สึกอึดอัดใจในการตอบ ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์หรือการเข้าร่วม กิจกรรมสามารถยุติการเข้าร่วมโปรแกรม ในงานวิจัยได้ตลอดเวลา หรือ ขอถอนตัวจาก การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินการทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 ประยุกต์ใช้ในส่วนของ Orientation for Time 5 ข้อ¹³ กลุ่มตัวอย่างต้องผ่านเกณฑ์ คะแนนเต็ม 5 คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน เพื่อประเมินการรับรู้เวลาของผู้สูงอายุ โดยทำ การทดสอบด้วยวาจาก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง ขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบ แนวคิดทฤษฎี Precede - Proceed Model¹⁰ และหาค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ในส่วนปัจจัย

นำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนปัจจัยด้าน ความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เครื่องมือ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ช่วงคะแนน 0 – 10 คะแนน ระดับ 9 - 10 คะแนน คือ มีความรู้ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.80 และ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 ด้านทัศนคติ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ มาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ มีทัศนคติต่อพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ มาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ มีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.84 และค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้าน ทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ มาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ มีทรัพยากร ที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.83 และ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 และด้านการเข้าถึง

บริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ด้านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.83 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ แรงสนับสนุนจากเพื่อนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 และด้านแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 10 – 50 คะแนน ระดับ 38 – 50 คะแนน คือ แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในการป้องกันการติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ช่วงคะแนน 15 – 75 คะแนน ระดับ 57 – 75 คะแนน คือ มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

การเก็บข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมการ: เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยจะนำหนังสือแนะนำตัวมาขออนุญาต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และขออนุญาตผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อลงเก็บข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี และดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัย 1 วัน ก่อนเก็บข้อมูล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแนวทางการเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน

ระยะขอความสมัครใจ: ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและสิทธิประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ

ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล: ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง คนละ 15 – 30 นาที โดยจะขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย จากนั้นสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยในการดำเนินการสัมภาษณ์ยึดหลักปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 อย่างเคร่งครัด สัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก เก็บข้อมูลจนครบถ้วนตามที่คำนวณไว้ คือ 188 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-105 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนตัวแปร เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอื่นๆ) ได้ทำการเปลี่ยนตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ให้เป็นมาตราการวัดระดับ Interval scale หรือ Ratio scale โดยวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ปัจจัย

ทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยนำ พบว่าผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.5 อายุเฉลี่ย 67.5 ± 6.82 ปี จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 41.5 มีรายได้ต่อเดือน 500 – 1,000 บาท ร้อยละ 25.5 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.5 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.3 คะแนนเฉลี่ย 9.86 ± 0.55 คะแนน (Min = 6, Max = 10) ทักษะคิดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.16 ± 3.74 คะแนน (Min = 32, Max = 50) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.38 ± 4.46 คะแนน (Min = 30, Max = 50)

ปัจจัยเอื้อ พบว่าทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.36 ± 6.90 คะแนน (Min = 18, Max = 50) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.73 ± 7.18 คะแนน (Min = 16, Max = 50)

ปัจจัยเสริม พบว่าการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.27 ± 7.75 คะแนน (Min = 10, Max = 50)

แรงสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.68 ± 6.29 คะแนน (Min = 17, Max = 50) แรงสนับสนุนจากเพื่อน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.58 ± 8.08 คะแนน (Min = 13, Max = 50) แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.48 ± 9.41 คะแนน (Min = 10, Max = 50) พบว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.96 ± 6.80 (Min = 46, Max = 74)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุจากการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

พบว่า โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) ทศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทรรศนะที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

Table 1 Relationship between predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and preventive behaviors towards coronavirus 2019 using the Pearson correlation coefficient statistics (r) (n = 188).

Factors	Preventive behaviors towards coronavirus 2019	
	r	p-value
Predisposing Factors		
personal factors		
Sex	0.051	0.488
Age	0.029	0.695
Education level	0.061	0.406
Occupation	- 0.056	0.447
income	0.003	0.971
Underlying disease		
Hypertension	0.226	0.002**
Diabetes mellitus	0.189	0.009**
Hyperlipidemia	0.155	0.034*
Other diseases	0.246	0.001**
Other diseases	- 0.051	0.486
Knowledge of coronavirus 2019	0.014	0.845

Factors	Preventive behaviors towards coronavirus 2019	
	r	p-value
Attitudes towards preventive behavior coronavirus 2019	0.256	0.000**
Perception of the severity of the coronavirus 2019	0.184	0.011*
Enabling Factors		
Resources to help prevent infection with coronavirus 2019	0.246	0.001**
Access to health services to prevent coronavirus 2019	0.276	0.000**
Reinforcing Factors		
Receiving information from various media	0.275	0.000**
Family support	0.340	0.000**
Support from friends	0.153	0.037*
Support from health workers and Village health volunteers	0.236	0.001**

*p < 0.05, **p < 0.001

จากการวิเคราะห์สถิติการถดถอย พบคุณแบบเป็นขั้นตอน มีตัวแปรสามารถทำนาย 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (beta = 0.346, p = 0.000) การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (beta = 0.293, p = 0.001) ภาวะไขมัน

ในเลือดสูง (beta = 0.207, p = 0.001) โรคเบาหวาน (beta = 0.150, p = 0.026) และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน (beta = - 0.227, p = 0.016) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 21.7 ดังตารางที่ 2

Table 2 Multiple regression statistical analysis between predictors and preventive behaviors towards coronavirus 2019 (n = 188)

Predicted Variables	b	beta	t	p-value
Predisposing Factors				
Diabetes mellitus	2.397	0.150	2.240	0.026*
Hyperlipidemia	3.034	0.207	3.118	0.002**
Enabling Factors				
Access to health services to prevent coronavirus 2019	0.277	0.293	3.379	0.001**
Reinforcing Factors				
Family support	0.374	0.346	4.503	0.000**
Support from friends	- 0.191	- 0.227	- 2.440	0.016*
(Constant)	37.777	3.374	11.195	0.000**
R = 0.488, R ² = 0.238, Adjusted R ² = 0.217, F = 11.348, p – value = 0.000				
*p < 0.05, **p < 0.001				

ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + b_4 X_4 + b_5 X_5$$

แทนค่า Y = 37.777 + [2.397 (โรคเบาหวาน)] + [3.034 (ภาวะไขมันในเลือดสูง)] + [0.277 (การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)] + [0.374 (แรงสนับสนุนจากครอบครัว)] + [- 0.191 (แรงสนับสนุนจากเพื่อน)]

เมื่อ Y = ระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

a = ค่าคงที่ (Constant)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า โรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมัน

ในเลือดสูง) ทศคนคิดต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทรพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอส.มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี (p-value < 0.05) และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (beta = 0.346, p = 0.000) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (beta = 0.293, p = 0.001) ภาวะไขมันในเลือดสูง (beta = 0.207, p = 0.002) โรคเบาหวาน (beta = 0.150, p = 0.026) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน (beta = - 0.227, p = 0.016) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 21.7 (p-value < 0.05)

ปัจจัยนำ ลักษณะส่วนบุคคล พบว่าโรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 21.7 (p-value < 0.05) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับความสำคัญและเผื่อระวังการติดเชื้อ เนื่องจากอยู่ในกลุ่ม 608 (กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) หากมีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้⁴ การให้ความรู้จากภาครัฐหรือ ภาศึเครือข่ายในทุกช่องทาง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร⁶ ซึ่งพบว่า เพศอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะ

ครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ผ่านสื่อหลากหลายช่องทาง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยเอื้อ ทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และการเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 21.7 (p-value < 0.05) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีได้รับบริการในการดูแลด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นอย่างดี ถึงแม้จะมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 14 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ เมื่อแยกรายด้าน คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติฯ มีความสัมพันธ์

ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ และด้านเสี่ยงจุดเสี่ยง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อฯ มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่อื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจของแต่ละตัวบุคคล เพื่อคิดวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและนำไปใช้นั้น จึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำในทุกด้าน

ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน ยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 21.7 ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า ครอบครัวและเพื่อนมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ก่อนออกจากบ้าน ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เมื่อหยิบจับสิ่งของ อยู่ห่างจากผู้อื่น 1 – 2 เมตร และลดการออกไปพบปะผู้อื่น ทำให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ¹⁵ พบว่าการได้รับความสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.506$, $p\text{-value} = 0.000$) และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.459$, $p\text{-value} = 0.000$) ทั้งนี้ เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแหล่งต่างๆ ทำให้รับทราบสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับโรคและวิธีปฏิบัติตัวสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา¹⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.444$, $p < 0.001$) ทั้งนี้ อาจเพราะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความห่วงใย ได้รับกำลังใจ และด้านทรัพยากร ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19)

จุดแข็งจากงานวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ส่งเสริมนโยบายให้บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเพิ่มคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค หากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวควรสร้างความรอบรู้ในด้านการป้องกันโรค สามารถนำไปปรับใช้กับผู้สูงอายุจังหวัดอื่น หรือในกลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอื่นจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีสามารถป้องกันตนเองและใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างมีความสุข

จุดอ่อนจากงานวิจัย

งานวิจัยนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อกำหนดเฉพาะ ผลการศึกษาจึงได้ข้อมูลในเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ทราบข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุจึงไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มอายุอื่นทั่วไปได้

