



วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

NHEJ

ISSN 2630-0214

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565 | Vol.5 No.1 January– April 2022

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย (Research Articles)

- ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี
The Effect of Using the Core Process of Emergency Patient Triage by Register Nurses in Emergency Room, Ratchaburi Hospital
สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์ (Somkiat Chotsirikunwat) 1
- การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
Improving the Participation for Caring the Elderly Health among Village Health Volunteers, Sang Khom District, Udon Thani Province.
วีรชัย เปียกไธสง (Weerachai Peakthaisong) 12
- กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
Participatory Process for Traffic Accidents Prevention among Village Health Volunteers, Si That District, Udon Thani Province.
สนธยา ศรีมาตร (Sontaya Srimart) 24
- ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู
Effect of Participatory Behavior for Self-surveillance Management of People at Risk of Diabetes and Hypertension, Nong Bua Lam Phu Province
เยาวดี ศรีสถาน (Yaowadee Srisathan) 36
- การประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19
An application of Threefold Base of Meritorious for the way of life during the crisis of Covid-19
นลินรัตน์ อุ้นแก้ว (Nalinrat Unkaew) 45

บทความวิชาการ (Research Articles)

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Articles) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร: ราย 4 เดือน

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม–สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก

ในประเทศ 1 ปี 300 บาท 3 ปี 800 บาท

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ต.บ้านหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี 41330
โทรศัพท์ 0-42-295406 โทรสาร 0-42- 295407

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.จิราพร วรวงศ์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
รอง ผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.วนิดา ศรีพรหมษา
อาจารย์กณทิรา เพ็ญทอง

เลขานุการ

อาจารย์ทิพาพรรณ สมจิต

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี อาคาร 11 ชั้น 88 ม.1 ต.หนองไผ่ อ.เมือง
จ.อุตรธานี 41330

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เพ็ญพรินตึง จำกัด 2 หมู่ 3 ถนนโพธิสาร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ธันวดี ศรีธำวิรัตน์
รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปริญพณ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. สังวรณี จัตุระโท
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพศาล สุวรรณน้อย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชานันท์ ปัญญาเอก
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา จินวงษ์
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี
พญ. ดร.เสาวนันท บำเรอราช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. มานิกา เพชรรัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ดร. พรพรรณ มนัสจกุล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร. ศุภวดี แก้วเพี้ย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร. ยุพาวดี ชันทบัลลัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร. ยสุทิน ชนะบุญ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. พิชญ์สินี มงคลศิริ
สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ทักษิภา ชัยรัตน์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ดร. ชลการ ทรงศรี
ดร. วไลภา ศรีบุญพิมพ์สวย
ดร. ยุพาภรณ์ ตรีไพโรจน์
ดร. ภาณุ อดกลั่น
ดร.สุภาภรณ์ พิสัยพันธ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

Nursing, Health, and Education Journal.

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม -เมษายน 2565) Vol.5 No.1 (January– April 2022)

- | | |
|---|---|
| 1. ดร. ภาณุ อดกัณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 2. ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก |
| 3. ดร.ภคิน ไชยช่วย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 4. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.อัจฉรา จินวงษ์ | คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี |
| 6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 7. ดร.ชลการ ทรงศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 8. ดร. วัลภา ศรีบุญพิมพ์สว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 9. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 10. ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 11. ดร.พระครูภัทรจิตตาภรณ์ | มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา |
| 12. อาจารย์ภัณฑิรา เพื่องทอง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับแรก ปีที่ 5 ของการดำเนินงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี วารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยสาระและความหลากหลายเช่นเคย ไม่ว่าจะเป็นผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู และบทความวิชาการที่น่าสนใจ เรื่อง การประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19 ทั้งหมดล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ทั้งท่านที่ส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ เข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน

ขอเชิญชวนสมาชิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และมีมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข ส่งผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา โดยวารสารออกปีละ 3 ปี กษเช่นเคย ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th

ปัจจุบันเมืองไทยของเราและทั่วโลกยังคงเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Covid 19) สายพันธุ์โอมิครอน เราต้องใช้วิถีชีวิตใหม่ New Normal ที่ต้องมีการปรับตัวและระมัดระวังตัว การสกัดกั้นการแพร่ระบาด คนไทยเริ่มได้รับวัคซีนป้องกัน และรัฐมีมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างจริงจัง ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ Covid 19 ทำให้กระทบปากท้องของชาวบ้าน เศรษฐกิจซบเซา คนตกงานว่างงานจำนวนมาก ซึ่งพวกเราหวังว่าสถานการณ์จะค่อยๆดีขึ้น เป็นกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ทำงานอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วย พบกันใหม่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ฉบับหน้าค่ะ

บรรณาธิการ

ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์ พย.บ.

Received: 28 March 2022

Revised: 26 April 2022

Accepted: 28 April 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 2) เปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน 32 คน และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยที่รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 700 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน มีผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และทักษะ เท่ากับ 0.98 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย Paired samples test

ผลการศึกษา พบว่าผลของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย 1) ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยมีค่าร้อยละ Under Triage ไม่แตกต่างกัน, มีค่าร้อยละ Over Triage ดีขึ้น 2) ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกระดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะหลังการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (2) การปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยหลังการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน, การใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

The Effect of Using the Core Process of Emergency Patient Triage
by Register Nurses in Emergency Room, Ratchaburi Hospital.

Somkiat Chotsirikunwat B.N.S.

Abstract

The purposes of this study were 1) to study the effect of using the emergency patient screening criteria, and 2) to compare the effect of using the emergency patient screening criteria by professional nurses in an Emergency Department, Ratchaburi Hospital. The samples were 1) 32 professional nurses and 2) 700 medical records of patients who received services in the emergency room. The tools used were Knowledge and Skills Examination Form for Emergency Patient Classification. There were 3 experts to examine. The content validity was 0.96 and the reliability of the Knowledge and Skills Scale were 0.98 and 0.88. The data were analyzed using descriptive statistics, and Paired samples t-test.

The Results found that the effect of following the main procedure of patient screening 1) The patients found that (1) before and after using the main procedure of patient screening, the percentage Under Triage was not different, and Over Triage was better (2) Average waiting time for doctors within the specified period, all levels were statistically significant ($p < .05$). 2) The staff members found that (1) the average knowledge and skill scores had increased significantly ($p < .05$) (2) The adherence to the main process of patient screening had increased significantly ($p < .05$)

Keywords: Emergency Patient Triage, Using the Core Process of Emergency Patient Triage

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: ssomkiat5@gmail.com

บทนำ

การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลตามลำดับความรุนแรงของสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลที่เน้นการช่วยชีวิต ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นหลักมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีจำกัด ดังนั้นการประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย กระบวนการคัดแยก (Triage) ผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญมาก¹ การเปลี่ยนแปลงระบบการคัดแยกที่ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น² สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการนำระบบการคัดแยกเข้ามาใช้เพื่อเป็นแนวทางวัดและประเมินผลคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ Canadian Triage and Acuity Scale ของประเทศแคนาดา³ Australasian Triage Scale ของประเทศออสเตรเลีย⁴ Manchester Triage Scale ของประเทศอังกฤษ และ Emergency Severity Index ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁵ รวมทั้งประเทศไทยด้วย Emergency ได้มีการนำระบบ Emergency severity Index ย่อว่า ESI มาใช้งาน ที่ประกาศออกมาโดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน Triage Score (Modify National Triage Algorithm) มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) สีแดง Resuscitation (R) 2) สีชมพู Emergent (E) 3) สีเหลือง Urgent (U) 4) สีเขียว Semi Urgent (SU) 5) สีขาว Non Urgent (N) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) สาเหตุหลักที่นำ ESI มาใช้เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่ใช้บริการฉุกเฉินมีจำนวนที่มาก ESI เป็นระบบคัดแยกที่รวดเร็วทำได้ง่ายและความผิดพลาดน้อย การทำงานของระบบ ESI ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเวลา แต่ขึ้นอยู่กับ Resource เป็นหลักรองรับมาเป็นการวัดสัญญาณชีพ ส่วนระยะเวลาปรับเปลี่ยนได้ ตามความเหมาะสมของโรงพยาบาลแตกต่างกับระบบ 5-level อื่น ที่ใช้เวลาในการรอเข้าตรวจของผู้ป่วยเป็นหลัก

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (A) เป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 5 ปัจจุบันมีขนาด 855 เตียง (ไม่รวม ICU) เปิดให้บริการมารวม 79 ปี จำนวนผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในการจัดบริการทุกสาขาทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยในและการจัดบริการเฉพาะทาง มีจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีภาวะฉุกเฉินตั้งแต่ปี 2561-2563 ที่จำนวน 56,450, 52,766 และ 48,680 คน⁶ ขอบเขตหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบด้วย 1) งานบริการการแพทย์นอกโรงพยาบาล ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และงานอุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย 2) งานตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ งานบริการคัดแยกผู้ป่วย งานการช่วยชีวิตและช่วยฟื้นคืนชีพ การจำหน่าย/การดูแลประสานหน่วยงานวิกฤติในโรงพยาบาล 3) ศูนย์ประสานส่งต่อ เขตสุขภาพที่ 5 และการจัดการเรียนการสอน จากสถิติการคัดแยกผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยแต่ละประเภทการคัดแยกดังนี้ ESI 1 ร้อยละ 6 ESI 2 ร้อยละ 25 ESI 3 ร้อยละ 45 และ ESI 4 ร้อยละ 24 สำหรับงานบริการคัดแยกผู้ป่วยนั้นมีการนำเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage⁷ และวางกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยไว้ชัดเจน สื่อสารและนำลงสู่การปฏิบัติมาตั้งแต่ปี 2561 แต่การกำหนดกระบวนการหลักของการคัดแยกนั้นยังกำหนดไม่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

โดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้การพยาบาลตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้องมากขึ้นและผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
1. เกณฑ์การคัดแยก แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินของ MOPH ED Triage Emergency
2. กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย



ผลการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
1. ด้านเจ้าหน้าที่: พยาบาลวิชาชีพ - ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การคัดแยกประเภท - ทักษะการปฏิบัติ - การบันทึกข้อมูลของการคัดกรอง
2. ด้านผู้ป่วย: - Under Triage - Over Triage - ระยะเวลาผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในแต่ละระดับ ความรุนแรง

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (research design) เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ปฏิบัติการที่หน่วยงานห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 32 คน และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ปฏิบัติการที่หน่วยงานห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลราชบุรีทำการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 32 คน และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า $\alpha=0.05$, $\beta=0.2$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 310 คน ทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนมากขึ้นตามหลักการ รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 700 คน แบ่งเป็นก่อนและ หลังการทดลองกลุ่มละ 350 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ในการรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรี 2) แบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง	ระยะเตรียมและดำเนินการทดลอง	ระยะประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง
1. แบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ด้วย 1) ร้อยละของ Under or Over Triage	1. แบบบันทึกการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย 7 ขั้นตอนของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี 2. กิจกรรมตามรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามกระบวนการ ฯ ได้แก่ 2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การคัดแยกประเภทผู้ป่วย	1. แบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ด้วย 1) ร้อยละของ Under or Over Triage 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด

ระยะก่อนการทดลอง	ระยะเตรียมและดำเนินการทดลอง	ระยะประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง
2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด	ฉุกเฉิน และกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย 7 ขั้นตอนของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2. แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี
2. แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี	2.2 ทำการประชุมกลุ่มย่อย แบบ Group Discussion โดยการทบทวนเวชระเบียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างทุกวันพุธและศุกร์รวม 8 ครั้ง	

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบแก้ไข แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีเนื้อหาและข้อคำถามต่างๆ ตรงกับกรอบแนวคิดในการศึกษา พร้อมนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

2. นำกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินและเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิ 1 แห่งที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่า KR20 ของแบบทดสอบความรู้และทักษะได้ค่าที่ 0.98 และ 0.88 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre-posttest design) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรีรับรอง และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในการวิจัย

2. ภายหลังผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี อนุญาตให้ทำการทดลองและรวบรวมข้อมูลแล้วจึงเรียนหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและรายละเอียดของการทดลอง

3. พัฒนาเครื่องมือวิจัย ทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการดำเนินการทดลอง รวมทั้งหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามที่ระบุในหัวข้อการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยแล้ว

4. ชี้แจงหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการทดลอง บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

5. จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจใน กระบวนการวิจัยและพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี พร้อมชี้แจงบทบาทของผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ร่วมวิจัย ร่วมพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน และร่วมกระบวนการวิจัยโดยบันทึกตามแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ที่พัฒนาขึ้น

6. ตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกรายงานก่อนการทดลองจำนวน 350 ฉบับ และทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกรายงานในช่วงเดือนมกราคม 2565 โดยใช้แบบตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกรายงานที่จัดทำไว้

7. ประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคจากการการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี และผู้วิจัยทำการบันทึกความเห็นไว้ ก่อนการทดลอง พร้อมสรุปประเด็นปัญหาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย

1. อบรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในเรื่องเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของ MOPH ED. Triage (ESI) Version 4 และกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาร่วมกับแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญ โดยก่อนอบรมทดสอบความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี และชี้แจงประเด็นปัญหาที่พบในข้อ 7 จากขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และเสนอแนวทางในการพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย

2. พัฒนาการกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาโดยผู้วิจัยและให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม

3. นำร่างกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นปรึกษากับแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญ แก้ไขปรับปรุงเนื้อหาสาระและแบบฟอร์มก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา

4. ประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างแบบ Group Discussion และเพื่อนช่วยเพื่อนทุกวันพุธและศุกร์ทุกสัปดาห์รวม 8 ครั้ง เรื่องเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของ MOPH ED. Triage (ESI) Version 4 และกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้และทักษะ โดยการพูดคุยร่วมกับการฝึกการบันทึกตามเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของ MOPH ED. Triage (ESI) Version 4 และกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย

5. การทดลองใช้

5.1 ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย เป็นเวลา 1 เดือน ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์พร้อมนำมาทบทวนและปรับปรุง

5.2 ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยจริงเป็นเวลา 1 เดือน โดยระยะนี้ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ระยะที่ 3 ประเมินผล

1. ตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย 7 ขั้นตอนของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี แบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ด้วย 1) ร้อยละของ Under or Over Triage 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 มาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินด้วย 1) ร้อยละของ Under or Over Triage 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด และผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยทำการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลด้านความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของการบันทึกรายงานการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยแบบทดสอบความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี แบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง โดยดำเนินการ ดังนี้ จัดเก็บแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ย้อนหลัง 10 เดือน ก่อนการทดลอง จำนวน 350 ชุดที่ได้จากแฟ้มผู้ป่วยที่ใช้ระบบเดิม และหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 1 เดือน จำนวน 350 ชุด ที่ได้จากแฟ้มผู้ป่วยจากการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกด้วยระบบใหม่

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบทดสอบความรู้และทักษะเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย โดยแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คนทั้งก่อนและหลังการทดลอง เช่นเดียวกับข้อ 1 โดยนับรับแบบสอบถามคืนภายในวันเดียวกัน ภายหลังการแจกแบบสอบถาม

3. นำข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย จากข้อ 1 และแบบทดสอบความรู้ และทักษะเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ จากข้อ 2 มาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล
2. ผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรีก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรีก่อนและหลังการปรับปรุงกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรีรับรอง เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2564 หมายเลข COA-RBHEC 031/2021 และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปีหลังจากสิ้นสุดโครงการ

ผลการวิจัย แบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

1.1) ผลการวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ที่ต้องการพัฒนา คือกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 3) ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัด สัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ 6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ

1.2) การพัฒนากระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย โดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ผู้ศึกษาใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของ Thailand National Triage Guideline พบว่า

1.2.1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง (Patient arrival and “critical first look”) ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด เมื่อผู้ป่วยมาถึงบริเวณจุด Triage พยาบาล Triage ต้องทำทันทีคือประเมินภาวะคุกคามชีวิต “critical first look” ภายในเวลา 3- 5 วินาทีโดยสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ A: Airway ด้านทางเดินหายใจ ทางเดินหายใจอุดกั้น B: Breathing ด้านการหายใจ C: Circulation ด้านระบบไหลเวียนเลือด และ D: Disability (neurological) ด้านระบบประสาท เช่น ซึม หมดสติไม่รู้สีกตัว สับสน กระสับกระส่าย ซึ่งถ้าพบภาวะคุกคามชีวิต (ผู้ป่วยระดับ 1 และ 2) พยาบาลTriage ต้องส่งผู้ป่วยเข้าไปในห้องฉุกเฉิน เพื่อทำการช่วยชีวิตทันที

1.2.2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ (Screening for infectious diseases) ซึ่งพยาบาลTriage มักจะละเลยไม่ปฏิบัติหรือนึกถึง หากตรวจประเมินพบอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้แล้ว รับผิดชอบการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองทันที (respiratory etiquette, hand washing, isolation) และปฏิบัติงานภายใต้แนวทางเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อตามที่กำหนด