สรุป

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ พบว่า จังหวัดนนทบุรี มีการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ทั้งในด้านการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับมาก และมีสนับสนุนทรัพยากรที่ช่วยในการป้องกันโรค มีการจัดระบบเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังมีแรงสนับสนุนต่างๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ที่คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุเฝ้าระวังและป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปสนับสนุนนโยบายให้บุคคลในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ อาทิ เช่น จัดตั้งชมรมอาสาสมัครแพทย์ประจำบ้าน คือ สร้างบุคคลในครอบครัวดูแลครอบครัวตนเอง โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สนับสนุนให้คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มกิจกรรมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถทำได้ด้วยตนเอง ควรสร้างความรอบรู้ในด้านการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการได้ยินหรือป่วยติดเตียง ซึ่งจะช่วยให้สามารถสนับสนุนความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการป้องกันโรค

3. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Department of Older Persons. Situation and trends of Thai Elderly Society 2013 – 2030 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1/47> (In Thai)
2. Eliopoulos C. Manual of gerontological nursing. Louis: Mosby Year Book; 1995.
3. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
4. Department of disease control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php> (In Thai)
5. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurses*. 2020; 12(2):323-37. (In Thai)
6. Ruamsook T, Phunthong S, Thammatha P, Wongsawang N, Duangjan N, Boonsiri C et al. Factors related to health literacy in preventing coronavirus 2019 of older adults in Bangkok Metropolis. *Journal of Public Health Nursing*. 2022; 36(1):39-52. (In Thai)
7. Temudom R, Jaichuang S, Saisuwan K, Abthaisong P, Piralam B. The development of prevention model for coronavirus disease 2019 by the community participatory action in Nakhon Phanom Province. *Journal of The Office DPC 7 Khon Kaen*. 2021; 28(1):1-13. (In Thai)
8. Rivera-Hernandez M, Ferdows NB, Kumar A. The impact of the COVID-19 epidemic on older adults in Rural and Urban Areas in Mexico. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(7):e268-e274
9. Akhtar S, Das JK, Ismail T, Wahid M, Saeed W, Bhutta ZA. Nutritional perspectives for the prevention and mitigation of COVID-19. *Nutrition Reviews*. 2020; 79(3):289-300.
10. Green, L. & Krueger, M. Health promotion planning an education approach (4th ed.) New York: McGraw-Hill [Internet]; 2005 [cited 2022 Jul 22]. Available from: <http://www.lgreen.net/precede.htm>

11. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampun S, Rawiworrakul. Precede - Proceed Framework: Health promotion and disease prevention in community: an applications of concepts and theories to practice (revised version). Chachoengsao: MN Compu-off-Seth; 2018. p.77-83. (In Thai)
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Psychonomic Society*. 2007; 39(2):175-191.
13. Unai K, Sucamvang K, Henkaew W, Norkam R, Pinijsuwan N. Mental status and health promoting behaviors among older persons in Pa-aordonchai Subdistrict Municipality. *Nursing Journal*. 2017; 44(Special):1-11. (In Thai)
14. Adamchareon B, lemsawasdikul W. Relationship between health literacy and COVID-19 preventive behaviors in new normal era among working-age people in the Bangkok Metropolitan and its suburbs. *Thai Journal of Nursing*. 2022; 71(3):27-35. (In Thai)
15. Katanyutanon T, Thongsiri T, Pichitchainarong A, Kingdokmai T, Thammakul S, Saenkamrang P et al. Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet University. *W. Wit. Techno. Huachiew Chalermprakiet*. 2021; 7(1):8-20. (In Thai)
16. Onla I, Chumsong A, Khamyotha I, Pluemchai A, Soparat A, Chaithong A et al. Predictors of behaviors in prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) In 7th – 12th Grade Students. The 13th Hatyai National and International Conference; 2022 May 13; Hatyai University, Songkhla: 2022. p. 920-32. (In Thai)

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของ พยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19

ณัฐชา เปรมธีรัตน์ชัย*

เพลินพิศ บุญยามาลิก** สุรินธร กลัมพากร***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional surveys) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ที่ร่วมปฏิบัติภารกิจดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ช่วงการระบาดระลอกแรก เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 288 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกระจายต่อเนื่อง (Snowball Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยแบบสอบถามออนไลน์ รูปแบบ QR code วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์, การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และ การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 20.8 ของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 มีภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.8 อายุเฉลี่ย 37.30 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1) ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ (OR = 2.01, 95%CI = 1.08-3.73), 2) การทำงานเป็นกะ (OR = 1.96, 95%CI = 1.05-3.69), 3) ความเครียดจากการทำงานสูง (High strain job) (OR = 2.59, 95%CI = 1.29-5.20), และ 4) มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (OR = 3.15, 95%CI = 1.36-7.28) เมื่อนำมาทดสอบโดยวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ได้แก่ 1) ความเครียดจากการทำงานสูง (OR = 2.51, 95%CI = 1.21-5.19) และ 2) มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (OR = 2.73, 95%CI = 1.14-6.57)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพจิต เพิ่มแรงสนับสนุนจากองค์กรในการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยให้กับพยาบาลและบุคลากรการแพทย์ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยควรได้รับการดูแล ประเมิน และติดตามผลเกี่ยวกับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ภายหลังสถานการณ์ระบาดใหญ่ เป็นระยะ รวมถึงเมื่อเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง/ พยาบาล/ สถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19/ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ/ แรงสนับสนุนทางสังคม

*นักศึกษาลำดับต้นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Prevalence and Related Factors to Post-Traumatic Stress Disorder Among Thai Nurses Exposed to the COVID-19 Pandemic

Nattacha Premteerawatchai*

Plernpit Boonyamalik ** Surintorn Kalampakorn***

ABSTRACT

This cross-sectional survey aimed to determine the prevalence and related factors of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among Thai nurses who had been exposed to the COVID-19 pandemic. The study sample consisted of 288 Thai registered nurses who provided care for patients at risk of or infected with COVID-19 during the first wave of the pandemic, from January to May 2020. The snowball sampling technique was used to recruit study samples. Data were collected through online questionnaires that used QR code format. Data was analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics such as Chi-square, simple, and multiple logistic regression analysis.

The results revealed that 20.8% of Thai nurses who had been exposed to the COVID-19 pandemic had PTSD. Most of the study sample were female (93.8%) with an average age of 37.30 years old (S.D. = 9.68). The factors that were significantly associated with PTSD (p -value<0.05) were the following: 1) low resilience level (OR = 2.01, 95% CI = 1.08-3.74); 2) shift work (OR = 1.96, 95% CI = 1.05-3.69); 3) high job stress (job strain group) (OR = 2.59, 95% CI = 1.29-5.20); and 4) low social support (OR = 3.15, 95% CI = 1.36-7.28). Multiple Logistic Regression analysis revealed the predictive factors of PTSD were: 1) high job stress: high-strain nurses were 2.5 times at risk of developing PTSD (OR = 2.51, 95%CI = 1.21–5.19); and 2) low social support was more likely to develop PTSD (OR = 2.73, 95%CI = 1.14-6.57).

Recommendations from the findings: the relevant stakeholders can use the results from this study to provide mental health services such as resilience-building clinics and stress management programs, as well as to facilitate and support a safe working environment for nurses and other medical personnel, particularly when working in emergency medical situations in the future.

Key Words: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)/ NURSES/ THE PANDEMIC OF COVID-19/ Resilience/ Social support

Article info: Received: May 20, 2023, Revised: September 13, 2023, Accepted: October 27, 2023

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

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

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

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อชีวิต เศรษฐกิจ เกิดการสูญเสียไปทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดใหญ่ (Pandemic) ระลอกแรก ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2563 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 25,550,333 ราย และมีผู้เสียชีวิต 851,858 ราย¹⁻² ทำให้หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดและลดอัตราป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล¹

สถานการณ์ในประเทศไทยช่วงสถานการณ์ระลอกแรก ในปี 2563 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 3,417 ราย และมีผู้เสียชีวิต 58 ราย ซึ่งจังหวัดกรุงเทพมหานครพบจำนวนผู้ติดเชื้อในพื้นที่มากที่สุด จำนวน 1,683 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.25³ ของจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วประเทศ โดยพบว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ 102 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีการติดเชื้อสูงสุด (ร้อยละ 40) รองลงมาได้แก่ แพทย์ ร้อยละ 10 ผู้ช่วยแพทย์และผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 10⁴ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ทำให้มีอัตราการระงับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรด้านหน้า ที่ต้องทำหน้าที่คัดกรองและให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง⁵ อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดโรคมกกว่าวิชาชีพอื่น จนถึงปัจจุบันแม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรครมีแนวโน้มลดลง แต่ในประเทศไทยยังคงมีระบบเฝ้าระวังซึ่งเป็นภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งนี้นอกจากก่อให้เกิดผลกระทบทางกายแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตในบุคลากรการแพทย์ด้วย โดยพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เนื่องจากปริมาณงาน/ชั่วโมงการทำงานมากเกินไป, อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่เพียงพอ, ข่าวและสื่อที่ทำให้ตื่นตระหนก และ ความรู้สึกขาดกำลังใจ⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยรวมแยกโรค (Cohort ward) โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงการระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ในช่วงสองสัปดาห์แรกของการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความเครียดมาก อุปกรณ์ป้องกันต่างๆในช่วงแรกไม่เพียงพอ บางครั้งมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เช่นเดียวกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กล่าวถึงบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันบำราศนราดูร หลังการต่อสู้กับโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 มาเป็นระยะเวลา 100 วันและรับผู้ป่วย COVID-19 รายแรกของประเทศไทย โดยพยาบาลวิชาชีพของสถาบัน กล่าวว่า “ตอนนั้นรู้สึกกลัว เพราะไม่เคยมีความเสี่ยงแบบนี้มาก่อน และกลัวว่าตัวเองจะติดเชื้อ”⁷