1.2.3) พยาบาล Triage ซักถามอาการสำคัญ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้อง และวัดสัญญาณชีพ โดยใช้ระยะเวลาในการซักประวัติไม่เกิน 5 นาที รวมถึงกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เป็น fast track, ประเมินสภาพเบื้องต้นเฉพาะเจาะจงกับอาการเจ็บป่วยสำคัญที่มาโรงพยาบาล (focus physical assessment) และพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.4) พยาบาล Triage กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ ที่รวบรวมข้อมูลได้จากข้อ 3 เพื่อสื่อสารกับจุดรับผู้ป่วยต่อไปได้อย่างชัดเจน ซึ่งแบ่งตามลำดับความเร่งด่วน 5 ระดับตามเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ Thailand National Triage Guideline หรือ MOPH ED Triage Emergency

1.2.5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ ซึ่งความรุนแรงระดับ 1 และ 2 นั้นจะถูกส่งเข้ารับรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน/พื้นที่ Resuscitation ทันที ส่วนกลุ่มระดับความรุนแรงที่ 3 นั้นส่วนใหญ่จะถูกให้ตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเพียงบางอาการที่ถูกส่งไปตรวจยังจุดอื่นตามข้อตกลงของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้

1.2.6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ

1.2.7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ (Re-assessing & Re-triage waiting area patients) ต้องมีการติดตามประเมินซ้ำตามเวลาที่กำหนดไว้ ดังนี้ Level 1 – Continuous nursing care, Level 2 – Every 15 minutes, Level 3 – Every 30 minutes, Level 4 – Every 60 minutes, Level 5 – Every 120 minutes

2) การเปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

2.1) การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าคะแนนความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน หลังการใช้กระบวนการเพิ่มสูงมากขึ้นกว่าก่อนการใช้กระบวนการหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน

โรงพยาบาลราชบุรี

คะแนนความรู้และทักษะด้านการ คัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนความรู้	30.69	1.40	31.44	.73	-3.503	.003*
คะแนนทักษะ	30.76	1.52	31.65	.86	-4.243	.001*

* $p < .05$

2.2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยมีร้อยละ Under Triage ไม่แตกต่างก่อนการใช้ที่ร้อยละ 2.00, 2.29 ตามลำดับ, มีร้อยละ Over Triage ลดลงก่อนการใช้ที่ร้อยละ 14.57 เป็น 5.14 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจตามความรุนแรงของ ESI1-5 อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกระดับหลังการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ด้านผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนทดลอง (n1=350)		หลังทดลอง (n2=350)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ร้อยละ Under Triage	2.00	.140	2.29	.149	1.00	.318
ร้อยละ Over Triage	14.57	.36	5.14	.22	-6.128	.000*
เวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI1 ภายใน 4 นาที	5.26	.21	13.84	.34	-3.122	.002*
เวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI2 ภายใน 10 นาที	16.13	.36	26.80	.44	-3.49	.001*
เวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI3 ภายใน 30 นาที	62.34	.49	75.58	.45	-4.000	.000*

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนทดลอง (n1=350)		หลังทดลอง (n2=350)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
เวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI4 ภายใน 60 นาที	25.00	.43	5.56	.23	4.793	.000*
เวลารอคอยแพทย์ตรวจ ESI5 ภายใน 120 นาที	20.00	.39	0	.00	4.947	.000*

*p <.05

2.3) การวิเคราะห์เปรียบเทียบเปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย สามารถส่งเสริมการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยหลังการใช้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี

การใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย (The Process of Triage)	ก่อนทดลอง (n1=350)		หลังทดลอง (n2=350)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง	350	0.00	349	.05	1.00	.320
2. การคัดแยกครั้งที่ 2 ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	9	.16	287	.38	-19.29	.000*
3. ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรง	313	.31	345	.12	-3.317	.001*
4. ซักถาม อาการสำคัญ ประเมินร่างกาย	350	0.00	350	.00	-	-
5. กำหนดระดับความรุนแรงและติดสัญลักษณ์	340	.17	349	.05	-1.421	.158
6. ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามความรุนแรง	350	0.00	350	.00	-	-
7. วินิจฉัยและวางแผนรักษาพยาบาลตามข้อมูล	350	0.00	350	.00	-	-
8. ให้การพยาบาลเบื้องต้นขณะรอตรวจ	71	.40	241	.46	-9.753	.000*
9. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ	40	.32	329	.24	-21.99	.000*

*p <.05

อภิปรายผล

1. ผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรี ด้านผู้ป่วย ประเมินโดย 1) ร้อยละของ Under or Over Triage 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงได้รับการดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนด พบว่าหลังการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยมีร้อยละ Under Triage ไม่แตกต่างก่อนการใช้ที่ร้อยละ 2.00, 2.29 ตามลำดับ, มีร้อยละ Over Triage ลดลงก่อนการใช้ที่ร้อยละ 14.57 เป็น 5.14 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน⁸⁻¹⁰ พบว่ามีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติเหตุการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน (under triage) และผู้ป่วยประเภท 4-5 ถูกส่งเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (over triage) ลดลงชัดเจน ดังนั้นการจัดทำคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อใช้ในการคัดกรองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดแยก และหลังการพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ส่งผลให้ความถูกต้องของการคัดแยกมากกว่าก่อนการพัฒนา¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น¹² หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 7.33 และความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.67 และการศึกษาผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชิ้น¹³ พบว่าหลังมีนำแนวปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้ และศึกษาทำความเข้าใจร่วมกัน มีระบบพี่เลี้ยงช่วยทำให้การคัดแยกมีความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของผู้ศึกษาในโครงการนี้ที่พบว่ากระบวนการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลอาวุโสผ่านการทบทวน เวชระเบียนและร่วมกันออกแบบกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินส่งผลให้การคัดแยกมีความแม่นยำมากขึ้น สามารถลด Over Triage ได้ชัดเจน

นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจตามความรุนแรงของ ESI1-5 อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกระดับหลังการใช้ สอดคล้องกับผล การศึกษาการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย¹⁴ ที่ศึกษาประเมินประสิทธิผลของการ พัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) และมีการคัดแยก สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ที่ลดลง ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรงสอดคล้องตามเกณฑ์ และการศึกษาผลการใช้รูปแบบ การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย¹⁵ เป็นการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย แพทย์ตรวจกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน พบว่า พยาบาลได้ดำเนินการคัดกรองการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละประเภทตาม เกณฑ์ โดยผู้ป่วยวิกฤตที่มาจากหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ดำเนินการคัดกรองทันที รองลงมาคือผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไปได้รับการคัดกรอง เมื่อคัดกรองแล้วก็จะส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามระยะเวลาสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 5 ระดับ คือ resuscitation (สีแดง) ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ทันที ระดับ emergent (สีชมพู) ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 15 นาที urgent (สีเหลือง) ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 30 นาที semi-urgent (สีเขียว) ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 60 นาที และ non-urgent (สีขาว) ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ภายใน 120 นาที

สำหรับผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรีด้านเจ้าหน้าที่ ด้วยคะแนนความรู้และ ทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรีของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการ พัฒนาระบบการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าคะแนนความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน หลัง การใช้กระบวนการเพิ่มสูงมากขึ้นกว่าก่อนการใช้กระบวนการหลัก สอดคล้องกับการศึกษาความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์¹⁶ เพื่อประเมินความ สอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรี นครินทร์โดยประยุกต์ใช้ Srinagarind Emergency Severity Index (SESI) เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้แก้ปัญหาคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกัน ระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลแผนกฉุกเฉินคัดแยกผู้ป่วยได้สอดคล้องกันน้อย มาก เช่นเดียวกับพยาบาลแผนกฉุกเฉินและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินคนที่ 1 กับ 2 คัดแยกผู้ป่วยได้สอดคล้องกันในระดับ มาก ผู้ป่วยที่คัดแยกได้สอดคล้องกันมากที่สุดคือประเภท resuscitation สรุปผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกฉุกเฉินและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกันน้อยโดยเฉพาะผู้ป่วยประเภท urgency ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทั้ง แพทย์และพยาบาลยังไม่เข้าใจการใช้ Srinagarind Emergency Severity Index (SESI) จึงควรจัดอบรมและทำความเข้าใจการใช้ Srinagarind Emergency Severity Index ใหม่ โดยเพิ่มระยะเวลาในการอบรมเป็นอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง สอดคล้องกับที่ผู้ศึกษาได้ทำการอบรม ทำกิจกรรม ตามรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามกระบวนการ ฯ ได้แก่ 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย 7 ขั้นตอนของหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ทำการประชุมกลุ่มย่อย แบบ Group Discussion โดยการทบทวนเวชระเบียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทุกวันพุธและศุกร์รวม 8 ครั้ง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรีสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการใช้กระบวนการหลัก ของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2. การเปรียบเทียบผลของการใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ก่อนและหลังการใช้ กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งมีผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ฉุกเฉิน พบว่ามีการปฏิบัติตามเกณฑ์และปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ในระดับที่สูงขึ้นหลังการใช้อย่างมีนัยสำคัญ ใน ขั้นตอนการคัดแยกครั้งที่ 2 ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรง การให้การพยาบาลเบื้องต้นขณะรอตรวจ และการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ ส่วนการปฏิบัติที่มีระดับการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยก ผู้ป่วยก่อนและหลัง ในขั้นตอนการประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง และการกำหนดระดับความรุนแรงและติดสัญลักษณ์ เป็นสิ่งที่ ค้นพบใหม่ว่าจากประยุกต์จากแนวคิดการคัดแยกผู้ป่วยของ The Canadian Triage and Acuity Scale และ Emergency Severity Index

(ESI): A Triage tool for Emergency Department Care Version 4 มากำหนดเป็นกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วย 7 ขั้นตอน จากผลการศึกษาสามารถส่งเสริมให้เกิดการนำไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรีได้จริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรนำกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี ที่พัฒนามาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ประจำทุกหน่วยบริการเป็นแนวทางเดียวกัน
 2. ด้านวิชาการ ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้ต่อเนื่อง และทำการศึกษาการวิจัยในรูปแบบการติดตามผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยภายใต้กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล
 3. ด้านบริการ ควรมีการนำกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปปรับปรุงกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและให้การพยาบาลตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลัง ในขั้นตอนการประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง และการกำหนดระดับความรุนแรงและติดสัญลักษณ์ ให้สอดคล้องตามกระบวนการที่จัดทำต่อเนื่องต่อไป
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย ต่อความถูกต้องของการคัดแยก ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ตามประเภทความรุนแรงของผู้ป่วยที่ทำการคัดแยก

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ.กำหนด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี,2558.
2. สุรัตน์ สุขสว่าง.พยาบาลคัดแยกประเภทผู้ป่วย : จากกระบวนการหลักสู่การปฏิบัติ.วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ.(2561). 5(2), 1-4.
3. The Canadian Triage and Acuity Scale.Participant's Manual. Triage Training Resources. Version 2.5 (2013).[cited in 2022 March 27] Retrieved from http://ctas-phctas.ca/wp-content/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf .
4. Australasian College of Emergency Physicians Statements.Emergency Department Overcrowding. (2021).[cited in 2022 March 25] Retrieved from http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/S57-Statement_on_ED_Overcr.pdf
5. Emergency Severity Index.A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4: Implementation Handbook. (2012).[cited in 2022 March 25] Retrieved from <http://www.ahrg.gov> P.7-16.
6. โรงพยาบาลราชบุรี. รายงานประจำปี 2564 โรงพยาบาลราชบุรี,2564.
7. กรมการแพทย์. MOPH ED Triage. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2561.
8. สุภาพร พลพันธ์ และวัลลภา ช่างเจรจา.ผลการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรง ฉุกเฉินต่ออุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภทงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.(2561),2(4), 50-57.
9. สุคนธ์จิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติ บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.(2560),13(2), 90-101.
10. กฤตพัทธ์ ผักฝน, ทศนีย์ ภาคภูมิวิจิตร และโสพิศ เวียงโสด. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา (2562), 20(1), 66-76.
- 11.อรรธรณ ฤทธิ์อินทรานุกร. วรวิมล ขาวทอง. ปารินันท์ คงสมบุญ. สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์ (2561),43(2). 146-151.
12. นิตยา สุภามา.ประสิทธิผลการพัฒนาารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา(2563), 5(4). 65-74.

13. ปุณณนุช ปิงนำ. ศึกษาผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชิ้น. วารสารโรงพยาบาลแพร่(2563), 28(1), 152-162.
14. เทพรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (2564), 15(36), 160-178.
15. ภาสินี คงเพชร.. ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย สุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11(2557), 28(4), 929-941.
16. เอี่ยมพร พิมพ์. สุภาพพิมพ์ พรหมพินิจ. ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. ปรีวัฒน์ ภูเงิน. ความสอดคล้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร(2558), 30 (6), 587-591.

การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

วีรชัย เปียกไธสง, สป.

Received: 18 March 2022

Revised: 30 March 2022

Accepted: 28 April 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (CVI = 1, Reliability = .78) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจและจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 2) การชี้แจงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4) การจัดอบรม “การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” 5) การแบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผน 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) ประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกัน ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการแตกต่างกัน ($p < .01$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมการมีส่วนร่วม, การดูแล, สุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

Improving the Participation for Caring the Elderly Health among Village Health Volunteers, Sang Khom District, Udon Thani Province.

Weerachai Peakthaisong, B.P.H.

Abstract

The action research aimed to explore the participation for caring the elderly health and to compare the participation for caring the elderly health among village health volunteers in Sang Khom District, Udon Thani Province, before and after study. The samples were 32 village health volunteers who experienced in caring the elderly health in Sang Khom District, Udon Thani Province. The quantitative data were collected using the questionnaires (CVI = 1, Reliability = .78) and were analyzed using descriptive statistics, paired t-test. The qualitative data were collected using the opened-end questions and were analyzed using content analysis.

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสร้างคอม

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: weerachai.peag@gmail.com

The study found that 8 steps of improving the participation for caring the elderly health included 1) classify the health status of the elderly in the assignment and responsible area; 2) clarifying the role of village health volunteers ; 3) brainstorming session for planning the elderly health care in the community; 4) conducting a course training to improve the capacity and skill of elderly care; 5) the division of responsibilities according to the plan of elderly care in the community; 6) collecting the elderly health data and monitoring of operations; 7) summarized meeting to apply the model of elderly health care in the community.; and 8) coordinating with external agencies to involve and care the elderly health. The result of average score of knowledge of elderly health care, before and after study, was .01 statistically differently. The mean score of participation was .01 statistically differently. The participation for caring the elderly health among village health volunteers in Sang Khom District, Udon Thani Province, could construct the effective activities for improving the participation among community leaders to care the health of community members continuously.

Keywords: Participation, Care, Elderly health, Village Health Volunteers

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีอัตราประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีอัตราประชากรสูงอายุร้อยละ 14.9 และถูกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุนับว่าสุดยอด (super-aged society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ (ร้อยละ 32.1) เป็นอัตราที่สูงอันดับ 1 ของภูมิภาคอาเซียน¹ นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้นจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อเกิดใน พ.ศ. 2556 คือ 74.8 ปีเพิ่มขึ้นเป็นอายุ 79.1 ปีใน พ.ศ. 2583² ซึ่งชี้ได้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในขณะเดียวกันก็มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นด้วย ส่งผลให้ประเทศกำลังจะเผชิญกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์³ ขาดแคลนประชากรวัยทำงาน การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือพิการ⁴ ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงต้องตระหนักถึงการส่งเสริมผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งสมรรถภาพสูงสุดของร่างกาย ชะลอ การเสื่อมถอยของสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีในขณะที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น พึ่งพาตนเองได้ สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตต่อไป³

แนวทางสำคัญเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ คือแนวคิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากภาครัฐ มาเป็นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก เนื่องจากเป็นสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและเป็นที่คาดหวังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care)⁵ ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการไปให้กำลังใจ ช่วยเหลือ เป็นที่พุดคุย และอื่นๆ ตามความจำเป็น ซึ่งปฏิบัติหน้าที่โดยคนในชุมชนที่มีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การในการดูแลผู้สูงอายุที่จะได้ผลดีนั้น ต้องได้รับการประสานความร่วมมือจากผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและสามารถประสานข้อมูลร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุข สามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบัน การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี นับเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างอบอุ่น เช่น เสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัว ชุมชนตระหนัก และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาให้การดูแลที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามสถานะหรือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุหรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่พบ รวมถึงการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ อสม. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไปร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น ที่จะ

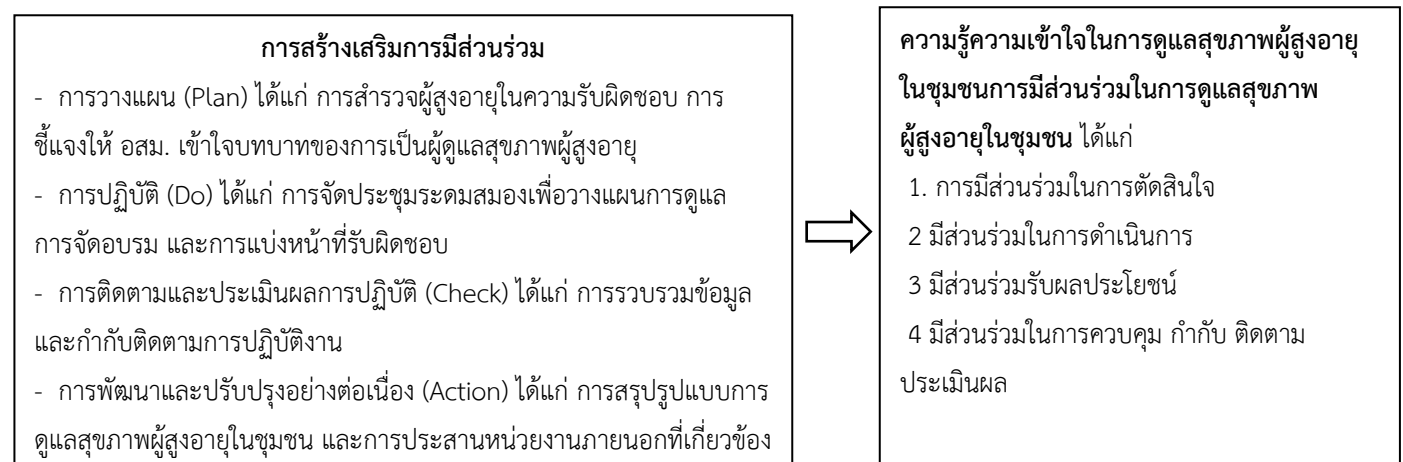
สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ อสม. ยังขาดการประสานข้อมูลร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ทันสมัยต่อสภาพสังคมในปัจจุบัน อีกทั้ง อสม. ยังมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายหรือการมอบหมายงานให้รับผิดชอบเท่านั้น

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนให้มีรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการและเป็นระบบ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน เพื่อนำสิ่งที่ได้รับมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า อสม. ที่ได้รับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น⁶ สามารถเป็นผู้จัดการรายการของสูงอายุในชุมชนได้มากกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในทางที่ดีขึ้น⁷ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และมีรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี จาก 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสร้างคอม ตำบลบ้านโคก ตำบลบ้านยวด ตำบลบ้านหินโงม ตำบลนาสะอาด และตำบลเชียงดา จำนวน 591 คน
- กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี จาก 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลสร้างคอม ตำบลบ้านโคก ตำบลบ้านยวด ตำบลบ้านหินโงม ตำบล นาสะอาด และตำบลเชียงดา อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 32 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็กของเครื่องใช้และมอร์แกน⁸

$$n = \frac{NZ^2 \frac{\sigma^2}{2} \sigma^2}{d^2 (N-1) + Z^2 \frac{\sigma^2}{2} \sigma^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

σ^2 = ความแปรปรวน

d = Precision

N = จำนวนประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน⁹ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพอนามัยของ อสม. เท่ากับ 4.32 คะแนน (S.D = 0.82) ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาคำนวณหาความแปรปรวนและขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

Z_{α} = กำหนดความเชื่อมั่น α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$

σ = Standard Deviation of Mean Difference เท่ากับ 0.82

d = Precision โดยกำหนดค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.3

N = 591 คน

$$n = \frac{591(1.96)^2 (0.82)^2}{0.3^2 (591-1) + (1.96)^2 (0.82)^2}$$

$$n = 27.31 = 28 \text{ คน}$$

ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) อสม. ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี อย่างน้อย 1 ปี
- 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

- 1) อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอสร้างคอม ที่พ้นจากตำแหน่ง/หน้าที่
- 2) อสม. ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) อสม. ที่มีภารกิจหรือเจ็บป่วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมตัวเลข

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากเกณฑ์ของบลูม ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) มีความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) (2) มีความรู้ระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน) (3) มีความรู้ระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Likert's scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้เกณฑ์ในการวัด ระดับของเบสท์ ดังนี้ ระดับการมีส่วนร่วม มาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อย 1คะแนน ไม่มีส่วนร่วม 0 คะแนน

ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.26 – 3.00 มีส่วนร่วมมาก 1.51 – 2.25 มีส่วนร่วมปานกลาง 0.76 – 1.50 มีส่วนร่วมน้อย 0.00 – 0.75 ไม่มีส่วนร่วม

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ (1) ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (2) ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งด้านบวกและด้านลบ (3) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิง PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ 2) การปฏิบัติ (Do) ที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check) และ 4) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Action) ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) แนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีดังต่อไปนี้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนใช้สูตรสัมประสิทธิ์ KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 คน ได้พิจารณาข้อถาม จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาคำนวนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามที่ได้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เครื่องมือที่มีคุณภาพและสามารถนำไปรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิง PDCA ในการดำเนินการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่างและรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- **การวางแผน (Plan)** การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการนัดหมายช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะลงเก็บข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ ประมวลผล คั้นข้อมูลและวางแผนดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และจัดประชุมกลุ่มเพื่อคั้นข้อมูล มีผู้เข้าร่วมการประชุมจำนวนทั้งหมด 32 คน โดยผู้วิจัยทำการคั้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบร่วมกัน มีการร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา โดยพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ทันสมัย โดยพบว่ายังขาดการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและ อสม. ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อสม.บางส่วนยังไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ครอบคลุมทุกมิติ เช่น การดูแลสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

- *การปฏิบัติ (Do)* ที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้ดำเนินการจัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. โดยการร่วมกันวางแผน กำหนดจุดประสงค์ และกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม โดยที่ประชุมได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จัดทำคู่มือแนวทาง ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับ อสม. มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามการปฏิบัติตามคู่มือของ อสม. และติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้จัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย บทบาท อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ โดยภายหลังเข้ารับการอบรมจะเป็นขั้นตอน การนำความรู้ ทักษะทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- *การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check)* เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้มีการนัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับ อสม. การนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรมไปสู่การปฏิบัติจริง และติดตามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม.

- *การพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Action)* และปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามประเมินผลความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และจัดประชุมกลุ่มนำเสนอผลการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาอ่านวิเคราะห์ทำความเข้าใจเนื้อหา มองหาประเด็นร่วม โดยใช้ปากกาเน้นข้อความเมื่อพบข้อความที่เป็นประเด็น วลี หรือ

ประโยชน์ที่พบซ้ำๆกัน ที่สอดคล้องกับคำถาม/วัตถุประสงค์การวิจัย นำข้อมูลที่ได้มา จัดจำแนกเป็นหมวดหมู่ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครอบคลุมจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDREC 0865) จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติมจากหนังสือชี้แจงและให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และวุฒิการศึกษา และแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของอายุและประสบการณ์ในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	93.8
ชาย	2	6.2
อายุ	$\bar{X} = 51.41$ S.D. = 7.87 Range = 30-64 ปี	
การนับถือศาสนา		
พุทธ	32	100
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.1
สมรส	27	84.4
หม้าย หย่า แยก	4	12.5
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	18.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	53.1
อื่นๆ	1	3.1*
อาชีพ		
เกษตรกร	32	100
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	$\bar{X} = 9,928.13$ S.D. = 8,860.14 Range = 1,600-40,000 บาท	
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	$\bar{X} = 17.38$ S.D. = 10.36 Range = 0-37 ปี	
ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	$\bar{X} = 11.47$ S.D. = 9.17 Range = 1-37 ปี	
การได้รับความรู้ ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
เคย (n = 32)	32	100

อสม.	22	68.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	27	84.4
สื่อสิ่งพิมพ์	10	31.3
สื่อวิทยุ/โทรทัศน์	15	46.9
อื่นๆ	2	6.3
ความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
ต้องการ	32	100
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บด้วยโรคต่างๆ	14	43.8
การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ	21	65.6
สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	19	59.4
การสนับสนุนผู้สูงอายุในยุคดีดิจิทัล	6	18.8

จากตารางที่ 4-1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) มีอายุเฉลี่ย 51.41 ปี (S.D. = 7.87, Range = 30-64 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.4) และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.1) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมทุกคน (ร้อยละ 100) มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 9,928.13 บาท (S.D. = 8,860.14, Range = 1,600-40,000 บาท) มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 17.38 ปี (S.D. = 10.36, Range = 0-37 ปี) และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 11.47 ปี (S.D. = 9.17, Range = 1-37 ปี) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับความรู้ข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 84.4) และทุกคนต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้เรื่อง การส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.6)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	12.44	2.96	15.56	2.37	.00

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ในทุกข้อ (Mean = .88, S.D. = .34)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน และการแปลผล ของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	15.81	3.16	18.19	2.84	.00
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	16.91	3.70	18.03	2.56	.05
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	12.03	2.85	13.03	1.87	.00
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	15.59	3.17	15.59	3.17	-

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนและหลังการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.84, S.D. = .37) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.72, S.D. = .46) มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Mean = 2.76, S.D. = .51) แต่พบว่าการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ก่อนและหลังการวิจัย ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสรุปได้ประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ อสม. โดยจำแนกภาวะสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม พบว่า อสม. ทุกคนจะมีพื้นที่รับผิดชอบคนละ 10-15 หลังคาเรือน โดย อสม. แต่ละคนจะทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อสม. เช่น

“เจ้าหน้าที่อนามัยจะแจ้งให้สำรวจผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยจะส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เดือนละ 1 ครั้ง”

“การสำรวจผู้สูงอายุ เราจะดูว่าแต่ละคนมีสุขภาพเป็นอย่างไร เช่น สามารถไปทำบุญใส่บาตรที่วัดได้มั้ย หรือต้องให้ลูกหลานคอยดูแลอยู่ที่บ้าน ไปไหนไม่ได้เลย”

ทั้งนี้ อสม. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไปและทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อส่งต่อแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยข้อมูลที่จะส่งจะมีทั้งข้อมูลรายเดือน ราย 6 เดือน และรายปี

2) การชี้แจงให้ อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมปฏิบัติตามลักษณะของภาวะสุขภาพแต่ละกลุ่ม ดังเช่น อสม. ได้กล่าวว่า

“แม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนี้แหละ ที่รพ.สต.เมื่อนานมาแล้ว คุณหมอสอนเรื่องโรคภัยไข้เจ็บให้เราไปหาผู้สูงอายุที่บ้าน แต่มั่นนานแล้ว แม่ก็จำไม่ค่อยได้”

“รู้ว่าผู้สูงอายุแต่ละคนไม่เหมือนกันนะ บางคนอายุเท่ากัน คนนึงไปเที่ยวกับลูกหลานได้สบายเลย แต่อีกคนนี่ไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่แต่บ้านเราก็ต้องไปเยี่ยม ไปถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ”

“หมออนามัยเคยสอนว่า ผู้สูงอายุที่อยู่แต่บ้านเนี่ย ต้องคอยไปเยี่ยมไปคุ้ย เดี่ยวเขาจะเหงา แล้วเครียดหรือเป็นซึมเศร้า เราก็ต้องไปดูแลเหมือนเป็นเราเป็นลูกเป็นหลานเขานั่นแหละ”

3) การจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมและให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ดังเช่น

“หมออนามัยจะเรียกพวกแม่ๆ มาประชุมทุกเดือนนะ ก็แล้วแต่ว่าเดือนไหนจะมีเรื่องอะไร อย่างถ้าเป็นช่วงสงกรานต์ที่จะมีวันผู้สูงอายุหมอก็จะถามพวกแม่ๆ ว่าจะทำกิจกรรมอะไรดี และเราก็จะแบ่งหน้าที่กันว่าใครจะทำอะไร เอาอะไรมาร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมี”

“ส่วนใหญ่ที่พวกแม่ๆ ได้ดูแลผู้สูงอายุก็จะเป็นกิจกรรมวันผู้สูงอายุ หรือการตรวจเบาหวานความดัน ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วย ก็จะมาหาหมออนามัย มาตรวจดู ถ้าป่วยมากก็ไปรพ. บอกลูกๆ เขาให้พาไป หรือบางครั้งเราก็พาไปเอง”

4) การจัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังเช่น

“พ่อเคยได้อบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หัวข้อสาธารณสุขมาเปิดงาน ตอนนั้นเขาจะสอนหลายเรื่องนะ ทั้งเรื่องโรคต่างๆ อาหารการกิน การออกกำลังกาย พ่อว่าก็ดีขึ้น ได้ความรู้เพิ่มขึ้น เราก็อ่านความรู้ที่ไปดูแลคนแก่ ดูแล้วตัวเองได้ด้วยเพราะเราก็เป็นผู้สูงอายุแล้วไง”

“เราเรียนหนังสือมาน้อยไง ถ้าเราไม่ได้ความรู้เพิ่มเติม ไม่มีคนมาคอยสอนคอยอบรมเราเรื่อยๆ เราก็คงไม่มีความรู้ ขาดความรู้ อย่างการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เมื่อก่อนก็จะมั่วแต่เอาผู้สูงอายุมาเดินยกแข้งยกขา เดียวนี้เราก็อ่านหนังสือหาความรู้ ใช้ผ้าขาวม้าในการออกกำลังกาย มันก็ปลอดภัยขึ้น คนแก่ก็จะไม่ล้ม ไม่เหนื่อยมากเกินไป”

5) การให้ อสม. แบ่งหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่ได้ร่วมกันออกแบบไว้ ดังเช่นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่มีการกำหนดให้ อสม. ต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง และกำหนดช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดังเช่นคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ไม่ค่อยได้มารับบริการที่รพ.สต. เพราะมีการออกหน่วยให้บริการในชุมชนทุกเดือนอยู่แล้ว ผู้สูงอายุก็จะไปรับบริการที่นั่น ยกเว้นกรณีที่มีการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ที่เกิดขึ้นฉุกเฉินถึงจะมารับบริการที่รพ.สต.”

“อสม.จะเป็นคนตรวจวัดความดันโลหิต แล้วลงบันทึกไว้ในสมุดประจำตัวผู้สูงอายุ หมออนามัยก็จะมาดูอีกครั้ง และให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อ”

“การแบ่งเขตรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบนี้ ช่วยให้ อสม.ได้รู้จักทั้งตัวผู้สูงอายุและครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย บางครั้งเรารู้ดีกว่าหมออนามัยเสียอีกนะ...”