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Huang Jizheng, และคณะ ในประเทศจีน พบว่าอุบัติการณ์ของความวิตกกังวลและมีภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 สูงอย่างมีนัยสำคัญ⁸ จากการศึกษาของ Rodolfo Rossi, และคณะ ในประเทศอิตาลี พบว่าการเป็น

บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า มีความสัมพันธ์เฉพาะกับการเกิด PTSD⁹ นอกจากนี้ จากการศึกษา ผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์จากการระบาดของโรคซาร์ส ในปี 2003 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความกลัวต่อโรคร้ายแรงและโรคติดต่อที่ต้องเผชิญ¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ภายหลังจากสถานการณ์ระบาดของโรคเมอร์ส ปี 2015 พบพยาบาลมีภาวะ PTSD ร้อยละ 25.1¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ จากสถานการณ์ระบาดของใหญ่โรคโควิด-19, โรคซาร์ส และโรคเมอร์ส โดย Gonzalo Salazar de Pablo และคณะ ศึกษาบทความ จำนวน 324 ฉบับนั้น พบว่า บุคลากรการแพทย์ มี ภาวะ PTSD ร้อยละ 20.7 โดยพบในโรคเมอร์สมากที่สุด ร้อยละ 40.7, โรคซาร์ส ร้อยละ 16.7 และโรคโควิด-19 ร้อยละ 7.7 อาการของ PTSD มักจะพบภายหลังจากประสบการณ์ที่เจ็บปวด ในสถานการณ์ระบาดของโรคซาร์ส พบว่ามีอาการของ PTSD ในระยะหลังการระบาดและรุนแรงกว่าในระยะเริ่มของการระบาด^{12,13} การศึกษาในสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่หลายเหตุการณ์ที่ผ่านมา ที่พบผลกระทบทางจิตใจต่อบุคลากรการแพทย์ เช่น PTSD ซึ่งในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงกว่าการระบาดที่ผ่านมา มาก จึงอาจส่งผลกระทบทางจิตใจกับบุคลากรกลุ่มนี้เช่นกัน โดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมี โอกาสเสี่ยงสูงที่ได้ผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยอาการของ PTSD นอกจากส่งผลกระทบต่อตนเองใน ด้านความสามารถในการตัดสินใจ และรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ในบทบาทของพยาบาลที่ต้องดูแล

ผู้ป่วย ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและ ถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาล หรือช่วยชีวิตผู้ป่วย หากพยาบาลมีอาการของ PTSD เหล่านี้ พยาบาล จะมีการตัดสินใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลานาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในความเสี่ยงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ PTSD พบว่ามีทั้งปัจจัย ภายในและภายนอกตัวบุคคลเช่น อายุ เพศ⁹ สถานภาพสมรส¹⁴ ประวัติของเหตุการณ์ที่ กระทบกระเทือนจิตใจในอดีต¹⁵ และลักษณะงาน เป็นต้น จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดทางอาชีวอนามัย¹⁶ ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและงาน โดยอธิบายถึงองค์ประกอบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานที่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ผู้ปฏิบัติงานหรือคน งาน และ สิ่งแวดล้อม ที่มีความเป็นพลวัตรและเกี่ยวข้องกัน¹⁷ ในการกำหนดกรอบของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) **ปัจจัยด้านบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร โรคประจำตัว ประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง ประวัติ เจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล และระดับความยืดหยุ่นทางจิต 2) **ปัจจัยด้านลักษณะงาน** หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ลักษณะงาน เช่น บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ การรับรู้มาตรการของ โรงพยาบาล การทำงานเป็นกะ ชั่วโมงการทำงาน 3) **ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน** หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบตัวขณะทำงานในสถานที่ปฏิบัติงานใน สถานการณ์ ระบาดใหญ่ โรคโควิด - 19

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ภายหลังสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ของพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับพยาบาลและหาแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์โรคระบาดในอนาคตได้

คำถามงานวิจัย

ความชุกของภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงาน ในการกำหนดกรอบของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยตัวแปรต้น แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร โรคประจำตัว ประวัติมีประสบการณ์ของเหตุการณ์รุนแรง ประวัติเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล และระดับความยืดหยุ่นทางจิต 2) ปัจจัยด้านลักษณะงาน หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ลักษณะงาน (working conditions)

เช่น บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ มาตรการของโรงพยาบาล การทำงานเป็นกะ ชั่วโมงการทำงาน 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (work environment) หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบตัวขณะทำงานในสถานที่ปฏิบัติงาน ในสถานการณ์สถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 โดยสภาพแวดล้อมนั้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมด้านชีวภาพ และสภาพแวดล้อมด้านจิตสังคม และตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional surveys)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยที่ร่วมปฏิบัติการกิจดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดกรอง เฝ้าระวังและสอบสวนโรคโควิด-19 (PUI) และดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่า ติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ช่วงการระบาดระลอกแรก เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ที่ร่วมปฏิบัติการกิจดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ช่วงการระบาดระลอกแรก เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁸ โดยใช้ค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.25 จากค่าสัดส่วนอาการผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาล

ในประเทศจีน เท่ากับร้อยละ 25.1⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 288 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสืออนุญาตเลขที่ MUPH 2020-130 รหัสโครงการ 142/2563 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามออนไลน์ รูปแบบ QR code ซึ่งผู้วิจัยการประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 6 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนผู้อยู่ภายใต้การดูแล โรคประจำตัว ประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง ประวัติเจ็บป่วยทางจิต ในครอบครัว ประสบการณ์ในการทำงานพยาบาล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การรับรู้มาตรการของโรงพยาบาล การทำงานเป็นกะ และ ชั่วโมงการทำงาน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) โดยสอบถามความคิดเห็นในด้านการรับรู้เกี่ยวกับ

โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย การรับรู้การป้องกันโรค และความรุนแรงของการโรคโควิด-19 ที่ตรงกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ขณะปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ระบาดใหญ่โควิด-19 จำนวน 5 ข้อ ตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนมีเกณฑ์การคิดคะแนนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพ โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับ และแปลความหมายของคะแนนคะแนนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึงกลุ่มที่มีการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพที่มีความเหมาะสม และคะแนนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่มีการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพที่ไม่มีความเหมาะสม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม Thai-JCQ (ประเมินความเครียดจากงานของไทย) ถูกพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยพิชญา พรคทองสุข¹⁹ สร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับข้อเรียกร้องจากงาน อำนาจในการควบคุมงาน (Job Demand Control Model) ของคาราเสค เลือกใช้ในส่วนที่ 1) การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจ (Job control หรือ Decision latitude) 2) ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ (Psychological job demand) 3) ข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพ (Physical job demand) และส่วนที่ 5) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)¹⁹ จำนวน 37 ข้อ ตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมาก

แปลผลโดยจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ งานที่มีความเครียดสูง (High-strain jobs) และงานที่มีความเครียดต่ำ (Low-strain jobs) ซึ่งรวม Active Jobs, Passive Jobs ไว้ในกลุ่มของ Low-strain jobs

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) แปลผลเป็น 2 กลุ่ม คือ ผลรวมคะแนนน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลรวมคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน The Connor-Davidson Resilience Scale (แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิต) 25 ข้อ²⁰ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือนี้ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ซึ่งแบบประเมินเป็นลักษณะแบบสำรวจตนเองให้เลือกตามความจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ตอบ แบบสอบถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย แบบประเมินมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ระดับความยืดหยุ่นทางจิต โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ถ้าคะแนนรวมยิ่งมาก แปลว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความยืดหยุ่นทางจิตสูง โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแบ่ง ค่าเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับคะแนนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่มีระดับความยืดหยุ่นทางจิตสูง และคะแนนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง กลุ่มที่มีระดับความยืดหยุ่นทางจิตต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบประเมิน Impact of Event Scale-Revised (แบบวัดการตอบสนองแบบอัตโนมัติต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ) 22 ข้อ²¹ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองวัดการตอบสนองแบบอัตโนมัติ ต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจโดยเฉพาะในประชากรผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกขอให้ระบุเหตุการณ์ชีวิตที่เครียดโดยเฉพาะ และจากนั้นระบุว่ารู้สึกมีความสุขหรือเบื่อหน่าย ในช่วงเจ็ดวันที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือนี้ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย มีจำนวน 22 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ อาการในระดับสูงมาก อาการระดับสูง อาการปานกลาง อาการน้อย และไม่มีอาการ แบบประเมินมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 ถึง 88 คะแนน แปลความหมาย คะแนนน้อยกว่า 24 หมายถึง กลุ่มปกติ และคะแนนตั้งแต่ 24 ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มผิดปกติ (พบปัญหาอาการ PTSD อย่างน้อยบางส่วน ควรเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย ด้านจิตเวช และด้านการพยาบาลโรคติดเชื้อ จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า