6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอสม. โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่าง อสม. และบุคลากรทางสุขภาพ ดังเช่นคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“หมออนามัยจะคอยติดตามข่าวคราวจาก อสม. คอยถามว่าผู้สูงอายุเป็นยังไงบ้าง มีใครดูแลบ้าง แม่ อสม. ไปเยี่ยมบ้านบ้างรีไปเล่า เป็นการกระตุ้นเราไม่หลงลืมภาระหน้าที่”

“หมอจะให้ อสม. แต่ละคนส่งรายงานให้เดือนละครั้ง ข้อมูลก็จะมีหมด ทั้งสุขภาพแม่และเด็ก คนไข้เบาหวานความดัน รวมถึงผู้สูงอายุด้วย”

“บางครั้ง ถ้าหมออนามัยไม่มีประชุมหรือมีงานอื่นๆ ก็จะมีเวลาออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกับ อสม. บางครั้งก็มือบด. หรือผู้ใหญ่บ้านไปด้วย ก็เป็นการทำงานช่วยกันทั้งหมด ไปช่วยดูผู้สูงอายุว่าเขาขาดเหลืออะไรบ้าง”

7) การประชุมสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. ในอำเภอสร้างคอม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ อสม. สามารถนำไปใช้ร่วมกันได้และสอดคล้องกับความต้องการของ อสม. ดังเช่นคำกล่าวนี้

“ตอนนี้ อสม. ก็ทำงานง่ายขึ้นนะ มีคู่มือให้ ในคู่มือก็จะมีทั้งความรู้ที่สำคัญที่จะต้องใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการติดต่อประสานงานต่างๆ”

“คู่มือนี้ก็ได้มาจากที่หมออนามัยเอามาให้ทดลองใช้ก่อน อันไหนดีเราก็เก็บไว้ อันไหนมันยาก มันทำไม่ได้ เราก็ตัดออก อสม.ที่ได้คู่มือใช้ จะมาคุยกันว่าอันไหนมันดี อันไหนไม่ค่อยได้เอามาใช้”

“แม่เป็น อสม. มาสิบกว่าปี เมื่อก่อนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก็ไม่ได้ทำอะไรมาก แคไปเยี่ยมบ้าน วัดความดัน แล้วก็ส่งรายงานให้หมออนามัย แต่พอมีคู่มือให้เรา เราก็ทำงานง่ายขึ้น มีอะไรก็จดใส่คู่มือไว้ อะไรที่เราลืม เราก็เปิดคู่มืออ่าน ก็สะดวกดี”

8) ประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งเป็นการช่วยสนับสนุนและแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้สูงอายุอีกด้วย ดังเช่นคำกล่าวนี้ “เรามีนคนจากหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมกิจกรรมที่เราทำเพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันรดน้ำดำหัวในช่วงสงกรานต์ จะมือบด. ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยเหลือกัน เหมือนเราได้ดูแลพ่อแม่เราเอง อสม.คอยตรวจความดัน อบต.คอยส่งผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยจัดสถานที่ แบบนี้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขนะ”

ทั้งนี้ ภายในชุมชนต่างๆ ได้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผ่านแกนนำชุมชน คือ อสม. ในการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยจัดให้มีการออกกำลังกายบริเวณศาลาประชาคมของชุมชนทุกเย็น ซึ่งพบว่ากิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากขึ้น แต่การดำเนินการไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยพบปัญหาจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอ โดย อสม. ได้ให้ข้อมูลไว้อย่างน่าสนใจดังนี้ “งบที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละปีจะต้องสอดคล้องไปกับแผนพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่แต่ละปีจะสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการอื่นๆ ไปด้วย ซึ่งตรงส่วนนี้ ผู้นำชุมชนก็จะมาคุยกันว่าจะวางแผนกันอย่างไร จะขอสนับสนุนงบประมาณอย่างไร หรือเราจะช่วยกันอย่างไรให้กิจกรรมมันต่อเนื่อง”

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอในการพัฒนางานเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุที่ยังไม่เหมาะสม
2. ยังขาดแนวทางการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
3. ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุที่เหมาะสม
4. การสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ ยังไม่สอดคล้องกับลักษณะผู้สูงอายุและครอบครัวของแต่ละคน

5. ขาดคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

อภิปรายผล

กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ 2) การชี้แจงให้ อสม. เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การจัดประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนการดูแล 4) การจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ 5) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 6) การรวบรวมข้อมูลและกำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) การสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 8) การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของชนิดา สุ่มมัตย์⁷ พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จะต้อง มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น จริงใจ มีความรู้ความสามารถในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน มีความร่วมมือกันของคนในชุมชน รวมถึงการบูรณาการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาครัฐ ครอบครัว และผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.44 คะแนน (S.D. = 2.96) เป็น 15.56 คะแนน (S.D. = 2.37) เนื่องจากในกระบวนการสร้างเสริมการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” ซึ่งเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วยบทบาท อสม. ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ โดยภายหลังเข้ารับการอบรมจะเป็นขั้นตอนการนำความรู้ ทักษะทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของพรเจริญ บัวพุ่มและคณะ⁵ พบว่าการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในหลักสูตรฝึกอบรม อสม. ที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วม ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อเรียนรู้ร่วมกันทำให้ผู้ผ่านการอบรมมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านแบบเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ในการจัดการอบรมครั้งนี้ ยังได้มีการสร้างสัมพันธ์ระหว่าง อสม. และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การจัดประชุมกลุ่มย่อยเป็นการเปิดโอกาสให้ อสม. ได้แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหาต่างๆ มีการสาธิตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา และยังได้รับการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง สามารถซักถามข้อมูลที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น¹⁰

สำหรับผลการวิเคราะห์คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 15.81 คะแนน (S.D. = 306) เป็น 18.19 คะแนน (S.D. = 2.84) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี ($\bar{X} = 11.47$, S.D. = 9.17, Range = 1-37 ปี) จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งการจัดกิจกรรมระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความมั่นใจและมีการตัดสินใจร่วมกันเพิ่มมากขึ้น¹¹ ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าการที่ชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นการการแสดงถึงการมีอำนาจของประชาชนในการทำกิจกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานต่างๆ ให้เริ่มมาจากชุมชนซึ่งนับเป็นของประชาชน และทำโดยประชาชน จึงจะถือได้ว่าเป็นประสิทธิผลอันสูงสุดจากกิจกรรมในชุมชนที่แท้จริง¹² อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ยังไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 15.59$, S.D. = 3.17)

ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา ชุมชนไม่ได้มีการดำเนินงานด้วยตนเองจึงไม่เกิดความยั่งยืน เห็นได้ว่าการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ซึ่งเป็นการแสดง

ถึงศักยภาพของประชาชนเพื่อสร้างเป้าหมายในการพัฒนา เกิดการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม

สรุปผล

การศึกษานี้สรุปได้ว่าการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มาจากความร่วมมือของประชาชนในชุมชน สามารถนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population ageing. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ:มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,2561.
3. World Health Organization. Global health and aging. National Institute on Aging (NIA) & National Institutes of Health (NIH). 2017 [cited in 2022 March 2] Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/suggested-resources>.
4. วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการประมาณการต้นทุนการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่,2558.
5. พรเจริญ บัวพุ่ม, สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม. รายงานการวิจัย: การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์,2556.
6. วรัญญา จิตรบรรทัด. (2560). ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.(2560), 23(1), 1-16.
7. ชนิดา สุ่มมาตย์. การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน. ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชา วัฒนธรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,2551.
8. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement, 1970.
9. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน,2559.
10. ชนิดา เตชะปิ่น.ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ชุมชนในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2561.
11. มนต์ฉิณี อัครพรณราย. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. วิทยาลัยบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา,2556.
12. รัตนา แยมศรี.การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2553.

กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

Received: 18 March 2022

Revised: 30 March 2022

Accepted: 28 April 2022

สนธยา ศรีมาตร ส.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในการวัดการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของ อสม. (CVI = 1, Reliability = .87) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทาง 5 เสาหลักประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดย อสม. ร่วมกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม เผยแพร่นโยบายและเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร 2) ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย โดย อสม. ร่วมกับผู้นำชุมชนในการแจ้งเตือนผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจราจรในจุดเสี่ยงต่างๆ 3) ยานพาหนะปลอดภัย โดยการส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ใช้รถในการดูแลสภาพยานพาหนะให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้ 4) ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย โดย อสม. ร่วมกำหนดมาตรการบังคับใช้กฎหมาย สร้างความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของสมาชิกในชุมชน และ 5) การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ โดย อสม. ทุกคนจะได้รับการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อข้อมูลผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจราจร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าควรมีการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมขยายไปสู่กลุ่มผู้นำชุมชน ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล และระดับอำเภอที่มีความบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: กระบวนการมีส่วนร่วม, การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

Participatory Process for Traffic Accidents Prevention among Village Health Volunteers, Si That District, Udon Thani Province.

Sontaya Srimart M.P.H.

Abstract

The action research purposes were to explore and to compare the participatory process for traffic accidents prevention among village health volunteers before and after study. The samples were 30 village health volunteers in Si That District, Udon Thani Province. The quantitative data were collected using the Likert's scale questionnaires (CVI = 1, Reliability = .87) and were analyzed using descriptive statistics. The qualitative data were collected using the opened-end questions and were analyzed using content analysis.

The study found that the participatory process integrated in 5 main pillars included 1) Road safety management; the examples participated in determining the person responsible for the activity. Publicize policies and goals to prevent traffic accidents. 2) Safer roads and mobility; they worked with community leaders to take care of high-risk areas and alert road

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีธาตุ

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: son.srimart@gmail.com

users to avoid traffic accidents in various risk areas. 3) Safer vehicles; the volunteers promoted knowledge and understanding of drivers to maintain the vehicle condition to be safe and ready for use. 4) Safer road users; they jointly formulated law enforcement measures, along with the campaign to build awareness and change the behavior of car use of the community members

and 5) Post crash response; they were developed first aid skills and referring information to people who have been involved in traffic accidents. The result of average score of participatory process, before and after study, shown that the participation in decision making, the participation in actions, and the participation in taking advantages were .01 statistically differently. This study could construct the effective activities for improving the participation among community leaders to care the health of community members continuously.

Keywords: Participatory Process, Traffic Accidents Prevention, Village Health Volunteers.

บทนำ

องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา จากฐานข้อมูลจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกในปี 2561 พบว่าอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (Thai RSC) พบว่าในปี 2562 มีรายงานอุบัติเหตุทางถนนทั่วประเทศจำนวน 865,038 ครั้ง โดยมีผู้เสียชีวิต 7,824 คน บาดเจ็บ 854,593 คน และทุพพลภาพ 2,621 คน เทียบกับอุบัติเหตุในปี 2561 จำนวน 829,201 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 7,849 คน บาดเจ็บ 818,803 คน และทุพพลภาพ 2,549 คน โดยมีผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด (ร้อยละ 74.4) เทียบกับผู้เสียชีวิตจากรถยนต์ที่ร้อยละ 12.7 ผู้เดินเท้าร้อยละ 7.6 ผู้จักรยานร้อยละ 3.5 และผู้ใช้นถนนอื่นๆ ร้อยละ 2.3² นอกจากนี้ ไทยยังถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีอันตรายจากรถจักรยานยนต์ติดอันดับสูงที่สุดในโลกอีกด้วย โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 26.3 คน ทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตบนถนนถึง 1-2 คน โดยคิดเป็นค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นปีละกว่า 200,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของ GDP ของประเทศ³ โดยการเกิดอุบัติเหตุจราจรในบางกรณี ไม่เพียงแต่ผู้ขับขี่จะได้รับบาดเจ็บฝ่ายเดียวเท่านั้น ยังมีผลกระทบกับผู้ร่วมสัญจรอีกด้วย

สาเหตุหลักของอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ได้แก่ 1) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการชน ซึ่งรถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงในการบาดเจ็บสูงมากกว่ารถยนต์ 2) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากบุคคล เช่น การขับรถเร็ว ขับรถตัดหน้า ไม่เคารพกฎจราจร 3) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากอุปกรณ์ เช่น ห้ามล้อขัดข้อง 4) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น ฝนตกถนนลื่น ทางโค้ง และ 5) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากสัญญาณไฟจราจร/ป้ายบอกทางที่ไม่ชัดเจน⁴ โดยเฉพาะสาเหตุด้านบุคคลที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้ขับขี่จักรยานยนต์มากที่สุด ดังข้อมูลในปี พ.ศ.2558 พบพฤติกรรมเสี่ยงคือการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 46.96 และพบว่าผู้ขับขี่จักรยานยนต์มีอายุน้อยกว่า 15 ปีถึงร้อยละ 27⁵

การควบคุมและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยรัฐบาลได้ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายกำหนดมาตรการในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และดำเนินการอย่างเข้มข้น ต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกพื้นที่ อาทิ การบังคับใช้กฎหมายการจัดตั้งด่านชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อณรงค์สร้างจิตสำนึกและเน้นย้ำให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามหลัก 4 ห้าม 2 ต้อง ได้แก่ 1) ห้ามขับรถเร็ว 2) ห้ามดื่มแล้วขับ 3) ห้ามโทรแล้วขับ 4) ห้ามง่วงห้ามขับ และ 2 ต้อง คือ 1) ต้องสวมหมวกนิรภัย และ 2) ต้องคาดเข็มขัดนิรภัย⁴ อย่างไรก็ตาม การจะประสบผลสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน จะต้องอาศัยการเข้ามามีส่วนร่วมโดยเฉพาะผู้นำชุมชนและแกนนำสุขภาพ⁶ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งยังมีอิทธิพลสามารถทำให้ผู้อื่นเคารพ เชื่อถือ และให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ รวมถึงการจัดการกับปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นในชุมชนด้วยตนเอง โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินตามนโยบาย การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในกิจกรรมจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁷

การดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติภายใต้แผนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตามนโยบายของรัฐ อย่างไรก็ตาม สถิติการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ยังสูงอยู่ในทุกๆ ปี และจากการดำเนินงานในภาคประชาชนและชุมชน พบว่าประชาชนยังมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมเพียงบางส่วน ไม่ต่อเนื่องและร่วมปฏิบัติเพียงบางกิจกรรม ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีธาตุได้มีส่วนขับเคลื่อนในการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน หน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงภาคประชาชน และแกนนำชุมชน ซึ่งพบว่ามีการดำเนินงานที่หลากหลาย และเกิดประสิทธิผลที่ดี ดังเช่น ข้อมูลจากโรงพยาบาลศรีธาตุ ใน พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงจากจำนวน 729 รายเป็น 678 ราย โดยมีปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานคือการเข้าถึงประชาชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของ อสม. ในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน

ในปีงบประมาณ 2564 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 943 คน และมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางในการดำเนินงานป้องกันและลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนภายใต้กรอบแนวทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ ตามเสาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน 2) เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย 3) เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะปลอดภัย (Safer Vehicles) 4) เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safer Road Users และ 5) เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response)³ นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นผู้มีอิทธิพลที่สามารถทำให้ผู้อื่นเคารพ เชื่อถือและให้ความร่วมมือในการทำงานด้านต่างๆ นำไปสู่ความสำเร็จหรือบรรลุวัตถุประสงค์

ผู้ศึกษาเป็นนักวิชาการสาธารณสุขและเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มีการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่ป้องกันได้ รวมถึงความเสี่ยงที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ดังนั้นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการทำงานประสานเชื่อมโยงกับแกนนำสุขภาพและ อสม. ในการร่วมมือกันดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร ผู้ศึกษาในฐานะบุคลากรทางสุขภาพจึงสนใจจะศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยอสม. ให้มีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและความต้องการในแต่ละขั้นตอนของอย่างไร ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดจากอุบัติเหตุจราจร การจัดการกับปัญหา การวางแผนแก้ไข การปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งการประเมินผล ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป และที่สำคัญ ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาคือการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยชุมชน โดยมุ่งหวังว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้ชุมชนดูแลกันเอง จะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน และคาดหวังว่าประชาชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความตระหนักในการดำเนินชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

เสาหลักที่ 1 การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน

เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย

เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะปลอดภัย (Safer Vehicles)

เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safer Road Users)

เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ

- การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. มีส่วนร่วมในการดำเนินการ

3. มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

4. มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล

- สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจร

- ข้อมูลการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี จาก 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลศรีธาตุ ตำบลจำปี ตำบลบ้านโปร่ง ตำบลหัวนาคำ ตำบลหนองนกเขียน ตำบลนาบุง และตำบลตาดทอง อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 943 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานการป้องกันอุบัติเหตุจราจร อย่างน้อย 1 ปี จาก 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลศรีธาตุ ตำบลจำปี ตำบลบ้านโปร่ง ตำบลหัวนาคำ ตำบลหนองนกเขียน ตำบลนาบุง และตำบลตาดทอง อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็กของเครื่องใช้และมอเตอร์แกน

$$n = \frac{NZ^2 \frac{\sigma^2}{2}}{d^2 (N - 1) + Z^2 \frac{\sigma^2}{2}}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

σ^2 = ความแปรปรวน

d = Precision

N = จำนวนประชากร

จากงานวิจัยของชรินทร์ สุวรรณภูเต⁷ ศึกษาการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน จังหวัดหนองคาย พบว่าการดำเนินการของภาคีเครือข่ายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D=0.77) ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าว มาคำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

Z_{α} = กำหนดความเชื่อมั่น α เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

σ^2 = Standard Deviation of Mean Difference เท่ากับ 0.77

d = Precision โดยกำหนดค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.3

N = 943 คน

$$n = \frac{943(1.96)^2(0.77)^2}{0.3^2(943 - 1) + (1.96)^2(0.77)^2}$$

$$n = 24.54 = 25 \text{ คน}$$

ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 15 % จะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) อสม.ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร อย่างน้อย 1 ปี ในพื้นที่อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
- 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

- 1) อสม.ที่ปฏิบัติงานในอำเภอศรีธาตุ ที่พ้นจากตำแหน่ง/หน้าที่
- 2) อสม. ที่มีภารกิจหรือเจ็บป่วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมตัวเลข

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน จำนวน 35 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบลิเกิตสเกล (Likert' scale) เลือกตอบ 4 ระดับ ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปลผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้เกณฑ์ในการวัด 4 ระดับของเบสท์ ดังนี้ **ระดับการมีส่วนร่วม** มาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อย 1 คะแนน ไม่มีส่วนร่วม 0 คะแนน

ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.26 – 3.00	มีส่วนร่วมมาก
1.51 – 2.25	มีส่วนร่วมปานกลาง
0.76 – 1.50	มีส่วนร่วมน้อย
0.00 – 0.75	ไม่มีส่วนร่วม

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่

- 1) ความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ทั้งด้านบวกและด้านลบ
- 2) การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรตามหลัก 5 เสาหลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน 2) เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย 3) เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะปลอดภัย (Safer Vehicles) 4) เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safer Road Users) และ 5) เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response)
- 3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยการกำหนดขอบเขตและประเด็นคำถามของเครื่องมือได้จากการศึกษาทบทวนตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร *การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)* โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 คน จากนั้นนำค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 *การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)* โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 20 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร *ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)* เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 คน ผู้วิจัยจะปรับแก้ตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ ดังรายละเอียดนี้

1. ขั้นเตรียมดำเนินการ

- ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการศึกษาหาความรู้จากตำรา เอกสารงานวิชาการและผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- ดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

- ผู้วิจัยประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ จำนวน อสม.ในแต่ละตำบล ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน
- ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมขอความร่วมมือในการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดวัฏจักร PDCA ของเดมมิง ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

- **การวางแผน (Plan)** เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดแนวทางปฏิบัติการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการนัดหมายช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะลงเก็บข้อมูล เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประมวลผล คัดข้อมูลและวางแผนดำเนินงาน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 จัดประชุมกลุ่มเพื่อคืนข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบร่วมกัน มีการร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา

ครั้งที่ 2 จัดประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ภายใต้กรอบแนวทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ ตามเสาหลัก 5 ด้าน³ ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน 2) เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย 3) เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะปลอดภัย (Safer Vehicles) 4) เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safer Road Users) และ 5) เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response) รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา และร่วมกันวางแผน กำหนดจุดประสงค์ และกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม โดยให้ที่ประชุมได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

- **การปฏิบัติ (Do)** เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผนที่ได้จากการประชุมระดมสมอง

- **การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check)** เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้มีการนัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำคู่มือการปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ การนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรมไปสู่การปฏิบัติจริง และติดตามการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของ อสม.

- **การพัฒนาแผนการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (Action)** ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และจัดประชุมกลุ่มนำเสนอผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่อสม. ประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน และความต้องการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDREC 0765) จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติมจากหนังสือชี้แจงและให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และวุฒิการศึกษา และแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของอายุและประสบการณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	25	83.33
ชาย	5	16.67
อายุ	$\bar{X} = 49.37$ S.D. = 9.78 Range = 25-63 ปี	
การนับถือศาสนา		
พุทธ	30	100
สถานภาพสมรส		
โสด	1	3.3
สมรส	25	83.3
หม้าย หย่า แยก	4	13.34
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	53.3
ปริญญาตรี	1	3.3
อื่น ๆ	1	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	29	96.7
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3
รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	$\bar{X} = 11,600$ S.D. = 8,714.95 Range=2,800-40,000 บาท	
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	$\bar{X} = 15.33$ S.D. = 9.83 Range = 1-40 ปี	
ประสบการณ์ในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน	$\bar{X} = 7.57$ S.D. = 3.77 Range = 1-15 ปี	

การกำหนดกฎระเบียบ/ กติกา ในด้านการควบคุมและป้องกัน		
อุบัติเหตุจราจรในชุมชน		
ไม่มี	4	13.3
มี	26	86.7
การว่ากล่าวตักเตือน	22	73.3
การจำกัดบทบาททางสังคม	8	26.7
การลงโทษด้วยกฎหมาย	8	26.7
การได้รับความรู้ ข่าวสารด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน		
ไม่เคย	1	3.3
เคย (n = 30)	29	96.7
อสม.	24	80.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	25	83.3
สื่อสิ่งพิมพ์	13	43.3
สื่อวิทยุ/โทรทัศน์	15	50.0
อื่นๆ	2	6.7
ความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน		
ไม่ต้องการ	0	0
ต้องการ	30	100
สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจร	18	60.0
ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร	18	60.0
กฎหมายเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร	17	56.74
การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับอุบัติเหตุจราจร	5	16.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) มีอายุเฉลี่ย 49.37 ปี (S.D. = 9.78, Range = 25-63 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.3) และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรทุกคน (ร้อยละ 96.7) มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 11,600 บาท (S.D. = 8,714.95, Range = 2,800-40,000 บาท) มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15.33 ปี (S.D. = 9.83, Range = 1-40 ปี) และมีประสบการณ์ในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน 7.57 ปี (S.D. = 3.77, Range = 1-15 ปี) นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างดูแลมีการกำหนดกฎระเบียบ/กติกา ในด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน (ร้อยละ 86.7) โดยส่วนใหญ่เป็นการว่ากล่าวตักเตือน (ร้อยละ 73.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ ข่าวสารด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 96.7) โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (83.3) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทุกคน โดยส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้ในเรื่องสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรและผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 60.0)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน และการแปลผล ของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร ก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	16.17	2.69	18.77	2.34	.00
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	17.97	2.89	18.60	2.37	.00
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	12.70	2.18	12.70	2.18	-
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	14.37	3.70	16.13	2.34	.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .00 แต่พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

การดำเนินงานป้องกันและลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ให้มีประสิทธิภาพตามเสาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย

เสาหลักที่ 1 การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Management) เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยส่งเสริมการสร้างความร่วมมือของภาคีจากทุกภาคส่วน และกำหนดหน่วยงานหรือคณะทำงานหลัก เพื่อพัฒนาและผลักดันยุทธศาสตร์ แผน และเป้าหมายด้านความปลอดภัยทางถนน ภายใต้ระบบฐานข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล และประสิทธิภาพมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน โดยพบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม เผยแพร่นโยบายและเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร และการแต่งตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนที่เขตรับผิดชอบของตนเอง และร่วมจัดทำโครงการรณรงค์ถนนปลอดภัยในชุมชน ทั้งในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวและช่วงเวลาปกติ

เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (Safer Roads and Mobility) คือการสร้างมิตินความปลอดภัยให้ป้องกันหรือคุ้มครองการบาดเจ็บและสูญเสียสำหรับผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความอ่อนไหว (Vulnerable) ต่อการสูญเสียสูง เช่น คนเดินเท้า ผู้ใช้รถจักรยานและรถจักรยานยนต์ ภารกิจสำคัญคือ การสร้างระบบโครงข่ายถนนที่ปลอดภัยสำหรับผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท โดย อสม. ร่วมกับผู้นำชุมชนในการดูแลจุดเสี่ยงสูงและการแจ้งเตือนผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจราจรในจุดเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการแสดงสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ใช้รถใช้ถนนให้ขับขี่ด้วยความระมัดระวัง

เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะปลอดภัย (Safer Vehicles) คือการส่งเสริมการนำเทคโนโลยีด้านความปลอดภัยมาใช้งานจริง จะทำให้ยานพาหนะปลอดภัยขึ้น โดยมีมาตรการทั้งเชิงรับ (Passive Safety) และเชิงป้องกัน (Active Safety) ด้วยการส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ขับขี่ ในการดูแลสภาพยานพาหนะให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้ เช่น การติดตั้งเข็มขัดนิรภัย ระบบห้ามล้อ ระบบไฟและสัญญาณไฟระบบเตือนภัย เป็นต้น โดย อสม. มีบทบาทในการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ขับขี่ การดูแลสภาพยานพาหนะให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้ ทั้งนี้ อสม.ทุกคนจะได้รับการอบรมหลักสูตร “การขับขี่ปลอดภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย (Safer Road Users) เป็นการพัฒนาแผนงานเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน โดยเพิ่มและรักษาไว้ซึ่งมาตรการบังคับใช้กฎหมายและมาตรฐาน ควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อเพิ่มอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัยการลดปัญหาเมาแล้วขับ ความเร็ว และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ทั้งนี้ ภารกิจสำคัญคือ กำหนดมาตรการบังคับใช้กฎหมายที่เป็นมาตรฐาน กำหนดมาตรการควบคุมการใช้อุปกรณ์นิรภัย กำหนดแนวทางในการควบคุมและจำกัดความเร็วที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ อสม. จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนด้วยความรักความห่วงใยแบบญาติพี่น้องโดยอาศัยความร่วมมือกันหลายฝ่ายในชุมชน และร่วมกำหนด

มาตรการบังคับใช้กฎหมาย ควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของสมาชิกในชุมชน โดยการกำหนดมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กระบวนการประชาพิจารณ์ มีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน

เสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response) โดยการสร้างเสริมความพร้อมต่อการตอบสนองในสถานการณ์ฉุกเฉินหลังเกิดอุบัติเหตุ โดยพัฒนาความสามารถของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการดูแลในระยะยาวเพื่อฟื้นฟูผู้ประสบอุบัติเหตุ และการพัฒนาระบบดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การส่งเสริมระบบประกันภัยที่มีคุณภาพดูแลผู้ได้รับอุบัติเหตุอย่างเป็นธรรม ดำเนินการโดย อสม. ทุกคนจะได้รับการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อข้อมูลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ทำให้เห็นปัญหาที่ต้องการได้รับการพัฒนา ดังนี้

1. ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ไม่เหมาะสม ไม่เคารพกฎจราจร
2. แนวทางการดำเนินกิจกรรมควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน ไม่ได้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทั้งด้านทรัพยากร สิ่งแวดล้อม รวมถึงความรู้ความเข้าใจของประชาชนในชุมชน
3. ระบบการติดตามดูแล ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนไม่ชัดเจน ไม่ได้รับการติดตามพฤติกรรม การใช้รถใช้ถนนของประชาชนในชุมชน
4. การเก็บรวบรวมข้อมูลของการเกิดอุบัติเหตุจราจรในชุมชนยังเป็นภาพรวม ไม่ได้มีการจัดทำข้อมูลแบ่งตามระดับความเสี่ยงตามปัจจัยต่าง ๆ ยังไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูลให้กับอสม. จึงไม่ได้มีการนำข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการวางแผนดูแลที่เหมาะสม
5. ชุมชนยังขาดแกนนำหรือเครือข่ายชุมชนในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

ครอบครัวต้นแบบ ความปลอดภัยทาง ถนน	หมู่บ้านต้นแบบ ความปลอดภัยทางถนน	ตำบลต้นแบบ ความปลอดภัยทางถนน	อำเภอต้นแบบ ความปลอดภัยทางถนน
บุคคลในครอบครัวทุกคน ต้องปฏิบัติ ดังนี้ 1. เมาไม่ขับ 2. ไม่ขับเร็ว 3. สวมหมวกนิรภัย 4. คาดเข็มขัดนิรภัย 5. มีวินัยจราจร	1. มีครอบครัวต้นแบบความปลอดภัยทางถนน อย่างน้อย ร้อยละ 60 2. ร้านค้าสมัครเข้าร่วมร้านค้าสีขาว อย่างน้อย ร้อยละ 90 โดยพร้อมปฏิบัติ ดังนี้ - ไม่จำหน่ายสุราแก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนด - ไม่จำหน่ายสุรานอกเวลาที่กฎหมายกำหนด - ไม่จำหน่ายสุราในวันสำคัญทางศาสนา 3. มีมาตรการชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 4. มีด้านชุมชนในเทศบาลสำคัญ	1. มีคณะกรรมการความปลอดภัยทางถนน 2. มีการจัดการข้อมูลความปลอดภัยทางถนน (คนเสี่ยง รถเสี่ยง ถนนเสี่ยง) 3. มีหมู่บ้านเข้าร่วมหมู่บ้านต้นแบบฯ 4. มีแผนการรองรับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 5. ดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบฯ 6. มีองค์กรต้นแบบความปลอดภัยทางถนน 7. มีมาตรการชุมชน/ ด้านชุมชน	1. มีคณะกรรมการ ศปถ. ระดับอำเภอ และมีการประชุมทุกเดือน 2. มีองค์กรเข้าร่วมองค์กรต้นแบบเข้าร่วม 100% 3. มีการจัดทำแผนรองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ระดับอำเภอ 4. มีการซ่อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่บ้านร่วมกับเครือข่าย 5. มีการจัดการข้อมูลความปลอดภัยทางถนน 6. มีการสรุปและทบทวนกระบวนการทำงานทุก 4 เดือน

อภิปรายผล การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการกิจกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .00 แต่พบว่าการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรมานาน อีกทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้เล็งเห็นความสำคัญของการร่วมปฏิบัติงานตามแผนและการประเมินผลเพื่อรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของจุจิรัตน์ สุนทรไชยา⁸ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างคือผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับซิ่งจักรยานยนต์มากที่สุดคือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน (Mean = 4.14, S.D. = 0.957) รองลงมาคือมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Mean = 4.06, S.D. = 0.989) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการหมู่บ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขับซิ่งจักรยานยนต์ได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

อสม. ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรม เผยแพร่นโยบายและเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร และการแต่งตั้งคณะกรรมการและร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และร่วมจัดทำโครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ทั้งในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวและช่วงเวลาปกติ อีกทั้งมีการประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการดูแลจุดเสี่ยงสูงและการแจ้งเตือนผู้ใช้รถใช้ถนนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจราจรในจุด และส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ใช้รถใช้ถนน การดูแลสภาพยานพาหนะให้มีความปลอดภัยและพร้อมใช้โดยอาศัยความร่วมมือกันหลายฝ่ายในชุมชน นอกจากนี้ อสม. ยังร่วมกำหนดมาตรการบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมไปกับการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของสมาชิกในชุมชน โดยการกำหนดมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กระบวนการประชาพิจารณ์ มีการควบคุมกำกับปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน อีกทั้ง อสม. ทุกคนจะได้รับการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อข้อมูลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร การปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชวยพิศ หนูจันทร์⁹ และเครือวัลย์ ทาแดง¹⁰ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ในฐานะผู้ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระดับภาคประชาชน โดยการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระยะยาวต่อไปโดยการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.)¹¹ ทั้งในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้มีแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม มีการติดตามข้อมูลและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงมีผู้รับผิดชอบในการควบคุมกำกับงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. (2560). Road traffic injuries: Fact sheet. [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2560] เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2561). ปัญหาสถานการณ์อุบัติเหตุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.2561] เข้าถึงได้จาก www.thaihealth.or.th
3. สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข. (2560). สถิติอุบัติเหตุและสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
4. สำนักนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม. (2560). แผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย (2556-2560). [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2560] เข้าถึงได้จาก <http://www.otp.go.th>

5. สำนักบรรณวิทยากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.ปัจจัยเสี่ยงและภาระโรคของคนไทย [Electronic version]. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (MESR.),2561(35) 19-22.
6. ละคร บุญแจ้ง (2555). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างสุขภาพ: ตำบลท่าช้างคล้อง อำเภอดงหลวง จังหวัดเลย. สารานุกรมสุขภาพบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2555.
7. มาโนช ทรงศิริ. สมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจรทางถนน: กรณีศึกษาอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2551. สารานุกรมสุขภาพบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2552.
8. จุรีรัตน์ สุนทรไชยา. การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่ชน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการอุตสาหกรรม. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง,2554.
9. ชวนพิศ หนูจันทร์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2552.
10. เครือวัลย์ ทาแดง.บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกระบวนการจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. สารานุกรมสุขภาพบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2554.
11. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย.คู่มือการปฏิบัติงาน ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอและศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนเขต,2563.

ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู

Received: 3 February 2022

Revised: 9 March 2022

Accepted: 24 April 2022

เยาวดี ศรีสathan พย.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู อายุ 35-60 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย Power analysis แบบ T-Test จำนวน 1,450 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วม พฤติกรรมเสี่ยงและภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired samples T-Test

ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ 6 ด้าน (ดัชนีมวลกาย, รอบเอว, ความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือด, ระดับไขมันในร่างกาย, ระดับไขมันในช่องท้อง) ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

สรุป โปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงนี้ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการมีส่วนร่วม การจัดการตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง

Effect of Participatory Behavior for Self-surveillance Management of People at Risk of Diabetes and Hypertension, Nong Bua Lam Phu Province

Yaowadee Srisathan B.N.S.

Abstract

This Quasi – experimental research, aimed to study the effect of participation behavior in self-monitoring management among people at risk of diabetes-hypertension, Nong Bua Lamphu Province were risk group for diabetes-hypertension, age 35-60 years. There were 1,450 people with the sample size was calculated by the T-Test Power analysis formula. Data collection between July - October 2021. Research instruments was the participatory behavior questionnaire. Risk behaviors and health conditions. The statistics used were percentages, means, standard deviation and paired samples T-Test.

These result was found that the average scores of diabetes-hypertension risk behaviors mean score on behavior participation in self-management surveillance and mean scores for six health conditions (body mass index, waist circumference, blood pressure, blood glucose, body fat level, visceral fat level) after the trial were significantly higher than before in all aspects, statistically at $p<0.05$.

Conclusion: The Participation behavior according to this risk factor control program make risk group of diabetes-hypertension decreased risk behavior which could control the disease to a normal level.