ความเชื่อมั่นแบบสอบถามข้อมูลด้านการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพ เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมด้านจิตสังคมจากงาน (JCQ) เท่ากับ 0.86 แบบประเมิน The Connor-Davidson Resilience Scale เท่ากับ 0.91 และ แบบประเมิน Impact of Event Scale-Revised เท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัย เริ่มต้นประสานกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกที่เป็นกลุ่มพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ของโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่มียอดผู้ป่วยติดเชื้อสูง 10 อันดับในประเทศ ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ภูเก็ต นนทบุรี ยะลา สมุทรปราการ ชลบุรี ปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ และปทุมธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียด ตามเนื้อหาในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม โดยยืนยันผ่านระบบออนไลน์ในหน้าแรกเพื่อรับทราบข้อชี้แจงและยินยอมเข้าร่วมวิจัย เริ่มเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ Google forms รูปแบบ QR code จากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกในการกระจายแบบสอบถามออนไลน์ Google forms รูปแบบ QR code ไปยังกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มแรกตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขณะตอบแบบสอบถามหากต้องการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากแบบสอบถามได้ มีการส่งอีเมลเตือนไปยังกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรก 2 ครั้ง คือ สัปดาห์แรกและ

สัปดาห์ 4 หลัง แจกแบบสอบถาม เก็บข้อมูลจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนเท่าที่กำหนดในขนาดตัวอย่าง 288 คน ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยแบบสอบถามมีการกระจายไปในแต่ละภาคทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 288 คน เก็บข้อมูลทั้งหมด 302 ชุด มีแบบสอบถามที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน 14 ชุด (ร้อยละ 4.64) เหลือแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 288 ชุด ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test), การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) และ การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

ความชุกของภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 (PTSD) คิดเป็นร้อยละ 20.8 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 93.8) อายุเฉลี่ย 37.30 ปี

(SD = 9.68) โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 31-40 ปี และน้อยกว่า 31ปี (ร้อยละ 30.5 และ ร้อยละ 30.2 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 35,000 บาท (ร้อยละ 54.9) โดยส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้และมีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 49.7) ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ตัวอย่างจบการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 80.6) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 51.4) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง (ร้อยละ 67.4) ผู้ที่เคยประสบการณของการผ่านเหตุการณ์รุนแรงส่วนใหญ่ คือ การเสียชีวิตอย่างกะทันหันของบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 60.6) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว (ร้อยละ 95.5) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงานพยาบาลเฉลี่ย 14.50 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ (ร้อยละ 59.0)

ปัจจัยด้านลักษณะงาน พบว่า บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง 2 อันดับแรก คือ การดูแลผู้ป่วย ARI Clinic/ ตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่ม PUI และกลุ่มติดเชื่อโควิด-19 (ร้อยละ 46.9 และ ร้อยละ 28.8 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่ก่อนสถานการณ์ระบาดโควิด-19 อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 40.6) ลักษณะช่วงเวลาทำงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานงานเป็นกะหมุนเวียน (ร้อยละ 61.5) มีจำนวนชั่วโมงการทำงานกับผู้ป่วยต่อวันส่วนใหญ่มากกว่า 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 56.6)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านชีวภาพไม่เหมาะสม (ร้อยละ 64.2) มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (ร้อยละ 74.3) เมื่อจำแนกตามปัจจัยด้านความเครียดจากงาน โดย แบ่งเป็น ความเครียดจากการทำงานสูง (High-Strain) และ ความเครียดจากการทำงานต่ำ (Low strain) พบส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ (ร้อยละ 84.7)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับภาวะ PTSD พบว่า มี 4 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ได้แก่ (1) ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจพบว่าระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD มากกว่าพยาบาลที่มีระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง 2 เท่า (OR = 2.01, 95%CI = 1.08-3.73, p-value = 0.027) (2) การทำงานเป็นกะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD มากกว่าพยาบาลที่มีช่วงเวลาทำงานไม่เป็นกะ (เวรเช้า) 1.96 เท่า (OR = 1.96, 95%CI = 1.05-3.69, p-value = 0.036) (3) ความเครียดจากการทำงานสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD มากกว่ากลุ่มความเครียดจากการทำงานต่ำ 2.6 เท่า (OR = 2.59, 95%CI = 1.29-5.20, p-value = 0.013) และ (4) การสนับสนุนทางสังคมน้อยมีโอกาสเกิดภาวะ PTSD มากกว่าพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 3 เท่า (OR = 3.15, 95%CI = 1.36-7.28, p-value = 0.007) ดังตารางที่ 1

Table 1 Factors associated with post-traumatic stress disorder among Thai nurses exposed to the COVID-19 pandemic (n=288)

Variables	No.	PTSD		COR (95%CI)	p-value
		Abnormal Number (%)	Normal Number (%)		
Sex					
Male	18	4 (22.2)	14 (77.8)	1	
Female	270	56 (20.7)	241 (79.3)	0.92 (0.29-2.89)	0.881
Age (year)					
< 35	138	33 (23.9)	105 (76.1)	1	
≥ 35	150	27 (18.0)	123 (82.0)	0.70 (0.39-1.24)	0.218
Monthly income (Baht)					
< 35,000	130	24 (18.5)	106 (81.5)	1	
≥ 35,000	158	36 (22.8)	122 (77.2)	1.3 (0.73-2.32)	0.369
Adequacy of income					
Enough	245	49 (20.0)	196 (80.0)	1	
Not enough	43	11 (25.6)	32 (74.4)	1.38 (0.65-2.92)	0.416
Nursing experience (year)					
< 10	110	29 (26.4)	81 (73.6)	1	
≥ 10	178	31 (17.4)	147 (82.6)	0.59 (0.33-1.05)	0.071
Working hour per day (Hour)					
≤ 8	125	24 (19.0)	101 (80.8)	1	
> 8	163	36 (22.1)	127 (77.9)	1.2 (0.6-2.1)	0.55
Shift work					
Day shift only	111	16 (14.4)	95 (85.6)		
Rotated shift	177	44 (24.9)	133 (75.1)	1.96 (1.05-3.69)	0.036*
Perceived biological work environment					
Inappropriate	185	43 (23.2)	142 (76.8)	1	
Appropriate	103	17 (16.5)	86 (83.5)	0.65 (0.35-1.22)	0.179

Variables	No.	PTSD		COR (95%CI)	p-value
		Abnormal	Normal		
		Number (%)	Number (%)		
Resilience					
High	118	17 (14.4)	101 (85.6)	1	
Low	170	43 (25.3)	127 (74.7)	2.01 (1.08-3.74)	0.027*
Social support					
High	74	7 (9.5)	67 (90.5)	3.15 (1.36-7.28)	0.007**
Low	214	53 (24.8)	161 (75.2)		
Job stress					
Low	244	44 (18.0)	200 (81.9)	1	
High	44	16 (36.4)	28 (63.6)	2.51 (1.21-5.20)	0.013*

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01, COR = Crude Odd Ratio

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ในตารางที่ 1 โดยการใช้สถิติ Simple Logistic Regression Analysis เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรในเบื้องต้น หลังจากนั้นเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่า p-value < .05 พบว่ามี 4 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ได้แก่ (1).ปัจจัยด้านบุคคล ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ พบว่าระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ (2). ปัจจัยด้านลักษณะงาน การทำงานเป็นกะ (หมุนเวียน) (3). ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการ

ทำงานด้านจิตสังคม กลุ่ม High strain และ (4). ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย เพื่อนำมาสู่การหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) โดยวิธี Enter และตัดตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.10

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงสัมพัทธ์ หลังจากการควบคุมตัวแปรกวน (Adjusted Odd Ratio) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ได้แก่ ผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD 2.51 เท่า และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD 2.73 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Factors predicting post-traumatic stress disorder among Thai nurses exposed to the COVID-19 pandemic (n=288)

Variables	COR	95%CI	p-value	AOR	95%CI	p-value
Job stress						
Low	1					
High	2.59	1.29 -5.20	0.013*	2.51	1.21-5.19	0.013*
Social support						
High	1					
Low	3.15	1.36-7.28	0.007**	2.73	1.14-6.57	0.025*
Resilience						
High	1					
Low	2.01	1.08-3.73	0.027*	1.53	0.78-2.99	0.206

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01, COR = Crude Odd Ratio, AOR = Adjusted Odd Ratio

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ของพยาบาลในประเทศไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ร้อยละ 20.8 ซึ่งจากการศึกษาของ Huang Jizheng, และคณะ ในประเทศจีน พบว่า อุบัติการณ์ภาวะ PTSD ในบุคลากรการแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ร้อยละ 27.39⁸ สอดคล้องกับจากการศึกษาผลกระทบในบุคลากรทางการแพทย์ ประเทศอิตาลี พบว่าการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านหน้ามีความสัมพันธ์เฉพาะกับการมีอาการ PTSD⁹ นอกจากนี้ จากการศึกษา ผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์ จากการระบาดของโรคซาร์ส ในปี 2003 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความกลัวต่อ