Key words: Participatory Behavior, Self-management, Diabetes-Hypertension Risk

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Srisathan_y@hotmail.com

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ความรุนแรงของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหากไม่ปรับพฤติกรรมจะเกิดผลกระทบที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะไตเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่จะเกิดจาก ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย มีไข้หวัดหรือโปรตีนในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีกรดไขมันสูงในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสูง และปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเร่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคไตวายเรื้อรัง กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ยิ่งมีน้ำตาลในเลือดสูงมาก จะมีโอกาสเกิดโรคไตวายได้เร็วขึ้น⁽¹⁾ ประเทศไทย มีนโยบายคณะกรรมการรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (ข้อ 5) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน และ Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข (Product Health Engine) ปรับเปลี่ยนการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านการแพทย์ ครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น มีความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามจากการดำเนินการที่ผ่านมา ประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน หน่วยบริการขาดแคลนครุภัณฑ์ที่จะพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการให้บริการและครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากข้อมูลการเบิกชดเชยของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า สปสช.เขต 8 อุดรธานี ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย STEMI ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลถึง 233,274,111.74 บาท (ไม่รวมค่ายา ละลายลิ่มเลือด) ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จากรายงาน การคัดกรองโรคเบาหวาน ประชากรกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไปของกลุ่ม จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8⁽²⁾ พบว่าความชุกกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ในปี พ.ศ.2559 จำนวน 117,377 คน (ร้อยละ 6.35) เพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 176,750 คน (ร้อยละ 8.90) ในปี พ.ศ. 2561⁽³⁾

จากการวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของจังหวัดหนองบัวลำภู มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน โดยพบว่าอัตราเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นดังนี้ อัตราเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในปี 2555 มีอัตรา 21.64 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2557 – 2559 มีอัตราเสียชีวิตเท่ากับ 34.13, 26.59, และ 33.87 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง ปี 2555 จากอัตรา 2.58 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 6.94 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557 แต่อัตราเสียชีวิตลดลง ในปี 2558 เท่ากับ 3.08 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2559 เท่ากับ 5.00 ต่อแสนประชากร สำหรับอัตราเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2555 เท่ากับ 9.73 ต่อประชากรแสนคนและในปี 2557 – 2559 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเป็น 18.34, 21.00 และ 28.29 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁴⁾

เนื่องจากจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า มีอัตราเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยขาดความตระหนักที่จะดูแลตัวเอง จึงจำเป็นต้องให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเรียนรู้การจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) โดยการวิเคราะห์ตนเอง รู้จักตนเองและเกิดความคาดหวังว่าตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาประเทศไทยพบว่า มี 4 ตัวแปรที่ชีวิตดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ คือ ค่าเฉลี่ย HDL, LDL, Triglyceride – cholesterol และ HBA1C ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามวัดหลัง Intervention มีความแตกต่างกัน⁽⁵⁾ ดังนั้นจึงทำการศึกษาเรื่อง การจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภูนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถจัดการเฝ้าระวังตนเองจากโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ประโยชน์ที่ได้จากผลการศึกษาเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถตัดสินใจ เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู

กรอบแนวคิดในการศึกษา เปรียบเทียบระหว่างก่อน-หลังดำเนินการ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง
3. ภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในร่างกายและไขมันในช่องท้อง)

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สมุดคู่มือบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลดละเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์

พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ พฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง 6 ด้าน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในร่างกายและไขมันในช่องท้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,450 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Power analysis เป็นแนวปฏิบัติคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ T-Test ที่ช่วยให้การวิจัยสามารถกำหนดขนาดตัวอย่างได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ทำให้ผลงานมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น⁽⁶⁾ กำหนดเริ่มต้น (Default) ที่ $\alpha=0.01$ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) ได้จากค่า type II error (type II error: β) = $1-\beta$ เนื่องจากการประมาณค่าอำนาจ (estimated effect) ในงานวิจัยกึ่งทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดค่า β เท่ากับ 0.8, ค่า Power ร้อยละ 80 หรือเท่ากับ 0.80 เลือกคำสั่ง : T-Test; Mean: Willcoxon signed-rank test (one sample case)

Type of power analysis. A priori: Compute required sample size ∞ , power, and effect size. Options X-Y plot for a range of values. Calculate. ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 1,450 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 6/2564 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงดำเนินการ การดำเนินการภายใต้โครงการส่งเสริมการจัดการตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง) ของจังหวัดหนองบัวลำภู ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ประยุกต์มาจากแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง อายุ 35-60 ปี จำแนกเป็นรายอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน แบ่งเป็น 29 กลุ่มๆ ละ 50 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยเลือกตำบลแบบเจาะจง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงที่เข้าเกณฑ์การคัดประชากรเข้าศึกษา จากนั้นทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกลำดับที่เลขทะเบียนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเลขคู่ ให้ได้ตามสัดส่วนประชากร (Proportion to size) จนครบจำนวน 1,450 คน กระจายดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำแนกพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ตามหน่วยบริการ

อำเภอ	จำนวน คน	กลุ่มละ 50 คน	ตำบล	หน่วยบริการ (รพ.สต.)
เมืองฯ	200	4	นามะเพือง บ้านพร้าว บ้านขาม ป่าไม้งาม	บ้านนามะเพือง บ้านพร้าว บ้านขาม บ้านป่าไม้งาม
นากลาง	250	5	กุดแห่ อุทัยสวรรค์ ฝั่งแดง ด่านช้าง	บ้านกุดแห่ อุทัยสวรรค์ บ้านฝั่งแดง ด่านช้าง
โนนสัง	200	4	หนองเรือ บ้านค้อ บ้านถิ่น	บ้านหนองเรือ บ้านค้อ บ้านถิ่น
ศรีบุญเรือง	350	7	ยางหล่อ ศรีบุญเรือง โนนสะอาด โนนม่วง หนองกุงแก้ว ทรายทอง	บ้านดอนเกล็ด บ้านศรีวิชัย บ้านโนนคูณ บ้านโนนสงวน, บ้านหนองกุงแก้ว บ้านทรายมูล
สุวรรณคูหา	300	6	บ้านโคก นาดี กุดผึ้ง นาด่าน นาสี	บ้านโนนปอแดง บ้านค่ายสว่าง บ้านกุดผึ้ง บ้านหนองบัวน้อย บ้านโนนสมบูรณ์
นาหว้า	150	3	วังทอง เทพศิรี วังปลาป้อม	บ้านโนนภูทอง บ้านวังม่วง บ้านวังปลาป้อม
รวม	1,450	29		

ผู้วิจัยใส่ intervention โดยจัดการอบรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) จำนวน 2 วัน วิทยากร จากวิทยากรประจำอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 2 คน / รุ่น มีกิจกรรมดังนี้ จัดอบรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพตนเอง (Selfcare) โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. ตามโปรแกรมควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถเป็นพี่เลี้ยงสอนกลุ่มเสี่ยงให้ได้ตามโปรแกรมควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จำนวน 29 คน และมีการติดตามหลังดำเนินการจากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ดังนี้คือการบันทึกกิจกรรมประจำวัน และแบบบันทึกการออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที วันเว้นวันหรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ตารางการอบรม จำนวน 2 วัน ดังนี้

วันที่ หนึ่ง

เวลา 08.00 – 09.00 น. - ลงทะเบียน / ประเมินภาวะสุขภาพ ก่อนเข้าโครงการ

เวลา 09.00 - 10.00 น. - กิจกรรมละลายพฤติกรรม จับกลุ่ม /Buddy

- ทำแบบประเมินตนเองก่อนอบรม / Feedback สถานการณ์ จำนวนผู้ป่วย DM /HT

เวลา 10.00 - 12.00 น. - บรรยายเรื่อง: การเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

เวลา 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00 – 16.00 - แบ่งกลุ่มอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 กลุ่ม (วิทยากรกลุ่มละ 1-2 คน)

- Body scan/ แบ่งกลุ่มตรวจประเมินสุขภาพก่อนเข้าโครงการ (ฐานตาชั่งหัตถ์ตรวจ /ฐานตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต/ฐานเชือกพิเศษ คำนวณ BMI)

วันที่ สอง

เวลา 08.00 - 09.00 น. - กิจกรรมละลายพฤติกรรม, ทบทวน สรุปกิจกรรมที่ผ่านมา

เวลา 09.00 - 10.00 น. - อาหารกับพลังงาน / การอ่านฉลาก /กิจกรรมและการใช้พลังงาน

เวลา 10.00 - 12.00 น. - บรรยายเรื่อง หลักการ MI / Empowerment โดย ทีมวิทยากร

เวลา 12.00 – 13.00 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา 13.00 – 16.00 น. - แบ่งกลุ่มอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 กลุ่ม (วิทยากรกลุ่มละ 1-2 คน)

- ฝึกบันทึกกิจกรรมประจำวัน และคำนวณพลังงาน
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม / กิจกรรมการใช้แรง
- การตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง / วิเคราะห์ตนเอง
- สร้างพลัง เสริมความตั้งใจ สู้ความยั่งยืน / รางวัลแห่งความสำเร็จ
- ทำแบบประเมินหลังการอบรม / ประเมินความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน รวม 41 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม ภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมัน ไขมันเกาะช่องท้อง)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ข้อ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง (การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์) คะแนนการตอบ คือ 0=ไม่เคย, 1=นานๆ ครั้ง, 2=บางครั้ง, 3=เกือบทุกครั้ง, 4=ประจำ, 5=ทุกวัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สมุดคู่มือบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลดละเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ คะแนนระดับการมีส่วนร่วม คือ 0=ไม่เคย, 1=นานๆ ครั้ง, 2=บางครั้ง, 3=เกือบทุกครั้ง, 4=สม่ำเสมอ, 5=ทุกวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยง (Validity) แบบสอบถามกระบวนการจัดการและเฝ้าระวังโรค ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันและพยาบาลวิชาชีพ) และมีการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน นำมาหา Reliability โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบค่าเชื่อมั่น คือ ภาวะสุขภาพ $\alpha = 0.92$ พฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง $\alpha = 0.90$ พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง $\alpha = 0.87$

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อน-หลังดำเนินการ โดยใช้ paired samples T test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 71.1 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 89.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.8 และมีโรคทางพันธุกรรม ร้อยละ 24.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=1,450)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	419	28.9
หญิง	1,031	71.1
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี	152	10.5
51-60 ปี	1,298	89.5
อาชีพ		
เกษตรกร	731	50.4
รับจ้างทั่วไป	244	16.8
พนักงานบริษัทเอกชน	293	20.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74	5.1
อาชีพอื่นๆ	109	7.5
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	206	14.2
มี	1,244	85.8
โรคทางพันธุกรรม		
ไม่มี	1,092	75.3
มี	358	24.7

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง (n=1,450)

ปัจจัย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมเสี่ยงการออกกำลังกาย						
1.ออกกำลังกาย/เล่นกีฬาเบา ๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย เล็กน้อย	13.61	0.98	3.33	0.28	4.20	<0.001*
2.ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา น้อยพอประมาณ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	2.53	0.40	3.63	0.47	45.46	<0.001*
3.ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา แบบเหนื่อยมาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 นาที	2.44	0.33	3.06	0.34	87.84	<0.001*
พฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหาร						
1.รับประทานอาหาร มือซ้าย	2.86	0.22	3.49	0.37	26.60	<0.001*
2.รับประทานอาหาร มือทั้งสอง เป็น กว้างเดียว อาหารตามสั่ง	2.96	0.07	3.73	0.37	55.22	<0.001*
3.รับประทานอาหาร มือ اليمن นอกบ้าน อาหารสำเร็จ	2.40	0.31	3.66	0.25	26.47	<0.001*
4.กินอาหาร ขาวขม ขาวมันไก่ อาหารประเภททอด ขาวหมูติดมัน หมูสามชั้นปรุงด้วยกะทิ	2.94	0.36	3.24	0.19	26.49	<0.001*
5.ดื่มน้ำอัดลม กาแฟ นม	1.78	0.66	2.44	0.76	47.50	0.320
พฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์						
1.รู้สึกมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต	12.78	1.32	18.91	0.38	96.04	<0.001*
2.รู้สึกมีความภาคภูมิใจในชีวิต	2.35	0.07	3.59	0.58	50.37	<0.001*
3.อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี	2.58	0.17	4.02	0.20	12.04	<0.001*
พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่						
1.ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่	2.02	0.32	2.84	0.69	36.72	<0.001*
2.สูบบุหรี่ 1-4 วัน/สัปดาห์หรือน้อยกว่า	1.61	0.52	3.40	0.02	51.28	0.025*
3.สูบบุหรี่ 5-7 วัน/สัปดาห์	1.57	0.55	3.58	0.33	78.60	0.025*
พฤติกรรมเสี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
1.พยายามเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เด็ดขาด	2.17	0.60	3.55	0.76	90.94	<0.001*
2.ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง(1-4 วัน/สัปดาห์หรือน้อยกว่า	1.72	0.39	1.04	0.28	40.08	<0.001*
3.ดื่ม 5-7 วัน/สัปดาห์	1.77	0.62	0.87	0.42	94.53	<0.001*

พบว่าค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจัดการตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (n=1,450)

ปัจจัย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร						
1.บันทึกการอาหารที่รับประทาน (ตามแบบฟอร์ม) ก่อนเรียนรู้เรื่องพลังงาน 3 วัน	1.29	0.50	2.38	0.72	57.12	<0.001*
2.ก่อนรับประทานอาหาร มีการคำนวณอาหารและพลังงาน	2.48	0.43	3.60	0.71	48.93	<0.001*
3.วิเคราะห์การปรับลดรายการ/ปริมาณอาหารของตนเอง	1.76	0.24	3.99	0.52	69.55	<0.001*
มีการออกกำลังกาย						
1.ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกาย แบบหนัก (หัวใจเต้นเร็วแรง) อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	2.32	0.22	3.32	0.10	63.65	<0.001*
2.ออกกำลังกายแบบนาน (40 นาที) 3 วันต่อสัปดาห์	2.20	0.57	3.60	0.89	44.24	<0.001*
3.ออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที (3-5 วัน/สัปดาห์)	1.93	0.48	3.91	0.72	121.48	<0.001*
ด้านการส่งเสริมอารมณ์						
1.เจ้าหน้าที่ รพสต. หรือพี่เลี้ยงได้นำออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้มีอารมณ์ดี	2.37	0.45	3.80	0.40	268.30	<0.001*
2.มีการประเมินรับรู้อารมณ์ตนเอง	2.20	0.29	4.04	0.27	316.30	0.099
3.มีสติพิจารณาก่อนรับประทานอาหาร	2.18	0.09	3.59	0.33	122.61	<0.001*

พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ 6 ด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงภาวะสุขภาพ 6 ด้าน ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (n=1,450)

ปัจจัย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละ ค่าต่าง	t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
BMI	24.05	0.79	22.85	0.83	4.99	28.31	<0.001*
รอบเอว	181.09	13.04	149.12	3.35	17.65	47.38	<0.001*
ความดันโลหิต	144.88	4.44	131.61	5.36	9.16	90.73	<0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด	236.20	48.20	118.60	3.69	49.79	56.00	<0.001*
ระดับไขมันในร่างกาย	55.22	1.97	50.56	1.18	8.44	62.67	<0.001*
ระดับไขมันในช่องท้อง	9.94	0.55	8.54	0.65	14.08	290.76	<0.001*
เฉลี่ย 6 ด้าน	732.28	63.04	558.47	8.20	23.74	60.90	<0.001*

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาที่พบว่า หลังดำเนินการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงลดลงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือ พฤติกรรมเสี่ยงด้านความถี่ของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมเสี่ยงด้านความถี่ของการบริโภคอาหาร ตามลำดับ คะแนนความเสี่ยงภาวะสุขภาพ 6 ด้านโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาลดลงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดคือ ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และระดับไขมันในช่องท้อง ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือ ความถี่ของการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น มีการออกกำลังกาย และพฤติกรรมรับประทานอาหาร ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมกลุ่มเสี่ยง จำนวน 2 วัน เพื่อสร้างกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (It's your life) โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. โปรแกรมควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วยพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ และสามารถนำความรู้ประสบการณ์ ไปขยายผลต่อบุคคลใกล้ชิด ชุมชน หมู่บ้าน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี วัฒนาเมธี และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า หลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตและมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่กลุ่มเสี่ยงได้รับการพัฒนาพฤติกรรมมีส่วนร่วมตามโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงครั้งนี้ จะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอยู่ในระดับปกติ อาจกล่าวได้ว่าสามารถควบคุมโรคได้ โดยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร พรประยูร และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าเฉลี่ยผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Mikhael, et al⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาพบว่าหลังพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงพบว่าปริมาณไขมันคอเลสเตอรอลรวม ความดันโลหิต ผลการรักษา (การรับประทานยา พฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปผลการศึกษา

พฤติกรรมมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองครั้งนี้ จะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลง อาจกล่าวได้ว่าสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติได้

ข้อเสนอแนะ

จากพฤติกรรมมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองครั้งนี้ จะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลง กระบวนการโปรแกรมควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (It's your life) โดยยึดหลัก 3 อ. 2 ส. ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงที่ศึกษานี้สามารถควบคุมโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงได้ดี จากการติดตามหลังดำเนินการโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมจำนวน 29 คน ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการใช้เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองแบบเชิงรุกที่บ้านและดำเนินการอย่างใกล้ชิดในการให้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ดังนั้นคือ ติดตามการบันทึกกิจกรรมประจำวัน (อาหาร อารมณ์ บุหรี่ สุรา) และแบบบันทึกการออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที วันเว้นวันหรืออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

จึงมีข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. ควรดำเนินการเชิงรุกและดำเนินการอย่างใกล้ชิดในการให้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง โดยอาศัยความร่วมมือของครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ตลอดจนพฤติกรรมมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองโดยเคร่งครัด ที่จะสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้แสดงได้ว่า พฤติกรรมมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงระยะเริ่มต้น จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเริ่มต้นทำให้การรักษาง่าย เช่น การควบคุมระดับไขมัน น้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และงดสูบบุหรี่
3. การให้ความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยงในการรักษาโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยติดตามและคอยเตือนกลุ่มเสี่ยงให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
4. การให้ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ดูแลกลุ่มเสี่ยง (พี่เลี้ยง) เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมอารมณ์ และการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น จะสามารถลดอัตราการป่วยโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ไตเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และช่วยลดอัตราการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป: ทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงทุกรายและ/หรือศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพื่อให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร ینگ์สาธิต และ อัมรินทร์ ทักชินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์,โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. พุทธศักราช 2557: 2-45.
2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (fact sheet). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤษภาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.idf.org](http://www.idf.org).
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากข้อมูล HDC. จังหวัดหนองบัวลำภู; 2563.
4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563. ข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม 2562-30 สิงหาคม 2563. กลุ่มงานควบคุมโรค; 2563.
5. ธวัชชัย อภิเดชกุล. การประเมินความชุก พฤติกรรมเสี่ยงและการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา ประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2563.
6. นิธิพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สารทรัพย์, ญาดา นภาพารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562:496-507.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ปฏิบัติการฝ่าวิกฤตพิษโควิด-19 พิชิตพุง. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดียแมเก็ตติ้ง; 2560.
8. รัชนิ วัฒนาเมธี, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(3):189-202.
9. ญณัษ บัวศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
10. จำเนียร พรประยูทธ, ชนัญชิดาคุณิ์ ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(4): 60-69.
11. Mikhael EM, Hassali MA, Hussain SA. Effectiveness of Diabetes Self-Management Educational Programs for Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Middle East Countries. DOVEPRESS J. 2020;13:117–138.

การประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19

บทความวิชาการ

Received: 24 March 2022

Revised: 5 April 2022

Accepted: 28 April 2022

นลินรัตน์ อุ่นแก้ว บธ.ม.

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19 โดยในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องพัฒนากายและจิตให้แข็งแรงควบคู่กันไป วิถีชีวิตในสังคมที่ต้องเว้นระยะห่างแต่ยังมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน โดยการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 ทาน ศีล ภาวนา ได้แก่ การแบ่งปันให้ทาน อาหาร สิ่งของ ที่พัก ยารักษาโรค และสิ่งอื่นๆที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งกำลังใจที่ส่งให้ผู้ประสบภัยจากสภาวะวิกฤติโควิด-19 นี้ การรักษาศีล 5 อันเป็นข้อพื้นฐานที่จะสร้างความเป็นระเบียบในสังคมที่วุ่นวายให้คลายทุกข์และมีความสุขมากขึ้น สุดท้ายคือการพัฒนาจิตโดยการตั้งจิตภาวนา พิจารณาตัวเอง มีสติรับรู้เกิดปัญญาในการแก้ปัญหา เพิ่มบุญกุศลให้กับตัวเองได้หลุดพ้นจากทุกข์เพื่อสร้างเกราะป้องกันภัยทั้งกายและจิตให้แข็งแรงผ่านพ้นวิกฤติกันถ้วนหน้า

การประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19 เพื่อนำประโยชน์มาใช้ในชีวิตประจำวันให้เกิดความเคยชินกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปฏิบัติทุกวันให้มีนิสัยรักการทำความดีโดยปริยาย การเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 ทาน ศีล ภาวนา สามารถทำบุญได้ทุกที่ ทุกเวลา เปลี่ยนบ้านให้กลายเป็นวัด มองเรื่องการทำบุญเป็นเรื่องง่ายที่ใครๆก็ทำได้ อาานิสงค์ผลบุญแห่งการกระทำนั้นพิสูจน์ได้ด้วยการปฏิบัติ สร้างพลังศรัทธาให้เกิดขึ้นกับตน แล้วลองฝึกปฏิบัติจากการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน ตื่นเช้าใส่บาตร สวดมนต์ ถือนศีล 5 ฟังธรรมเทศนา เติมน้ำใจสมาธิ ปฏิบัติให้ชินจนเป็นนิสัย เพื่อบำบัดกายและจิตให้แข็งแรงต่อสู้กับทุกวิกฤติของชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ ด้วยกายและจิตที่เป็นสุขในทุกวัน

คำสำคัญ : บุญกิริยาวัตถุ 3 วิถีชีวิต วิกฤติโควิด-19

An application of Threefold Base of Meritorious for the way of life during the crisis of Covid-19

Nalinrat Unkaew, M.B.A.

ABSTRACT

The objective of this article was as follow to study of An application of Threefold Base of Meritorious for the way of life during the crisis of Covid-19. In the current situation, the need to develop physical and mental strength together. The way of life in society that requires distance but still cares about each other. Threefold Base of Meritorious by Dana, Sila, Pawana. Giving (Dana), which are sharing food, things, accommodation, medicine, and other things that are beneficial including the good encouragement sent to the victims of this Covid-19 crisis. Making the five precepts (Sila), which are the basics that will make peace, relieve suffering and be happier. The last one is Meditation (Pawana), development through meditation, consider yourself, have awareness and wisdom to solve problems. Maintaining mental health and wellbeing in times of crisis.

An application of Threefold Base of Meritorious for the way of life during the crisis of Covid-19 by giving, precepts, meditation. To make merit anywhere, anytime. Practice in daily life such as to offer food to the monks, to pay respect to Buddha, to pray, making the Five Precepts, listen to sermon, to meditate. To be both physically and mentally strong.

Keywords: Threefold Base of Meritorious, Way of life, The crisis of COVID-19

นิสิตปริญญาเอก สาขาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

ผู้ประสานงานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: tu.xsport@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันกับความผันผวนรอบด้านที่ไม่อาจคาดคะเนได้ ทำให้พุทธศาสนิกชนอย่างเราต้องหันหน้าเข้าสู่ศึกษาธรรมะและนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อเป็นที่พึ่งทางใจและเกราะป้องกันภัยในวิกฤติโควิด-19 นี้ การทำความดีที่ง่ายและใครๆก็ทำได้คือการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 ในสังคมปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติโควิด-19 การไปทำบุญที่วัดเป็นสิ่งที่หลายคนกลัว ความกลัวทำให้ไม่กล้าแม้แต่จะออกไปทำบุญเมื่อต้องอยู่แต่ในบ้านแล้วจะทำบุญได้อย่างไร เป็นคำถามที่อยู่ในใจใครหลายคน คนส่วนใหญ่จะรู้จักการทำบุญใน 3 ลักษณะ คือ ทาน ศีล ภาวนา แต่น้อยคนจะรู้ว่าลักษณะการทำบุญ 3 อย่างนี้ เรียกว่า บุญกิริยาวัตถุ 3 หมายถึง ที่ตั้งแห่งการทำบุญ การทำความดีอัน ประกอบด้วย 1. ทานมัย บุญกิริยาวัตถุ (ทำบุญด้วยการให้เป็นสิ่งของ) 2. ศีลมัย บุญกิริยาวัตถุ (ทำบุญด้วยการรักษาศีล) หรือประพฤติดีมีระเบียบวินัย 3. ภาวนามัย บุญกิริยาวัตถุ (ทำบุญด้วยการเจริญภาวนา) คือการฝึกอบรมจิตใจ เจริญปัญญา¹ พุทธศาสนิกชนต้องทำความเข้าใจอันลึกซึ้งของการทำบุญกิริยาวัตถุ 3 นั้นว่า ให้อานิสงค์อะไรบ้าง เมื่อทำความเข้าใจในอานิสงค์ผลบุญนั้นแล้ว จะเกิดพลังศรัทธาให้เกิดการทำบุญซ้ำ และเกิดความเคยชินในการทำบุญจนกลายเป็นนิสัยชอบทำบุญไปโดยปริยาย เพราะการอ่านหรือศึกษาหลักการทำบุญเบื้องต้น 3 ประการนั้น จะไม่เกิดความอยากกระทำหรือปฏิบัติตามเลย หากไม่ลองปฏิบัติซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อพิสูจน์อานิสงค์ผลบุญที่แสดงในตำราว่าสัมฤทธิ์ผลจริงมากน้อยแค่ไหน มนุษย์เกิดมาเพื่อฝึกตน เป็นสิ่งที่จริงแท้ เพราะความเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นวัฏจักรของชีวิต ซึ่งทางพระพุทธศาสนา mong ว่าเป็นเหตุแห่งทุกข์ พระพุทธเจ้าจึงค้นหาหนทางดับทุกข์คือ การหลุดพ้นจากวัฏจักรสังสารนี้ คือไม่ต้องกลับมาเกิดอีกเลย นั่นคือเข้าสู่นิพพาน หลายคนอาจมองว่าการที่ไปถึงจุดนั้นได้ ต้องบวชเป็นพระเท่านั้น ขรวาสอย่างเราคงไม่สามารถทำได้ พระพุทธเจ้าทรงสั่งสอนพุทธสาวก เทศนาธรรมให้ขรวาสได้ซึมซับและพิจารณาด้วยสติปัญญา หาเหตุและผลเพื่อค้นหาหนทางบรรลุมรรคด้วยการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งถ้ามองจากทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับบุญกิริยาวัตถุของพุทธศาสนิกชนไทยรุ่นใหม่พบว่า บุญ หมายถึง ความดีงามทั้งปวง ด้วยเจตนาบริสุทธิ์ ทั้งกาย วาจาและใจ ผลของบุญ คือ สุขกายสบายใจ และส่งผลให้ไปสู่สุคติ บุญมี 3 หมวดหลัก ได้แก่ ทานมัย บุญกิริยาสำเร็จด้วยการให้ทาน (ให้ผลบุญน้อย) ศีลมัย บุญสำเร็จด้วยการรักษาศีล (ให้ผลบุญ ปานกลาง) และภาวนามัย บุญสำเร็จด้วยการเจริญภาวนา (ให้ผลบุญมาก) นอกจากนี้ผลบุญ ขึ้นอยู่กับเจตนา ศรัทธาและสมาธิภาวนาของผู้ทำบุญเป็นสำคัญ โดยสรุป บุญกิริยาวัตถุ คือ ธรรมะภาคปฏิบัติสำหรับขรวาส ผู้ครองเรือน² เมื่อพิจารณาจากอานิสงค์ผลบุญจากการปฏิบัติ นั้นล้วนแต่เกิดผลดีต่อชีวิตทั้งสิ้น โดยเริ่มสะสมจากอานิสงค์ผลบุญน้อยไปมาก นั่นคือการฝึกทำบุญเริ่มจากสิ่งที่ทำได้ง่าย ไปสู่การทำบุญที่ทำได้ยาก มีอานิสงค์ผลบุญไปตามลำดับความยากในการปฏิบัติ

ดังนั้นการทำบุญไม่จำเป็นต้องเลือกเวลาเมื่อสภาวะวิกฤติมาถึงค่อยถึงเวลาทำบุญ แต่การสะสมบุญคือสิ่งที่ทำได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ ดังเช่นสถานการณ์โควิด-19 ที่คนไทยรวมทั้งคนทั่วโลกเผชิญอยู่ อยู่บ้านก็เจริญทาน ศีล ภาวนา ได้ ฝึกปฏิบัติได้ โดยการทำบ้านให้เป็นวัด ศึกษาและทำความเข้าใจอันลึกซึ้งของบุญกิริยาวัตถุ 3 สร้างพลังศรัทธาให้เกิดกับตน แล้วลองฝึกปฏิบัติจากการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน ตื่นเช้าใส่บาตร สวดมนต์ ถือน้ำ 5 พังธรรมเทศนา เติมน้ำจมนม นิ่งสมาธิ เกิดความสุขทั้งกายและใจที่ได้สะสมบุญ ปฏิบัติให้ชินจนเป็นนิสัย เพื่อบำบัดกายและใจให้แข็งแรงต่อสู้กับทุกวิกฤติของชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ ด้วยกายและจิตที่เป็นสุขในทุกวัน

หลักแห่งการบำเพ็ญบุญกิริยาวัตถุ 3

โดยหลักแห่งการบำเพ็ญบุญ มี 3 ประการ คือ

1. ทานมัย บุญเกิดจากการให้ทาน ทาน หมายถึง การให้ การเสียสละ ละความตระหนี่ มี 3 ประเภท คือ
 - 1.1 อามิสทาน หรือ วัตถุทาน การให้วัตถุสิ่งของ
 - 1.2 ธรรมทาน การให้พระธรรมคำสอน
 - 1.3 อภัยทาน การให้อภัยแก่ผู้อื่นหรือสัตว์อื่น

2. สีส้ม บัญเกิดจากการรักษาสี สด หมายถึง การรักษากาย และวาจา ให้เรียบร้อย สีมีหลายประเภท คือ สี 5 หรือ สีกรรมบล สำหรับคนทั่วไป สี 8 หรือ อุบาสกสี สำหรับอุบาสก อุบาสิกา สี 10 สำหรับสามเณร และสี 227 หรือ ปาริสุทธสี 4 สำหรับพระภิกษุ

การรักษาสี ต้องเจตนาจึงจะเป็นสีได้ ถ้าไม่เจตนาจะดเว้น หรือ รักษาสีแล้ว ไม่ฆ่าสัตว์ หรือ ไม่ลักทรัพย์ ก็ไม่มีสี แต่หากมีโอกาสฆ่าสัตว์ก็ไม่ฆ่า มีโอกาสลักทรัพย์ก็ไม่หยิบฉวยเด็ดขาด จึงจัดว่ามีสี เป็นต้น การรักษาสี มีอานิสงส์เป็นอันมาก เช่น เป็นที่รักเคารพของคนทั้งหลาย อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทำให้เป็นคนสง่างาม มีผิวพรรณงามผ่องใส กล่าวโดยสรุป คือ จะไปสู่สุคติ จะได้โภคทรัพย์สมบัติ และจะดับทุกข์ความเดือดร้อนจนเข้าสู่พระนิพพาน

3. ภาวนามัย บัญเกิดจากการเจริญภาวนา ภาวนา หมายถึง การอบรมจิต หรือ การพัฒนาจิตให้สะอาด สงบ สว่าง ภาวนา มี 2 ประการ คือ

3.1 สมถภาวนา การทำให้สงบ เป็นหลักธรรมขั้นสมาธิ

3.2 วิปัสสนาภาวนา การทำให้รู้แจ้งเห็นจริงจนตัดกิเลสได้หมด เป็นหลักธรรม ขั้นปัญญา³

เมื่อสังคมโลกต้องเผชิญภาวะวิกฤติโควิด-19 ร่วมกัน แต่ละประเทศมีนโยบายในการเยียวยาประชาชนของตนเองในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ประชาชนประเทศตนยังคงเลี้ยงชีพได้ เศรษฐกิจฟื้นตัวและไปได้ และอยู่กับโรคระบาดนี้ไปได้ โดยไม่รู้ว่าจะจบสิ้นตอนไหน ประเทศไทยมีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่กระตุ้นให้ทุกคนฉีดวัคซีนให้ครบโดส และฉีดกระตุ้นเข็ม 3 เข็ม 4 ได้เท่าที่ต้องการ โดยให้พิจารณาจากสภาวะร่างกายแต่ละคนเป็นหลัก หากมองแยกส่วนในสภาพปัจจุบันและปัญหาของสุขภาพตอนนี้ แบ่งได้ 2 ส่วน คือ 1. สุขภาพกายที่บำบัดได้ด้วยยา 2. สุขภาพจิต ที่บำบัดได้ด้วยบุญ ในที่นี้จะกล่าวถึง บุญที่ง่ายและใกล้ตัวเราคือ บุญกิริยาวัตถุ 3 ทาน สีล ภาวนา เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา ในวิกฤติคือโอกาส ที่พระพุทธศาสนาจะเติบโตในใจคนได้มากที่สุด ในสภาวะที่ความทุกข์กำลังถาโถมเข้าใส่สภาวะความทุกข์ได้ยากเกิดขึ้นทุกห้วงแห่ง ดังสถานการณ์ปัจจุบันเช่นนี้ ดังนั้นเมื่อเราบำบัดกายด้วยยาแล้วยังต้องเยียวยาจิตใจควบคู่กันไป ด้วยการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 นำมาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การให้ทาน ใสบาตร ถวายภัตตาหาร จตุปัจจัย การถือศีล 5 สวดมนต์ ฟังธรรมเทศนา เติมน้ำใจ นิ่งสมาธิ