โรคร้ายแรงและโรคติดเชื้อที่ต้องเผชิญ¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ภายหลังจากสถานการณ์ระบาดโรคเมอร์ส ปี 2015 พบพยาบาลมีอาการ PTSD 25.1%¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรการแพทย์ จากสถานการณ์ ระบาดใหญ่โรคโควิด-19, โรคซาร์ส และโรคเมอร์ส โดย Gonzalo Salazar de Pablo และคณะ ศึกษาบทความ จำนวน 324 ฉบับ พบว่า บุคลากรการแพทย์มีภาวะ PTSD 20.7% โดยพบในโรคเมอร์สมากที่สุด (40.7%), โรคซาร์ส (16.7%) และโรคโควิด-19 (7.7%) อาการของ PTSD มักจะพบภายหลังจากผ่านประสบการณ์ที่เจ็บปวด ในสถานการณ์ ระบาดโรคซาร์ส พบว่ามีอาการของ PTSD ในระยะหลังการระบาดและรุนแรงกว่าในระยะเริ่มของการระบาด¹³ การศึกษาในสถานการณ์

ระบอบของโรคอุบัติใหม่หลายเหตุการณ์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภายหลังสถานการณ์ระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อสามารถส่งผลกระทบต่อทางจิตใจก่อให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงแก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย

ผลการศึกษาพหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ของพยาบาลในประเทศไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงานสูง (p-value = 0.013) และมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (p-value < 0.010)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมน้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ของพยาบาลวิชาชีพที่เผชิญเหตุการณ์การระบาดใหญ่โรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.010) โดยพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (ร้อยละ 24.8) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD มากกว่าพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก 3 เท่า (OR = 3.07, 95%CI = 1.31-7.19) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลซึ่งได้รับความช่วยเหลือการจัดการความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมตนเองสำหรับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) ที่เกี่ยวข้องกับสงครามในทหารผ่านศึก พบว่าการฝึกอบรมและการศึกษาด้านวิชาชีพจะปกป้อง

พนักงานจากภาวะ PTSD ยิ่งมีการศึกษาด้านวิชาชีพมากเท่าไร กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ยืดหยุ่นก็เพิ่มขึ้นเท่านั้น²² และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายความเครียดจากการทำงานในเจ้าหน้าที่ดูแลฉุกเฉิน²³ เช่นเดียวกับการศึกษาความผิดปกติเกี่ยวกับการบาดเจ็บและความเครียดในแพทย์ฉุกเฉินชาวเยอรมัน²⁴ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิด PTSD ในบุคลากรดูแลฉุกเฉิน และจากการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อจิตใจจากการทำงานในสูติ-นรีแพทย์ชาวเดนมาร์กพบว่าส่วนใหญ่ชอบให้เพื่อนร่วมงานโดยตรงช่วยเหลือแบบเพื่อนหลังจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ชอบการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (87.4%) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน (72.2%) มีการตรวจสอบถึงสาเหตุ (42.6%) ค้นหาสิ่งที่ทำให้ไขว้เขว (33.8%) และฝึกกีฬาหรืองานอดิเรกอื่น ๆ (26.4 %)²⁵ ซึ่งผลจากการศึกษา ความเสี่ยงต่อ PTSD พบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพออาจทำให้อาการ PTSD รุนแรงขึ้นและคงอยู่ถาวร²⁶

ความเครียดจากการทำงานสูง จากการศึกษาพบว่า ความเครียดจากการทำงานสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ของพยาบาลวิชาชีพที่เผชิญสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.013) โดยพยาบาลที่มีความเครียดจากการทำงานสูง (ร้อยละ 36.4) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTSD มากกว่าพยาบาลที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำถึง 2.5 เท่า (OR = 2.46, 95%CI = 1.20-5.02) ความเครียดจากการทำงานสูง

(High-strain jobs) คืองานที่มีข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจสูง ในขณะที่การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดจากงานและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลชาวสเปนในช่วงโควิด-19 พบว่า งานพยาบาลจัดอยู่ในกลุ่ม "ความเครียดสูงหรือ High strain") พยาบาลเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดจากงานและภาระงานมากที่สุด²⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาที่เกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแล พบว่ากิจกรรมหรือภาระงานที่มากเกินไป และหน้าที่ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดจากการทำงาน ลักษณะงาน การเผชิญปัญหา และสุขภาพจิตของพยาบาลในประเทศอังกฤษ พบว่าความรับผิดชอบมากเกินไปและอำนาจหน้าที่น้อยเกินไปได้รับการระบุว่าเป็นสาเหตุหลักของความเครียดในการทำงานในหมู่เจ้าหน้าที่พยาบาล²⁹ ซึ่งในประเทศไทย ช่วงสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 การระบาดระลอกแรกเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2563 เป็นช่วงที่บุคลากรทางการแพทย์มีภาระเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ไม่มีความรู้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มียารักษาหรือวัคซีนป้องกันโรค ด้านอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมีจำนวนจำกัด บุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ในการกักตัว แยกจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บางส่วนต้องเข้าร่วมภารกิจและ

ต้องแยกจากหน่วยงานเดิมส่งผลให้เกิดความเครียดจากงานสูง

ปัจจัยด้านประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรงกับภาวะ PTSD ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้¹⁵ พบว่าพยาบาลที่ประสบการณของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง มีความสัมพันธ์ภาวะ PTSD อย่างไรก็ตามพบมีการศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจในพยาบาลฉุกเฉิน เป็นแนวทางในการลดความเครียดในที่ทำงานในอนาคตและเทคนิคการปรับตัว³⁰ ทำให้การรับรู้ประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง จึงอาจทำให้รับรู้ประสบการณ์ของการผ่านเหตุการณ์รุนแรงในอดีตและไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD

ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ จากการศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจกับภาวะ PTSD แต่เมื่อพิจารณาความเสี่ยงสัมพัทธ์หลังจากการควบคุมตัวแปรกวน พบว่าระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD โดยผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ของพยาบาลประเทศจีน พบความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยหน่ายและเสนอแนะให้มีการพัฒนาทักษะด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อบรรเทาความเหนื่อยหน่าย

ของพยาบาลและลดความเครียดในสถานที่ทำงาน³¹ และขัดแย้งกับการศึกษาการใช้ทรีนจากโรซาร์ส และการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ เพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดบุคลากรการแพทย์ ของ Maunder RG. และคณะเสนอแนะให้มีการจัดโปรแกรมบรรเทาความเครียดของโดยเพิ่มการฝึกอบรมความยืดหยุ่นทางจิตใจ³² ซึ่งสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ในประเทศจีนมีความรุนแรงมากกว่าประเทศไทย อย่างไรก็ตามการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH) สหรัฐอเมริกา พบว่าไม่ใช่ทุกคนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่รุนแรงจะพัฒนาเป็น PTSD ในความเป็นจริงคนส่วนใหญ่จะไม่พัฒนาความผิดปกติ โดยปัจจัยนั้นคือความยืดหยุ่นสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคและส่งเสริมการฟื้นตัวได้ ได้แก่ ค้นหาการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อนและครอบครัว การค้นหากลุ่มสนับสนุนหลังจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เรียนรู้ที่จะรู้สึกดีกับการกระทำของตัวเองเมื่อเผชิญกับอันตราย มีกลวิธีการเผชิญปัญหาในเชิงบวกหรือวิธีการผ่านเหตุการณ์เลวร้ายและเรียนรู้จากสิ่งนั้น และความสามารถในการแสดงและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพแม้จะรู้สึกกลัว³³ แม้จะมีความท้าทายในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันพยาบาลหลายคนยังคงให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงและยังคงอยู่ในอาชีพ ความยืดหยุ่น หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับมือและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁵ การสร้างความยืดหยุ่นแก่พนักงานช่วยส่งเสริมให้พร้อมสำหรับการรับมือกับสภาพแวดล้อมการทำงานได้เป็นอย่างดี³⁵

ถึงแม้ว่าระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 โดยตรงทางด้านกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือการดูแลสังคม จิตใจของบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยแนะนำให้เน้นให้บุคลากรสุขภาพมีสุขภาวะ (wellbeing) และความเข้มแข็งทางใจ (emotional resilience)³⁶

ปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในงาน จากการศึกษาครั้งนี้ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Tung-Ping Suet และคณะ เรื่องความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการปรับตัวทางจิตใจของพยาบาลในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรซาร์ส ประเทศไต้หวัน³⁷ และการศึกษาในประเทศอิตาลี เรื่อง Mental health outcomes among front- and second-line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy⁹ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในประเทศไทย มีการหมุนเวียนแผนกและบทบาทหน้าที่หลักขณะทำงานช่วงสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 และบทบาทหน้าที่ก่อนสถานการณ์ระบาด พยาบาลบางส่วนมีหน้าที่ดูแลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นหน้าที่หลักเดิมซึ่งไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจน ทำให้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD

ปัจจัยด้านการทำงานเป็นกะ

(หมุนเวียน) จากการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นกะ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ซึ่งการศึกษาในกลุ่มพยาบาลประเทศจีนเกี่ยวกับการทำงานเป็นกะ พบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 58.82 และ 62.08 ตามลำดับ โดยอัตราเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากความเหนื่อยล้าระหว่างทำงานเป็นกะ ความเครียดทางจิตใจก่อน/ระหว่าง/หลังกะกลางคืน ความรู้สึกลดชื่นหลังจากพักผ่อนก่อน/หลังกะดึก โดยใช้ ยานอนหลับก่อน/หลังกะกลางคืน, ความไม่สบายกายระหว่างกะกลางคืน, ความยุ่งระหว่างกะกลางคืน, การรับประทานอาหารระหว่างกะ, การทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ระหว่างกะ³⁸ ซึ่งภาวะ PTSD หมายถึง สภาวะป่วยทางจิตใจเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างร้ายแรง ส่งผลให้เกิดความเครียดอย่างมาก และมีความผิดปกติถูกจัดในกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ในการจัด ICD-10 (บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่10) ได้จัดโรคเกี่ยวกับความเครียด (stress) ทั้งหมดเป็น stress related disorder ทำให้ PTSD คล้ายกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ต่างกันเพียงระยะเวลาเกิดอาการ อาการเป็นภายใน 1 เดือน หลังเจอเหตุการณ์ รุนแรงที่กระทบกระเทือน จะเป็นโรคเครียดฉับพลัน (Acute stress disorder) อาการเป็นหลังจาก 1 เดือน จะเป็น Post-traumatic stress disorder³⁹

ข้อจำกัดจากงานวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรกไม่ทราบจำนวนกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำให้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกระจายต่อเนื่อง (Snowball Sampling) หากในการศึกษาครั้งต่อไป มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนประชากรที่ชัดเจนความเลือกการสุ่มแบบสุ่มเพื่อความเหมาะสมและเพิ่มความน่าเชื่อถือ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ความชุกของภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ของพยาบาลในประเทศไทย ที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ร้อยละ 20.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ (1) ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ (2) การทำงานเป็นกะ (หมุนเวียน) (3) ความเครียดจากการทำงานสูง และ (4) มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย เมื่อหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงของพยาบาลไทยที่เผชิญกับสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานสูง และมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพจิต โดยเพิ่มแรงสนับสนุนจากองค์กร จัดเตรียมความพร้อม ด้านอุปกรณ์ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยให้กับพยาบาลและบุคลากรการแพทย์ ฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการดูแล ประเมิน และติดตามผลเกี่ยวกับภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง ภายหลังสถานการณ์ระบาดใหญ่โรคโควิด-19 เป็นระยะ รวมถึงสถานการณ์ระบาดของโรคในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินภาวะ PTSD ภายหลังการระบาดหลังจากระลอกแรกเป็นระยะ ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
2. ควรมีการศึกษาในบุคลากรการแพทย์กลุ่มอื่นๆ ที่อาจได้รับผลกระทบเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพจิตได้ครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม และกระจายแบบสอบถามเพื่อการเก็บข้อมูลวิจัยผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่คอยเป็นที่ปรึกษาชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาระหว่างการวิจัยและขอขอบคุณโรงพยาบาลราชวิถี สำหรับโอกาสในการลาศึกษาตลอดหลักสูตร 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO COVID-19 Dashboard. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2020 [cited 2020 September 1]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization. WHO COVID-19 Dashboard. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2023 [cited 2023 March 18]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Report [Internet]. 2020 [cited 2020 September 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
4. Wangkiat P. The number of healthcare personnel infected with COVID-19 is increasing daily due to a shortage of protective equipment [Internet]. 2020 [cited 2020 April 18]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18981>

5. Thailand Nursing and Midwifery Council. The declaration of Thailand Nursing and Midwifery Council: Coronavirus disease (COVID-19) Situation [Internet]. 2021 [cited 2021 July 27]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/620>
6. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. 2019. JAMA Network Open 2020; 3(3):1-12.
7. Thai PBS News. WHO interview "Nurse" The first COVID-19 patient in Thailand is admitted [Internet]. 2020 [cited 2020 June 20]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/291499>
8. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi = Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi. Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases. 2020;38(3):192-5.
9. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental health outcomes among front- and second-line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. JAMA net open. 2023; 3(5):1-4.
10. Koh D. Occupational health aspects of emerging infections – SARS outbreak affecting healthcare workers. Occupational & Environmental Medicine. 2018 [cited 2020 June 1]. Available from: https://oem.bmj.com/content/75/Suppl_2/A14.1.
11. Jung H, Jung SY, Lee MH, et al. Assessing the Presence of Post-Traumatic Stress and Turnover Intention Among Nurses Post–Middle East Respiratory Syndrome Outbreak: The Importance of Supervisor Support. SAGE Public Health Emergency Collection. 2020; 68(7): 337-45.
12. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, Huang OL, Wen JK, Chen CL. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2004;185:127-33.

13. Gonzalo Salazar de Pablo et al. Impact of Coronavirus syndromes on Physical and Mental Health of Health care Workers: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;275:48-57.

14. Nisoh, N, Siri, Sujirarat, D, Kalampakorn S & Tantirangsee N. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Public Health Personnel Working in the Area of Three Southern Border Provinces [Internet]. 2004 [cited 2020 June 3]. Available from:

https://www.ph.mahidol.ac.th/phep/%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B9%84%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B8%B2%20%20%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B9%82%E0%B8%8B%E0%B8%B0_Oral.pdf

15. Bamford M. *Work and Health*. 1st ed. Great Britain: Page Bros; 1995.

16. Kaewboonchoo O. *Occupational Health Nursing Practice: Health and Work Environment Assessment Health Project Planning*. 1st ed. Bangkok: Danext Interco operation; 2018.

17. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science*. USA: Wiley; 2005.

18. Tantiseranee P, Arpakappakul N. Validation and modification of Karasek job stress questionnaire in Thai population [Internet]. 2005 [cited August 16, 2020]. Available from: https://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG4430010.

19. Davidson JRT. *Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual*. Unpublished. 08-19-2018, accessible from www.cdrisc.com.

20. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson J, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford; 1996. 399-411.

21. Engel CC, Litz B, Magruder KM, Harper E, Gore K, Stein N, Yeager D, Liu X, Coe TR. Delivery of self-training and education. In: *Textbook of Military Medicine: Psychiatric Issues in Combat and Noncombat Operations*. Washington (DC): Office of The Surgeon General, Borden Institute; 2015. 103-126.

22. Somville FJ, De Gucht V, Maes S. The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2016;24:59.
23. Pajonk FG, Cransac P, Müller V, Teichmann A, Meyer W. Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors. *Int J Emerg Ment Health.* 2012;14(4):257-68.
24. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry.* 2018;18:73.
25. Bar-Shai M, Klein E. Vulnerability to PTSD: Psychosocial and Demographic Risk and Resilience Factors. In: Safir M, Wallach H, Rizzo A, editors. *Future Directions in Post-Traumatic Stress Disorder.* Boston, MA: Springer; 2015: 1-20.
26. Molero Jurado M, Martos Martínez Á, Pérez-Fuentes M, et al. Job strain and burnout in Spanish nurses during the COVID-19: resilience as a protective factor in a cross-sectional study. *Hum Resour Health.* 2022;20:79.
27. Babapour AR, Gahassab-Mozaffari N, Fathnezhad-Kazemi A. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nurse.* 2022;21:75.
28. Mark G, Smith AP. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *Br J Health Psychol.* 2012;17:505-521.
29. Tubbert SJ. Resiliency in Emergency Nurses. *Journal of emergency nursing.* 2016;42(1):47-52.
30. Guo YF, Luo YH, Lam L, Cross W, Plummer V, Zhang JP. Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing.* 2018;27(1-2):441-49.
31. Maunder RG, et al. Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza: An Evidence-based Approach to Mitigating the Stress Experienced by Healthcare Workers [Internet]. 2008 [cited July 19, 2020]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03403782.pdf>.
32. Nakhonsawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital. How to adapt and overcome this difficult period [Internet]. 2019 [cited February 24, 2023]. Available from: <https://nph.go.th/?p=5675>.

33. Hunter B, Warren L. Investigating Resilience in Midwifery: Final report. Cardiff University: Cardiff; 2013.

34. McAllister M, McKinnon J. The Importance of Teaching and Learning Resilience in the Health Disciplines: A Critical Review of the Literature. Nurse Education Today. 2009;29:371-379.

35. Department of Mental Health Service Administration. Handbook for Psychosocial Care of Health Personnel during the COVID-19 Crisis [Internet]. 2020 [cited April 18, 2023]. Available from: https://mhtech.dmh.moph.go.th/page/subject_details.php?subject_id=205.

36. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, Yin JC. Prevalence of psychiatric morbidity and

psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. Psychiatric Research. 2007;41(1-2):119-30.

37. Li Y, Wang Y, Lv X, Li R, Guan X, Li L, Li J, Cao Y. Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses. Frontiers in Public Health. 2022;10: 1-10

38. Institute of Neurology, Department of Medical Services. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): Emotional Abnormalities Occurring after Experiencing Violent Events [Internet]. 2022 [cited February 27, 2023]. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/02/179609/>.