การประยุกต์บุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19

ด้านสังคมที่เต็มไปด้วยความห่างด้วยการเว้นระยะและหาตัวแหว่ง อยู่ห่างๆอย่างห่วงๆเป็นการดำรงชีวิตวิถีใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงการเป็นอยู่ในหลายๆด้าน ปัจจุบันอาจเป็นความเคยชินของหลายคน ไม่ว่าจะเป็นการใส่หน้ากากอนามัยเวลาออกนอกบ้านหรือเวลาพบปะผู้คน การใช้เจลแอลกอฮอล์ในการทำมือสะอาดมือ การใช้สเปรย์พ่นฆ่าเชื้อทุกสิ่งรอบตัวด้วยความหวาดระแวง การทำงานที่บ้านผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ลดการสังสรรค์หรือลดการใช้ชีวิตนอกบ้าน และหันมาใช้เวลากับครอบครัวมากขึ้น ด้านเศรษฐกิจ ข้อจำกัดในการประกอบอาชีพมีมากขึ้นทำให้ประชาชนมีรายได้ลดลง ด้านการประกอบอาชีพ เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนสำคัญในการประกอบอาชีพ เช่น การสร้างกลุ่มปิดของศิลปิน นักร้องหมอลำในการแสดงคอนเสิร์ตขายตัวออนไลน์ บางสถานที่ถูกจำกัดจำนวนคนในการเข้าใช้บริการ ทำให้รายได้ลดลง บางกิจการถูกสั่งปิดกิจการโดยรัฐบาลในช่วงมีการระบาดของโควิด-19 ด้านการศึกษา มีการใช้ระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ด้านสุขภาพ ประชาชนหันมาใส่ใจดูแลรักษาสุขภาพกันมากขึ้นทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตควบคู่กันไป ด้านครอบครัว ครอบครัวมีเวลาอยู่ร่วมกันมากขึ้น ทุกคนจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตในสภาวะวิกฤตินี้ ใช้วิกฤตินี้มาเป็นโอกาสในการนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 ทาน สีล ภาวนา เพื่อสะสมความดีให้ถึงพร้อม รักษากายและใจให้มีความสุขและแข็งแรงต้านโรคร้ายทั้งปวงให้ห่างหาย เปรียบดังเกราะป้องกันภัยชั้นเลิศที่พึงสร้างขึ้นด้วยตนเอง

การประยุกต์ใช้บุญกิริยาวัตถุ 3 ให้เกิดผลในช่วงวิกฤติโควิด-19 โดย 1.) การให้ทาน มีการให้ทานทางออนไลน์ให้กับหน่วยงานต่างๆ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 หรือการนำข้าวสาร อาหารแห้ง อาหารปรุงสำเร็จใส่ไว้ในตู้ปันสุขตามโรงพยาบาล ชุมชนหมู่บ้าน วัดวาอาราม การเป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาที่สร้างกำลังใจกับบุคคลรอบข้าง และการเรียนรู้ในการเข้าใจและให้อภัยคนรอบข้างมากขึ้น 2.) การรักษาสีล เมื่อต้องอยู่ในยุค Work from home เป็นช่วงเวลาการพิจารณาตัวเอง ไตรตรองศีล 5 อันเป็นหลักพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้มีความสุข ไม่ก่อความ

วุ่นวายให้สังคครอบข้าง การอยู่ภายใต้หน้าาก ทำใหเราพุดน้อยลง มีเวลาคิดทบทวนมากขึ้น 3.) การเจริญภาวนา ทุกคนสามารถถือโอกาสนี้ในการเจริญสติ ภาวนาเพื่อเพิ่มบุญกุศลให้กับตัวเองได้ ฝึกกรรมเพื่อกำหนดจิตให้เป็นหนึ่ง หรือการเจริญอานาปานสติ การฝึกนั่งอยู่กับลมหายใจของตัวเอง ครึ่งละ 5 นาทีและพัฒนาเพิ่มระยะเวลา เพิ่มรอบการปฏิบัติในแต่ละวันให้มากขึ้นตามลำดับ แล้วแต่ความถนัดของแต่ละคน ฝึกปฏิบัติทุกวันให้เป็นนิสัย เมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกสบายใจและเป็นสุข นั่นคือได้สะสมบุญแล้ว การให้ทานที่ปรากฏในคัมภีร์อรรถกถาธรรมบทนั้นมีจุดประสงค์ 2 ประการคือ ให้เพื่ออนุเคราะห์และให้เพื่อบูชาคุณ ประกอบด้วยลักษณะของการให้ทาน 5 ประการคือ ให้ด้วยศรัทธา ให้โดยเคารพ ให้ตามกาล ให้ด้วยจิตอนุเคราะห์ และให้ไม่กระทบตนและผู้อื่น มีอานิสงส์ 2 ประการคือ ทำให้ไปเกิดบนโลกสวรรค์และทำให้เป็นผู้มีโภคะมาก ส่วนในด้านการรักษาศีลนั้นมีการรักษาศีลเพื่อการควบคุมกาย วาจา ใจของตน และเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม ในด้านการเจริญภาวนา พบว่าการเจริญภาวนาเพื่อจุดมุ่งหมายสูงสุดคือความพ้นทุกข์ ทั้งในลักษณะสมถภาวนา วิปัสณาภาวนา อสุภกัมมัฏฐาน เมตตา และมรณานุสติ⁴

ดังนั้นการให้ทาน การรักษาศีล และการเจริญภาวนา คือการสร้างกายและจิตให้แข็งแรงบริสุทธิ์ สร้างพลังความคิดบวกและสร้างสังคมแห่งการเกื้อหนุนและช่วยเหลือกันให้ผ่านพ้นวิกฤติ โดยพึงปฏิบัติเป็นนิสัยคือ มองการให้เป็นสิ่งปกติของชีวิต เป็นการสร้างความสุขที่เป็นความดีที่ทำได้ง่ายๆ ไม่จำเป็นต้องให้สิ่งของที่มีมูลค่าสูงเพื่อแสดงถึงฐานะบารมีทางสังคม แต่เป็นการให้ด้วยความบริสุทธิ์ใจ ไม่หวังผลตอบแทน เป็นการแบ่งปัน การเสียสละ เป็นการหยิบบรรยากาศที่ดีให้กับคนที่ขาดแคลน รวมทั้งการถวายปัจจัยทุนบำรุงพระพุทธศาสนาให้ดำรงคงอยู่ได้ เพื่อประโยชน์ของสังคมสืบไป การให้ทานมีทั้งอามิสทาน (การให้สิ่งของหรือวัตถุที่ควรให้) ธรรมทาน (การให้พระธรรมคำสั่งสอน) หรือแม้กระทั่งการหยิบบรรยากาศแห่งสิ่งที่ดีๆ ขึ้นมาความรู้ และการให้อภัยคนและสัตว์ด้วยจิตที่เมตตา (อภัยทาน) ถือว่าเป็นการทำบุญที่ง่ายที่สุดแล้ว การทำทานจึงถือว่าเป็นบันไดก้าวแรกในพระพุทธศาสนาที่พุทธศาสนิกชนพึงปฏิบัติ อันจะนำมาซึ่งความสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ ส่วนการรักษาศีลนั้นนำพาความผาสุกแก่ผู้รักษาและปฏิบัติได้ และนำมาซึ่งความสงบสุขร่มเย็นที่แท้จริง ผู้ที่ประพฤติอยู่ในศีลเปรียบเสมือนผู้ที่มีเกราะป้องกันไม่ให้ตนเองหลุดจากกรอบความดี ไม่ให้ประพฤติไปในทางที่ผิด รักษากาย วาจาและใจของผู้ปฏิบัติให้บริสุทธิ์เป็นกุศล อันจะนำไปสู่ความมีสติ สมาธิและปัญญาได้ในที่สุด ส่วนการทำบุญที่อานิสงส์ผลบุญมากที่สุดคือการเจริญภาวนา เจ้าประคุณ สมเด็จพระญาณวชิโรดม (หลวงพ่อดาวรุ่ง สิริธโร) อดีตเจ้าอาวาสวัดธรรมมงคล ผู้ก่อตั้งสถาบันพลังจิตตานุภาพ (Wellpower Institute) ท่านออกแบบหลักสูตรการทำสมาธิ ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานถึงขั้นสูง คำสอนที่สำคัญของท่านคือเรื่องการทำสมาธิแบบกรรม “การกรรม ทำให้จิตเป็นหนึ่ง จิตเป็นหนึ่ง ทำให้เกิดความสงบ” การทำสมาธิจะทำให้เกิดพลังจิตได้ เรียกว่า “พลังจิตตานุภาพ” การทำสมาธินี้จะกำจัดความคิดและพลังอารมณ์ออกไปจนกว่าจิตจะสงบ พลังจิตที่ได้จากการทำสมาธิจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พลังหลัก จะถูกเก็บสะสมไว้ในจิต ไม่มีการแตกสลายตามกายเนื้อแต่สะสมข้ามภพข้ามชาติได้ และ พลังเฉยๆ จะถูกใช้ไปในชีวิตประจำวัน การทำสมาธิคือการเกาะอารมณ์ออกจากจิต เปรียบเสมือนการเคาะสนิมออกจากเหล็ก ยิ่งเคาะออกมากเท่าไร จิตจะสงบนิ่ง เป็นสมาธิที่ลึกซึ้งขึ้นได้⁵ ดังนั้นการนั่งสมาธิเจริญภาวนา คือ การสะสมพลังจิต ย่อมจะได้รับอานิสงส์มากมายเหลือล้นพันที่จะนับประมาณมิได้ หากผู้ปฏิบัตินั้นมีการปฏิบัติทุกวันเป็นกิจวัตร มีความเพียรมากพอ พลังจิตช่วยให้มีพลังปัญญาแก้ปัญหาชีวิต ย่อมเกิดประโยชน์ทำให้มีความสุขและร่มเย็นทางกายและจิต สำหรับอานิสงส์ของการเจริญภาวนานั้น ทำให้มีกาย วาจา และใจที่บริสุทธิ์ระงับความโศกเศร้า คร่ำครวญพ้นจากความทุกข์จนเข้าถึงพระนิพพานได้ อันเนื่องมาจากการตามดูตามรู้ด้วยสติทันปัจจุบัน เห็นรูปเห็นนามเห็นไตรลักษณ์ จนได้ประสบมรรคผลและนิพพาน⁶ หลุดพ้นจากกิเลสทั้งมวล

สรุป

การประยุกต์การเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 กับวิถีชีวิตสภาวะวิกฤติโควิด-19 เป็นการทำความดีในชีวิตประจำวันที่มีลักษณะง่าย ๆ ไม่สลับซับซ้อน อันเป็นลักษณะเด่นชัดของการทำความดีในแบบคนรุ่นใหม่ คือ “ต้องง่าย” และนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถประยุกต์ระบบโซเซียลผ่านมือถือ ที่ไม่ใช่แค่การรับ-ส่งข่าวสารในชีวิตประจำวัน แต่เป็นการหาข้อมูลเพิ่มเติมในหลักการปฏิบัติที่เหมาะสมกับจิตหรือความชอบของตัวเอง โดยอ้างอิงจากหลักธรรมที่บัญญัติไว้ในพระไตรปิฎกเป็นหลักยึดในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เมื่อสังคมกำลังวุ่นวายกับวิกฤติโควิด-19 แต่พุทธศาสนิกชนต่างหันหน้าเข้าหาธรรมะ เรียนรู้และลงมือปฏิบัติทาน ศีล ภาวนา เริ่มต้นจากตัวเรา ครอบครัวและสังคม อันจะก่อประโยชน์ที่สัมฤทธิ์ผลเป็นความเจริญ 3 ประการ ได้แก่

- 1.เจริญสุข จากการให้ทาน
- 2.เจริญธรรม จากการรักษาศีล
- 3.เจริญปัญญา จากการภาวนา

เห็นได้ว่าการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 มีความลึกซึ้งและเป็นพื้นฐานแห่งการพัฒนาและจิตใจอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและจิตใจตัวเองให้สูงขึ้นเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวเนื่องกับการยกระดับสติปัญญา อีกทั้งเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิต ครอบครัว ชุมชน สังคมที่เราอยู่อาศัยให้มีความสุข สามารถเผชิญภาวะวิกฤติด้วยความสุขกายสุขใจ โดยมองจากธรรมชาติความเป็นไปของชีวิตมนุษย์ที่ต้องเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา สร้างสังคมแห่งการให้อภัยในกรอบของศีลธรรมและมีจิตที่เปี่ยมสุขด้วยปัญญา ที่สำคัญที่สุดคือ เกี่ยวเนื่องกับวิถีคิดและจิตสำนึกของคน ทั้งนี้เพราะบุญกิริยาวัตถุ 3 คือแนวทางการทำความดีที่สามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน สร้างความเคยชินในการปฏิบัติให้เป็นนิสัย และสร้างสังคมแห่งความสุขอย่างยั่งยืนแม้ในสภาวะวิกฤติเช่นนี้ โดยการให้ทานแบ่งปันช่วยเหลือผู้อื่น สร้างความสงบในสังคมด้วยศีล และจิตสุขด้วยภาวนา การสะสมบุญและทำความดีเจริญทาน ศีล ภาวนา ในสภาวะการณ์เช่นนี้ ช่วยยกระดับจิตใจให้อยู่กับปัญหาด้วยความเข้าใจและเรียนรู้ในการปรับตัวด้วยความสุข เริ่มจากการมีสติ ทั้งสติในการรับรู้ พิจารณาไตร่ตรองข้อมูลข่าวสาร มีสติในการใช้ชีวิตเพื่อดูแลป้องกันตัวเองและครอบครัว รวมถึงสติต่อความไม่แน่นอน ความกลัว และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น การเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 คือการสร้างกุศลเป็นเกราะป้องกันภัยทั้งกายและใจไปพร้อมกัน สภาวะวิกฤติโควิด-19 ครั้งนี้ เป็นทุกซ์ที่ต้องปลดปล่อยด้วยการสะสมบุญครั้งใหญ่ของคนทั้งโลก สะสมทานบารมี คือ การให้ในสิ่งที่ทุกคนมี เพื่อบรรเทาทุกข์ให้กับคนที่ขาด คือการสะสมศีลบารมี ประพฤติดีด้วยกาย วาจา ใจ อันบริสุทธิ์อยู่ในกรอบของศีล เพื่อเป็นเกราะป้องกันภัยให้ตัวเอง ครอบครัวและสังคม คือการสะสมภาวนาบารมี เพื่อวางจิตให้เข้าใจความเป็นไปของโรค ด้วยการมีสติ แยกแยะข่าวสารด้วยความระมัดระวัง ปลดปล่อยความกังวล ด้วยการมีสติอยู่กับปัจจุบัน ดูแลตัวเองทางกายด้วยความไม่ประมาท เว้นระยะห่างและใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน ฉีดวัคซีนให้ครบโดสตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จะเห็นได้ว่าการเจริญบุญกิริยาวัตถุ 3 นำมาประยุกต์ใช้เป็นวิถีปฏิบัติที่คุ้นชินในชีวิตประจำวัน นั่นคือ การดำเนินชีวิตด้วยการทำความดีเป็นนิสัย สะสมกุศลกรรมด้วยการเจริญ ทาน ศีล ภาวนา เป็นความเคยชิน เพื่อให้การใช้ชีวิตเต็มไปด้วยความมีสติ ไม่ประมาท ไม่อภยภัยกับอดีต และไม่พะวงกับอนาคต สร้างประโยชน์และคุณค่าให้กับชีวิต มีความสุขพร้อมทั้งกายและจิตใจอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จันทร์เพ็ญ; 2550.
2. กันตภณ หนูทองแก้ว. การนำหลักบุญกิริยาวัตถุมาใช้ในการวิถีชีวิตของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2556. สารอาศรมวัฒนธรรมวลัยลักษณ์. 2558;15(1),165-166.
3. พระธรรมวิสุทธิกวี (พิจิตร ฐิตวณฺโณ). อนุปฐกพิภพที่ปณี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหามกุฏราชวิทยาลัย; 2546.
4. สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. วิถีสร้างบุญบารมี. พิมพ์ครั้งที่ 28. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด; 2553.
5. สมเด็จพระญาณวชิโรดม (หลวงพ่อดาวรุ่ง สิริธโร). สถาบันพลังจิตตานุภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2565 เมษายน 21]. เข้าถึงได้จาก <http://www.samathi.com/2016/html>.
6. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). ธรรมะฉบับเรียนลัด. กรุงเทพฯ: สถาบันบันลือธรรม; 2550.



วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอ บทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้าน การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมี กิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมี ความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความ สำคัญ เป็นปัญหา มีการถกเถียงหรือข้อถกเถียง หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่ กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือ นำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงาน ความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่ มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควร มีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ใน ระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี

เนื้อหาครอบคลุมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าทีมนามขวด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง ก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 **สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)** เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรง กับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

[http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา และประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:) (:) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. ฐปนา ตระกูลศิริศักดิ์, อธิรุทธ นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]./เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วัยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562

5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.

6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.

Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุงหรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]./ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen]./เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med

[Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธาฤทธิ์. ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก

วัยเรียนโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ใน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้ง ผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพดีมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมิน และให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้ กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 1,300 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ของผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษรและ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป
- (ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่จะส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ

ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ
 และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ใน
 วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 1,500 บาท โดยโอน
 เข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8
 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงานและส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ 41330