บทวิจัย

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

กิตติพงษ์ พลทิพย์*

บทคัดย่อ

จากแนวคิดการสูงวัยที่ยังประโยชน์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงสนใจปฏิบัติงานจิตอาสา เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ โดยมีผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ จำนวน 10 คน และผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้วิจัยและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเนื่องตั้งแต่แรกเข้า มีผลการปฏิบัติงานค่อนข้างดี ประชาชนให้การยอมรับ แต่ยังพบปัญหาในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร และการขับเคลื่อนพาหนะในระยะทางไกล ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานก็ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุปังพบความคิดเห็นที่แตกต่าง ทั้งนี้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องนิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจและทัศนคติต่ออาสาสมัครสาธารณสุขสูงอายุ

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สูงอายุ, การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุขสูงวัย

*ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Email : kittiphontip1987@hotmail.com

Work Experience of Elderly Village Health Volunteers

Kittiphong Phontip*

ABSTRACT

The idea of productive ageing has been used to increase elderly's competencies, the majority of elderly people are interested in volunteering, especially as village health volunteers. This study aimed to understand and describe the work experience of elderly village health volunteers. The sampling was recruited by using purposeful sampling, and the participants included 10 elderly village health volunteers and 30 people involved in the operation. The data were collected through the in-depth interviews, employing the researcher as the primary tool and utilizing a set of in-depth interview questions. A content analysis was used to analyze the data.

The findings indicated that the elderly people who served as village health volunteers had been involved in this role from the beginning. They provided a satisfying performance, and people are satisfied with them. However, they struggle with driving long distances to visit people at their homes and using technology for communications. They received assistance from all parties involved, including the health authorities, other village health volunteers, families, and communities. Diverse perspectives were observed regarding the performance of elderly village health volunteers. Therefore, nurses and other health personnel who worked at health promotion hospitals have to provide supervision and assistance to the activities carried out by village health volunteers. Especially, to improve people's knowledge and attitude toward the elderly health volunteers.

Keywords: Village Health Volunteers, Elderly

* Article info: Received April 27, 2023; Revised August 4, 2023; Accepted October 27, 2023.

*Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing Roi Et Rajabhat University

Email : kittiphontip1987@hotmail.com

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การสูงวัยของประชากรโลก มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุวัยปลาย คือ กลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด¹ ปัจจุบันทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว ในขณะที่ทวีปเอเชีย มีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.4 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดของโลก มีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.6 จัดเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด¹ เมื่อพิจารณาในภูมิภาคอาเซียนพบว่า อาเซียนเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมดและผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 8.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.3 นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็น 1 ใน 7 ประเทศอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว มีจำนวนผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹ จากสถานการณ์ดังกล่าวประเทศไทยได้มีแนวทางการ มาตรการ นโยบาย รวมไปถึงการสนับสนุน ในรูปแบบต่างๆ เพื่อจัดการดูแล และพัฒนาผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุม และบูรณาการจากหลายหน่วยงาน เพื่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า “การสูงวัยที่ยังประโยชน์” (Productive ageing) เป็นอีกหนึ่งแนวคิดในการพัฒนาผู้สูงอายุ ที่เป็นกระบวนการดึงเอาศักยภาพของประชากรสูงอายุ ให้มีความสามารถในการผลิตหรือบริการที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า ไม่ว่าจะผลิตนั้นจะให้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่ก็ตาม^{1,2}

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คณะกรรมการกำหนด ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร และอาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด เป็นรูปแบบการทำงานอาสาสมัครด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยในแต่ละท้องถิ่นมีส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยหนึ่งคนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่าสิบ หลังคาเรือน ซึ่งหมู่บ้านหรือชุมชนจะคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และแสดงเจตนา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยความเห็นชอบของหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน ไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือน³ จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งในกระบวนการ “การสูงวัยที่ยังประโยชน์” (Productive ageing) ที่มุ่งเน้นการสร้างผลผลิตทางด้านสุขภาพ โดยการใช้ประโยชน์จากความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ตำบลหนองบัว อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 95 คน ปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัว ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 ซึ่งเป็นอัตรา

ที่ค่อนข้างสูง จากการศึกษาของศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ⁴ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า อสม. ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จะมีโอกาสปฏิบัติงานตลอดร้อยละ 46 และ 52 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุส่วนใหญ่นั้นมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาภาคบังคับ จะมีโอกาสในการปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น และอสม. ที่ปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี จะมีโอกาสปฏิบัติงานดีกว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานระหว่าง 0-5 ปี 1.97 เท่า อสม. ที่มีทัศนคติสูง จะมีโอกาสปฏิบัติงานดีกว่าอสม. ที่มีทัศนคติระดับปานกลาง 1.85 เท่า และอสม. ที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง จะมีโอกาสปฏิบัติงานดีกว่าอสม. ที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติระดับปานกลาง 3.96 เท่า เห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุมีโอกาสปฏิบัติงานได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากการเป็น อสม. ตั้งเดิมและมีระยะเวลาในส่งสมประสบการณ์ในการปฏิบัติงานค่อนข้างนาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และอธิบายประสพการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ โดยใช้การทำวิจัยเชิงคุณภาพภายใต้แนวคิดการสูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Aging) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบโดยมีแนวคิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการสนับสนุนทางสังคมเป็นฐาน เพื่อศึกษาสถานการณ์ในเชิงลึก และเข้าใจสภาพการณ์รวมถึงพฤติกรรมได้อย่างลุ่มลึก และนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการนิเทศงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจ และอธิบายประสพการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ เกี่ยวกับสาเหตุในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ผลของการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Aging) ที่แสดงถึงทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการสร้างผลผลิตโดยการใช้ประโยชน์จากความสามารถของผู้สูงอายุและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบในระดับปรากฏการณ์โดยมีแนวคิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการสนับสนุนทางสังคมเป็นฐาน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input; สาเหตุในการปฏิบัติงาน, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) กระบวนการ (Process; ลักษณะการปฏิบัติงาน) ผลลัพธ์ (Output; ผลของการปฏิบัติงาน, ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน) และสิ่งแวดล้อม (Environment, การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายประสพการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจ และอธิบายประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 10 คน โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้ได้คำนึงถึงสัดส่วนของจำนวนอสม.วัยสูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน และผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ จำนวน 10 คน ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานร่วมกันในชุมชน จำนวน 10 คน โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ภายใต้อำนาจหน้าที่วิจัย ตำบลหนองบัว อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและเรียนรู้หลักการการทำวิจัยเชิงคุณภาพจากเอกสาร ตำรา หนังสือ และหน่วยงานที่จัดการอบรม รวมทั้งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และผลานวิธีอย่างต่อเนื่อง และยังมีความสามารถในการสื่อสารในภาษาท้องถิ่นได้เป็น

อย่างดี และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแนวคำถามปลายเปิด ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ โดยเน้นและให้ความสำคัญในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีระบบ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (สาเหตุในการปฏิบัติงาน, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) จำนวน 3 ข้อคำถามหลัก กระบวนการ (ลักษณะการปฏิบัติงาน) จำนวน 2 ข้อคำถามหลัก ผลลัพธ์ (ผลของการปฏิบัติงาน, ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน) จำนวน 3 ข้อคำถามหลัก และสิ่งแวดล้อม (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) จำนวน 3 ข้อคำถามหลัก รวมจำนวน 10 ข้อคำถามหลัก และนำเครื่องมือที่ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง (Validity) ของเครื่องมือ

การเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเดียวกันเพื่อศึกษามุมมองต่อประสบการณ์การทำงานของอสม. วัยสูงอายุที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลหลัก และในประเด็นที่ศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์นั้นได้มุ่งศึกษาจาก อสม. วัยสูงอายุเป็นหลัก และประเด็นศึกษาด้านผลลัพธ์และสิ่งแวดล้อม มุ่งศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องเป็นหลัก โดยผู้วิจัยได้เข้าไปติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลก่อน และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก

(In-depth interview) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และใช้คำถามย่อยเจาะลึกข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน (Probe) โดยการใช้การพูดคุย เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturation of data)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Organization) โดยอ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Transcribing interview) และทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้ออกมาจัดหมวดหมู่ (Coding the data) และทำการจัดประเภทข้อมูล (Identify units) โดยการนำรหัสข้อมูลทั้งหมด มาจัดประเภทโดยนำรหัสที่คล้ายกันมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน และนำมาวิเคราะห์และตีความหาประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาประเด็นย่อย นำมาสู่ การเชื่อมโยงเนื้อหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Connecting) โดยการนำหมวดหมู่ ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ และการตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) โดยนำเอาเนื้อหาที่ได้จากการวิเคราะห์มาตรวจสอบความถูกต้อง และกลับไปเก็บข้อมูลซ้ำในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงนำมาเขียนสรุป

ผลการวิจัย

ทั้งนี้ในการศึกษามีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตลอดการวิจัย ทั้งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลายแหล่ง (Data triangulation) โดยพิจารณาความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ สมาชิกในครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านวัยสูงอายุ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานร่วมกันในชุมชน และประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำข้อมูลที่ได้จากหลายๆแหล่งมาเปรียบเทียบกัน รวมไปถึงการตรวจสอบความสามารถไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ยืนยัน และโต้แย้งข้อมูลจากการวิจัย และยืนยันความตรงของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 028/2566 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ สามารถนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานต่อเนื่องมาจากตั้งแต่แรกเข้าเป็นอาสาสมัครเมื่อครั้งยังไม่วัยสูงอายุ การเข้าสู่ตำแหน่ง อสม. เป็นการอาสาสมัครเข้ามาปฏิบัติงานเอง หรือมีการชักชวนของเพื่อนอาสาสมัคร เนื่องจากเป็นผู้มีใจรักในด้านอาสาสมัคร ชอบช่วยเหลือสังคม ชอบเรียนรู้ ชอบไปร่วมกิจกรรมสังคม อยากเห็นสังคมภายนอก หรือเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำของชุมชน

หรือเป็นครอบครัวหรือญาติพี่น้องของผู้นำชุมชน หรือเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยๆ “เป็นวิงๆ เวียนๆ คู้” รวมไปถึงความศรัทธาในเจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำงานลงพื้นที่ มีความผูกพันประชาชนในชุมชน จึงอาสาสมัครมาเพื่อช่วยเหลืองานในด้านการสาธารณสุข ซึ่งในอดีตไม่ได้มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน คือสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับ อสม. และครอบครัว การได้รับการพัฒนา การเข้าอบรม ศึกษาดูงาน “ได้ออกไปเบ่งงานหมองเห็นหมองนี้ ได้ไปเที่ยว ได้ออกจากบ้าน” ในปัจจุบันได้มีแรงจูงใจจากค่าตอบแทนในส่วนค่าบ่วยการร่วมด้วย

2) กระบวนการ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุและผู้เกี่ยวข้องบางส่วนมองว่าอายุไม่ได้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างไปจากวัยอื่น รูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ เป็นการทำงานร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนตนเอง มีการได้รับมอบหมายหน้าที่ดูแลครัวเรือนตามจำนวนสัดส่วน รวมไปถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจหรือนโยบายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3) ผลลัพธ์

ในด้านผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก มีการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี โดยในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีปัญหาในการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร การส่งข้อมูล และการ

เดินทางไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่ มีความลำบากในการขับขี่ยานพาหนะเมื่อต้องเดินทางไปร่วมกิจกรรมนอกพื้นที่ “ไปไกลๆจะไปยาก ลำบากหาผู้พาไป” นอกจากนี้ยังเกิดวาทกรรมช่วงชิงตำแหน่งของอสม. ระหว่างวัยที่มีความคิดเห็นแตกต่างระหว่างวัยโดยมีความคิดเห็นจากเพื่อน อสม. ด้วยกันว่า “ผู้เฒ่าแล้วงกๆเงินๆ บ่พอสิคิดต่อใช้หยั่งกะยาก เฮ็ดหยั่งกะบ่ได้ บ่เป็น บ่เร็ว บ่ทัน เฮ็ดงานทุกมื่อนี้ แอ้งมีตะใช้โทรศัพท์ไปในอำเภอจะไปยาก ต้องหารถให้พาไปยาก ผู้อื่น บอกให้ออกกะบ่ออก ว่าเรื่องออกพอลานเอา มีดผ่าหัว” ในทางตรงกันข้าม อสม. ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นว่า “เฒ่าแล้วเฮากะเฮ็ดได้ บ่มีระเบียบข้อใต้วาอายุหลายแล้วให้ออก สอบถามเจ้าหน้าที่เขากะบอกว่าถ้ายังทำหน้าที่ได้กะอยู่ต่อไป 70 80 เฮากะอยู่ได้ เฮากะเป็นมาโดนแล้วแหม” อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุบางคน เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานลดลงก็จะตัดสินใจลาออกเอง

4) สิ่งแวดล้อม

ในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของอสม.วัยสูงอายุ ครอบครัว เพื่อน อสม. รวมไปถึงชุมชนได้มีการช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่บางส่วนทดแทน เช่น การส่งข้อมูลทางไลน์ การติดต่อสื่อสารกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ การปฏิบัติหน้าที่แทนในบางกรณี การขับขี่ยานพาหนะเพื่อรับส่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ชุมชนยังให้การยอมรับในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ ว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถ เสียสละ ปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มที่ และได้มีการมอบทุนสาธารณะ

ประโยชน์เพื่อซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเนื่องตั้งแต่แรกเข้า โดยสัมพันธ์กับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)² พัฒนาโดย Neugarten ที่กล่าวถึงแบบแผนการพัฒนาการเข้าสู่วัยสูงอายุของแต่ละบุคคล ซึ่งการเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพนั้นขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตเดิมที่เคยทำในอดีตและสามารถทำต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ด้านผลของการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุมีผลการปฏิบัติงานค่อนข้างดี ประชาชนให้การยอมรับ แต่ยังพบปัญหาในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร และการขับชียานพาหนะในระยะทางไกลๆ ทั้งนี้ก็ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน สัมพันธ์กับทฤษฎีระบบที่สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตรขององค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของ อสม. วัยสูงอายุ ทั้งนี้ยังสนับสนุนการศึกษาของศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ์⁴ ที่แสดงให้เห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุมีโอกาสปฏิบัติงานได้ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย ศิริวรรณจันชัย⁵ ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทที่ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนระดับสูง

มีความรู้ระดับสูง มีแรงจูงใจระดับสูง และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทในระดับสูง โดยการมีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้านและตำแหน่งในกลุ่ม อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านความรู้ และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 21.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของกักรัตนากร กัลยาณมิตร⁶ ทำการศึกษารูปแบบบทบาทที่เหมาะสมของอาสาสมัครและการพัฒนาสุขภาพสู่ความยั่งยืน ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการเขียนรายงาน แต่มีความสามารถในการขับเคลื่อนงานของจังหวัดได้หลายด้าน และสามารถสังเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมของบทบาทอสม. คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน และอาสาสมัครต้องประสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม นอกจากนี้ การศึกษาของบัญญัติ อรรถศรีวิระ⁷ ได้ทำการศึกษาระดับปริญญาโทที่ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ปัจจัยความรู้ในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน

ในระดับน้อย ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปฏิบัติงานในระดับมาก ในส่วนของความคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่พบได้ในสังคมผู้สูงอายุ ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน เกี่ยวกับการทำงานต่อเนื่องของวัยสูงอายุ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของงานที่เกิดขึ้น โดยงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะงานเป็นจิตอาสาและกระทำมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยที่ยังประโยชน์ (Productive ageing)^{1,2} ที่เป็นแนวคิดในการพัฒนาผู้สูงอายุ คือกระบวนการดึงเอาศักยภาพของประชากรสูงอายุให้มีความสามารถในการผลิตหรือบริการ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า ไม่ว่าจะผลผลิตนั้นจะให้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องนิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสร้างความเข้าใจและทัศนคติต่อผู้สูงอายุ

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่มีจำนวน 40 คน และมีความหลากหลายในส่วนผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ ส่งผลให้เกิดข้อมูลที่มีความอึดตัวและเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลายแหล่ง (Data triangulation) ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจและอธิบายถึงปรากฏการณ์บริบททางสังคม

ผลการวิจัยนี้สามารถที่จะนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยในเชิงปฏิบัติการหรือวิจัยเพื่อการพัฒนาได้เป็นอย่างดี

สรุป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อเนื่องตั้งแต่แรกเข้า มีผลการปฏิบัติงานค่อนข้างดี ประชาชนให้การยอมรับ แต่ยังพบปัญหาในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร และการขับชี่ยานพาหนะในระยะทางไกล ทั้งนี้ก็ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน และพบความคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้เกี่ยวข้องกัอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในชุมชน ควรสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร และการขับชี่ยานพาหนะเพื่อรับส่งในระยะทางไกล เพื่อสร้างความเป็นพลวัต องค์กรประกอบในด้านสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการนิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะการสร้าง ความเข้าใจและทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน

อสม. ของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงทฤษฎีต่อเนื่อง แนวคิดการสูงวัยที่ยังประโยชน์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงวัย โดยเฉพาะด้านกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2022.

2. Panuthai S, Khampolsiri T, Suwankruhasn N. Gerontological Nursing I. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2018.

3. Regulation of Ministry of public health on village health volunteers, 2011. Government gazette. 2011,128:1-10

4. Suwannasut S. Factors Related Practices in Surveillance and Prevention of COVID-19 among Village Health Volunteers in Sichon District of Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2022; 2(3):81-98. (in Thai)

5. Siriworawatchai W. Factors Influencing In-Role Performance of Village Health Volunteer (VHV) on COVID-19 Surveillance and Prevention in Phuphiang District, Nan Province. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2021; 4(2):63-75. (in Thai)

6. Kalayanamitra K. Appropriate Role Model of Volunteer and Health Development to be Sustainability in Suphanburi Province. JMPS. 2019; 7(6): 1620-34. (in Thai)

7. Akasriworn B. Factors Related to the Performance According to the Role of Village Health Volunteers in Wiangnonglong District, Lamphun Province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2022; 2(2):55-67. (in Thai).

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 ข่าววิชาการ ย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
 5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข
- เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทความหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทความหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

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 เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/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 สรุปรูปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม 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 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนอะไรบ้าง 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 อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

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

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี 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 article**

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	<input type="checkbox"/> รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	<input type="checkbox"/> 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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

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